

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA TERRA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GEOGRAFIA

DINTER – DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFPR-UNIR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

**TERRITÓRIO E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À DENGUE EM
PORTO VELHO/RO, 1999-2013.**

TOMO I

XÊNIA DE CASTRO BARBOSA.

PROF. DR. FRANCISCO DE ASSIS MENDONÇA (ORIENTADOR)

PORTO VELHO, RO.

JANEIRO/2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA TERRA
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
DINTER – DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFPR-UNIR
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

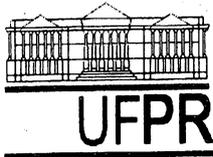
**TERRITÓRIO E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À DENGUE EM
PORTO VELHO/RO, 1999-2013.**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça.

PORTO VELHO, RO.

JANEIRO/2015



ATA DE DEFESA DE TESE

Aos dezesseis dias do mês de março do ano de dois mil e quinze, na sala 109, Edifício João José Bigarella, foi avaliada pela Banca Examinadora, composta pelos professores abaixo relacionados, a Tese de Doutorado da aluna **XÊNIA DE CASTRO BARBOSA** intitulada "TERRITÓRIO E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À DENGUE EM PORTO VELHO/RO, 1999-2013", que obteve como resultado final:

APROVADO

(RES. 65/09 CEPE Art. 69. Os examinadores avaliarão a dissertação ou a tese considerando o conteúdo, a forma, a redação, a apresentação e a defesa do trabalho, decidindo pela aprovação, ou reprovação do trabalho de conclusão do aluno.

Parágrafo único. A ata da sessão pública da defesa de dissertação ou tese indicará apenas a condição de aprovado ou reprovado.

OBS: este documento tem a validade de 60 dias a contar desta data.

Nome e assinatura da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça - orientador

Prof. Dr. Raul Guimarães - UNESP

Prof. Dr. Daniel Canavese - UFPR Litoral

Prof. Dr. Maria das Graças Silva Nascimento Silva - Geografia/UNIR

Prof. Dr. Adilar Antonio Cigolini - PPGGEO/UFPR

Aos que lutam para fazer do SUS um sistema melhor.

AGRADECIMENTOS

A minha família, pela compreensão e apoio incondicionais.

À professora Gracinha e ao professor Josué, pelo exemplo e delicadeza que são as suas vidas.

Aos colegas do Dinter, pelo companheirismo e ajuda em todos os momentos que precisei.

Aos pesquisadores do LABOCLIMA, pela acolhida sempre calorosa em Curitiba.

Ao professor Francisco Mendonça, que me encantou com a Geografia e tornou possível essa trajetória.

Ao professor Sérgio de Almeida Basano, pelo trabalho generoso de orientação e por compartilhar, em entrevista, sua história de vida.

A Régia Martins e Deuzeli Pereira, pelo apoio na obtenção dos dados oficiais.

A Joilso, Simone, Priscilla, Vanessa, Maria das Graças, Geralda, Rosiene, Raimundo, Marcelino, Danilo, Paulo Rhenan, Domingos Sávio e Maiorquin, pela colaboração com a pesquisa e generosidade em narrar suas experiências.

O atlas do Grande Khan também contém os mapas de terras prometidas visitadas na imaginação, mas ainda não descobertas ou fundadas [...]

_ Você, que explora em profundidade e é capaz de interpretar os símbolos, saberia me dizer em direção à qual desses futuros nos levam os ventos propícios?

_ Por esses portos eu não saberia traçar a rota nos mapas nem fixar a data da atracação. Às vezes, basta-me uma partícula que se abre no meio de uma paisagem incongruente, um aflorar de luzes na neblina, o diálogo de dois passantes que se encontram no vaivém, para pensar que partindo dali construirei pedaço por pedaço a cidade perfeita, feita de fragmentos misturados com o resto, de instantes separados por intervalos, de sinais que alguém envia e não sabe quem capta. Se digo que a cidade para a qual tende a minha viagem é descontínua no espaço e no tempo, ora mais rala, ora mais densa, você não deve crer que pode parar de procurá-la. Pode ser que enquanto falamos ela esteja aflorando dispersa dentro dos confins do seu império; é possível encontrá-la, mas da maneira que eu disse. [...]

(Ítalo Calvino, Cidades Invisíveis – trechos do diálogo entre o Grande Khan e Marco Pólo).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
SEÇÃO I: CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA	25
SEÇÃO II: A SAÚDE E A DENGUE SOB A PERSPECTIVA GEOGRÁFICA: CONJECTURAS TEÓRICAS	35
2.1 Geografia da saúde	50
2.2 A geografia da saúde no Brasil: um olhar sobre a dengue	59
SEÇÃO III: PORTO VELHO: O TERRITÓRIO SOB O VIÉS EPIDEMIOLÓGICO	63
3.1 O perfil epidemiológico de Porto Velho	75
3.2 Notas acerca da transição epidemiológica em Porto Velho.	83
SEÇÃO IV: DENGUE EM PORTO VELHO: O CONTEXTO GEO-HISTÓRICO E O AGRAVO	93
4.1 A economia da borracha	98
4.2 O cabeamento telegráfico e os primeiros traçados da BR 364	101
4.3 A exploração mineral	104
4.4 A colonização agrícola	105
4.5 Uma síntese dos impactos socioambientais das atividades econômicas em Porto Velho/RO	110
SEÇÃO V: DENGUE: UM PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E GEOGRÁFICO	122
SEÇÃO VI: A DENGUE EM PORTO VELHO: UMA ABORDAGEM POR MEIO DE NARRATIVAS	134
6.1 A análise dos discursos provenientes da História Oral	137
6.2 Saúde e doença	142
6.3 A cidade e dengue	151

SEÇÃO VII: POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À DENGUE: UMA PERSPECTIVA MULTIESCALAR	162
7.1 As políticas públicas nacionais de combate e controle da dengue	168
7.2 Uma avaliação das políticas públicas de controle da dengue no Brasil	178
7.3 As políticas públicas de combate e controle da dengue em Porto Velho/RO	185
7.4 Uma avaliação das políticas públicas de combate à dengue em Porto Velho/RO	194
CONCLUSÕES	201
CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
REFERÊNCIAS	206
APÊNDICES	224
ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica à saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACE – Agente de Controle de Endemias

AD - Análise do Discurso

AGEVISA - Agencia Estadual de Vigilância a Saúde de Rondônia

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAERD - Companhia de abastecimento de água e esgotos de Rondônia

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CEMETRON - Centro de Medicina Tropical de Rondônia

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DCC - Dengue com Complicações

DNPM - Departamento Nacional de Produção Mineral

DTN – Doença Tropical Negligenciada

EFMM - Estrada de ferro Madeira-Mamoré

FHD - Febre Hemorrágica de Dengue

FHEMERON - Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

HO - História Oral

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IIRSA - Integração da Infraestrutura Regional Sul Americana

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

LACEN - Laboratório Central (do Estado de Rondônia)

LIRAA - Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de saúde

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PAD - Projeto de Assentamento Dirigido

PAHO - Organização Pan-americana de Saúde

PEAA - Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*

PIACD - Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue

PIC - Projeto Integrado de Colonização

PNCD – Programa Nacional de Controle da Dengue

POLAMAZÔNIA - Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia

POLONOROESTE - Programa Integrado de Desenvolvimento do Noroeste do Brasil

SAMU - Serviço de atendimento Móvel de Urgência

SDC - Síndrome do Choque de Dengue

SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho

SESAU - Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS - Sistema Interado de Saúde

SNFA - Serviço Nacional de Febre Amarela

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCER - Tribunal de Contas do Estado de Rondônia

UPA - Unidade de Pronto-atendimento

WHO - World Health Organization

ZSEE - Zoneamento Socioeconômico e Ecológico

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Mapa de localização do município de Porto Velho	p. 63
Figura 02: Porto Velho: bacias hidrográficas	p. 64
Figura 03: Porto Velho: bairros, distritos e reservas indígenas	p. 65
Figura 04: Porto Velho – Zoneamento urbano	p. 78
Figura 05: Porto Velho - Rendimento familiar nos bairros com maior incidência de dengue	p. 78
Figura 06: Porto Velho/RO - Malha da distribuição de água	p.80
Figura 07: Porto Velho/RO - Rede de drenagem urbana	p. 81
Figura 08: Porto Velho - percentual previsto de uso dos sistemas de saúde, em caso de adoecimento	p.81
Figura 09: Porto Velho/RO - Distribuição dos serviços e saúde	p. 82
Figura 10: Porto Velho - Perfil das famílias por rendimento econômico.	p. 89
Figura 11: Rondônia : Rota do cabeamento telegráfico	p. 102
Figura 12: Porto Velho - Crescimento da população	p. 113
Figura 13: Brasil, Rondônia e Porto Velho - Incidência da dengue, 2000-2010	116
Figura 14: Rondônia - Prováveis Interações por dengue, 2000 a 2010	p. 117
Figura 15: Porto Velho - infestação predial por dengue - julho de 2013	p. 119
Figura 16: Dengue Clássica e Dengue Hemorrágica – Sintomas	p. 123
Figura 17: Dengue - Áreas de transmissão, 2011	p. 129

- Figura 18:** Campanha nacional de sensibilização contra a dengue, 2007-2008 p. 170
- Figura 19:** Capa de cartilha infantil da campanha nacional de combate à dengue, 2007-2008 p. 171
- Figura 20:** Cartaz “Como se proteger contra a dengue”, Campanha 2007-2008 p. 173
- Figura 21:** Campanha de sensibilização contra a dengue 2010-2011 p. 173
- Figura 22:** Capa do livreto “Dengue, decifra-me ou devoro-te”, 2010 p. 174
- Figura 23:** Campanha nacional de sensibilização contra a dengue 2011-2012 p.175
- Figura 24:** Campanha nacional de sensibilização contra a dengue, 2013-2014 p. 176.
- Figura 25:** Monte seu time: Campanha de sensibilização contra a dengue, 2013-2014 p. 176
- Figura 26:** Brasil - fluxograma das políticas públicas de controle da dengue p. 177
- Figura 27:** Rondônia - Comparativo de número de casos de dengue registrados em 2013 e 2014 por semana epidemiológica p.182.
- Figura 28:** Porto Velho - SEMUSA: Projeto Saúde Cidadã de controle da dengue p. 187

Figura 29: Porto Velho - SEMUSA: Capacitação de servidores	p. 188
Figura 30: Porto Velho – Ações da SEMUSA de combate à dengue	p. 189
Figura 31: Porto Velho: Cartaz e lista de itens para serem checados.	p. 190
Figura 32: Porto Velho – Material de informação sobre a dengue, distribuído pela SEMUSA	p. 191
Figura 33: Porto Velho – Infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> em janeiro de 2013	p. 193
Figura 34: Porto Velho – Óbitos por dengue, 2003-2012	p. 198
Quadro 01: Porto Velho - A percepção social dos riscos nos bairros com infestação predial elevada de <i>Aedes aegypti</i>	p. 77
Quadro 02: Brasil e regiões: Taxa de Incidência da Hanseníase, 1990 – 2005	p. 87
Quadro 03: Brasil e regiões - Taxa da Incidência da Dengue – 1994 – 2005	p. 88
Quadro 04: Rondônia - Atividades colonizadoras e efeitos vinculados	p. 110
Quadro 05: Incidência da dengue em Porto Velho, Rondônia Brasil/ 100 mil, 1999-2013	p. 115
Quadro 06: Fatores que interagem na conformação da dengue	p. 124
Quadro 07: Brasil- Notificações de dengue registradas no SINAN NET, segundo classificação final	p. 182
Tabela 01: Rondônia: Notificações de Doença de Chagas por Municípios, 2009-2012	p. 86
Tabela 02: Amazônia Legal - Número de municípios e seu	p. 112

percentual de ocorrência de alterações ambientais impactantes
nas condições de vida

Tabela 03: Amazônia Legal - Pressões e situações ambientais

p. 112

TERRITÓRIO E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À DENGUE EM PORTO VELHO/RO

RESUMO: Esta pesquisa analisou políticas públicas de saúde destinadas ao combate e controle da dengue no município de Porto Velho/RO. A seleção dessa problemática se deu em função de a dengue ser uma das principais viroses emergentes da atualidade, capaz de impactar de modo significativo e profundo o estado de saúde de indivíduos e sociedades. O estudo apresenta perfil qualitativo e foi realizado em abordagem dialética, articulando o método Indiciário (GINZBURG, 1990, 2007) e a História Oral (MEIHY, 2005). O primeiro foi acionado para a análise de documentação proveniente das fontes oficiais (relatórios, estatísticas, cartazes, planos de contingência, dentre outros), e o segundo possibilitou o registro de histórias de vida de profissionais da saúde e usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, que tiveram dengue ou que, por causa dela, perderam familiar ou conhecido. As hipóteses do estudo foram que: (1) A ocorrência de dengue em Porto Velho reflete sua estrutura social, evidenciando fatores de risco e de vulnerabilidade socioambiental; (2) A infestação domiciliar pelo mosquito da dengue se faz presente em todos os bairros da cidade, mas a letalidade é maior na população mais pobre, evidenciando estrutura de classe (3) As epidemias de dengue no município de Porto Velho têm como principal fator a descontinuidade de suas políticas públicas, sendo que as hipóteses um e dois foram plenamente confirmadas e a terceira foi confirmada parcialmente, uma vez que se constatou uma gama de outros fatores que também atuam de modo a favorecer as elevadas taxas de incidência da doença. As políticas públicas analisadas mostraram-se consonantes às políticas e diretrizes nacionais concernentes ao assunto, reproduzindo-as na esfera municipal. Suas principais formas de expressão foram campanhas de saúde pública e planos de contingenciamento da dengue. A avaliação dessas políticas por parte dos entrevistados (profissionais da saúde e usuários do SUS) é positiva, mas eivada de críticas, especialmente quanto à falta de diálogo entre Estado e Sociedade, e quanto à falta de articulação com outras políticas sociais, como as de habitação, educação e saneamento ambiental. Desse modo, foi possível concluir que a dengue é um problema complexo que desafia a vida da cidade, e que para ser superado ou posto em níveis aceitáveis deve ser enfrentado de forma responsável por gestores e cidadãos, de forma articulada com outras políticas de promoção do bem-estar.

PALAVRAS-CHAVE: território; saúde; doença; dengue.

TERRITORY AND HEALTH: PUBLIC POLICIES TO COMBAT DENGUE FEVER IN PORTO VELHO/RO, 1999-2013.

ABSTRACT: This research analyzed public health policies designed to combat and control of dengue in the city of Porto Velho/RO. Selecting this issue occurred due to dengue fever being one of the main viruses emerging today, capable of impacting significantly and deep state of health of individuals and societies. The study presents qualitative profile and was held in dialectical approach, articulating the Indicting method (GINZBURG, 1990, 2007) and Oral history (MEIHY, 2005). The first was fired for the analysis of documentation from the official sources (reports, statistics, posters, contingency plans, among others) and the second allowed the registration of life stories of health care professionals and users of SUS-Unified Health System (BRASIL), who have had dengue fever or that, because of her lost family or known. The hypotheses of

the study were to: (1) the occurrence of dengue fever in Porto Velho reflects their social structure, showing risk factors and social and environmental vulnerability;. (2) the household infestation by the dengue mosquito is present in every neighborhood of the city, but the lethality is greater in the poorest population, demonstrating class structure (3) outbreaks of dengue fever in the city of Porto Velho main factor to discontinuance of their public policies, being that the hypotheses one and two were fully committed and the third was partially confirmed, once noted a range of other factors that also act in such a way as to favour the high incidence rates of the disease. Analyzed public policies were in line with national policies and guidelines related to the subject, reproducing them in the municipal sphere. Its main forms of expression were public health campaigns and contingency plans of dengue. The evaluation of these policies on the part of respondents (health professionals and users of SUS) is positive, but riddled with criticism, especially regarding the lack of dialogue between State and Society, and as for the lack of articulation with other social policies, such as housing, education and environmental sanitation. Thus, it was possible to conclude that dengue is a complex problem that defies the city life (English) that to be overcome or put into acceptable levels must be tackled responsibly by managers and citizens, to articulate with other policies to promote the welfare.

KEYWORDS: territory; health; disease; dengue fever.

APRESENTAÇÃO

A saúde sempre nos preocupa, mas na maioria das vezes essas preocupações são apenas de ordem pessoal, expressas na busca por tratamentos de saúde ou exames preventivos de doenças, e em pesquisas mais ou menos sistematizadas, realizadas em fontes variadas, como livros de receitas medicinais, sites de internet e, vez ou outra, um artigo científico que chega às nossas mãos. Até 2007 foi esse o tipo de preocupação que tive acerca da temática da saúde.

A partir de 2007 os processos sociais que implicam nos perfis de saúde e doença passaram a ocupar um espaço mais sistemático em meu campo de interesses e reflexões acadêmicas. Na época cursava mestrado em História Social, na USP, e participava do Núcleo de Estudos em História Oral – NEHO/USP, coordenado pelo professor Dr. José Carlos Sebe Bom Meihy, naquela universidade.

O NEHO recebeu convite da EPM- Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) para colaborar em um projeto de registro das histórias de vida de profissionais da saúde, docentes, técnicos, pacientes e estudantes a ela vinculados. O projeto, denominado 75X75, do qual tive a oportunidade de participar auxiliando no registro e transcrição de entrevistas lançou-nos o desafio de escrever a história dos 75 anos EPM, uma das mais ilustres instituições de pesquisa em saúde do país, a partir de 75 histórias de vida de pessoas a ela relacionadas. O produto da pesquisa foi um livro comemorativo 75X75 (GALLIAN, 2008), além de aprendizagens que nos foram muito significativas.

Durante o desenvolvimento do projeto 75X75 tive a oportunidade de conhecer excelentes profissionais da área da saúde e construir um conhecimento aproximado sobre como esses profissionais pensam e interpretam a sociedade que demanda seus cuidados, os significados de saúde e doença e a responsabilidade pessoal e institucional perante a recuperação e promoção da saúde.

Logo em seguida, em 2008, me voluntariei para um novo projeto, coordenado pelo professor Dante Gallian, que como o primeiro, prometia grandes desafios:

“Memórias do Coração: história oral de transplantados cardíacos”. Por meio desse novo projeto tive acesso a um universo riquíssimo de memórias e narrativas de pessoas que passaram por transplante cardíaco e experimentaram o limite tênue entre a vida e a morte. Essas pessoas que entrevistei me ensinaram a viver melhor e suas narrativas apontavam diversos componentes do mundo social que, segundo elas, teria contribuído ou mesmo causado suas enfermidades. De operários a executivos, todos indicavam uma dimensão política do adoecer: a ausência do Estado, as falhas no sistema de saúde, o “mal estar” da cidade, decorrente de sua má gestão e do modo de vida capitalista. Foi recorrente, nas narrativas, a indicação de viver um tempo acelerado, com baixa qualidade de vida, que os teria levado a priorizarem as demandas produtivas e as necessidades de consumo forjadas em nossa cultura, em detrimento da própria saúde, do bem-estar e relações familiares.

Com as duas pesquisas fui construindo, progressivamente, o entendimento de que a saúde não poderia ser explicada sem se considerar questões geográficas, como ambiente, urbanização, migração e trabalho, tal qual configurados em sociedades capitalistas. Retornei a Rondônia em 2009, e as discussões referentes a esse último projeto ficaram em suspenso para mim, devido a outros compromissos que assumi em minha prática profissional e acadêmica.

Em 2012, com a oportunidade de cursar doutorado em Geografia, um novo referencial teórico lançou luzes favoráveis ao avanço no entendimento da problemática da saúde e doença, e o tema acordado junto ao professor Dr. Francisco Mendonça para a nova pesquisa foi “políticas públicas de combate e controle da dengue, em Porto Velho/RO”. O tema, no referido recorte empírico, contribuiria para o grupo de Pesquisa Espaço e Saúde, da UFPR ampliar seu escopo de investigações sobre o problema da dengue no Brasil, incluindo, agora uma cidade amazônica. E a mim, daria a oportunidade de buscar compreender o porquê da permanência da dengue, apesar da grande quantidade de recursos públicos investidos anualmente em seu combate e controle. Entender por que, apesar de ser uma doença tão comum, de diagnóstico de inclusão, permanece vitimando pessoas em todo o mundo.

Embora ciente do baixo impacto das pesquisas acadêmicas sobre a sociedade e sobre a esfera política, a intenção subjacente ao estudo aqui

apresentado é a de contribuir para a revisão das políticas públicas de combate e controle da dengue em Porto Velho – e quiçá em nível nacional, indicando novas possibilidades, mais coerentes com as demandas territorialmente expressas.

INTRODUÇÃO

A saúde é sem dúvida um dos maiores anseios das sociedades, pois a ela se vinculam ideais como o de equilíbrio, bem-estar e vitalidade. Sua ausência costuma ser representada como “mal”, como limitação das funções biológicas, das capacidades humanas e ameaça à continuidade da vida. Objeto complexo e intangível do ponto de vista filosófico e científico, a saúde é buscada por meio de ações que lhes são tangenciais: tratamento de doenças, ações de prevenção e controle, tendo a saúde como meta.

Com vistas a compreender ou a alcançar a saúde, arcabouços técnicos e científicos variados têm sido desenvolvidos, conforme concepções políticas, ideologias e crenças relativas ao tempo e ao espaço. Do controle social dos corpos para o mundo do trabalho em moldes capitalistas à concepção da cidade como corpo saudável e higiênico são inúmeras e variáveis as concepções, as políticas e as técnicas que lhes deram suporte, assim como variáveis as suas formas de violência e os êxitos de suas propostas.

Com propósitos diversos, mas isenta de neutralidade, a Geografia da Saúde tem se constituído em campo fértil das pesquisas geográficas. Seu caráter mais inovador consiste em promover análises detalhadas da relação saúde-doença-espaço, considerando uma diversidade de métodos, técnicas e relações disciplinares. Já não se trata de elencar a relação de determinadas doenças com o espaço em que ocorrem, mas de analisar a própria dinâmica e formação desses espaços na conformação de processos de adoecimento e restabelecimento da saúde, bem como as representações sociais dessa experiência demasiado humana, que nos faz lembrar a finitude da vida. Trata-se também de alertar para a necessidade de políticas públicas de saúde que transcendam o componente técnico e incluam as dimensões da ética, da equidade e direito à saúde.

A Geografia da Saúde é o campo do conhecimento central do estudo ora apresentado, cujo tema é a relação território-saúde-política expressa nas políticas públicas de combate à dengue, desenvolvidas em Porto Velho, no período 1999-2013.

Todavia, em se tratando de um tema complexo e que envolve várias abordagens, no desenvolvimento da tese outros campos também foram envolvidos tais como a História, a Epidemiologia e a Antropologia.

“Território e Saúde: políticas públicas de combate à dengue em Porto Velho/RO, 1999-2013”, analisa as políticas públicas de saúde destinadas ao combate e controle dessa virose emergente que, segundo o Relatório “Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas” (WHO, 2010), é uma das principais responsáveis pelas internações hospitalares nos países menos desenvolvidos. O estudo almeja ainda evidenciar as concepções territoriais expressas por essas políticas e sua recepção por profissionais da saúde e habitantes da cidade que já tiveram a doença ou perderam familiar ou conhecido em decorrência dela.

A dengue é endêmica em Porto Velho e constitui um dos principais agravos à saúde pública neste município. Apesar de haver investimentos em campanhas de prevenção, planos de contingência e na atenção à saúde nos diversos níveis, os registros de casos positivos de dengue são recorrentes e têm se revelado epidêmicos a cada dois anos, aproximadamente (SEMUSA, 2011). Diante do exposto, buscamos compreender a relação entre as políticas públicas de combate à dengue e o quadro de endemia e epidemia que vem se manifestando no recorte empírico e temporal delimitados, bem como identificar quais os estratos sociais mais impactados pela doença.

A pesquisa foi desenvolvida em abordagem dialética, em consonância com o que vem sendo chamado de materialismo histórico-geográfico (HARVEY, 2012), articulando métodos e técnicas das diversas ciências humanas a partir de um olhar geográfico. A dialética e o materialismo histórico-geográfico, nesse contexto, transcendem o *status* de método tornando-se a *filosofia* do estudo. Consideramos essa filosofia da Geografia pertinente para a análise da problemática em foco, tanto pelo caráter complexo, muitas vezes contraditório e conflituoso das relações territorialmente expressas pelos diversos atores sociais, quanto pelo fato de que no centro desse debate encontra-se o corpo, uma vez que saúde e doença não são simples abstrações, mas efeitos provocados por fatores multivariados e sentidos pelo corpo e pela mente dos sujeitos históricos.

O corpo que sente, padece, resiste, emancipa-se, liberta-se, morre, só existe em relação com o mundo. Não há um corpo autônomo, autossuficiente e onisciente de um sujeito absoluto que por si só é capaz de todas as coisas, desse modo, não pode ser pensado separadamente do espaço que ocupa e dos processos socioecológicos que o enredam. Concordamos com Harvey (2012), quando diz que o corpo é construção social que não pode ser compreendido fora das forças que o constrói, dentre as quais, as forças políticas, econômicas e culturais, que se associam de maneiras diferenciadas ao longo dos processos produtivos.

Se para pensar o corpo nos dias de hoje é imprescindível compreender o processo de globalização – de acumulação e expansão geográfica do capital -, a globalização, por seu turno, é fruto de relações socioespaciais de bilhões de corpos que trabalham, consomem, se reproduzem e sonham o “sonho do dólar” (BORGES, 1978), sem reconhecer sua *mesmidade* no *outro* ou vice-versa, ou seja, reforçando identidades, diferenciações e fronteiras onde deveria haver solidariedade.

A categoria mobilizada para a pesquisa foi a de território, por mostrar-se coerente com a leitura que se pretendeu realizar: uma leitura com ênfase nos conflitos, nas contradições sociais e nos exercícios do poder. O território, percebido por lentes raffestinianas, é formado a partir de uma base espacial, material e simbólica e pelos diversos agentes em suas relações culturais, de sociabilidade e de produção, nas quais se destacam a figura do Estado, com sua organização central do Poder, e a Sociedade, com seus trabalhos, sonhos, necessidades, lutas, desejos e microfísicas do poder (FOUCAULT, 1982).

A territorialidade reflete a experiência empírica dos sujeitos. Ciente disso, o estudo procurou enfatizar a territorialidade da dengue em Porto Velho, as ações e interpretações que ela mobiliza por parte dos diversos atores, sem desconsiderar, no entanto, seus componentes espaciais, como as zonas mais atingidas e suas características infraestruturais refletidas na paisagem.

Ao lado da categoria “território”, central para este estudo, a noção de desenvolvimento auxiliou a reflexão geográfica acerca das contradições relativas à urbanização desta cidade, que ocupa simultaneamente o lugar de periferia do capital e centro de atração da cobiça internacional devido aos recursos naturais regionais. Em decorrência das especificidades do processo de urbanização e modernização da Amazônia brasileira experienciamos territórios que se tornam cada vez mais

artificializados devido à presença da técnica, embora nem sempre esta se faça presente de modo adequado ao atendimento das demandas sociais – o que decanta investigar seus usos políticos e suas possibilidades de aplicação, de modo a melhor atender às demandas sociais.

No que tange à questão Território-Saúde, para além de determinismos há muito superados pela ciência geográfica e pela Geografia Médica e da Saúde, em específico, reconhece-se que o processo adaptativo do homem junto ao meio tem causado alterações socioambientais que geram vulnerabilidade e perdas na qualidade de vida, interferindo no processo saúde-doença. Processo este acelerado pela tecnificação promovida pela expansão do capitalismo após a Revolução Industrial inglesa, iniciada no século XVII.

Sob a égide do modelo vigente de desenvolvimento notamos a configuração de vastos cenários de insustentabilidade ambiental que são comprometedores dos ecossistemas, e, por conseguinte, da vida humana no planeta, afetando, em maior ou menor escala, sua saúde. Diante disso, procuramos contemplar nesta pesquisa uma discussão pautada na contextualização da dengue com o meio ambiente urbano, enfatizando suas dimensões socioeconômicas e políticas vinculadas às formas de uso e ocupação do solo e de ordenamento territorial.

Se considerarmos a Saúde como um produto social que depende de requisitos como os defendidos na Carta de Ottawa (WHO, 1986): justiça social, paz, educação, moradia e alimentação adequadas e ecossistema equilibrado, vemos que a política desempenha papel central, papel este que necessita ser conhecido, estudado e avaliado adequadamente, tendo em vista que diz respeito à vida da “polis” como um todo. Assim, o trio território-saúde-política precisa ser pensado conjuntamente.

Com a pesquisa foi possível constatar que as políticas públicas de combate à dengue em Porto Velho, no período estudado, não têm obtido sucesso frente à magnitude do quadro evidenciado no município, no entanto, sua ineficiência não pode ser considerada como único fator para a manutenção do problema. Questões estruturais, como a situação do abastecimento de água, o manejo de águas pluviais e o esgotamento sanitário precisam ser considerados, entre outros. Seria necessário, portanto, a articulação entre as políticas públicas específicas para a dengue com outras, relacionadas aos demais aspectos do desenvolvimento urbano.

A tese expressa por esta pesquisa é a de que a dengue é uma doença amplamente dispersa pelo território de Porto Velho, capaz de atingir pessoas de qualquer condição social e econômica, mas que, no entanto, faz seu número maior de vítimas entre as camadas mais pobres da população, por ser este o estrato social que tem menos acesso a recursos, de modo geral, e a saneamento básico, diagnóstico e tratamento correto, em tempo oportuno.

A pesquisa trabalhou com as seguintes hipóteses: (1) a ocorrência de dengue em Porto Velho reflete sua estrutura social, evidenciando fatores de risco e de vulnerabilidade socioambiental; (2) a infestação domiciliar pelo mosquito da dengue se faz presente na maioria dos bairros da cidade, mas a letalidade é maior na população mais pobre, evidenciando estrutura de classe, (3) a permanência de índices elevados da doença se deve à descontinuidade das políticas públicas de controle da dengue.

As noções de epidemia e endemia com a qual se operou foram as de Cleane Bezerra, segundo a qual, endemia é a ocorrência de um agravo dentro de um número esperado de casos em determinada região e determinado período de tempo, com base em sua ocorrência em anos anteriores não epidêmicos, e epidemia, significa a ocorrência de um agravo acima da média (ou mediana) histórica de sua ocorrência (BEZERRA, 2013).

Cabe destacar, ainda, que o presente estudo se situa no âmbito das atividades do Grupo de Pesquisa Espaço e Saúde, da UFPR, credenciado no diretório de grupos de pesquisa do CNPQ. Este grupo, liderado pelo professor Francisco Mendonça desde 1999, vem desenvolvendo pesquisas sistemáticas acerca da dimensão espacial dos processos de saúde e adoecimento, e desde o ano de 2003 tem se destacado na análise da problemática da dengue, por meio de projetos como “Dinâmica espacial, monitoramento e controle da dengue na Região Sul do Brasil”, realizado com auxílio financeiro do CNPq, Ministério da Saúde do Brasil, Ministério da Ciência e Tecnologia e Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, “Dinâmica espacial da Dengue no Estado do Paraná”, financiado pela Universidade Federal do Paraná, “Mudanças climáticas, aquecimento global e saúde/dengue”, desenvolvido com recursos do CNPq, e “Contingências socioambientais da dinâmica espacial da dengue no centro-sul do Brasil: riscos e vulnerabilidades face à urbanização e mudanças climáticas”, dentre outros. O estudo que aqui apresentamos é um dos primeiros

deslocamentos do grupo rumo à investigação dos desafios da saúde na região amazônica.

Este texto está organizado em sete seções: a primeira de apresentação do problema e considerações sobre a metodologia utilizada, a segunda de discussão teórica e revisão da literatura, a terceira seção apresenta o perfil epidemiológico de Porto Velho para, na seção seguinte, discutir a problemática da dengue em Porto Velho, considerando o contexto geográfico e o agravo. A seção V apresenta um panorama da doença em variadas escalas, segundo as mais recentes informações disponíveis. A seção VI constitui-se de análises dos discursos dos colaboradores, apreendidos por meio das entrevistas de história oral de vida. A VII seção discute políticas públicas de combate e controle da dengue em Porto Velho, com passagem por algumas das principais políticas nacionais relacionadas à doença. Finalmente, esboçamos as conclusões e considerações finais sobre esta pesquisa. As narrativas resultantes das entrevistas são disponibilizadas na íntegra no volume dois que acompanha este trabalho.

SEÇÃO I: CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA

Na presente seção objetivamos apresentar a metodologia que embasou a pesquisa, antes, porém, tecemos considerações acerca da análise geográfica a partir da categoria “território”. Primeiramente, cabe dizer que a análise geográfica com esta perspectiva pressupõe a compreensão do espaço considerando as relações de poder que nele se manifestam. Isto porque o território se forma no espaço - este lhe precede (RAFFESTIN, 1993), mas o território, ou melhor, as estratégias sociais de territorialização, por sua vez, transformam o espaço, conferindo-lhe novas configurações (físicas e/ou simbólicas) e novos usos, muitas vezes diferentes do previsto pelo poder político-administrativo. Desse modo, é importante destacar que, nesta pesquisa, percebemos o território para além de seus contornos políticos, jurídicos e administrativos, embora estes se façam presentes como uma dimensão relevante das relações de poder.

Buscamos compreender as relações de poder entre Estado (com suas estruturas e aparelhos de governança) e a Sociedade, que muitas vezes possui entendimentos, necessidades e representações diferentes do primeiro. O *corpus* documental que deu base para a investigação foram documentos diversos, que abrangem desde relatórios e estatísticas oficiais, a *folders*, cartilhas e cartazes de campanhas de saúde pública e histórias de vida de profissionais da saúde e usuários do SUS, que perderam parentes e conhecidos vitimados pela dengue. Os caminhos para a constituição desses arquivos foram diversos e apresentaram dificuldades variadas. Alguns tivemos de buscar em órgãos públicos, outros foram cedidos em versão digital, outros foram disponibilizados por colegas do próprio DINTER e outros, ainda, foram levantados em pesquisa de campo.

Os documentos oficiais, do universo da escrita, foram lidos na perspectiva de identificação do conteúdo, identificação de suas concepções e estratégias de territorialização das ações, e de crítica discursiva. E os documentos provenientes da oralidade, que denominamos “narrativas” ou “histórias de vida” foram produzidos por nós durante a pesquisa, a partir de entrevistas pautadas no método da história oral de vida (MEIHY, 2005), que será detalhado adiante.

Como o território se assenta sobre uma base espacial, acrescentamos rotineiras observações em campo, na tentativa de analisar a forma, função e estrutura do espaço de Porto Velho em suas vinculações com a problemática em estudo.

A concepção de espaço geográfico adotada é a que o entende como “conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, 2004). Ou seja, de produto da relação dialética entre o meio físico e o meio técnico-científico-informacional, orquestrado pelo homem em suas relações sociais: relações de produção, reprodução, trocas e consumo.

Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo, de abordagem dialética e que articulou o método Indiciário (GINZBURG, 1990) e da História Oral (MEIHY, 2005). A dialética se expressou, sobretudo, por meio das variações discursivas e a utilização desses dois métodos se fez em decorrência da necessidade de se operar com uma documentação híbrida, que inclui fontes escritas, de caráter oficial, e documentos provenientes da oralidade: histórias de vidas que expressam as vivências, angústias e perspectivas de profissionais da área da saúde que tiveram experiência pessoal ou profissional com a dengue, além de sujeitos que atuam em outros ofícios e possuem relação com a doença.

Enquanto é atribuído à história oral constituir parte relevante do *corpus* documental da pesquisa (os textos resultantes das entrevistas), que dão a dimensão subjetiva, qualitativa, das representações sociais sobre saúde, doença e vulnerabilidade, ao método indiciário cabe orientar para investigações aprofundadas que revelam sentidos não explícitos, cristalizados nos discursos, crenças e práticas do cotidiano dos narradores.

O método indiciário, a partir de leituras críticas, minuciosas e comparativas tem como objetivo a investigação de “pistas”, “sinais” ou “indícios” reveladores dos fenômenos da realidade (COELHO, 2006). Esse método foi sistematizado pelo historiador italiano Carlo Ginzburg na década de 1990, em seu livro “Mitos, Emblemas e Sinais: Morfologia e História” e alcançou maior detalhamento em 2007, com “O Fio e os Rastros: verdadeiro, falso e fictício” (GINZBURG, 2007). Embora o método tenha sido sistematizado no século XX, tem como substrato práticas empíricas antigas, que remontam ao tempo em que caçadores e coletores, a partir da interpretação dos indícios deixados na natureza se organizavam para a resolução de problemas de seu

cotidiano. Com esse método almejamos “seguir as pistas” deixadas pelos documentos, acompanhar os “rastros” dos que nos precederam no caminho analítico dessa problemática, a partir do estudo das fontes secundárias, para construir uma interpretação própria, que relacione as ciências Geografia e História na busca de compreensão das políticas públicas voltadas à dengue na periodização estabelecida.

O procedimento “Jogos de Escalas” foi adotado tendo em vista que se optou por desenvolver uma análise micro e local, mas em relação com as diferentes dimensões da experiência social, que implicam em relações de identidade e pertencimento a Estados e nações. E ainda porque nas sociedades capitalistas o espaço e o lugar se tornam uma “unidade de diversidades”, fundindo as diferenças geográficas e humanas em um mundo que tende à padronização, no qual é possível encontrar, contudo, a tensão entre o regional/local e os padrões culturais difundidos globalmente pelo centro do capitalismo (SOJA, 1993; HARVEY, 1992). Essa padronização se dá por meio da ciência, da técnica e do acesso relativo aos bens de consumo.

A história oral (HO) é aqui entendida como “prática de apreensão de narrativas feita através do uso de equipamentos eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato” (MEIHY, 2005, p. 17). Por meio dela é possível evidenciar os espaços de formação e atuação dos entrevistados e suas territorialidades, contribuindo com um conhecimento geográfico-fenomenológico que valoriza a experiência e a narrativa dos sujeitos.

O fato de ser uma *prática* não a restringe na condição de “simples” técnica, pois possui uma epistemologia em construção (ÁVILA, 1996; JOUTARD, 1983; FERREIRA, 1994; AMADO, 1996; 1978; PATAI, 1988; PORTELLI, 1994, 1997; MEIHY, 1996, 2005, 2007; CALDAS, 1998, 1999, 2001) e um conjunto de procedimentos utilizados por diversas disciplinas, como a História, a Geografia, a Psicologia e a Sociologia.

A história oral que fazemos se pauta na ética e na *parrhesia*, no livre pensar e livre falar. Assim, o respeito ao colaborador (a pessoa que concorda em narrar sua história de vida) é condição imprescindível.

A noção de colaboração, de trabalho conjunto realizado no diálogo e na negociação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa perpassou todo o processo de produção dos documentos possibilitando transcender o modelo verticalizado de pesquisa, em que figuram o sujeito e o objeto, em favor de um modelo horizontal e de relação entre sujeitos.

Com a colaboração, o pesquisador toma para si a responsabilidade de ser o mediador da pesquisa, de ser aquele que busca as melhores condições para o diálogo e o instiga com sua capacidade de ouvir, silenciar, perguntar. Nessa nova relação, a noção de autoria também é alterada: já que o trabalho é feito “a duas mãos”, considera-se que o texto resultante do trabalho de história oral é um texto de coautoria. Ao colaborador pertencem: a experiência, o vivido, a memória, a imaginação – a história narrada; ao pesquisador pertence o projeto, que norteia o estudo, e as técnicas de registro, armazenamento e análise das narrativas (BARBOSA, 2009).

O produto final dessa relação é a devolução, o retorno dos textos aos colaboradores e à comunidade da qual fazem parte, para fazerem uso da maneira que julgarem apropriada. Na maioria das vezes, esses textos, sejam avulsos ou compondo um livro ou trabalho acadêmico são guardados com zelo na estante da casa ou do setor de trabalho, na biblioteca do bairro e se tornam um referencial para a comunidade de destino.

Em termos operacionais, o trabalho de produção de documentos por meio da história oral compreende os seguintes procedimentos:

1- Delimitação da Comunidade de Destino: escolha do grupo a ser entrevistado. Nesta pesquisa, a comunidade de destino é constituída por profissionais que atuam na área da saúde ou em suas interfaces, no município de Porto Velho, e por usuários do SUS que possuem experiência com a dengue. Especificamente, foram entrevistados médicos, enfermeira, técnicos de enfermagem e vigilância sanitária, agente de controle de endemias, gestores de saúde, e usuários do SUS ou pessoas que tiveram experiência com dengue. Não se estabeleceu número mínimo ou máximo de pessoas a serem entrevistadas, pois não se trata de uma amostragem. A faixa etária dos colaboradores variou entre 18 a 68 anos.

2- Formação das Redes. Redes são subdivisões da comunidade de destino que indicam os critérios adotados para a escolha dos indivíduos a serem entrevistados, tais como faixa etária, orientação sexual, grau de escolaridade, dentre outros. No presente estudo, constituímos duas redes: uma de profissionais com formação acadêmica ou técnica na área de saúde ou que atuam em suas interfaces, como a vigilância sanitária ou a fiscalização ambiental, por exemplo, e a outra com pessoas diversas que viveram experiências próximas com a dengue, seja como paciente, seja como quem perdeu

parente ou amigo por consequência da infecção viral da dengue. Na primeira rede, temos a história de vida um médico, de uma enfermeira, de uma técnica de enfermagem, de um agente de controle de endemias, uma fiscal do meio ambiente, uma psicóloga, além das narrativas do secretário municipal de saúde e do secretário adjunto da secretaria estadual de saúde em Rondônia. Na segunda rede, temos a narrativa de um motorista que perdeu a esposa vítima da dengue, uma aposentada que viu o adoecimento e morte de um vizinho em decorrência do agravo, um estudante de ensino médio que teve dengue com complicações e também afirma ter perdido dois colegas para o vírus, uma profissional da área de estética que também manifestou a doença por duas vezes, residente da área urbana de Porto Velho, e um agricultor residente no distrito de Vista Alegre do Abunã, em Porto Velho. Não definimos número mínimo ou máximo de pessoas a serem entrevistadas em cada rede, pois a história oral a qual somos filiados (PORTELLI, 1997; MEIHY, 2005; CALDAS, 2001) não opera com critérios de amostragem, mas valoriza cada narrativa em sua singularidade.

3- Pré-entrevista. Momento no qual apresentamos a proposta de pesquisa aos colaboradores, os procedimentos e tecnologias que serão utilizados e se agendam data, horário e local para a gravação da entrevista. Com utilização de correio eletrônico e telefonia para a comunicação entre pesquisador e colaborador as pré-entrevistas tendem a ter duração mais curta, apenas para esclarecimento de algum tópico. Parte significativa do acordo e a definição de detalhes foram feitas por meio de telefonia celular e e-mail.

4- Entrevista. Necessariamente gravada, a entrevista corresponde a um diálogo entre a pesquisadora e o colaborador e foi norteada pelos procedimentos de Origem Voluntária e Cápsula Narrativa (CALDAS, 1998). A origem voluntária faculta ao colaborador escolher o ponto de sua experiência a partir do qual deseja narrar sua história de vida, constituindo uma cápsula narrativa, ou seja, uma estrutura discursiva singular, com temporalidades e narratividade próprias. Durante as entrevistas anotamos em caderno de campo informações sobre data e local e impressões que o diálogo nos causou, buscando apreender, ainda que fugazmente, a atmosfera de cada encontro, que foi transformador e ampliou nosso conhecimento.

A cápsula narrativa - esse discurso primeiro de representação de um eu em suas redes de virtualidades -, se tornou o eixo pelo qual conduzimos o diálogo das seções

seguintes de gravação e o trabalho de transcrição dos textos, transformando a entrevista (com uma estrutura de perguntas e respostas), em um texto narrativo que as incorpora e trabalha literariamente as informações, com a intenção de melhor comunicar o sentido ao leitor que não presenciou o momento da entrevista, desfrutando dos referenciais externos.

O que buscamos por meio do trabalho com a história oral é a experiência do sujeito que se propôs a compartilhar sua história de vida e a partir dessa narrativa refletir sobre as representações que elabora acerca de questões como saúde, doença, vulnerabilidade e a presença da dengue no município de Porto Velho. Desse modo, não trabalhamos com um roteiro pré-definido de perguntas, mas adotamos uma postura dialógica e de estímulo ao colaborador, para que narrasse seus conhecimentos, vivências e representações sociais.

Com a pesquisa não se pretendeu encontrar a verdade, os fatos, comparar as falas dos colaboradores entre si ou compará-las com os discursos oficiais e de especialistas para descobrir “a verdade”, mas discutir as formas e processos culturais pelos quais esses indivíduos expressam o sentido de si mesmos nesse tempo, nesse espaço e com as condições específicas do momento de gravação. Se comparações entre discursos foram realizadas, não o foram para sobrepor um ao outro, mas para valorizar a diversidade de experiências, narrativas e representações sociais do fenômeno estudado.

5- Transcrição: processo de transposição do que foi dito oralmente, na entrevista, para o código escrito. Procedemos a uma transcrição literal, incluindo na primeira versão do texto os “erros” de português, repetições, gírias, expressões regionais e/ou étnicas e os marcadores conversacionais que caracterizam a oralidade. O texto transcrito é a base sobre a qual trabalhamos para a composição do documento final, a história de vida dos colaboradores.

6- Textualização: compreende o esforço de dar à entrevista um caráter de texto, inteiro, coerente, fluido, agradável à leitura. Na textualização, as indagações, respostas, digressões e afirmações são incluídas em uma única narrativa de modo a estabelecer um texto favorável à leitura, o mais livre possível de fragmentos, “reticências”, frases e pensamentos inconclusos. A partir da textualização temos um

documento básico sobre o qual trabalhar. Já não se fala em entrevista, mas em texto aberto a múltiplas interpretações.

7- **Conferência:** esse é momento em que o pesquisador retorna ao colaborador com o texto resultante do trabalho de história oral e o lê, com vistas a receber a autorização para uso. Modernamente, uma das formas utilizadas para se fazer a conferência, quando se trata de colônia de letrados, é o uso de correio eletrônico.

Acredita-se que com a escolha epistemológica adotada seja possível operar com maior criticidade as fontes documentais e contribuir para a construção de um conhecimento diferenciado e relacional, que reconstrua a trajetória de sujeitos históricos frente às políticas científicas de combate à dengue das quais foram autores ou receptores.

O processo que compreende todo esse conjunto de reflexões, posturas e operações em história oral é denominado “transcrição hermenêutica” (CALDAS, 1999). A transcrição hermenêutica indica uma “concepção e visão de mundo não somente de como se produz um texto, mas sobre o fundamento da própria realidade e de como podemos compreendê-la e modificá-la” (CALDAS, 1999: p. 74).

A transcrição é necessária porque em trabalhos com a oralidade não é suficiente a transposição em texto para o que foi dito oralmente. Mais do que reproduzir “palavra por palavra” do que foi dito no momento da entrevista é necessário comunicar o sentido, os silêncios, as entonações de voz, os silêncios e suas significações, até por que não nos expressamos somente com palavras.

Os textos resultantes do trabalho transcriativo de história oral constituíram uma documentação específica que mobilizou instrumentos e teorias analíticas próprias e das diversas ciências humanas. Esse *corpus* documental é o ponto de acesso a informações, experiências e concepções peculiares, que não teríamos acesso por meio da documentação convencional. Por outro lado não há impedimentos, em se tratando de história oral híbrida, de colocar esses textos em diálogo com o conjunto dos demais documentos, como relatórios técnicos, mapas, cartilhas e *folders* produzidos pelos órgãos de combate às endemias em Porto Velho.

Dado o volume desse documento, optamos por trabalhar com excertos das histórias de vida ao longo das análises aqui tecidas, e disponibilizar ao leitor essas

narrativas na íntegra, em um segundo volume, apenso a esse. Acreditamos, dessa forma, não desvalorizar a experiência e a narrativa de nossos colaboradores – que poderão ser apreciadas em toda a sua riqueza-, e não comprometer a objetividade esperada do trabalho. Corremos o risco, todavia, de o leitor apressado se concentrar apenas nesse volume, o que poderia limitar o entendimento acerca dessa proposta de estudo. A leitura das histórias de vida é necessária para a compreensão das representações sociais de saúde e doença tecidas pelos entrevistados.

Recursos como questionário (questões fechadas e de múltipla escolha) e de representações cartográficas também auxiliaram nesta pesquisa. Foram aplicados 300 questionários com questões acerca dos riscos e vulnerabilidades socioambientais e em saúde enfrentados por moradores dos bairros de Porto Velho que apresentaram índices elevados de infestação predial por *Aedes aegypti*, conforme LIRAs realizados em 2012 e 2013.

No que tange ao uso de mapeamento, procuramos inter cruzar as informações construídas na pesquisa com as apresentadas nos Planos de Contingência da dengue, elaborados pela SEMUSA. Também elaboramos mapas específicos, como o da distribuição dos serviços de saúde no território e mapa aproximativo da localização de óbitos por dengue em Porto Velho.

A análise dos diversos documentos, sejam os oficiais sejam os resultantes das entrevistas, foi realizada na perspectiva da Análise do Discurso (AD), especialmente com base em Michel Foucault (1996).

Entendemos o discurso enquanto acontecimento linguístico e geohistórico, localizável em tempo e espaço, e possível somente por meio das condições, recursos e regras pré-estabelecidas e aceitas pelo narrador e pelo autor. A AD foi utilizada como instrumental para fazer ver além da opacidade dos textos, identificando sentidos e representações sociais presentes nas formações discursivas. Procuramos destacar os mecanismos sociais de controle do discurso em suas atuações interna e externa. Do ponto de vista interno, a memória, o esquecimento e o silêncio foram considerados. No que tange aos mecanismos externos de controle do discurso, enfatizamos questões como a interdição, a seleção (que separa os discursos, excluindo os que não possuem a “fala legítima”), e a vontade de verdade, compreendida em perspectiva relativista (FOUCAULT, 1996).

Documentos que apresentam informações quantitativas e estatísticas, embora relevantes, não foram priorizados neste estudo, uma vez que tanto no trabalho de campo quanto no de gabinete constatamos falha no registro e classificação dos casos de dengue – possivelmente subnotificação, e interrupção da alimentação da plataforma do SINAM e de seu acesso a pesquisadores. Informações sobre morbidade em Porto Velho também revelaram descontinuidade no site do IBGE (ano de 2008). Esse tipo de informação, quando usada, alertou para seus limites, especialmente em relação à confiabilidade.

Os jogos de escala do presente trabalho foram desenvolvidos do específico para o geral e do geral para o específico, podendo ser assim expressos:

- Porto Velho (narrativas de histórias de vida e documentos locais);
- Rondônia (programas e dados sobre sua formação histórica);
- Brasil (indicadores do Ministério da Saúde, manuais, livros e trabalhos acadêmicos);
- América Latina (publicações da OPAS, especialmente relatórios).

Foram analisados ainda documentos de abrangência global, como recomendações da Organização Mundial de Saúde e sua constituição.

De modo sumário, os métodos adotados para a coleta de dados foi o Indiciário (GINZBURG, 1990) e a História Oral (MEIHY, 2005). Com base no primeiro, realizamos o levantamento, serialização e fichamento da documentação de caráter oficial, e com o suporte do segundo procedemos ao registro das histórias de vida.

As observações acerca da forma, função e estrutura do espaço e das relações de poder expressas no território foram anotadas no caderno de campo e transpostas para editor de texto, para análises e comunicação gráfica. A esse respeito procuramos cotejar as observações em campo com os dados do IBGE, a fim de relacioná-los com os índices de morbidade e mortalidade da dengue na cidade. O fato de Porto Velho apresentar, por exemplo, indicadores socioeconômicos e de saneamento básico entre os mais baixos das capitais do país (IBGE, 2010) levam-nos a tomá-los como indícios para pensar seu grave quadro de saúde pública, especialmente no que tange às doenças virais e de veiculação hídrica.

Para o dimensionamento dos riscos e vulnerabilidades socioambientais, os 300 questionários aplicados revelaram que nos bairros onde fizemos a coleta de dados há acúmulo de lixo nas ruas e em terrenos baldios, e com exceção do Cohab, todos sofrem com a irregularidade na distribuição de água tratada e moradias inadequadas à saúde humana.

A coleta de dados envolveu duas fases, uma em campo (bairros da cidade) e a outra em órgãos especializados do Governo.

O trabalho de campo consistiu em observações e notações tomadas a partir do deslocamento por diversos bairros da cidade, onde aplicamos o questionário sobre risco e vulnerabilidade socioambiental, conversamos com as pessoas e observamos a infraestrutura disponível. Formas de sociabilidade e intervenções no espaço público também foram registradas, com vistas a usos em pesquisas posteriores. Durante o trabalho de campo também foram realizadas visitas às residências e/ou locais de trabalho dos colaboradores, a fim de gravar as entrevistas, conferir transcrições e recolher documentos como Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Carta de Cessão de direitos para uso das entrevistas.

Visitas à Secretaria Municipal de Saúde e ao Laboratório Central – LACEN foram realizadas com vistas à coleta de dados e busca de esclarecimentos. Em ambas as instâncias houve cordialidade no recebimento, e a maior parte dos dados necessários à investigação em tela foi disponibilizada para consulta, mas não foi possível acessar informações pessoais dos pacientes que faleceram em razão da dengue, como seus endereços, por exemplo, e nem os dados quantitativos dos casos de dengue registrados no Brasil e em Rondônia, no ano de 2013 e suas respectivas taxas de incidência. O motivo alegado foi a substituição de *software* e falta de recursos humanos para voltar ao sistema antigo e fazer os levantamentos solicitados. Em relação a esse último ano abrangido pela pesquisa, tivemos de trabalhar com dados parciais disponíveis na internet e seguir as pistas dadas pelos jornais e por moradores da cidade.

As duas séries documentais constituídas durante a pesquisa: a dos dados oficiais e a da memória dos entrevistados contribuíram para revelar aspectos desconhecidos e relevantes da relação território e saúde em Porto Velho.

SEÇÃO II: A SAÚDE E A DENGUE SOB A PERSPECTIVA GEOGRÁFICA: CONJECTURAS TEÓRICAS

Na presente unidade procuramos discorrer sobre as perspectivas teóricas que orientaram este estudo, evidenciando as categorias, noções e teorias centrais para a pesquisa.

Ao aproximar Geografia e Saúde faz-se necessário realizar escolhas, sendo a primeira delas a mais difícil, porque reporta à própria concepção do que é a Geografia. Esta primeira escolha é de grande responsabilidade porque indica os vínculos epistemológicos da pesquisa e do pesquisador. Vínculos esses que dificilmente são aceitos de forma incontestada ou apreciados como coerentes e uniformes no conjunto da obra e da vida de um pesquisador. Fazer escolhas sempre será, nesse caso, correr riscos.

Dentre as escolhas possíveis, pode-se filiar a uma concepção de Geografia como ciência que estuda o ambiente – o que põe a tônica nas relações estabelecidas na natureza. Pode-se optar por uma Geografia entendida como ciência social, o que conduz a enfatizar o espaço como construção social estabelecido na interface indivíduo/coletividade, e é possível ainda se vincular a uma concepção que entende a Geografia como ciência do homem – o que implica em reconhecer a condição humana como epicentro dos estudos geográficos.

Qualquer escolha que viéssemos a fazer viabilizaria a pesquisa, mas consideramos a segunda a mais coerente com o tipo de trabalho que desenvolvemos. Feito isso, resta a delimitação do campo, da especialidade dentro da Geografia - nesse caso, a Geografia da Saúde, cujas razões da adesão serão expostas mais à frente, e resta ainda a escolha dos modelos explicativos ou teorias. Esse é o passo de reflexão e teste de modelos:

Así se llega a los niveles de base representados por las teorías. En algunos casos, teorías como la transición epidemiológica, cambio global, difusión, complejidad o riesgos. En otros, sus respectivas interpretaciones críticas e sus variantes, ya que es poco común que una teoría ‘encaje’ con precisión en el contexto de una nueva modalidad de indagación (PICKENHAYN, 2009, p. 24).

Doenças reemergentes e negligenciadas como a dengue seguem em paralelo com as doenças que marcam o novo perfil epidemiológico global, no qual se destacam as morbidades e mortalidades vinculadas ao sistema circulatório, neoplasias e causas externas, como acidentes de trânsito, de trabalho e homicídios. Ao lado dessas, as doenças negligenciadas ainda se fazem presentes, vitimando grande número de pessoas. Como explicar a emergência dessas enfermidades e suas recorrentes epidemias? Como explicar a ineficácia das políticas públicas destinadas a seu combate? Uma única teoria não seria suficiente, pois há que se considerar o comportamento do vetor no ambiente, as características do próprio ambiente, o comportamento social dos homens que sofrem com a doença, dos gestores públicos, dos profissionais de saúde, além de considerar a infraestrutura e recursos disponíveis para tratamento de saúde e as condições de defesa imunológica dos indivíduos, que levam alguns a apresentarem quadros mais graves que outros.

Diante da problemática exposta optamos por trabalhar com o modelo epidemiológico que considera a multicausalidade e riscos distintos para cada paciente, observando suas histórias de vida, locais de habitação e acesso a bens e recursos, assim como especificidades de sua fisiologia, que correspondem a processos de adoecimento e reabilitação diferenciados.

Os pressupostos da presente pesquisa pertencem ao campo da Geografia Humana e da Saúde e dialogam com a Epidemiologia. Dentre eles se destacam para a presente pesquisa os conceitos de Território, Representação, Saúde, Política, Risco e Vulnerabilidade em saúde.

O conceito de Território com o qual se opera é o de uma apropriação do espaço, concreta e simbólica, conduzida por agentes diversos e interesses muitas vezes conflitantes que estabelecem, desse modo, relações de poder (RAFFESTIN, 1993). Nessa perspectiva, o poder se torna categoria central e a dimensão política ganha destaque, mas “isso não quer dizer, porém, que a cultura (o simbolismo, as teias de significados, as identidades) e mesmo a economia (o trabalho, os processos de produção e circulação de bens) não sejam relevantes ou não estejam ‘contemplados’ ao se lidar com o conceito de território” (SOUZA, 2009: p. 59).

As dimensões do poder, em seus aspectos macro e microfísicos são centrais porque definem e constituem o território. Com relação a esta categoria analítica,

destaca-se no Brasil, além da contribuição de Souza (*op. cit.*), a contribuição de Rogério Haesbaert e Marcos Saquet. O primeiro, ao problematizar o sentido de território e territorialidade, retoma seu sentido etimológico e clássico:

[...] o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam aliados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva apropriação (HAESBAERT, 2004: p. 01).

Sua discussão ganha destaque, contudo, no que toca à questão da multiterritorialidade, desterritorialização e reterritorialização frente aos processos globalizantes do mundo contemporâneo e a recriação de relações de pertencimento frente a diásporas e deslocamentos.

Marcos Saquet compreende o território como produto social elaborado de forma têmporo-espacial pelo exercício de poder de um determinado grupo ou classe social (SAQUET, 2000, 2003, 2007, 2009). Em Saquet, o território ganha dimensão histórica na qual as temporalidades de cada período são observadas em sua produção. O mesmo autor, ao analisar as noções de território em pesquisadores italianos, franceses, ingleses, estadunidenses e brasileiros indicou haver quatro tendências em relação a esses trabalhos:

a) uma eminentemente econômica. Sob o materialismo histórico dialético, na qual se entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas; b) outra, pautada na dimensão geopolítica do território; c) a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólica-identitária, tratando de representações sociais centradas na fenomenologia e, d) a última, que ganha força a partir dos anos de 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar (SAQUET, 2007, p. 15).

No que se refere à formação do território, são considerados os seguintes processos:

a) Relação espaço-tempo como movimento condicionante e inerente à formação de cada território através das processualidades histórica e relacional (transescalar, com redes e fluxos); b) a relação ideia-matéria, também como movimento e unidade; c) a heterogeneidade correlata e em unidade com os traços comuns e, d) a síntese dialética do homem como ser social (indivíduo) e natural ao mesmo tempo (SAQUET, 2009, p. 73).

Para o autor, esses processos estão presentes tanto na formação do território quanto na constituição da própria territorialidade dos sujeitos.

No final do século XX e início do XXI notamos uma concepção renovada de território, diferente da visão tradicional que o definia como área específica de atuação do Estado por meio de suas esferas de poder. No Brasil, os estudos centrados nas análises territoriais ganharam destaque na Geografia a partir da década de 1970, com o movimento de renovação crítica dessa ciência e a busca de novas abordagens para a análise espacial.

Bortolozzi e Faria (2012) ressaltam que a categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades. Se de um lado o território - cenário das relações sociais -, pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas. Como exemplo, pode-se citar o planejamento territorial urbano que pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, quanto agir pontualmente, conforme as demandas e características do território.

A geografia crítica inscrita no Brasil, ao renovar as concepções sobre o espaço e o território, percebendo-os como dinâmicos e resultantes de processos sociais, ofereceu uma importante contribuição à Epidemiologia, que pôde superar a perspectiva biológica e individual acerca das doenças e compreender sua dinâmica socioespacial.

O território, em saúde, pode ser definido como uma síntese de acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002). Nesse sentido, essa é uma categoria analítica de valor não só para a Geografia como também para a Epidemiologia e a Saúde Coletiva, capaz de lhes favorecer o conhecimento dos problemas de saúde de populações específicas, em bases geográficas concretas.

No entanto, no que concerne à apropriação do conceito de território pelas ciências da saúde, ainda há sérios limites a serem superados, conforme apontado por Faria e Bortolozzi (2009, p. 38):

para a saúde pública essa reflexão atravessa certa obscuridade, uma vez que ainda são poucos os trabalhos que têm utilizado a categoria território como possibilidade de ações adequadas em saúde, sobretudo relacionadas ao planejamento. Nos postos de saúde, pode-se deparar, frequentemente, com mapas figurativos da sua área de atuação, que pouco ou quase nada representam para a efetiva tomada de decisões.

Outro ponto crucial que precisa ser enfrentado pelos gestores e profissionais de saúde diz respeito às próprias relações políticas e econômicas presentes no modelo capitalista de produção (SANTOS, 1998), que configura o espaço, explicita as relações de poder no território e define suas funções. Ao que parece, em muitos casos, o conhecimento geográfico tem sido apropriado por epidemiologistas e gestores de forma “asséptica” – utilizam os SIGs, mas não se apropriam das outras ferramentas que favorecem a visão crítica da distribuição espacial dos recursos e dos problemas de saúde.

Dando prosseguimento às definições das categorias e noções norteadoras deste estudo, entendemos que o modo de vida tecnificado e informatizado se expande em menor ou maior escala nas sociedades contemporâneas, conferindo maior artificialidade ao território e, dialeticamente, tornando mais instrumentalizadas as ações sobre ele. Embora se constate diferentes níveis de distribuição da técnica, da ciência e da informação, estas estão presentes, seja como realidade, seja como desejo ou fabulação (fantasias de “progresso” e de um mundo melhor).

O conceito de saúde com o qual trabalhamos é o elaborado por ocasião da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986. Segundo o documento resultante dessa conferência (Carta de Ottawa), a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Desse modo, a saúde pode ser considerada como um estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades (ADRIANO *et. al.*, 2000).

Compactuamos também com a perspectiva estabelecida pela Constituição Federal de 1988, que prevê, em sua Seção II, artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

É louvável o texto constitucional porque além de assegurar o acesso universal da população aos serviços de saúde, entende como necessário formular e instituir políticas públicas de outras áreas, que possam auxiliar na promoção da saúde e prevenção de doenças. Notamos, contudo, que há desvios em seu cumprimento em

muitos Estados e municípios do país, o que amplia as iniquidades sociais e interfere no progresso social.

De acordo com Amartya Sen, o desenvolvimento deve ser pensado como liberdade (SEN, 2010), e o desenvolvimento autêntico “requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos” (SEN, 2010, p.16-17).

Saúde se liga a desenvolvimento, demandando políticas públicas específicas e gerais. De acordo com Sen e Kliksberg (2010), os patamares de saúde

Tem aparecido, crescentemente, como referência social para saber se realmente há progresso. Esses são avanços de grande transcendência. No entanto, reforça-se a visão de que atingir as metas desejáveis em saúde representa um desafio da mais alta complexidade porque elas estão fortemente ligadas a um conjunto amplo de fatores que têm a ver com o funcionamento global das sociedades. As características daquilo que existe ao seu redor, em aspectos como a pobreza, a desigualdade, amplitude e qualidade da infraestrutura, situação das famílias, desenvolvimento das comunidades, meio ambiente e outras, são decisivas (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 140).

Para a construção de níveis adequados de saúde e prosperidade humana, entendemos ser necessária e urgente a implantação de políticas públicas de saúde, como as que têm sido feitas em relação à dengue, por exemplo, a partir do Programa Nacional de Controle da Dengue (MS, 2012), como também o enfrentamento das inadequações e limites dos serviços de saúde, de sua falta de diálogo com a sociedade e desvinculação com o território vivido pelas pessoas, e o enfrentamento dos problemas de saneamento urbano, habitação e distribuição de renda.

As noções de risco, vulnerabilidade ambiental e vulnerabilidade à saúde são relevantes para se compreender a distribuição da dengue no território e a capacidade de reação dos sujeitos. A partir delas é possível inferir como as pessoas percebem os riscos aos quais estão expostas e avaliam, quanto à vulnerabilidade, sua situação pessoal e coletiva.

Compreende-se por risco “um produto combinado: aquele de uma eventualidade e de uma vulnerabilidade” (MENDONÇA; LEITÃO, 2008, p. 148). Essa compreensão de risco vem sendo adotada principalmente nos estudos geográficos, sociológicos e ambientais e considera: a) a percepção individual ou coletiva de uma ameaça, b) as possibilidades e condições de essa ameaça vir a acontecer, provocando danos materiais e humanos, c) a capacidade de enfrentamento individual ou coletiva dessa ameaça.

O conceito de risco, segundo Freitas (2001), surgiu com a constituição das sociedades modernas e pode auxiliar no conhecimento dos parâmetros de uma distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros, que podem ser computados por meio de operações matemáticas. Vale dizer que os usos sociais desse conceito e as ações que se engendram em seu entorno, variam, conforme o contexto, os interesses e as diversas áreas do conhecimento.

Para Ulrich Beck (2010), os impactos negativos da industrialização estariam tão disseminados em nosso meio, a ponto de passarmos a constituir uma “sociedade de risco”, na qual os aspectos negativos do progresso determinariam, cada vez mais, a natureza dos debates que a animam. Para o autor, a análise política dos riscos é uma via necessária para a construção de uma nova modernidade, mais democrática e ecologicamente saudável.

No terreno da saúde, o trabalho de Castiel, Guilam e Ferreira (2010) discute a apropriação do conceito de risco pela sociedade e pelas ciências da saúde, em especial a epidemiologia, discorrendo, com um toque de humor, sobre as concepções e medidas adotadas social e individualmente para se prevenir riscos, o êxito econômico das empresas que fabricam e comercializam produtos que auxiliam na diminuição ou eliminação de determinados riscos e a quantidade de informações diversas (acadêmicas, médicas, estatísticas e pseudocientíficas) que são produzidas a seu respeito. O livro traz o lembrete sutil de que viver impõe riscos, de que riscos são entidades probabilísticas e de que nem sempre as normativas (prescrições) sobre como viver, como se alimentar e se comportar são eficientes e adequadas.

Em epidemiologia, especificamente, risco é a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde, incluindo a cura, recuperação ou melhora, em uma população ou grupo, durante determinado período de tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1992). Associa-se, portanto, a ideia de prognóstico estabelecido com base em características biofísicas, sociais, ambientais e comportamentais de dada população.

De acordo com Czeresnia (2004), o conceito epidemiológico de risco é parte de um sistema perito, pautado nos avanços de técnicas estatísticas que possibilitam seu monitoramento e a definição de medidas de regulação no campo da saúde. É um

sistema abstrato que tem se tornado cada vez mais presente na vida das pessoas, possibilitando estimar os efeitos do consumo de substâncias e alimentos, dos estilos de vida e dos comportamentos das pessoas e de grupos populacionais, para que se tenha o controle e a vigilância sobre eles (CZERESNIA, *op. cit.*). Embora haja significativas melhorias no estado de saúde das populações advindas com a tomada de decisões pautadas nas análises de risco e vulnerabilidade, a autora destaca que, apesar do rigor das mensurações e dos modelos de análise, é inevitável proceder a reduções e construção de representações da realidade e não se pode esquecer que é com essas representações e reduções que se está trabalhando, e não com a sociedade e suas diversas complexidades, propriamente ditas.

No campo das engenharias, da economia e da administração empresarial, a noção de risco que tem predominado no Brasil é a que compreende o risco como “a probabilidade de que um evento – esperado ou não esperado – se torne realidade” (DAGNINO; CARPI JUNIOR, 2007, p.50), como a tradução de uma ameaça, de um perigo percebido por aquele que está sujeito a ele. O que as duas perspectivas possuem em comum é a compreensão de que o risco é uma construção social (VEYRET, 2007; DAGNINO; CARPI JUNIOR, 2007).

A noção de risco está presente em diversas culturas, embora nem todas possuam vocábulo específico para designar esse sentimento de eminente perigo, que pode ser esporádico, eventual, como também rotineiro e contínuo. Nem todo o risco é de procedência exógena e caráter incomum, pois alguns riscos fazem parte da vida e das atividades dos homens. Também há que se notar que nem todos os riscos se efetivam e que é relevante mapeá-los e compreender os níveis de vulnerabilidade social a eles associados, a fim de se intervir de modo a evitá-los ou a minimizar seus impactos. Essas intervenções podem ser feitas em nível individual, com medidas de proteção/prevenção de pequena escala de abrangência (proteção do indivíduo, de sua família e grupos mais próximos), e em nível coletivo mais amplo, podendo apresentar caráter técnico, político ou ambos.

Riscos diversos (ambientais, econômicos, de contaminação e desenvolvimento de doenças) estão presentes em todas as sociedades humanas, contrariando as crenças iluministas de que o progresso da razão, da ciência e da técnica os eliminaria da face da Terra. Diante da impossibilidade de eliminá-los, resta-nos compreendê-los e colaborar para gestões territorializadas e eficientes desses riscos.

Apesar de serem sentidos e vivenciados localmente, muitos dos riscos ao quais estamos expostos são produzidos em outros espaços e com capacidade de impacto até mesmo na escala global, como as alterações climáticas e tecnologias de guerra. E se os riscos parecem equivalentes a todos os grupos sociais, pelo menos em um primeiro olhar, a vulnerabilidade socioambiental e econômica desses grupos é variável, assim como sua capacidade de resiliência.

Dentre os diversos tipos de riscos existentes, quatro ganharam destaque na literatura: os riscos naturais, os riscos tecnológicos, os riscos sociais e os riscos ambientais.

Os riscos naturais são aqueles ocasionados por forças telúricas, no entanto, a presença humana em todos os pontos da superfície terrestre tem promovido alterações diretas e indiretas (reações) sobre o ambiente, tornando difícil definir se alguns riscos são de ordem estritamente natural ou resultante de ações humanas. Embora não se negue a existência de riscos de ordem natural, como abalos sísmicos e erupções vulcânicas, o fator antropogênico tem sido preponderante na formação desse tipo de risco.

Os riscos tecnológicos dizem respeito à presença e aos usos sociais e/ou políticos dos instrumentos tecnológicos e do próprio conhecimento técnico. Estudos clássicos sobre esse tipo de risco, como o de Sevá Filho (1988), têm enfatizado o processo produtivo com seus componentes (recursos, técnicas, maquinário), as relações trabalhistas (empresa, trabalhadores e Estado) e as condições de existência dos atores sociais dos países industrializados. No presente estudo, ao se abordar a dimensão tecnológica dos riscos procuramos destacar a presença/ausência de recursos tecnológicos de prevenção e tratamento da dengue e analisar os usos sociais desses recursos, ou seja, as apropriações feitas por profissionais da saúde e pelos colaboradores (entrevistados) da pesquisa.

Consideram-se riscos sociais um amplo espectro de fatores que podem ameaçar as sociedades. Esses riscos são considerados “sociais” seja por sua autoria (riscos gerados a partir de práticas sociais), seja por seu destino (sociedades humanas como vítima de seus efeitos). Dada a abrangência desse termo, seu perfil genérico e o entendimento de que todo o risco só é risco *para e em* relação ao homem (ser social), ou seja, todo risco é risco social, não se considera essa tipologia a mais adequada para este estudo, que visa compreender as especificidades dos riscos e vulnerabilidades enfrentados pela população de Porto Velho/RO. Com esse intuito, a tipologia de risco

que melhor atende à proposta do estudo é a de risco ambiental, que compreende o ambiente em sentido amplo: biótico e abiótico, natural e construído. Os riscos aos quais a referida população está exposta são, portanto, riscos híbridos, nos quais estão presentes tanto elementos de ordem natural quanto de ordem técnica e tecnológica.

No ensinamento de Ricardo Dagnino e Salvador Carpi Junior, “as situações de risco não estão desligadas do que ocorre em seu entorno – o ambiente, em seu sentido amplo – seja o ambiente natural, seja o construído pelo homem (social e tecnológico). Assim, o risco ambiental torna-se um termo sintético que abriga os demais” (2007, p. 60)

Saúde e doença vinculam-se ao ambiente e dele dependem - o que não implica em excluir os demais fatores elencados pela OMS. Desse modo, a análise de riscos ambientais é pertinente e coerente com a trajetória da Geografia da Saúde, que desde seus primórdios tem procurado compreender a distribuição das patologias no espaço, bem como a relação dessas patologias com a infraestrutura e serviços de saúde disponíveis.

Ao se pensar em risco, é necessário considerar também a vulnerabilidade das pessoas que temem e enfrentam esse risco. De modo geral, a noção de vulnerabilidade se liga à de susceptibilidade a algum dano, não obstante, também pode indicar “a capacidade de defesa ou resposta de uma população aos eventos que lhe constituem risco” (DAGNINO; CARPI JUNIOR, 2007, p. 69).

Em estudo sobre variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil, Confalonieri (2003) destacou a vulnerabilidade social - determinada pelo acesso a bens e recursos -, como de implicação direta em vulnerabilidades de saúde, e apontou, como possível solução para a redução dos impactos da variabilidade climática na saúde humana, o enfrentamento das vulnerabilidades sociais em seus contextos geográficos específicos.

De acordo com Bertolozzi *et al* (2009, p. 1327), a noção de vulnerabilidade na perspectiva das ciências da saúde

tem como propósito, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, em que os nexos e mediações entre esses processos sejam o objeto de conhecimento. Diferentemente dos estudos de risco, as investigações conduzidas no marco teórico da vulnerabilidade buscam a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência. Assim a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo.

E acrescenta ainda que, “na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento” (BERTOLOZZI *et al*, 2009, p. 1327).

Programas de saúde específicos para determinadas populações, como (adolescentes com potencial de engravidar, homens e mulheres sujeitos a contrair HIV, usuários de drogas), se utilizam de análises de riscos e vulnerabilidades socioambientais para então especificar as tendências de contrair e ou desenvolver determinadas doenças. No ensinamento de Maria Lígia Rangel (1994, p. 4),

As características da população e da doença (ou dano) são separadas em fatores que, combinados mediante relações matemáticas, dão estimativas de probabilidade de o dano ocorrer. Os ‘fatores’ de risco são, desse modo, elementos fragmentados do indivíduo ou do seu meio sociocultural e estão dados em uma relação matemática e naturalizada.

Desse modo, mesmo os estudos ou políticas públicas que tratam de riscos e vulnerabilidades à saúde humana tomam por base, em maior ou menor medida, análises de risco e vulnerabilidade socioambiental. Mas essas análises, muitas vezes, em nome de uma objetividade postiza e cômoda promovem interpretações fragmentadas e incompletas que não correspondem à realidade, comprometendo a própria gestão territorial dos riscos e as políticas públicas de saúde.

Nos estudos que visam intervenções na saúde pública ou na saúde específica de determinados grupos, os gestores e profissionais da saúde costumam analisar a vulnerabilidade em três níveis: o individual, que está relacionado com fatores biológicos, comportamentais, psicológicos e cognitivos, que interferem em maior ou menor poder para a adoção de medidas preventivas. Em um segundo nível, investiga-se a vulnerabilidade social, constituída pela rede de interações sociais e pelos determinantes demográficos que protegem ou expõem os grupos e os indivíduos e, finalmente, a Vulnerabilidade Programática, que diz respeito aos bens, insumos e serviços disponibilizados pelo Estado para as populações por meio de políticas públicas de saúde, educação e justiça (OBID, 2012).

Embora se reconheça que a vulnerabilidade socioambiental de uma população não seja fácil de ser determinada, e que envolve elementos diversos e complexos (psicológicos, emocionais, patrimoniais, sociais, dentre outros), a análise de todos esses fatores demandaria grande quantidade de tempo, o que inviabilizaria os objetivos

deste trabalho acadêmico. Desse modo, concentramos esforços em compreender as características sociais e econômicas da população estudada, considerando os seguintes fatores sociais: perfil da população, escolaridade, faixa etária e redes de parentesco e/ou relacionamento capazes de auxiliar nos momentos de crise. Bem como os seguintes fatores de cunho econômico: fonte de renda, valor da renda familiar em relação ao parâmetro Salário Mínimo, tipo de habitação que ocupa e se possui plano de saúde particular. Para a coleta de dados referentes à vulnerabilidade socioambiental foram utilizados questionários (conforme modelo constante no Apêndice 1) e entrevistas de História Oral de vida, com vistas a valorizar as percepções individuais sobre risco e vulnerabilidade dos narradores, bem como a memória coletiva do grupo.

Com base nos questionários aplicados é possível afirmar que os principais riscos percebidos socialmente pelos moradores dos bairros onde aplicamos o instrumento são os riscos de enchente, deslizamento de terra, proximidade de lixo hospitalar, proximidade de outros lixos não tratados, e risco de doenças de veiculação hídrica e de transmissão vetorial/viral.

As representações sociais de risco e vulnerabilidade, conforme identificadas pelos colaboradores instigam a

[... decifrar de outro modo as sociedades, penetrando nas meadas das relações e das tensões que as constituem a partir de um ponto de entrada particular (um acontecimento, importante ou obscuro, um relato de vida, uma rede de práticas específicas) e considerando não haver prática ou estrutura que não seja produzida pelas representações, contraditórias e em confronto, pelas quais os indivíduos e os grupos dão sentido ao mundo que é o deles (CHARTIER, 1991, p. 177).

As representações sociais estão no cerne da cultura ocidental e seu principal emblema é a transubstanciação, a crença de que o pão e vinho manipulados nas celebrações religiosas se colocam no lugar do próprio Cristo, tornando-se seu corpo e sangue, alimento espiritual da cristandade. Nesse caso, a crença constrói uma representação direta: hóstia e vinho personificam a divindade, e o sacerdote, em primeira pessoa, afirma: “isto é meu corpo e meu sangue dado por vós”. Ele não diz: “isto é a representação do meu corpo e meu sangue”. Por outro lado, há representações indiretas, artisticamente elaboradas, como as obras de arte, a História ou a Literatura. Essas não apresentam o real ou a verdade, o fato ou a sociedade, o objeto em si, mas compõem uma interpretação dessas instâncias a partir de conhecimentos e técnicas socialmente disponíveis.

A noção de representação, largamente difundida a partir de 1980 por sociólogos, psicólogos e historiadores como Roger Chartier e Carlo Ginzburg é corolário da História das Mentalidades¹, mas acabou por superá-la ao alertar para o fato de que categorias analíticas antes inquestionáveis, como a de classe social, por exemplo, também são figurações, necessitando, desse modo, serem problematizadas, bem como aprofundando a discussão sobre a questão da apropriação da matéria factual pela política.

As teorizações dos dois autores se complementam, sendo que para o primeiro a representação é sempre um falseamento (1990) e uma visão fragmentária da realidade, dada a impossibilidade de se compreender o todo. Para Ginzburg, compete aos intelectuais compreender como as instâncias “real”, “verdadeiro” e “fictício” são produzidas socialmente ao longo do tempo e que instrumentos e concepções mobilizam. Ambos apontam para o papel político que as Ciências Humanas devem desempenhar no tempo presente: um papel de denúncia das falsificações históricas promovidas pelo capital, desconstruindo-as para mostrar como foram edificadas e a quais fins servem.

No campo da Psicologia Social, Moscovici (2003) conceitua as representações sociais como construções discursivas (linguísticas) produzidas na interação indivíduo-sociedade a partir da experiência humana, experiência essa que é empírica, teórica e inconsciente, formada tanto pelo pensamento científico quanto pelo senso comum.

Na seara da Geografia, Lefebvre (1983) compreende as representações como produto da palavra (discurso) e das práticas sociais, que se coloca entre a ausência e a presença, destacando o caráter mediador dessas representações. Nesse sentido, uma representação não é cópia fiel do elemento ausente, não é algo que se coloca em seu lugar, que o substitui, mas uma articulação discursiva no tempo que intenciona explicar algo. A postura de Lefebvre quanto ao trabalho com as representações parece a mais adequada para a proposta deste estudo, pois discute a necessidade de se problematizar a respeito das mesmas. Para o autor, sinteticamente, viver é representar/representar-se, mas também romper com representações, evidenciando

¹ Abordagem historiográfica iniciada na França na segunda metade do século XX pela Escola dos Annales. Nessa concepção do fazer historiográfico são consideradas as “utensilagens mentais” dos sujeitos e das sociedades, suas formas de representação e interpretação dos fenômenos. Trata-se de uma história que tem por base o sujeito e suas experiências, e não mais as determinações estruturais e as ações do Estado.

seu caráter político e ideológico. A argumentação de Chartier, conforme exposta acima comunga do mesmo entendimento de Lefebvre, e embora o primeiro tenha se destacado não pelo estudo das representações, mas da cultura escrita no ocidente, determinadas ideias suas podem ser usadas de modo complementar ao pensamento lefebvrieriano.

No ato de representar, o sujeito mobiliza no imediato do presente a sua experiência de tempo: articula passado e futuro enquanto dimensões do agora. Nesse sentido, o fator tempo (duração) deve ser levado em conta ao se trabalhar com o conceito de representação, pois para compreender o presente é preciso ir além dos dados que ele nos oferece, mergulhando em outras temporalidades.

A concepção de política que orienta este estudo tem como referência inicial seu sentido clássico, de gestão da *polis* com vistas à resolução pacífica dos conflitos e a busca da felicidade, ou seja, do bem comum (ARISTÓTELES, 2012). Passa pela conceituação moderna de Política desenvolvida por Hannah Arendt até chegar ao desafio contemporâneo de construção de novos sentidos e novas práticas para esse conceito, diante da emergência de “sociedades de risco” e de uma “modernização reflexiva” (BECK, 1997).

Arendt concebe a política como *lócus* da liberdade, da ação racional e livre dos homens (ARENDR, 1990). Diante da implantação de governos totalitários, com sistemas e aparelhos de Estado autoritários e invasivos, a filósofa questiona se ainda há sentido na política e quais caminhos são possíveis trilhar para se retomar seu sentido clássico.

No campo das ciências políticas, o fenômeno tem sido abordado por diferentes perspectivas, dentre as quais as que enfatizam atores e instituições políticas (frequentemente destacando o papel do Estado e das normas) e as que analisam a cultura política de determinado grupo em determinado período, evidenciando novas formas de disputa de poder expressa em seus campos. No rol dos que advogam a primeira perspectiva pode-se citar o estudo de Ceaser (1990) e na esteira da segunda, é de relevância o trabalho de Dryzek (1990), que propõe um programa de crítica e enfrentamento político denominado “Democracia discursiva”, no qual retoma conceitos clássicos para propor uma racionalidade comunicativa, capaz de mediar a resolução de

conflitos contemporâneo. Para o autor é necessário superar a racionalidade instrumental que impera em nossa cultura e envidar esforços para a construção de uma racionalidade dialógica, menos opressiva e equivocada que a primeira. Para isso, o empoderamento popular, a construção e fortalecimento de canais de comunicação e de participação política são instrumentos indispensáveis.

Em consonância com o propósito de fortalecimento da participação social na política, o texto de Bourdieu (1982) denuncia sofisticados mecanismos de exploração econômica que alija a classe trabalhadora do tempo e capital cultural necessário para a atuação no campo político. Para o autor, o campo político, que é campo de debate, formulações de projetos e disputas de poder, se encontra determinado pelas leis da oferta e da procura, sendo dirigido por uma tecnocracia:

la producción de formas de percepción y de expresión políticamente activas y legítimas es monopolio de los profesionales, y se encuentra por tanto sometida a las coacciones y a las limitaciones inherentes al funcionamiento del campo político, se ve que los efectos de la lógica censataria que rige de hecho el acceso a las elecciones entre los productos políticos ofrecidos son redoblados por los efectos de la lógica oligopólica que rige la oferta de productos. Monopolio de la producción dejada a un cuerpo de profesionales, es decir, a un pequeño número de unidades de producción ellas mismas controladas por los profesionales; coacciones que pesan sobre las elecciones de los consumidores, tanto más completamente consagrados a la *fidelidad* indiscutida a las marcas conocidas y a la delegación incondicional a sus representantes cuanto más desprovistos están de *competencia social* para la política y de instrumentos de producción propios de discursos o de actos políticos: el mercado de la política es sin duda uno de los menos libres que hay (BOURDIEU, 1982, p. 3)

Ao passo em que a participação social efetiva é reconhecida como demanda ética e necessária para a construção de uma nova política e de uma nova economia política, também é necessário compreender as estruturas lógicas que subjazem aos principais atores políticos das sociedades ocidentais (o Estado, o governo e a sociedade civil). Para esse fim, o estudo de Bobbio (1987) é ainda atual e pertinente, possibilitando a compreensão das principais correntes teóricas que produziram conhecimento a respeito desses atores, com ênfase para o jusnaturalismo, o marxismo, o hegelianismo.

Ulrich Beck, em seu artigo “A reinvenção da Política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva” adverte que:

O Ocidente é confrontado por questões que desafiam as premissas fundamentais do seu próprio sistema social e político. A principal questão que ora enfrentamos é se a simbiose histórica entre o capitalismo e a democracia –

que caracterizava o Ocidente – pode ser generalizada em uma escala global, sem consumir suas bases físicas, culturais e sociais (BECK, 1997: p. 11-12).

Beck (*op. cit.*, 1997), indaga se diante de tal contexto não veremos ressurgir o totalitarismo e o racismo precisamente como reação ao processo de globalização.

Diante de tais perspectivas, pensar sobre a política, suas formas e os mecanismos para se assegurar a participação popular na gestão dos bens públicos é uma contingência geohistórica que desafia nossa sociedade.

Em tempos de individualização, retração dos bens e dos espaços públicos, retomar o debate sobre a relação saúde-doença tendo como foco as políticas de combate à dengue em Porto Velho, pode ser um ponto de acesso para a construção de novas relações entre o público e o privado e quiçá, de uma nova sociedade.

2.1 Geografia da saúde

O conjunto de experiências vivenciadas no contexto da Segunda Guerra Mundial provocou uma crise de paradigmas sem precedentes na seara das ciências, levando-as a questionar sobre seus sentidos e finalidades. Para Kunh (2011: p.105), “o significado das crises consiste exatamente no fato de que indicam que é chegada a ocasião para renovar os instrumentos”.

Nas Ciências Humanas, nas quais essa crise se fez sentir de modo peculiar, constatou-se descrença em relação às grandes narrativas que até então explicavam o mundo, como a religião ou a História, mobilizando intensa revisão dos referenciais culturais do tempo presente.

Os fenômenos sociais passaram a ser analisados por novas lentes. Para Löwy (1987), as disciplinas do social não poderiam permanecer indiferentes aos termos mais gerais desta revisão. Nessas disciplinas, as mudanças conjunturais em percepções coletivas, nos projetos sociais, traduzem-se em novos ângulos de observação da realidade social. Para pensadores como Rodriguez, Sabroza, Leal e Buss (1992), o que está em crise é o próprio código de valores que até hoje regeu os modelos políticos e econômicos do desenvolvimento mundial. Portanto, os paradigmas que pareciam imutáveis confrontaram-se com os resultados práticos de nossas políticas de crescimento e desenvolvimento econômico.

A Geografia, que desde os seus primórdios estabeleceu conexões entre o espaço e a saúde, tornou-se, a partir da segunda metade do século XX, um instrumento de intervenção direta no espaço com vistas a mapear a distribuição das mais diversas patologias e analisar suas vinculações com as formas do espaço construído, o clima, a vegetação, os níveis de urbanização e as políticas públicas. Sua renovação, a partir da segunda metade no século XX, foi antecedida, no entanto, de um período de relativa retração, decorrente da ascensão do paradigma pasteuriano, ou seja, do conhecimento etiológico das moléstias infecciosas.

Relaciona-se a esta retração dos estudos de Geografia Médica o fato de que, ao se conhecer a causa imediata das afecções (micróbios, germes, bactérias), a tônica dos discursos e práticas científicas se deslocou das influências do meio ambiente para a atuação desses micro-organismos. No ensinamento de Samuel Pessôa (1978, p. 106),

[...] quando se atribuíram às doenças exclusivamente a penetração e multiplicação de uma bactéria e nada mais do que isto, perdeu-se de vista o conjunto das causas que atuam sobre o homem são ou enfermo, bem como o meio ambiente deixou de apresentar a importância que vinha assumindo para os hipocráticos.

O cotidiano se encarregou de mostrar que a existência de micro-organismos não é suficiente por si só para explicar a existência de epidemias ou o adoecimento de determinadas parcelas da população, enquanto outras permanecem incólumes. Diante disso, a Geografia foi novamente convocada para auxiliar a compreensão dos perfis epidemiológicos expressos nos territórios.

No Brasil, conforme ensinamento de Mendonça, Mattoso e Fogaça (2015, *no prelo*),

Após duas décadas sob a hegemonia da corrente crítica, embasada na leitura da produção do espaço em conformidade com a perspectiva marxista, a geografia brasileira reencontra o caminho da heterogeneidade temática de seus enfoques. Concebida como Geografia Plural (AMORIM FILHO 2014), a fase atual da produção do conhecimento geográfico no país encontra-se marcada por uma considerável diversidade de temáticas tanto novas quanto clássicas, aspecto que ressalta a riqueza e complexidade do pensar e do fazer geográfico contemporâneo.

Nesse cenário de valorização e abertura para a diversidade, os estudos relacionados à saúde têm ganhado destaque, “configurando-se num importante

testemunho da inovação e interdisciplinaridade evidente na Geografia Plural do presente momento” (*op. cit.*)².

É necessário esclarecer, todavia, que as primeiras informações geográficas sobre a distribuição espacial das doenças ocorreu entre os séculos XVIII e XIX, com as Topografias Médicas, que anteciparam a Geografia Médica.

De acordo com Peiter (2005), as Topografias Médicas possuíam conteúdo semelhante ao que era tratado pelas geografias regionais clássicas, pois compreendiam descrições detalhadas de cidades e vilas, abordando as condições de saúde, informações meteorológicas, hidrográficas, descrições de plantas e o modo de vida de seus habitantes. Uma das principais diferenças entre as topografias médicas e as geografias regionais clássicas encontra-se em seus autores: em geral médicos higienistas, mas também na *função* destes estudos, a saber, contribuir para o conhecimento e intervenção nos problemas de saúde constatados no território. Conforme Luis Urteaga (1980, p. 1):

El *higienismo* es una corriente de pensamiento desarrollada desde finales del siglo XVIII, animada principalmente por médicos. Partiendo de la consideración de la gran influencia del entorno ambiental y del medio social en el desarrollo de las enfermedades, los higienistas critican la falta de salubridad en las ciudades industriales, así como las condiciones de vida y trabajo de los empleados fabriles, proponiendo diversas medidas de tipo higiénico-social, que pueden contribuir a la mejora de la salud y las condiciones de existencia de la población. La raíz del pensamiento higienista está en el impacto que produce en los espíritus europeos el proceso de la revolución industrial

As preocupações higienistas que motivaram as topografias médicas possibilitaram o desenvolvimento de um pensamento social que, na sua época, contemplava acalorados debates em torno de questões como pobreza e caridade, moralidade e costumes como fatores influentes nos estados de saúde e doença, sistemas políticos e luta de classes.

Os médicos higienistas que elaboraram as primeiras topografias médicas tinham como desafio profissional compreender as rápidas transformações espaciais e culturais que se realizavam na Europa, no contexto da Revolução Industrial. Para atingir essa compreensão, dedicaram-se a uma série de pesquisas de tipo sociológico e geográfico, que segundo Urteaga (*op cit.*), podem ser assim definidas:

² Como se trata de trabalho no prelo não referenciamos a numeração das páginas. O artigo de Mendonça, Mattoso e Fogaça (2015) foi aceito para publicação na edição n. 63 da Revista Investigaciones Geográficas, que tem previsão para ser publicada ainda no primeiro semestre de 2015.

- Los trabajos sociológicos suelen tener como objetivo la situación de la clase obrera y el impacto de la industrialización sobre la salud pública (mortalidad infantil, sobremortalidad de los trabajadores, condiciones de trabajo y vivienda, alimentación, etc.).

- Las investigaciones empíricas de tipo geográfico son las Geografías y Topografías médicas. Bajo esta rúbrica, se realizaron desde finales del setecientos una serie de estudios de tipo geográfico-estadístico, en los que se insertan diversas consideraciones acerca del origen y desarrollo de las epidemias y sobre la morbilidad en general. Estas monografías médicas suelen ceñirse a ciudades, localidades y comarcas o regiones concretas, y tienen como base determinadas concepciones médicas, que consideran la génesis y evolución de las enfermedades como fuertemente determinadas por el clima y el medio local.

As topografias médicas ampliaram o conhecimento geográfico e contribuíram para introduzir, na ciência geográfica, preocupações modernas e contextualizadas a respeito dos condicionantes espaciais na saúde das populações.

A Geografia da Saúde é herdeira também de uma rica tradição da Geografia Médica.

Conceitua-se Geografia Médica como a disciplina que estuda “a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos” (LACAZ, BARUZZI e SIQUEIRA JUNIOR, 1972, p. 1). Também é conhecida como Patologia geográfica, Geopatologia ou Medicina geográfica, sendo considerada uma especialidade da Geografia Humana (SORRE, 1984), ou da Biogeografia (LACAZ, 1972).

De acordo com Junqueira (2009), este campo do conhecimento envolve trabalhos de diversas origens e metodologias, que podem ser reunidos sob o rótulo de Geografia Médica. A autora (*op. cit.*) destaca ainda sua vinculação com o ensino nos cursos de medicina e nas abordagens clínicas do século XIX, que introduziam a pergunta sobre o local de vida dos pacientes, utilizando essa informação na elaboração de diagnósticos e recomendações terapêuticas, dentre elas o “turismo de saúde”, ou seja, o deslocamento para espaços considerados mais adequados ao restabelecimento da saúde, devido a características ambientais como o clima e a qualidade das águas.

A Geografia Médica desenvolvida sob o escopo das políticas imperialistas do século XVII e XVIII foi desenvolvida por médicos e homens dos mais diversos ofícios, em geral ligados aos governos dos países metropolitanos. Os estudos elaborados por esses homens visavam à produção de informações capazes de orientar seus governantes e exércitos nacionais no caso de ocupação militar dos territórios tropicais.

Embora preocupações com o espaço e a saúde possuam registros desde a Antiguidade³, recebeu forte impulso a partir do século XVI com os grandes projetos de expansão colonial (a conquista do Novo Mundo), que colocaram a necessidade de se conhecer as doenças nas terras conquistadas, visando à proteção de seus colonizadores e ao desenvolvimento das atividades comerciais. Esse período corresponde ao predomínio da concepção determinista da geografia sobre a relação homem/natureza, de modo que as características geográficas, principalmente o clima, eram colocadas como responsáveis pela ocorrência das doenças.

Nesse período em que o conhecimento geográfico foi apropriado como instrumento de dominação colonial se categorizou como “doenças tropicais” uma série de enfermidades que passou a acometer a população nativa a partir do contato com o europeu. Porém, a insuficiência analítica e os interesses mercantis do período não a compreenderam como um dado recente e produzido no contato entre os dois mundos, até porque a existência de doenças e dificuldades tornava a “missão civilizadora” ainda mais nobre aos olhos das nações dominantes do sistema colonial.

Mendonça, Mattoso e Fogaça, assinalam que

[...] até esta fase da história a perspectiva da compreensão de uma geografia das doenças, ou topografias médicas, não constituía um conhecimento sob o domínio da geografia ou dos geógrafos, até mesmo por que o status de conhecimento científico adquirido pela geografia somente aconteceu em final do século XIX. As interrogações acerca da influência, ou determinação, do meio natural sobre a saúde das populações estava fortemente circunscrita ao campo de médicos e biólogos (2015, *no prelo*).

Embora diversos, os estudos produzidos sob o paradigma da Geografia Médica tinham por meta analisar a “prevalência das doenças na superfície da terra, bem como de todas as modificações que nelas possam advir por influência dos mais variados fatores geográficos e humanos” (PESSÔA, 1978, p. 87).

Os geógrafos não ficaram alheios ao desenvolvimento da Geografia Médica e também contribuíram com a construção de conhecimentos nesta área e com sua epistemologia. Um dos marcos institucionais que vinculam a Geografia Médica à Geografia, enquanto disciplina acadêmica foi a criação da Comissão de Geografia Médica da União Geográfica Internacional – UGI, em 1949, ou seja, no período pós-

³ A obra *História*, de Heródoto, e a *Ares, águas e lugares*, de Hipócrates já estabeleciam correlações entre o perfil das sociedades narradas e o espaço em que habitavam, embora tais escritores não tenham jamais utilizado o termo “geografia médica ou da saúde” e muito menos se preocupado em erigir um campo do conhecimento como a Geografia da Saúde dentro de suas áreas de atuação (História e Medicina).

guerra – período em que Estado, Sociedade e suas instituições vinculantes, como a Academia e as Ciências, de modo geral, encetavam ações para revisar seus percursos históricos e se adequar às novas demandas analíticas decorrentes da globalização do capital.

O tempo e as transformações de ordem geográfica e geopolítica do pós-guerra - dentre as quais a polarização do mundo em bloco capitalista e bloco socialista foram responsáveis por impor novos desafios na interpretação dos problemas sociais. No que tange à Geografia, fazia-se necessária uma nova maneira de encarar os processos de adoecimento das populações e, destarte, de construção de nova abordagem, que não se limitasse aos estudos da doença e suas vinculações com o espaço, mas se empenhasse em compreender processos, políticas e mecanismos de promoção da saúde. Desse desafio nasceu a Geografia da Saúde, precisamente no ano de 1976, na cidade de Moscou.

Geografia Médica e Geografia da Saúde são vistas como sinônimos por diversas pessoas e instituições e o emprego dos termos revela preferências do campo da cultura. Nos países de matriz cultural anglo-saxônica há preferência pelo uso do termo “Geografia Médica”, devido a consolidação de estudos desta área em seus países - e, nesse caso, o uso do termo traria conotações de valorização de sua produção e resistências ideológicas - ainda que nem sempre conscientes -, em empregar expressão que, em sua origem, vincula-se a ideias políticas socialistas, ou pelo menos, a críticas ao modo de produção capitalista que se realizou primeiramente nos países anglo-saxônicos.

Dentre os argumentos apresentados em defesa do uso do termo “Geografia da Saúde” constam os que a consideram mais abrangente do que a Geografia Médica, pois além de contemplar suas problemáticas clássicas ainda promove análises e discussões férteis sobre recursos de saúde, infraestrutura e equipamentos urbanos disponíveis no campo e na cidade, políticas públicas e condições sanitárias. Nas palavras de Pickenhayn (2009, p. 20),

La geografía médica – una forma de aplicación, al fin – comenzó su escalada de renovación rebautizándose como geografía de la salud, para abarcar no sólo la especialización y difusión de las enfermedades sino toda una cuestión compleja que se desenvuelve en el seno mismo de la sociedad para compatibilizar carencias y dones, atención y prevención, deberes y derechos, ambiente y cultura.

A Geografia da Saúde é responsável por um número crescente de pesquisas e comunicações científicas (artigos, dissertações e teses). Sua validade é reconhecida por gestores públicos e profissionais da saúde. Os métodos e técnicas que empregam tendem a ter seu uso ampliado, todavia, na perspectiva interna à ciência geográfica, a Geografia da Saúde nem sempre é vista com bons olhos: por um lado, acusam-na de ser uma fragmentação a mais na já tradicionalmente fragmentada Geografia (Física e Humana), por outro, criticam-na por não possuir objeto próprio nem *corpus* teórico e metodológico suficientes para a abordagem dos problemas que se propõe a estudar, precisando fazer empréstimos de outras áreas. Nesse sentido, a interdisciplinaridade é tanto seu ponto forte como o oposto, no que toca à problemática da aceitação pela crítica acadêmica.

A Geografia médica também recebeu críticas dessa mesma ordem e a despeito de se preferir, hoje, o termo “Geografia da Saúde” ao termo “Geografia Médica”, trabalhos produzidos na esfera da Geografia Médica como os de Pavlovsky (1939) e Sorre (1933) constituíram as bases para estudos contemporâneos de Geografia da Saúde e Geografia Socioambiental. O conceito de Foco Natural de Doenças, desenvolvido por Pavlovsky articulou conhecimentos da Geografia Física e da Ecologia para explicar a circulação de patologias transmitidas por vetores. Em seus ensinamentos:

Um foco natural de doença existe quando há um clima, vegetação, solo específicos e micro-clima (*sic*) favorável nos lugares onde vivem vetores, doadores e recipientes de infecção. Em outras palavras, um foco natural de doenças é relacionado a uma paisagem geográfica específica, tais como a taiga com uma certa composição botânica, um quente deserto de areia, uma estepe, etc., isto é, uma biogeocoenosis. O homem torna-se vítima de uma doença animal com foco natural somente quando permanece no território destes focos naturais em uma estação do ano definida e é atacado como uma presa por vetores que lhe sugam o sangue (PAVLOVSKY, s/d *apud* CZERESNIA, RIBEIRO, 2000, p. 598).

Desenvolvimentos recentes da ciência, como a etiologia e pesquisas com DNA possibilitaram conhecimentos mais aperfeiçoados da transmissão de doenças, mas estudos como os de Pavlovsky ainda são dignos de nota porque constituíram a base para estudos posteriores. Graças ao conhecimento do meio físico na circulação de doenças, exposto pelo autor, foi possível empreender investigações geográficas de ênfase no social, ou seja, que considerassem as transformações produzidas pelo

homem sobre a paisagem, identificando novos fatores que implicam nas situações de saúde e doença.

Também merece menção a teoria dos Complexos Patogênicos desenvolvida por Maximilien Sorre, apresentada pela primeira vez no número 235 dos *Annales de Géographie*, em 1933. Naquele artigo, o autor tratou de modo sistêmico as interações do meio físico, biológico e social na conformação de determinadas doenças, definindo-as como um “complexo patogênico”.

Au mot d'association nous préférons le mot plus général de complexe, parce qu'il importe de bannir de cette définition toute idée de finalité en vue d'un profit commun. Ces groupements comprennent des organismes à tous les degrés de la différenciation, et l'homme y entre à la fois comme patient et comme agent. Nous qualifions ces complexes de pathogènes, parce que leur existence et leur activité aboutissent chez l'homme à la production d'une maladie (SORRE, 1933, p. 5)

Sorre inovou ao apresentar o homem como paciente e como agente dessas relações, ampliando os debates da Geografia Médica, da Medicina Social e da Epidemiologia. Para ele, há uma dialética na atuação das condições geográficas e das sociais na propagação de enfermidades: “les maladies sociales ne sont peut-être pas toutes indépendantes des conditions climatiques quant à leur transmission et à leur malignité. Inversement, l'homme intervient dans les modifications du milieu naturel et dans la propagation des maladies qui en dependent” (*op. cit.*, p.2).

Depreende-se que o homem é vetor ou hospedeiro de agentes etiológicos causadores de doenças em dados contextos ecológico-ambientais. Sorre considera, portanto, o meio físico, o meio biológico e o social, produzindo a abordagem mais ampla que até então se tinha ousado fazer. Posteriormente, foram acrescentados a seu modelo novos fatores capazes de influir no adoecimento dos homens, como a tecnologia e a informação, originando neologismos como “complexo técnico-patogênico-informacional” (LIMA; GUIMARÃES, 2007). De fato, é evidente que a progressiva intervenção humana nos ciclos naturais e no sistema terrestre, como um todo, tem afetado em larga escala os perfis epidemiológicos.

Para Mendonça (2003), a teoria do complexo patogênico de Max Sorre, pode ser compreendida também sob a perspectiva da abordagem sistêmica, pois a relação entre os elementos e a forma como estes interagem constroem um ambiente sistêmico. E nesse sentido, o autor aponta como necessário uma abordagem interdisciplinar no trato da saúde pública (MENDONÇA; MATTOSO; FOGAÇA, 2015).

Guimarães (2005) e Lima e Guimarães (2007) aludem à existência de uma socioesfera, que ao interagir e modificar as demais esferas (biosfera, atmosfera, etc), gera complexos patogênicos diferenciados no tempo e no espaço. Para compreendê-los, afirmam que é necessário considerar os fatores tecnológicos e informacionais neles presentes, reportando-se aos sistemas de objetos e sistemas de ações de Milton Santos (SANTOS, 2008).

Para Santana (2004), Geografia Médica e Geografia da Saúde complementam-se e ambas se inscrevem no território. A primeira, mais próxima da doença e suas causas, a segunda, dando especial ênfase ao suporte dos serviços de saúde ofertados. Para a autora, todavia, o termo “Geografia da Saúde” passou a ser preferido na comunidade geográfica por melhor expressar sua riqueza metodológica e de objetivos e enfatizar questões de saúde que transcendem preocupações “meramente” médicas. Dessa forma, a Geografia da Saúde visa ir além do caráter “informativo e pragmático” apresentado pela Geografia Médica, ou seja, objetiva estabelecer análises aprofundadas do binômio saúde-doença a partir do conhecimento geográfico.

A Geografia da Saúde tem se revelado um campo de estudos interdisciplinar, articulando domínios científicos como as Ciências da Saúde, as Ciências Sociais e as da Terra. Sua produção reflete preocupações contemporâneas com a apreensão do espaço, através dos contextos imediatos das relações sociais. Suas preocupações guardam correspondência com a relevância atualmente atribuída ao ambiente social cotidiano, relevância esta que decorre da percepção de que a proximidade torna possível o controle sobre recursos necessários à vida coletiva (NAJAR, 1998). Nesse sentido, a Geografia da Saúde possibilitaria estabelecer interpretações e ações sobre os problemas existentes, mas é conveniente observar que, assim como a Geografia Médica, a Geografia da Saúde não está isenta de ser utilizada como instrumento de biopoder e transformada em fonte de normalização.

No entendimento de Vaz e Romoaldo (1980),

A Geografia da Saúde ganhou, nas últimas décadas, uma importância que não detinha antes, pelo simples facto de insistir na componente territorial e passar a dar importância ao lugar (*place*), por começar a utilizar ferramentas que permitem ler de forma mais sustentada o espaço (Sistemas de Informação Geográfica) e por ter passado a considerar, cada vez mais, as questões socioculturais. Deste modo, o ceticismo que existia antes sobre o contributo que os geógrafos podem dar no âmbito da saúde revela-se actualmente ultrapassado.

De fato, a Geografia da Saúde muito tem contribuído com as ciências da saúde e os setores administrativos, oferecendo uma análise diferenciada dos problemas de saúde decorrentes das transformações do espaço e de suas especificidades geográficas.

Dialeticamente, a Geografia, de modo geral, e a Geografia da Saúde em particular, também têm se apropriado de teorias, métodos e técnicas de ciências afins. Todavia, a especificidade de cada uma das disciplinas afins à Geografia faz com que apenas raramente se possa utilizar em ‘estado bruto’ as informações, ideias, teses, teorias e métodos fornecidos por essas disciplinas. Por isso um esforço de readaptação, ou mesmo de reconstrução, se impõe (SANTOS, 2009, p. 52).

A relação dialógica entre a Geografia e domínios do conhecimento como a História, a Sociologia, ou a Epidemiologia não é recente, assim como não é recente a utilização de meios emprestados de outras disciplinas. Desse modo, o problema dos limites do geógrafo no domínio de outras disciplinas constituiria, para Santos (*op. cit*), um falso problema.

O objetivo geral da Geografia da Saúde, segundo Santana (2004), é proporcionar conhecimentos que sirvam para atender as relações estabelecidas entre as condicionantes da saúde e os resultados efetivos na saúde das populações e suas consequências no desenvolvimento do território. Para isso, em Portugal, a Geografia da Saúde se subdividiu em duas grandes áreas: a) Geografia no entendimento das questões da saúde e da doença; b) Apresentação, análises e discussão dos aspectos da Geografia nas questões relativas às orientações políticas para a saúde. A primeira área, “Geografia no entendimento das questões da saúde e da doença” tem como foco a problematização do objeto e dos conceitos na Geografia da Saúde, a análise dos padrões de distribuição de saúde e doença no tempo e no espaço, investigando suas causas e consequências, bem como as variações em saúde. A segunda destaca-se pela comparação dos sistemas de saúde em nível internacional, políticas de planejamento dos serviços de saúde, e acessibilidade e utilização dos serviços de saúde.

2.2 A geografia da saúde no Brasil: um olhar sobre a dengue

No Brasil, conforme Peiter (2005), as duas principais vertentes da Geografia da Saúde são a *Nosogeografia*, que se propõe a identificação e análise de padrões de distribuição espacial de doenças e a *Geografia da Atenção Médica* que estuda a distribuição e planejamento dos componentes infraestruturais e dos recursos humanos do Sistema de Atenção Médica, não se diferenciando, portanto, em termos de objeto, da Geografia da Saúde que se faz em Portugal.

As pesquisas na perspectiva da Geografia da saúde no Brasil ganharam destaque a partir de 1990, mas durante as décadas de 1950, 1960 e 1970 já haviam florescido em território nacional importantes trabalhos de Geografia Médica, como o de Carlos da Silva Lacaz (LACAZ, 1972), Samuel Pessôa (PESSÔA, 1978) e os relatórios e artigos produzidos por engenheiros e médicos sanitaristas como Carlos Chagas, Oswaldo Cruz e Adolfo Lutz.

Conforme Mendonça, Araujo e Fogaça (2015, *no prelo*)

No caso brasileiro os exemplos tomaram destaque com os profissionais das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, principalmente, a partir do final do século XIX, mas que tomou vulto e importância no início do século XX como resultado da adoção do higienismo como medida para conter as doenças transmissíveis notadamente na capital do país.

A produção geográfica-médica do período de 1950 a 1960 foi categorizada por Dutra (2011) como uma Geografia Médica atrelada aos interesses do governo e da classe dominante, na qual não predominou uma análise crítica, que relacionasse esses estudos aos fatores socioeconômicos e culturais da época. Uma exceção é a obra de Josué de Castro, que entre as décadas de 1930 a 1970, contribuiu sobremaneira para a compreensão de um Brasil até então desconhecido, assim como para a formação do pensamento geográfico brasileiro.

De acordo com Aquino Junior, a produção de trabalhos nos quais a Geografia e a Medicina dialogam, nesse período, ocorreu devido a:

[...] expansão industrial que estava ocorrendo em algumas localidades no Brasil, assim como no resto do globo, e que provocava um crescimento acelerado das grandes metrópoles, donas de ambientes insalubres e prejudiciais à vida humana. No Brasil, a chegada dos higienistas entre as décadas de 50 e 70 ocorreu juntamente com apoio da França, que orientou o controle de epidemias em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo. [...] Os trabalhos de médicos e higienistas, como Oswaldo Cruz, foram indispensáveis na realização de uma série de modificações para melhorar as condições de saúde e dos ambientes insalubres das cidades (JUNIOR, 2010, p. 38).

Uma vez que a urbanização, entendida enquanto modo de vida, e a modernização industrial e agrícola dependem (culturalmente) de matrizes energéticas

não renováveis, persistem as agressões aos ecossistemas. Esses ecossistemas alterados irão influenciar, em graus diversos, o estado de saúde dos seres que o integram - o que decanta novos investimentos em pesquisas capazes de contribuir cientificamente com as políticas públicas.

Em resposta a esses novos desafios, diversos pesquisadores brasileiros, geógrafos e não geógrafos tem se empenhado. Na esteira da geografia são notáveis as contribuições de Raul Borges Guimarães (2008), Christovam Barcellos (2009), Francisco de Assis Mendonça (2009), Samuel Carmo de Lima e Eduarda Costa (2013), Denecir de Almeida Dutra (2011), dentre outros. Uma grande quantidade de trabalhos acadêmicos na área da Geografia da Saúde e suas interfaces tem sido publicada em anais de eventos como o Simpósio Nacional de Geografia da Saúde que, em 2013, realizou sua sexta edição, o Congresso Internacional de Geografia da Saúde, que em 2014 promoveu sua quinta reunião, e o I Congresso de Geografia da Saúde dos países de língua portuguesa, realizado em abril de 2014, na cidade de Coimbra.

Nesses congressos, assim como em outros periódicos, a temática da dengue é recorrente, sendo que em pesquisa com a palavra-chave “dengue” no buscador Google Scholar, foi possível constatar a existência de 331.000 registros, dentre o quais nos chamaram a atenção os artigos de Ribeiro *et al* (2006), denominado “Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas”, que analisou a ocorrência de casos de dengue autóctone segundo sexo, faixa etária e local provável de infecção, em relação a variáveis climatológicas (pluviosidade e temperatura), no município de São Sebastião, no litoral paulista. O estudo foi considerado interessante do ponto de vista metodológico, por articular índices de infestação predial, de recipiente e de Breteau; o artigo “Análise das políticas públicas de combate à dengue”, de Ana Luiza Neis Ribeiro, Laércio André Gassen Balsan e Gilnei Luiz de Moura (2013), o texto de Rafael Catão e Raul Borges Guimarães “A geografia do dengue no Brasil do século XXI” (2011), e “A dengue no Brasil e as políticas de combate ao *Aedes aegypti*: da tentativa de erradicação às políticas de controle”, de Jesiel Souza Silva, Zilda de Fátima Mariano e Irací Scopel (2008).

Na UFPR, o Grupo de Pesquisa Espaço e Saúde vem, a mais de uma década, promovendo estudos geográficos acerca de temáticas relacionados à saúde. Estão em desenvolvimento, sob a coordenação do líder do grupo, professor Dr. Francisco Mendonça, os projetos: “Mudanças climáticas globais e problemas do clima urbano:

desafios e cenários de adaptação e mitigação em face de riscos e vulnerabilidades socioambientais na RMC - Região Metropolitana de Curitiba/PR” e “Clima urbano e dengue nas cidades brasileiras: riscos e cenários em face das mudanças climáticas globais”. No que concerne a dengue, em particular, foram desenvolvidas as pesquisas “Mudanças climáticas/aquecimento global e saúde/dengue: interações, evolução e dinâmica na Região Sul do Brasil”, em 2007, “Dinâmica espacial da dengue no Estado do Paraná”, de 2005 a 2007, “Dinâmica espacial, monitoramento e controle da dengue na Região Sul do Brasil”, de 2004 a 2008, dentre outros.

Além das pesquisas de mestrado e doutorado dos estudantes vinculados ao Grupo, já citadas em outros momentos, merecem destaque, no que concerne à dengue, os estudos de Jorge Luis Araújo de Campos (2013), Wiviany Mattozo (2013) e José Aquino Junior (2010), desenvolvidas em nível de mestrado, e os estudos de José Aquino Junior (2014) e de Wilson Flavio Feltrim Roseghini (2013). Essas pesquisas foram desenvolvidas no âmbito do Grupo de Pesquisa Espaço e Saúde, na UFPR, sob a orientação do professor Francisco Mendonça.

A quantidade de trabalhos acadêmicos sobre a dengue, nas mais variadas perspectivas – desde a crítica de suas políticas públicas, o detalhamento de sua epidemiologia, até o isolamento de proteínas e elaboração de vacina, indica a relevância que a doença alcançou nas sociedades urbanas do presente, desafiando as instituições de pesquisa nos seus diversos campos.

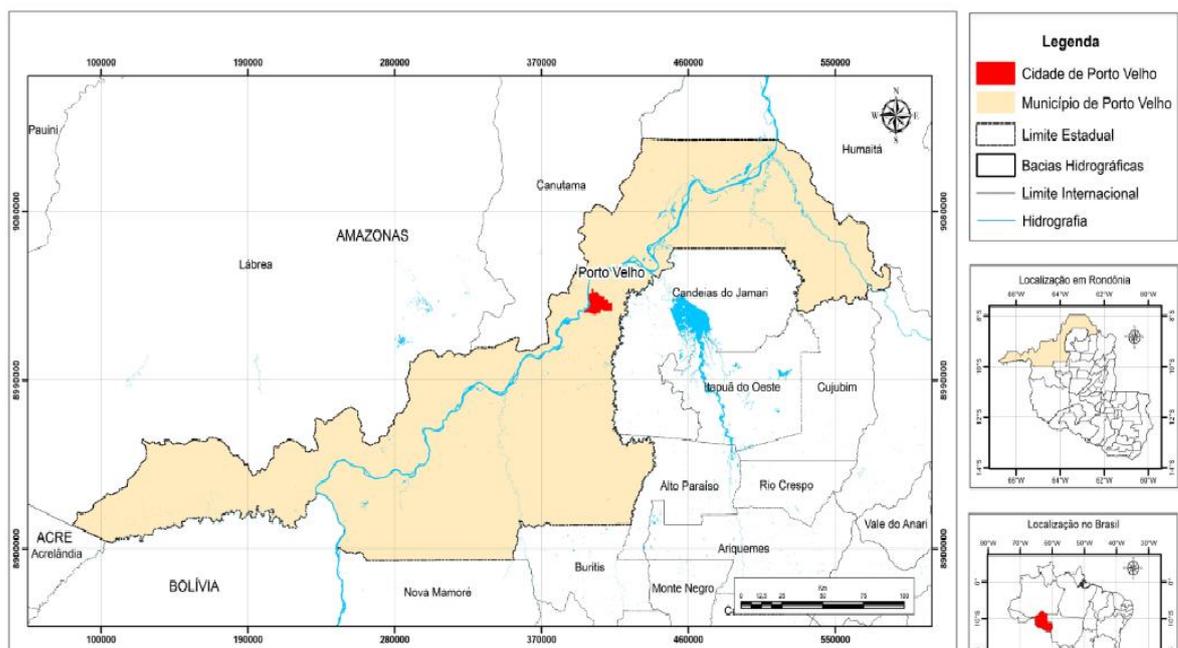
A dengue é tema recorrente em inúmeros trabalhos geográficos no Brasil, mas a Geografia da Saúde desenvolvida na escala nacional é múltipla e compreende uma gama variada de temas, problemas e abordagens, não se limitando àquela problemática. São clássicas as análises centradas no clima, nas condições de urbanização, na distribuição dos serviços de saúde e nas políticas públicas. No entanto, desconhecemos trabalho nessa abordagem que tenha explorado o recurso “histórias de vida” de forma concatenada com documentos oficiais, a fim de se investigar as representações sociais de saúde e doença do Estado e de segmentos da sociedade, evidenciando suas concepções e práticas territoriais. É essa a contribuição que esta pesquisa pretende dar à Geografia da Saúde.

SEÇÃO III: PORTO VELHO: O TERRITÓRIO SOB O VIÉS EPIDEMIOLÓGICO

Nesta seção apresentamos informações relativas à formação geohistórica do município de Porto Velho, em conexão com a formação do próprio Estado de Rondônia. Entendemos que essas informações são indispensáveis para a compreensão dos desafios que a dengue impõe atualmente a este município.

Porto Velho localiza-se na porção oeste da Região Norte do Brasil, na área abrangida pela Amazônia Ocidental. Situa-se no vale do rio Madeira, à margem direita deste rio, entre a Planície Amazônica e o Planalto Central brasileiro, na coordenada geográfica 8°54'46" de latitude Sul e 63°40'00" de longitude Oeste (AGRA, 2012).

Figura 1: Mapa de localização do município de Porto Velho



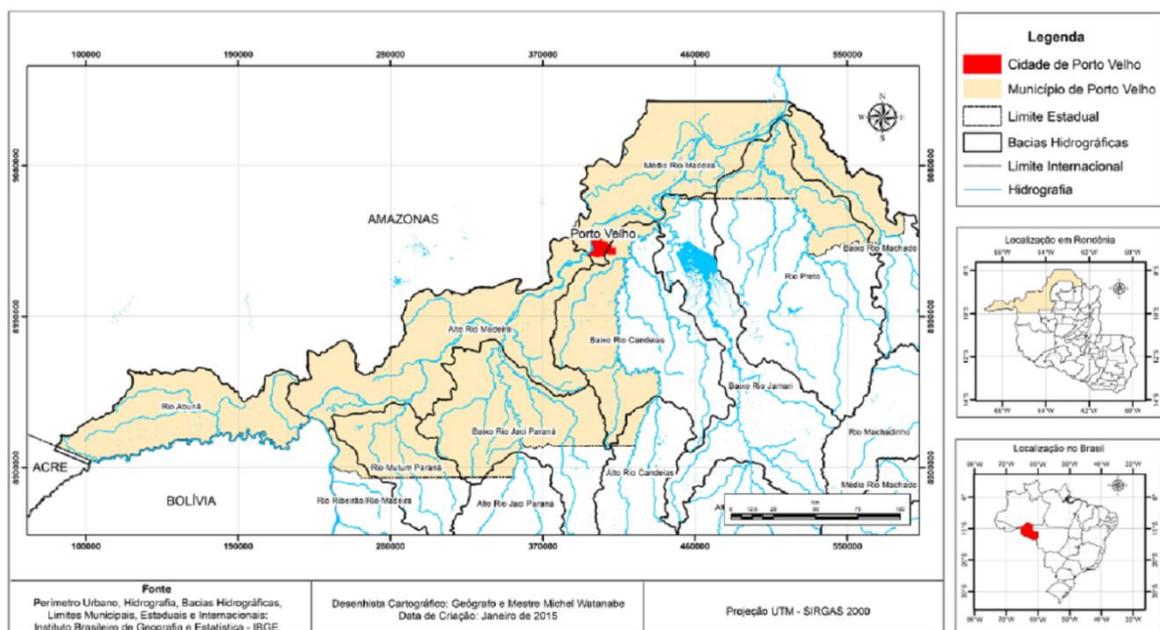
Fonte: WATANABE, 2015.

O município faz fronteira, ao Norte com o Estado do Amazonas, ao Sul com os municípios de Buritís e Nova Mamoré, a Leste com o município de Candéias do Jamari e a Oeste com os Estados do Amazonas e Acre. Abriga três Terras Indígenas e quatorze Unidades de Conservação, dispendo de um Plano Diretor, instituído pela Lei Municipal n. 311, de 30 de junho de 2008, que orienta quanto à política urbana, ao ordenamento territorial e à mobilidade urbana, dentre outros.

O clima de Porto Velho é quente e úmido (AW segundo Koeppen), sendo sua temperatura média anual, mínima e máxima respectivamente de: 25,2°C; 20,9°C e 31,1°C (BRASIL, 1992), conforme registro do Instituto Nacional de Meteorologia para o período 1961-1990. Sua topografia indica relevo ondulado a fortemente ondulado e acidentado. Com relação à vegetação, “há nas partes mais altas extensas áreas de cerrado e nos vales e encostas, predominam formações florestais tipicamente amazônicas. Ocorrem grandes áreas de transição entre o cerrado e a floresta, com domínio de Floresta Ombrófila Aberta Submontana (46%), apresentando ainda: Vegetação de Contato Savana/Floresta Ombrófila (18,3%), Savana Arborizada (8,8%), Savana Densa (8,05%), Savana Parque (7,8%), Floresta Ombrófila Densa Submontana (6%), Savana Gramínea-Lenhosa (1,6%), e outras” (AMBIENTE BRASIL, 2014).

A bacia hidrográfica do Rio Madeira tem como principais afluentes, em sua margem direita os rios Mutum-Paraná, Jacy-Paraná, Caracol, Jamari e Machado, destacando-se ainda outros importantes rios como: Candeias, Jacundá, Garças, Preto do Jacundá e outros de menor porte. Pela margem esquerda do rio Madeira afluem os rios Abunã, Caripunas e Cuniã, além do rio Marmelo e o São Sebastião.

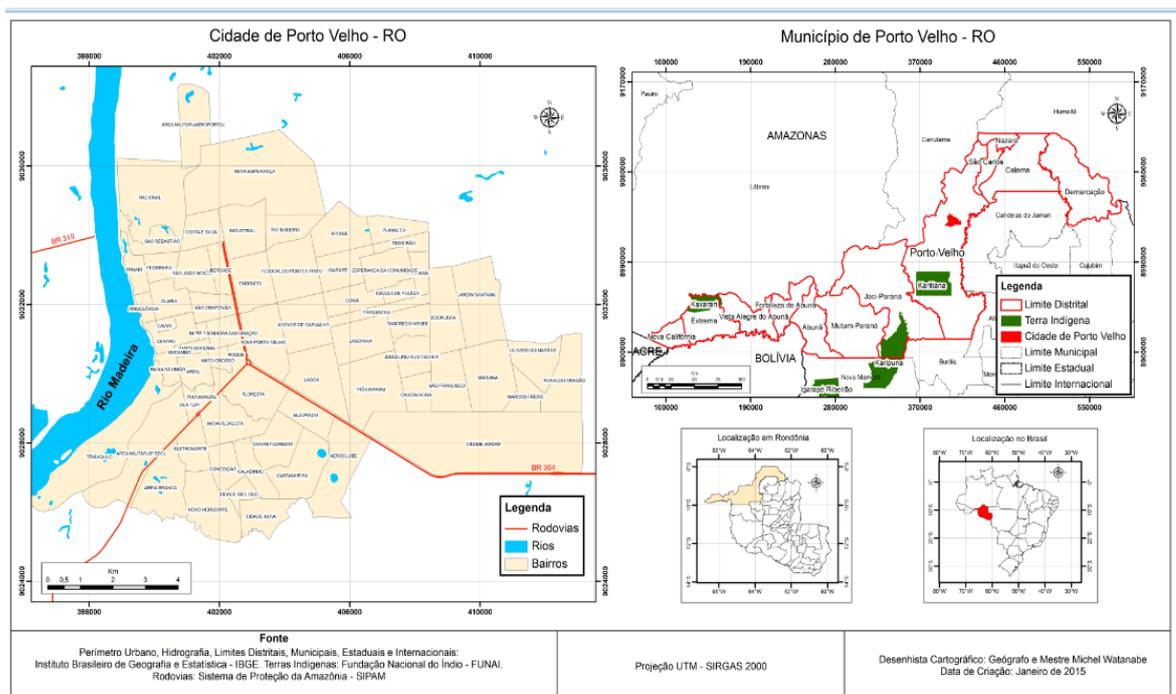
Figura 2: Porto Velho: bacias hidrográficas



Fonte: WATANABE, 2015.

Porto Velho possui 34.068,50 km² de extensão e é considerada a maior capital brasileira em termos de área territorial, além de uma das cidades que mais cresce atualmente no Brasil, devido a investimentos do Programa de Aceleração do Crescimento Econômico do Governo Federal – PAC. Segundo dados da Federação das Indústrias do Estado de Rondônia (FIERO, 2011), este Estado concentra hoje a maior taxa de ocupação da população economicamente ativa da região Norte (94,6%) e a segunda menor taxa de desemprego do Brasil. Sua população, segundo o último censo, é de aproximadamente 428 mil habitantes (IBGE, 2010), distribuída entre 66 bairros em perímetro urbano, três reservas indígenas (Karitiana, Kararaxi e Karipuna) e de 12 distritos na zona rural e ribeirinha.

Figura 3: Porto Velho: bairros, distritos e reservas indígenas



Fonte: WATANABE, 2015.

A cidade se formou no início do século XX, a partir da instalação da empresa *Madeira-Mamore Railway Company*, que visando superar o trecho encachoeirado do Rio Madeira para a escoação do látex produzido nos seringais da região, retomou trabalhos para a construção de uma ferrovia, popularmente conhecida como “Ferrovia do Diabo”. O epíteto se refere à grande quantidade de trabalhadores mortos em decorrência da falta de assistência médico-hospitalar às endemias da região, aos

acidentes de trabalho e ao contato com povos nativos que resistiam à ocupação de seus territórios.

Porto Velho tem sua gênese, portanto, na vinda de trabalhadores para a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Nasce da relação tensa e conflituosa entre migrantes e autóctones em um espaço singular, dito selvagem e hostil. Espaço esse que será violentamente moldado por atores, políticas e técnicas diversas com o fim de atender aos ideais de modernidade e civilização do Brasil à época.

O empreendimento “Estrada de Ferro Madeira-Mamoré” - EFMM iniciou-se em 1872, sob a coordenação do Coronel estadunidense George Earl Church. A administradora da obra seria feita pela empresa por ele constituída: *Madeira & Mamore Rail Company Limited*, e a execução caberia à empresa britânica *Public Works*. Dificuldades econômicas decorrentes da guerra franco-prussiana teriam ocasionado a interrupção da obra, que foi retomada no período de 1907 a 1912, sob a coordenação de Percival Farquhar, também de nacionalidade estadunidense (FERREIRA, 2005).

A ferrovia Madeira-Mamoré, como as demais que marcam a Modernidade, resulta da combinação entre imaginação romântica, otimismo empreendedor e especulação financeira, que “produziu um tipo característico de capitalista, que dominará o cenário de construção das grandes obras públicas internacionais, em especial no terceiro quartel do século XIX” (HARDMAN, 2005, p. 148). Ao analisar o significado histórico desse empreendimento Foot Hardman (2005), em uma narrativa em tom de aventura, discute o ideal de modernidade, suas ambições e a adesão das elites brasileiras a projetos modernizantes, como o da construção de uma ferrovia nas selvas amazônicas. Enquanto a narrativa se reporta a espaços europeus, como os das Exposições Universais, a luz da razão parece iluminar o caminho do progresso e da modernização, sendas da felicidade humana. No entanto, ao cruzar o Atlântico, os avatares da modernidade embrenham-se no lusco-fusco da floresta amazônica e o espetáculo antes luminoso torna-se tragédia e farsa em tons fantasmagóricos. A modernidade gerada pela Estrada de Ferro Madeira-Mamoré é incompleta, excludente, violenta e insustentável, pois altamente consumidora de recursos naturais e humanos. Porto Velho nasceu e se formou sob esse signo.

As locomotivas hoje inertes, como fósseis de antigos animais, guardam em seus vagões tristes histórias, mas também a esperança de uma modernização efetiva e justa. E ao que parece, a população de Porto Velho prefere percebê-la positivamente -

como um símbolo de esperança -, do que como sinal do genocídio que exterminou milhares de pessoas durante e após a construção do empreendimento.

O núcleo urbano de Porto Velho formou-se nas adjacências do pátio da estrada de ferro. Ferroviários, mecânicos, lenhadores, comerciantes, pastores, padres, pescadores, indígenas, lavadeiras, cozinheiras, donas de casa e prostitutas foram os seus primeiros habitantes. Esses trabalhadores e trabalhadoras, em sua maioria migrantes, indicam a formação de um mercado de mão de obra internacional, passível de migração em massa na busca por inserção social:

A forma de recrutamento desses exércitos proletários dependerá sobretudo das oscilações em seu valor. É do exército industrial de reserva, das franjas do sistema capitalista que sairão seus contingentes maciços, excetuados os artífices mecânicos e outros ofícios qualificados. Em geral com baixa qualificação técnica, a relativa escassez ou abundância de sua oferta no mercado internacional determinarão as regiões geográficas de suprimento. O caráter das relações de trabalho irá também variar numa escala que compreende desde o assalariado livre até formas compulsórias de exploração, incluindo modalidades servis e escravistas, todas elas comandadas pelo movimento do capital em sua forma mais moderna (HARDMAN, 2005, p. 149).

O fato acima apresentado sugere a vinculação entre capitalismo e escravismo moderno, uma vez que, em alguns casos, as condições de trabalho vivenciadas por esses trabalhadores nos países de capitalismo periférico reproduzem práticas de exploração compulsória, violências físicas e interdição de espaços. E não só a construção da ferrovia Madeira-Mamoré é representativa dessas práticas, com milhares de trabalhadores, de mais de 50 nacionalidades que desejaram “fugir ao inferno” e não conseguiram, como também a construção da linha telegráfica Cuiabá-Porto Velho, dentre outros.

Porto Velho se formou no início da vida republicana brasileira e, nesse período da nossa história política, a democracia e o respeito aos direitos sociais eram uma quimera. O espaço amazônico, e em específico Porto Velho e Santo Antonio do Madeira (hoje uma só cidade) foram utilizados como prisão para elementos considerados indesejados nos centros políticos do país: trabalhadores com conhecimento sindical, rebeldes políticos, vagabundos, prostitutas, adictos, etc.

Por ocasião da Revolta da Chibata (novembro de 1910), promovida por marinheiros negros e mestiços contra os castigos físicos que lhes eram impostos na Armada, 441 pessoas foram degredadas, dentre marinheiros, desempregados e profissionais de ofícios diversos. Esses degredados viriam a atuar nos seringais do atual Estado de Rondônia e na implantação das linhas telegráficas de Rondon. Por se

tratar de um grupo indesejado, uma “corja”, essas pessoas encontraram dificuldades em ser aceitas na sociedade local, e os maus tratos recorrentes levavam-lhes à fuga para os rios ou o interior da floresta, onde quase sempre encontravam a morte.

Maus-tratos e as dificuldades inerentes à vida em um ambiente de endemias tropicais, com baixa infraestrutura de saúde e de abastecimento alimentício⁴ - onde pouco se produzia e a importação de alimentos saudáveis era feita a um custo que poucos poderiam pagar -, corroboraram para a construção de um imaginário que representava a região como um “inferno verde”, e em perspectivas mais românticas, como um “paraíso perdido”, espaço de belezas inigualáveis, mas no qual o novo Adão e a nova Eva deveriam pagar as suas penas. A Amazônia encerraria os dois topônimos: céu e inferno, sendo a contradição sua marca. Marca essa explorada à exaustão por viajantes naturalistas e cronistas. Tais representações sociais responsabilizavam o ambiente, e não os fatores políticos implicados nos empreendimentos colonizadores, pelo adoecimento e morte da população.

Por outro lado, e em complemento às ideias de “inferno verde” e “paraíso perdido”, a ideia de “sertão” também foi balizadora das práticas coloniais da região pelo Estado brasileiro republicano. No ensinamento de Schweikardt e Lima (2007, p. 17),

Os primeiros anos da República foram palco de expressivo movimento de valorização do sertão, ora como espaço a ser incorporado ao esforço civilizatório das elites políticas do país, ora como referência de autenticidade nacional. Datam desse período importantes expedições ao interior, como as de Cândido Rondon na liderança da Comissão Construtora das Linhas Telegráficas do Mato Grosso ao Amazonas; as da Comissão Geológica em São Paulo; a do astrônomo Louis Cruls em 1892 ao Planalto Central visando à mudança da capital, e as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz. Não se pode igualmente esquecer a importância da viagem de Euclides da Cunha à região conflagrada de Canudos e o impacto de *Os sertões* [grifos dos autores].

Nos primórdios da República, a elite nacional, desejosa de manter as “rédeas” do país e de manter seus próprios privilégios, atribuiu a si a missão de civilizar “os sertões”, garantindo para si o direito de exploração sobre os recursos naturais. Ideais de modernidade e progresso perpassam seus projetos civilizacionais e englobam ações como a delimitação de fronteiras, a integração econômica das diversas regiões ao centro administrativo do país e ao saneamento indispensável para o

⁴ O caráter extrativista dado à exploração da região amazônica até o início do século XX não foi favorável ao desenvolvimento de uma produção agrícola em quantidade, qualidade e diversificação adequada para a nutrição humana. A carência de vitaminas levou a um estado geral de subnutrição que contribuiu para o desenvolvimento de doenças como o beribéri e para a vulnerabilidade em relação a outras enfermidades. A baixa infraestrutura de saúde (escassez de hospitais, médicos, laboratórios e medicamentos), somada ao quadro de alimentação inadequada e de endemias típicas da região constituíram os maiores desafios para a conclusão da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré e para o crescimento vegetativo da população amazônica em geral.

desenvolvimento econômico. Foi nesse contexto que o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, órgão vinculado ao governo federal, posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz, empreendeu duas expedições científicas ao “vale do Amazonas”, incluindo o vale do Madeira, Santo Antônio e Porto Velho, com o objetivo de produzir estudos sobre a malária e sensibilizar os funcionários da EFMM para a profilaxia e a quimioterapia da doença. Para a região de Porto Velho foram empreendidas duas expedições, uma em 1910, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, e a outra em 1913, sob a direção de Carlos Chagas. Essas expedições, além de traçar um panorama das condições sanitárias dessas paragens, promoveram ainda o registro da cultura de sua população, indicando também a necessidade de maior presença do Estado no provimento dos recursos necessários à promoção da saúde. Conforme Schweikardt e Lima (*op cit.*, p. 21),

As viagens científicas vão reinventar o Brasil pelo prisma da ciência moderna, encontrando na doença a explicação para a condição de atraso que o interior mostrava. Os olhos dos cientistas ao criar uma representação do sertão também criam uma auto-representação (*sic*) de si porque no contraste aparece o cientista e os seus modernos instrumentos de observação e análise.

Superadas, ainda que parcialmente, algumas dificuldades, como a de acesso a tratamento de saúde e a saneamento básico no bairro residencial dos construtores da ferrovia, foi possível o crescimento vegetativo da população que, por conseguinte, demandou o surgimento de uma estrutura de poder capaz de zelar pela defesa da ordem e da propriedade dos grupos enriquecidos, bem como pela assistência social dos desvalidos. Assim, em 1914, Porto Velho foi elevada à categoria de município (pertencente ao Território Federal do Amazonas), por meio da Lei 757, de 2 de outubro de 1914. A partir de agora novas inscrições de poder serão feitas em seu território, evidenciando os conflitos entre urbanismo e urbanização, entre o planejamento e a vida nas dinâmicas que lhe são próprias.

Seus limites territoriais, que se alteraram ao longo do tempo, foram estabelecidos pela primeira vez pelo Decreto n. 1063, de 17 de março de 1914. De acordo com Matias (2013, p. 1), este Decreto

[...] marca os limites do Termo Judiciário de Porto Velho, com o seguinte traçado: ao norte o paralelo que passar pela bocca do igarapé São Lourenço, a montante da praia do Tamanduá, até encontrar os limites com o município de Lábrea; a leste uma linha partindo do ponto fronteiro a bocca do igarapé São Lourenço, na margem direita do rio Madeira, vá encontrar o ponto em que o paralelo de 8° 48' sul corta o rio Candeias, em sua margem esquerda; ao sul o citado paralelo, limite com o estado de Mato-Grosso, entre a margem esquerda do rio Candeias e margem direita do rio Madeira até a foz do Abunã; o rio Abunã até o limite com o território contestado do Acre e esse território; e a oeste, o município de Lábrea. Portanto, antes de criar o município, o governo

amazonense cuidou de delimitar seu espaço físico. Mas fez uma confusão geográfica por ignorar as terras do município de Canutama e invadir uma parte do estado do Mato Grosso, no município de Santo Antonio do Rio Madeira.

Em 1943, Porto Velho foi transformada em Capital do recém-criado Território Federal do Guaporé, que em 17 de fevereiro de 1956 passou a se chamar Território Federal de Rondônia, em homenagem ao sertanista Cândido Mariano Rondon. Em 04 janeiro de 1982, o Território Federal de Rondônia foi elevado à categoria de Estado de Rondônia.

Do ponto de vista administrativo, estes eventos da vida política resultaram em uma nova dinâmica na relação da sociedade com o Estado, originado, principalmente um sistema burocrático e dando forma a aparelhos ideológicos e repressores, que se tornaram importantes fontes de emprego urbano para a população e de controle social.

Pelo prisma do cotidiano social, no entanto, foram poucas as transformações socioeconômicas que impactaram positivamente a vida da população rondoniense e rondoniana⁵. A política agrária permaneceu praticamente a mesma, com distribuição de lotes sem estudo prévio dos tipos de solo e seus usos favoráveis, sem uma distribuição justa dos recursos hídricos, dificultando o desenvolvimento de uma agricultura consistente (seja em pequena ou em grande escala), bem como desvinculada de linhas de crédito e orientação técnica aos neocamponeses e às populações tradicionais residentes nos limites territoriais deste Estado.

Nas cidades também os investimentos foram ausentes ou insuficientes no que diz respeito à infraestrutura urbana e às orientações técnicas quanto ao uso e ocupação do solo, o que resultou, no caso de Porto Velho, em aglomerados subnormais, ocupação de áreas de risco e adensamento populacional na zona central da cidade, devido à qualidade ruim dos serviços de transporte coletivo e sua insuficiência. Apesar da irregularidade dos terrenos de bairros da região central, como o Mocambo e o Santa Bárbara e de haver poucos equipamentos urbanos disponíveis, os trabalhadores mais pobres, brasileiros ou estrangeiros, como haitianos e senegaleses têm optado por residir na região central da cidade, em imóveis antigos e mal conservados, mas próximos de seus locais de trabalho e do centro administrativo.

⁵ O gentílico considera rondoniana as pessoas nascidas no Estado de Rondônia ou em seu antigo território, e rondoniense as pessoas que migraram para esta unidade da federação.

O surgimento de novos centros comerciais e financeiros nas zonas sul e leste da capital, a partir do final da década de 1990, e ato contínuo, a gentrificação de áreas centrais para atender os objetivos do PAC, indica a tendência de desconcentração populacional das áreas centrais, bem como o fenômeno da multicentralidade, crescente nas cidades brasileiras de médio e grande porte (FRÚGOLI JUNIOR, 2006), sendo que a construção de novas centralidades responde ao movimento inerente da expansão do capitalismo, consumidor de espaços que é.

Embora se constate o surgimento de novas centralidades, o centro histórico, no qual se situa o complexo arquitetônico da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré ainda é bastante dinâmico e aquele complexo arquitetônico, em específico, constitui atualmente um lugar de memória, com o qual a população portovelhense mantém relações de topofilia.

É preciso destacar ainda a importância do rio Madeira, sem o qual a vida nesse espaço poderia não ter sido viável. O rio, além de fornecer uma fonte estável de água e alimentos (peixes, milho e tubérculos plantados nos igapós e nas terras firmes), era o principal meio de transporte de pessoas e produtos anteriormente à construção das rodovias federais, sendo determinante para a prosperidade ou o declínio econômico das civilizações que se desenvolveram as suas margens.

O Rio Madeira, às margens do qual foi construído o complexo arquitetônico da EFMM é o principal afluente do Rio Amazonas, tanto em volume como em extensão. Na lição de Glenn Switkes (2008) este rio, em sua confluência com o Amazonas é um dos cinco mais volumosos do mundo, drenando uma área de 1.420.000 KM² que perpassa territórios do Brasil, da Bolívia e do Peru. É formado pelos rios Guaporé, Mamoré e Beni, originários dos planaltos andinos. Conta com 1.700 quilômetros de extensão, vazão média de 23 mil m³/s e chega a medir 1,5 km de largura, respondendo por cerca de 20% do volume de água e 50% de todo o sedimento transportado pelo Amazonas para o Oceano Atlântico. Esse é também um rio rico em biodiversidade, comportando mais de 750 espécies de peixes, 800 classes de aves, e várias outras categorias, ameaçadas de extinção ou ainda não catalogadas (SWITKES, 2008, *op. cit.*)

Na interpretação tecida por Leandro Tocantins (2000), o rio é a fonte da vida que tornou possível a conquista e o desenvolvimento material da região Amazônica:

O rio, sempre o rio, unido ao homem, em associação quase mística, o que pode comportar a transposição da máxima de Heródoto para os condados amazônicos, onde a vida chega a ser, até certo ponto, uma dádiva do rio, e a

água uma espécie de fiador dos destinos humanos. Veias do sangue da planície, caminho natural dos descobridores, farnel do pobre e do rico, determinante das temperaturas e dos fenômenos atmosféricos, amados, odiados, louvados, amaldiçoados, os rios são a fonte perene do progresso, pois sem ele o vale se estiolaria no vazio inexpressivo dos desertos. Esses oásis fabulosos tornaram possível a conquista da terra e asseguraram a presença humana, embelezaram a paisagem, fazem girar a civilização - comandam a vida no anfiteatro amazônico (2000, p. 278).

Embora o rio tenha se tornado meio de veiculação econômica e intercâmbio cultural, as populações amazônicas de tempos mais remotos (do período colonial ou anterior a ele) foram caracterizadas por Clastres (1982) como “sociedades da abundância”, que por terem disponível todos os bens necessários à manutenção da vida não necessitavam do acúmulo de excedentes e do desenvolvimento de práticas comerciais. Conforme Vicentini (2004, pp. 51-52)

Nas sociedades primitivas florestais e coletoras, a relação com a natureza é diversa, a noção de território amplia-se por vastas áreas de exploração extrativista da floresta, definidas pelo caráter nômade dos grupos. A conformação do corpo social é ao mesmo tempo livre e coletiva, nesta o religioso penetra no corpo social em sua expressão pública. [...] O mundo simbólico é travessado pela natureza, na qual animais e plantas podem ser, ao mesmo tempo, seus seres e agentes sobrenaturais

Esse modo de apropriação territorial exercido por populações nômades tinha como referentes os próprios elementos naturais e de seu repertório cultural, sem delimitações físicas precisas. As relações interétnicas estabelecidas espacial e temporalmente, especialmente a partir das empreitadas colonizadoras do século XVI levaram a alterações nas formas de concepção e apropriação dos espaços, bem como na própria relação entre os homens e o mundo natural, tornando esta relação mais profana e monetarizada. Com o surgimento de relações capitalistas, os rios tornam-se a principal via de circulação do capital, pelo menos até o aparecimento dos modernos sistemas rodoviários no Brasil. Para Vicentini (2004, *op. cit.* p. 171),

As rodovias implantadas [...] – de início a Belém-Brasília, em 1960, a BR-364 e a Rodovia Transamazônica no Pará, na década de 1970 – promoveram uma expansão da rede de cidades e o revigoramento dos centros antigos, como Santarém (Bacia do Tapajós – Pará), Porto Velho (Bacia do Rio Madeira – Rondônia), Marabá (Bacia do Araguaia - Pará), entre outros. Estes núcleos, em conjunto, passaram a constituir uma ‘nova qualidade’ do território e uma nova qualidade de cidades. Também, pela primeira vez, a implantação de um ‘urbano moderno’ pôde ocorrer em terras firmes, abandonando o acesso fluvial, suprido pelos acessos rodoviários e ferroviários.

Em consonância com o estudo acima citado pode-se classificar Porto Velho como típica cidade amazônica – cidade vinculada a processos econômicos, políticos e culturais mundializados, como pode ser exemplificado pela construção da EFMM,

dentre outras obras, mas que mantém características específicas devido às peculiaridades de seu meio natural e de seus processos de colonização. Entende-se, portanto, que os processos históricos de formação dessa cidade, “aliados às características geofísicas da Bacia Amazônica, delineiam, explicam e condicionam a ocupação contemporânea” (VICENTINI, 2004, p. 11), isso porque, apesar da inegável interferência antrópica na superação dos obstáculos de ordem natural, algumas particularidades do meio físico ainda permanecem, como a dependência de acessos fluviais ou de sazonalidades específicas para a agricultura, a pesca e mesmo para a educação escolar de comunidades ribeirinhas.

Em que pese o crescimento da vida urbana na Amazônia, enfatiza-se que suas cidades constituem-se em redes fragmentadas, especialmente dispersas, em geral localizadas próximas a rios, estradas e ferrovias. Estas cidades constituem reservatórios de mão de obra volante e de população assalariada lotada no serviço público ou em subempregos, quase sempre disposta a se deslocar para onde as oportunidades de trabalho e de vida pareçam mais vantajosas. Nestas cidades, a urbanização é incompleta e o modo de vida urbano mescla-se com expressões de uma cultura camponesa e cabocla. Elucidativo deste fato é a entrevista da psicóloga Simone Santos⁶ quando apresenta a coexistência, nem sempre pacífica, de práticas de pajelança, de religiões de matriz africana e de um catolicismo popular, com garrafadas e outros remédios provenientes de plantas medicinais ministrados simultaneamente a tratamentos médicos oficiais realizados em hospital:

No hospital há muita movimentação de indígenas porque na região de Guajará-Mirim tem muitas reservas indígenas. Esses índios geralmente se tratam nas aldeias, com os conhecimentos e os remédios tradicionais deles, mas quando têm algum problema mais grave a FUNAI encaminha para o hospital, na cidade. E índio não fica quieto. Quem trabalha em hospital sabe. Você fala: “Tem que ficar no quarto”, mas eles não ficam, ficam andando pelo hospital. E aí esses índios viram a barriga do seu Francisco e falaram: “Faz um remédio de pau cipó com a planta tal que isso vai lhe ajudar”. No outro dia o seu Francisco evadiu do hospital e a gente pensou: deve ter preferido ir morrer em casa. Depois de uns dois anos eu estava andando de bicicleta em Guajará, olhando para o lado, quando vi um senhor capinando um quintal. Em Guajará há muitos quintais e quase não se usa calçada. Fixei o olhar e reconheci as feições do seu Francisco, foi fácil reconhecer. Falei: “O senhor é o seu Francisco, o senhor se lembra de mim?” Ele: “lembro, claro, a doutora lá do hospital!”. Perguntei: “Cadê a tua barriga?” e ele respondeu que se curou com o remédio que os índios ensinaram a ele lá no hospital. Cipó tal com a planta tal (Simone Santos, entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

⁶ A entrevista pode ser lida na íntegra no volume II.

O hibridismo cultural manifesto no espaço hospitalar, assim como detalhes da cidade de Guajará-Mirim, como a possibilidade de uso de bicicleta como meio de transporte, devido ao pouco fluxo de veículos motorizados, bem como a existência de grande quantidade de quintais sem calçamento é revelador das especificidades do urbano na floresta amazônica. Guajará-Mirim, assim como Porto Velho e outras cidades amazônicas nasceram espontaneamente e sem muito planejamento, nas adjacências de garimpos, áreas extrativistas ou empreendimentos comerciais e industriais, alcançando, com o passar do tempo, progressivo ordenamento territorial, arruamento retilíneo e infraestrutura urbana.

No caso de Porto Velho, no entanto, no ano de seu centenário ainda se constata a precariedade de sua vida urbana, marcada por grande quantidade de trabalhadores pobres que se revezam entre subempregos urbanos e atividades rurais e extrativistas, e um alarmante quadro de saúde pública, no qual doenças de transmissão vetorial, como a dengue, assolam principalmente a parcela mais carente da população.

Problemas como esses de Porto Velho, decantam investigações específicas. Entretanto, cabe destacar que são problemas que não se limitam à sua esfera, mas se espriam por toda a Amazônia.

Os padrões de desenvolvimento adotados na Amazônia brasileira, com a expansão da malha urbana, e o valor que se atribui a seu patrimônio natural desafiam a ciência e a política na busca de construção de modelos de desenvolvimentos mais sustentáveis. Estudiosos como Scherer e Oliveira (2006), entendem que esse espaço deve ser pensado numa perspectiva de totalidade, que se articula no âmbito do poder estatal. Para os autores, a ênfase no Estado e nas políticas públicas que ele promove é crucial, pois é nele que se localizam os pensamentos e ações estratégicas que se coadunam ou conflituam com as interpretações e necessidades da população multicultural que habita a região.

Em relação aos problemas de saúde que impactam a região Amazônica, a geografia da saúde tem se mostrado uma via exitosa de abordagem, como pode ser observado no trabalho de Oliveira (2014), que embasado em pressupostos dessa área organizou a coletânea de 12 textos. Utilizando-se de linguagem clara e acessível, o livro discutiu problemas como a dengue, a malária e a hanseníase, vinculando-as ao ambiente amazônico e à sua cultura.

Para a compreensão dos desafios de saúde pública expressos em Porto Velho, consideramos relevante a análise de suas políticas públicas, tendo como primeiro passo o conhecimento de seu perfil epidemiológico.

3.1 O perfil epidemiológico de Porto Velho

José Magnani (2002) propôs para as pesquisas antropológicas uma postura “de perto e de dentro” por parte dos antropólogos, ou seja, uma postura integrada ao espaço e à sociedade que se quer pesquisar. Considera-se essa postura também necessária para as pesquisas em Geografia.

Antes de iniciar a coleta de dados oficiais sobre a dengue e pensar suas políticas públicas realizamos observações em campo, nas principais casas de saúde de Porto Velho, a saber: as duas UPAS – Unidades de Pronto Atendimento em Porto Velho, a Casa de Saúde Indígena, o posto de Saúde Ana Adelaide, o Pronto Socorro João Paulo II e o hospital de Base Dr. Ary Pinheiro. Nas visitas aos estabelecimentos ficou evidente a falta ou insuficiência de estrutura física e pessoal adequada ao funcionamento correto das instituições de saúde, aspecto atestado pelos próprios trabalhadores daquelas casas de saúde.

A técnica de enfermagem Rosiene Castro, que atualmente trabalha no Hospital Infantil São Cosme e Damião, nos informou que, apesar da mudança de prédio e de reformas, as condições infraestruturais e de trabalho continuam inadequadas. Sua narrativa registra o drama de dezenas de profissionais da saúde que precisam se desdobrar para promover atenção especial à saúde:

A gente compra material para poder puncionar, fazer curativo. A gente compra com dinheiro do nosso bolso, porque são coisas indispensáveis ao nosso trabalho, sem esses materiais não dá para trabalhar. Xampu, fralda, coisas de higiene pessoal é a gente que leva, se a família não tiver condições de levar. Muitas famílias vêm do interior, sem dinheiro, sem conhecer a cidade. Ficam perdidas, desesperadas, sem ânimo para agir. Tem muitos pais carentes e a maioria vem do interior do Estado, sem nenhuma assistência. Eles chegam para a gente e falam: “Hoje eu ainda nem comi”. A gente dá do nosso alimento, e o nosso alimento – que Deus me perdoe e que nunca falte! – mas vem com mosca dentro, vem com tapuru dentro. Recebemos alimentos estragados, mosca dentro da comida. Eu tenho fotos! Se você quiser pode colocar a foto no seu trabalho. Para a gente é importante que a Universidade saiba, que a sociedade saiba o que a gente passa trabalhando nos serviços públicos de saúde de Porto Velho (Rosiene Castro. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Importante mencionar que informações qualitativas como as apresentadas por Rosiene só foram possíveis graças à observação *in loco* e ao uso do método da história oral. No geral, o que se encontra são dados quantitativos. E a esse respeito, com base em relatório do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS FRONTEIRAS, 2008),

A estrutura dos serviços de saúde conta com unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e de pronto-atendimento onde são realizados: atendimento ambulatorial básico, procedimentos médicos, de enfermagem e de odontologia. Existem ainda serviços especializados como uma Policlínica, três Centros Especializados de Odontologia, um Serviço de Referência à Saúde da Mulher, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), além de uma Maternidade Municipal e duas Farmácias Básicas.

Há três hospitais estaduais no município que servem para internação da população de Porto Velho e de Rondônia, de acordo com suas necessidades. [...] Há um hospital de referência infantil, o Hospital e Pronto Socorro Cosme e Damião, que possui 52 leitos de internação e 10 leitos de observação infanto-juvenil. O hospital de Base Dr. Ary Pinheiro é referência para todo o estado e possui 380 leitos e atende diversas especialidades de alta complexidade. Há ainda o Centro de Medicina Tropical de Rondônia – CEMETRON – instituição de referência para as doenças tropicais e infecciosas de Rondônia, com 93 leitos de internação. Além disso, em Porto Velho há as seguintes unidades de saúde estaduais: o FHMERON (Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia) e a Policlínica Oswaldo Cruz, com serviço ambulatorial de média complexidade que conta com uma equipe formada por 110 médicos em 27 especialidades.

Essa rede de serviços de saúde já parece insuficiente para o atendimento de uma população que ultrapassou a casa dos 430 mil habitantes, além do que, é necessário considerar que a estrutura, por si só, não resolve os problemas de saúde se não houver profissionais eficientes trabalhando. Sabe-se que a carência de médicos é um dos problemas mais graves que dificulta o atendimento. Em Rondônia há um total de 1.897 médicos para uma população de 1.590.011 habitantes. Na capital do Estado há 503 médicos para 435.732 habitantes, o que dá a razão de 1,15 médicos para cada 1000 habitantes (CFM, 2013). Existe a crença de que a recomendação da OMS é de 01 médico para cada 1000 habitantes, no entanto, o documento com essa recomendação não foi localizado, e ao pesquisarmos sobre o assunto, encontramos um editorial de João Carlos Simões (2011), editor Científico da Revista do Médico Residente, no qual afirma que isso é um equívoco, pois a OMS nunca recomendou esse número: “A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) não estabelecem, tampouco metas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros” (SIMÕES, 2011, p. 225). Nesse sentido, 01 médico para mil

habitantes seria um índice arbitrário, e o que deveria definir se a quantidade disponível desses profissionais é suficiente ou adequada é a própria comunidade usuária de seus serviços.

Em Porto Velho, o desafio não é só o de aumentar a quantidade desses profissionais na rede pública de saúde – o que tem sido feito por meio do Programa Mais Médicos, instituído pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 -, mas de diversificar as especialidades e aprimorar a qualidade desses serviços.

Reconhecemos ainda a necessidade de investimentos em saneamento básico e habitação em áreas seguras (livres de enchente e de deslizamentos de massa), uma vez que são esses os principais riscos ambientais percebidos pelos 300 moradores que entrevistamos, em relação aos riscos e vulnerabilidades socioambientais aos quais estão expostos no território urbano de Porto Velho, como poderá ser observado no quadro 01.

Quadro 01: Porto Velho - A percepção social dos riscos nos bairros com infestação predial elevada de *Aedes aegypti*.

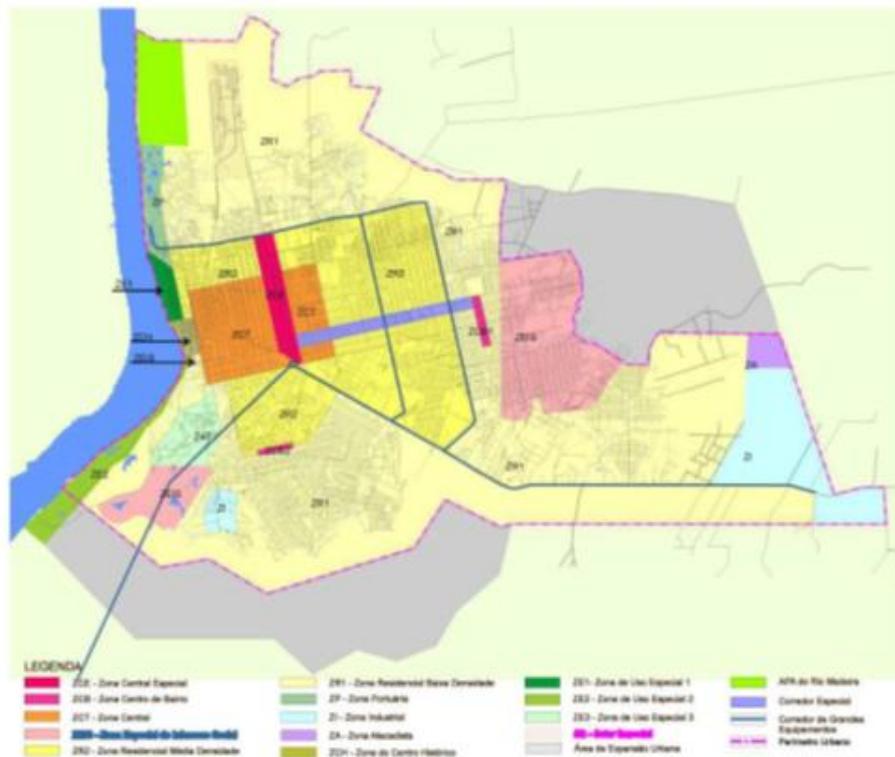
TIPODE RISCO	QUANTIDADE DE PESSOAS QUE PERCEBERAM
Enchente/alagação	66
Deslizamento de terra/desabamento do imóvel	40
Contaminação por lixo hospitalar	12
Contaminação por outros lixos não tratados	164
Doenças de veiculação hídrica	89
Doenças de transmissão vetorial	128
Não sabe ou não quis opinar	02
Não percebe risco algum	05
Outros riscos	17

Fonte: Xênia de Castro Barbosa, 2013.

Em relação aos entrevistados, 228 são provenientes da zona urbana e 72 afirmaram ter vindo da zona rural, em sua maioria dos distritos ribeirinhos de Porto Velho e de municípios amazônicos como Manicoré e Humaitá.

Os bairros onde aplicamos os questionários localizam-se no perímetro delimitado em preto e nas zonas indicadas (figura 4). Em sua maioria são bairros centrais ou que correspondem ao centro expandido. A principal função constatada nesses territórios é a de comércio e concentração da sede administrativa, o que promove grande fluxo de pessoas e veículos. Alguns desses bairros são classificados também como de zona residencial de média ou baixa densidade. Já os bairros à margem do rio são classificados como de zona portuária e ocupação especial, englobando ainda áreas previstas para uso especial e de preservação.

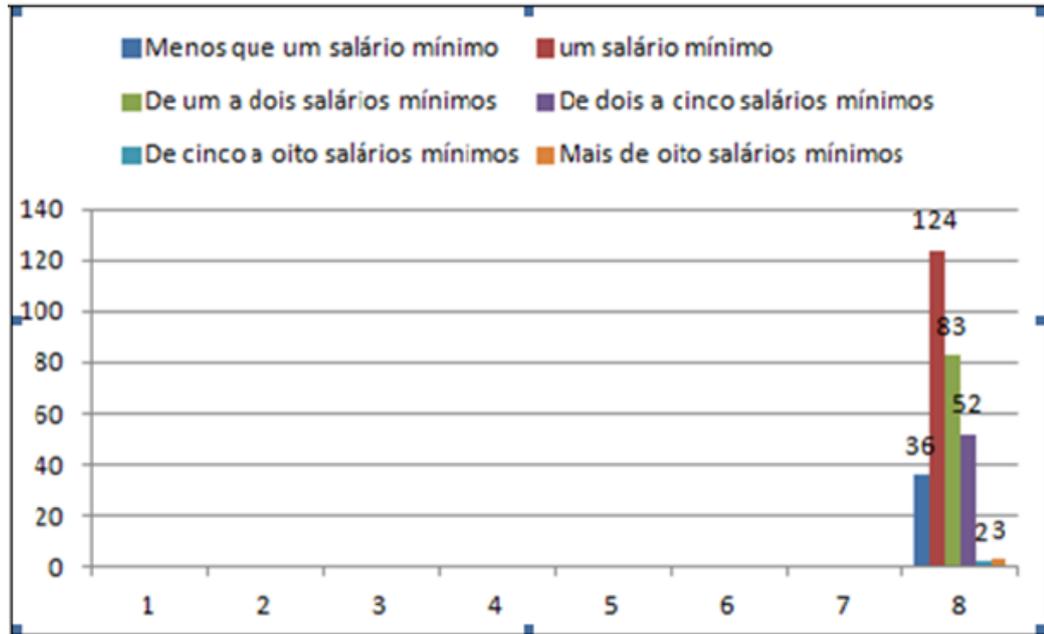
Figura 04: Porto Velho – Zoneamento urbano



Fonte: Porto Velho, 2007.

Com relação ao perfil econômico dos entrevistados, 124 afirmaram receber mensalmente 1 salário mínimo e apenas três pessoas afirmaram possuir renda superior a 8 salários mínimos.

Figura 05: Porto Velho - Rendimento familiar nos bairros com maior incidência de dengue.



Fonte: Xênia de Castro Barbosa, 2014.

Os principais riscos identificados pelos moradores foram os de “contaminação por outros lixos não tratados” - excluindo-se os lixos hospitalares -, e os riscos de contrair “doenças de transmissão vetorial” e de “transmissão hídrica”. Esses riscos vinculam-se à ausência ou insuficiência de estrutura de saneamento hidrossanitário. Também houve percepção de risco de enchente e deslizamento de massa nos locais em que habitam, especialmente os bairros à margem direita do Madeira e no Tucumanzal.

De acordo com o Plano Diretor de Porto Velho (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO, 2008, p. 16),

No que se refere ao tratamento de esgotos sanitários, verifica-se que menos de 2% dos domicílios (1,8%) estão ligados à rede de coleta de esgotos, que é lançado “in natura” no rio Madeira. Dados do IBGE indicam que 47% dos domicílios usam fossas sépticas, 20%, fossas rudimentares e 5% lançam seus dejetos em valas, rios e outros escoadouros.

Essa situação tende a melhorar em breve, uma vez que está prevista, com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento, do Governo Federal, uma universalização do abastecimento de água do distrito sede, a contratação do projeto da obra de esgotamento sanitário e um plano de 10 milhões de reais para abastecimento de água nos distritos em um prazo de cinco anos.

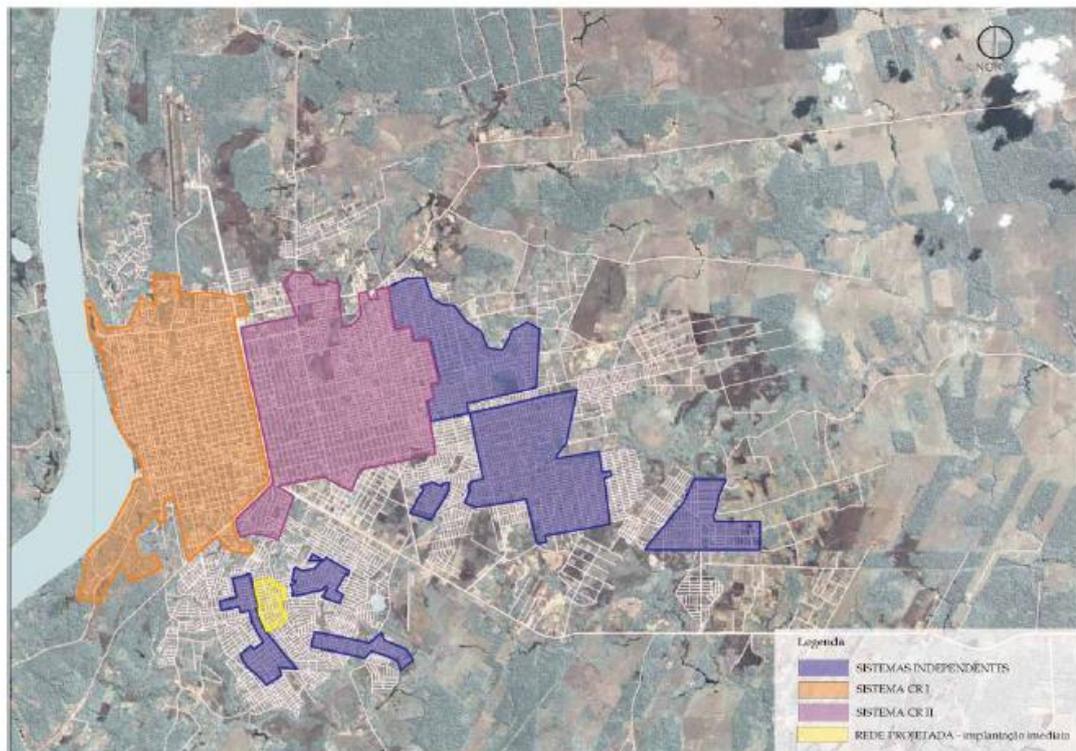
No que reporta à cobertura de água potável o Plano Diretor (*op. cit.*, p. 15) assim se expressa:

Para demonstrar as graves deficiências na oferta dos serviços de abastecimento de água em Porto Velho, basta dizer que apenas 50% da população é servida pela rede de abastecimento de água, dividida em dois subsistemas: os Centros de Reservação 1 e 2 (CR1 e CR2); o restante da

população utiliza o sistema de “poços amazonas”, ou é abastecida por meio de sistemas independentes.

O Sistema de “Poços amazonas”, ou amazônicos é de alta periculosidade para a saúde, uma vez que coleta água do primeiro lençol freático, que quase sempre está contaminado.

Figura 06: Porto Velho/RO - Malha da distribuição de água

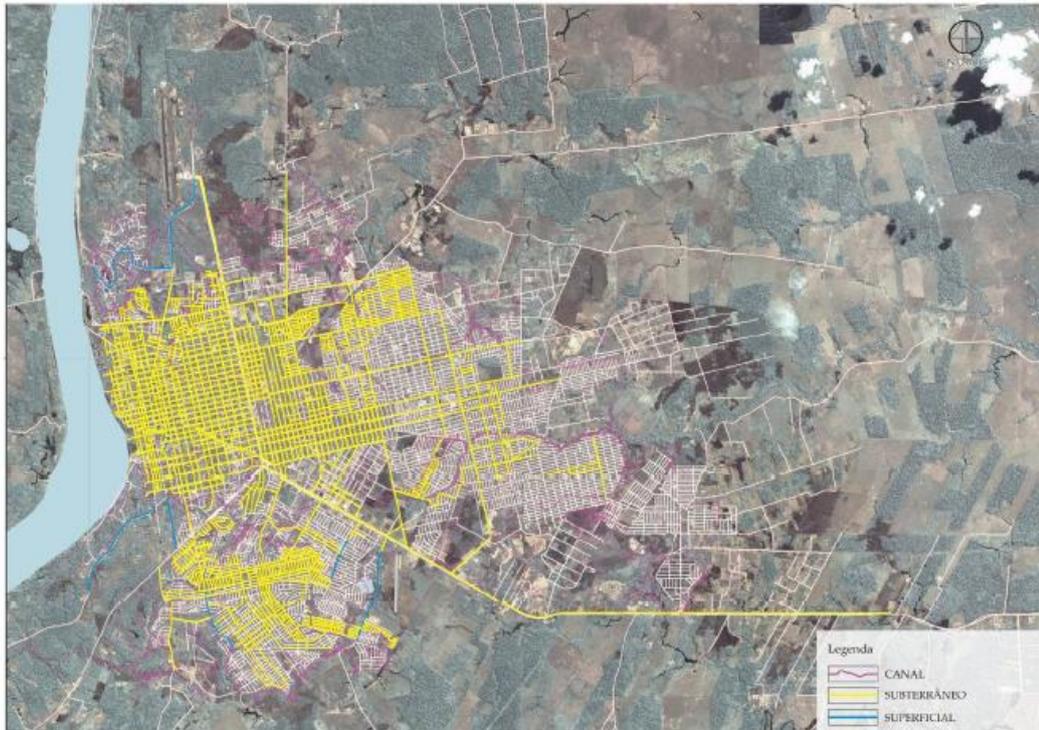


Fonte: Porto Velho, 2007.

Também é problemático em Porto Velho o sistema de drenagem das águas, que é realizado, em grande parte, segundo o Plano Diretor, por meio de canais a céu aberto, sem revestimento, complementados por canais de micro drenagem que cobrem apenas 37% das vias urbanas existentes.

A malha hidrográfica de Porto Velho é composta por 11 bacias principais que contam com mais de 100 km de igarapés e cerca de 200 nascentes. A área de contribuição dessas bacias atinge uma superfície superior a 15 mil hectares e como não há projeto de macrodrenagem, costuma ocorrer enchentes em vários pontos da cidade, o que contribui para o desenvolvimento de doenças de veiculação hídrica e viral, tais como a dengue, cujo desenvolvimento do mosquito se faz, principalmente, em água limpa e parada.

Figura 07: Porto Velho/RO - Rede de drenagem urbana



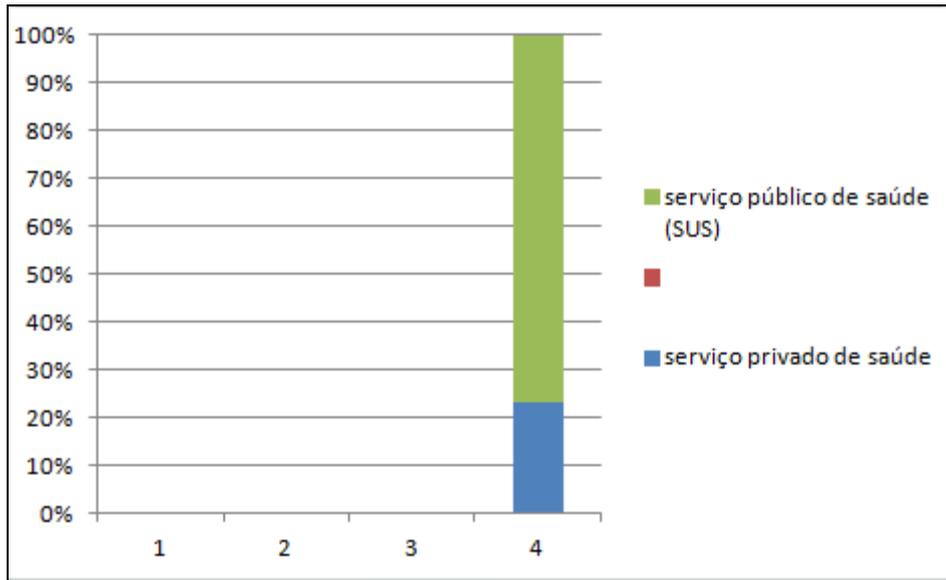
Fonte: Porto Velho, 2007.

Além do problema das enchentes, ocasionado pelas falhas do sistema de drenagem, a falta de manejo dessa grande quantidade de água presente na cidade, incluindo as pluviais, contribui para a incidência da dengue.

Se pensarmos que alguns riscos e vulnerabilidade são extensivos ao lar, não seria errada a multiplicação do quantitativo de pessoas vulneráveis por quatro, que é o número médio de pessoas residentes nas casas onde aplicamos o instrumento de coleta de dados.

Para a avaliação da capacidade de enfrentamento de riscos de doenças indagamos sobre os tipos de atendimento de saúde que buscariam caso adoecessem (se público ou privado) e percebemos que apenas cerca de 20% dos entrevistados conta com recursos para tratamento em sistema privado de saúde. A maioria é, portanto, usuária do SUS, como pode ser visto na figura abaixo.

Figura 08: Porto Velho - percentual previsto de uso dos sistemas de saúde, em caso de adoecimento.



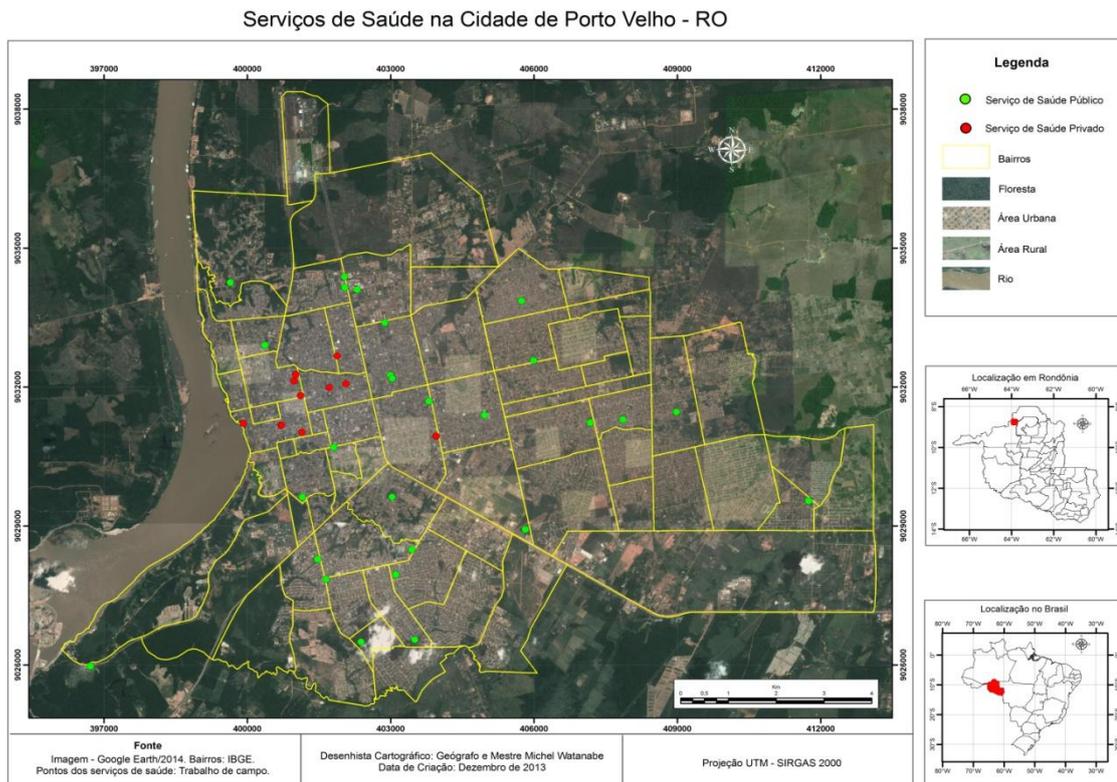
Fonte: Xênia de Castro Barbosa, 2013.

A infraestrutura de saúde disponível a esses cidadãos apresenta 14 postos de saúde (estando 01 inativo devido a reforma), 05 policlínicas (apenas uma funciona de fato como policlínica, com várias especialidade médicas)⁷, 02 UPAs, 03 hospitais estaduais localizados no perímetro urbano, 01 maternidade municipal, 01 centro de apoio psicossocial, 01 centro de referência em Saúde da Mulher, 02 farmácias públicas, 01 hospital infantil e 01 serviço de emergência do SAMU. O número de leitos em hospitais públicos de Porto Velho é de 1,56/1.000 habitantes e o de leitos privados é de 1,11, o que totaliza 2,67 leitos para cada mil habitantes (DATASUS, 2009).

Na figura 09 podemos observar a localização dos principais serviços de saúde público e privado disponíveis no município de Porto Velho:

Figura 09: Porto Velho/RO - Distribuição dos serviços e saúde.

⁷ O Plano de Contingência da Dengue de 2013 informa da existência de 05 policlínicas, no entanto, o relatório do SIS Fronteiras, apresentado anteriormente, destaca a existência de apenas 01 policlínica, a Oswaldo Cruz. Ao que parece, o documento Plano de Contingência considera como policlínica três centros de saúde que oferecem duas ou três especialidades.



Fonte: Xênia de Castro Barbosa, 2015.

Há, portanto, uma infraestrutura básica de saúde que diminui, em termos gerais, a vulnerabilidade programática desses moradores, todavia, a qualidade dos serviços prestados e das condições estruturais desses espaços de saúde contribui para a manutenção e/ou ampliação de vulnerabilidades em saúde.

O acesso a bens e recursos, assim como o apoio de redes de solidariedade são relevantes para o dimensionamento da vulnerabilidade e capacidade de resiliência do grupo. A esse respeito, as principais instituições de apoio indicadas foram, em primeiro lugar, a família, seguido de igrejas, órgãos públicos e organizações não governamentais.

3.2 Notas acerca da transição epidemiológica em Porto Velho.

Atualmente, Porto Velho vivencia nova fase econômica que repercute em sua vida social. Cerca de 50 mil trabalhadores, dentre brasileiros das diversas regiões do país, bolivianos e haitianos penetraram em seu território a partir de 2008, em busca de trabalho nas obras públicas financiadas pelo PAC ou nas cinco mil novas empresas

abertas no bojo desse processo (FIERO, 2011). Os impactos socioambientais e suas repercussões na saúde pública ainda carecem de estudos.

O “Complexo Rio Madeira”, que almeja a construção de quatro hidrelétricas na bacia do rio homônimo, a abertura de hidrovias para navegação fluvial e sua conexão com rodovia de saída para o Pacífico, é um dos mais importantes atrativos dessa nova leva de migrantes. O projeto faz parte da agenda política para a Integração da Infraestrutura Regional Sul Americana – IIRSA e tem impactado significativamente na qualidade de vida e na saúde de sua população, trazendo novamente à tona a discussão sobre os desafios da fronteira amazônica.

A vida urbana de Porto Velho tem se intensificado, processo que se faz notar desde a década de 1990, quando sua população urbana teve incremento de mais de 186%, possivelmente devido às falhas das políticas agrárias, que não conseguiram manter na zona rural os migrantes das décadas de 1960 a 1980.

A vida nas cidades favorece o acesso ao consumo de itens que podem ser prejudiciais à saúde, como cigarros, bebidas, alimentos gordurosos e transgênicos, bem como o sedentarismo, devido ao cansaço decorrente de jornadas de trabalho extenuantes. Esse novo modo de vida estabelecido nas cidades tem ocasionado o surgimento de novo perfil epidemiológico, no qual há retração dos óbitos decorrentes de doenças infectocontagiosas e crescimento dos agravos e óbitos relacionados a problemas como acidentes de trânsito, doenças do sistema cardiorrespiratório e neoplasias. Essa transição demográfica que se nota em Porto Velho e que também se faz presente em diversos outros pontos do globo encontra suporte na própria transição demográfica mundial.

O novo perfil epidemiológico contrasta com o anterior, em que Porto Velho apresentava características marcadamente rurais. Antes de 1990, prevaleciam doenças como a malária, a febre amarela e o beribéri, que causavam péssima impressão nos viajantes e cientistas que percorriam a região. Oswaldo Cruz, em expedição científica em Porto Velho, no ano de 1910, relatou, em carta para sua esposa, que “É de lastimar que a tanta riqueza esteja associada a Morte: onde não reina exclusivamente o impaludismo de caracter pernicioso impera o beri-beri” (CRUZ, 2010)⁸. O pesquisador, ao visitar Santo Antônio do Madeira (hoje, um dos bairros de Porto Velho), destacou

⁸ Mantivemos a grafia original constante no documento.

ainda a falta de higiene da população do lugar, que ocasionaria elevados índices de mortalidade infantil e crescimento negativo da população autóctone:

Visitamos hontem a cidade de Sto Antonio. Não podes imaginar o que seja. Qualquer descripção por mais pessimista ficaria aquem da realidade. Basta que te diga que na cidade não ha um só habitante filho do lugar. Todas as crianças que ali nascem morrem infallivelmente e as poucas ahi nascidas estão de tal modo doentes que fatalmente morrerão breve. A immundicie é incrível. Para dar uma ideia pallida do que é ella basta que te diga que matam os bois nas ruas e ahi abandonam as visceras cabeça etc. que deixam apodrecer em plena rua, e o máo cheiro é de tal ordem que quase se fica suffocado. Estou horrorizado com tanta porcaria! (CRUZ, 2010).

Se por um ângulo, transformações culturais e o novo perfil epidemiológico melhoraram determinados aspectos da vida dessa população - como a redução da mortalidade infantil, da malária, do beribéri e outras avitaminoses, por outro, novos desafios se sobrepõem. Para a enfermeira e pesquisadora da Universidade Federal de Rondônia Priscilla Pérez da Silva Pereira⁹ esse novo perfil tem impactos negativos surpreendentes sobre a população local: e está relacionado, dentre outras coisas, à melhoria no poder aquisitivo:

[...] Está relacionado a isso: melhora do poder aquisitivo, aquisição de alimentos com mais conservantes, sódio, e aí aumentam os riscos de doenças crônicas como hipertensão, diabetes. A melhora do poder aquisitivo piora esse lado. E aí tem as comunidades ribeirinhas, que também estão mudando os hábitos de vida devido a essa inserção maior na cidade. Deixam de comer a farinha e o peixe e começam a comer a salsicha enlatada que tem alta concentração de sódio. A gente vê um novo perfil epidemiológico. Coisa que não existia antes. Imagine um índio com diabetes! Era inconcebível porque o hábito de vida dele não lhe permitia ter diabetes, nem Alzheimer. Esses dias a gente foi a uma comunidade indígena em que havia um idoso com Alzheimer. Tudo resultado dessa forma de viver, de alguns hábitos introduzidos.

Dentre os principais problemas de saúde que atualmente acometem a população de Porto Velho constam os de ordem externa, como violências e acidente e os de ordem degenerativa e relacionados ao sistema circulatório, sistema respiratório e as neoplasias. No entanto, em Porto Velho, assim como em Rondônia e no Brasil, ainda há forte prevalência de doenças infectocontagiosas e de doenças emergentes, como a dengue. A presença dessas doenças apontam para o problema da “transição-prolongada” e da “contra-transição”, conforme indicado por Schramm *et al* (2004, p. 1):

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica. Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como

⁹ A entrevista realizada com a enfermeira Priscilla pode ser lida na íntegra no tomo II desse trabalho.

dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma *transição prolongada*; as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (*polarização epidemiológica*) (Frenk *et al.*, 1991). Além disso, o envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 1960 faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restrita aos países industrializados.

Em Porto Velho, as doenças infecciosas e parasitárias ainda ocupam lugar de destaque, estando entre as seis principais causas de óbito (SIM, 2013). Essas doenças, em muitos dos casos, relacionam-se às condições de moradia e saneamento básico, atingindo as populações mais pauperizadas. A insuficiência de investimentos públicos e privados em seu estudo, prevenção e tratamento levaram a OMS a classificá-las também como “doenças negligenciadas”.

Em análise da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as doenças negligenciadas só são negligenciadas porque “não apresentam atrativos econômicos para o desenvolvimento de fármacos, quer seja por sua baixa prevalência, ou por atingir população em região de baixo nível de desenvolvimento” (ANVISA, 2007). Percebe-se o componente “pobreza” retroalimentando um modelo de doença-precariedade de condições de vida que limita o desenvolvimento de indivíduos e sociedades. Essa mesma percepção é expressa pelo médico Sérgio Almeida Basano, que entrevistamos durante a pesquisa:

Nacionalmente e internacionalmente ninguém pesquisa remédio para as doenças negligenciadas, conhecidas como doenças tropicais. Dos três mil remédios que foram inventados nos últimos 20 anos apenas 10 ou 11 foram para doenças negligenciadas, as chamadas doenças tropicais, que atingem um alto número da população, principalmente pessoas carentes, pobres e com um grau de instrução pequeno (Sérgio Almeida Basano. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

As doenças negligenciadas que mais impactam na saúde pública são, segundo Morel (2006), a doença de Chagas, o tracoma, a hanseníase, a malária e a dengue, além de diversas parasitoses. A Doença de Chagas está em franca redução no Estado de Rondônia e em Porto Velho, como pode ser constatado abaixo:

Tabela 01: Rondônia: Notificações de Doença de Chagas por municípios - 2009-2012.

Municípios	Confirmados	Inconclusos	Descartado	Total
Alta Floresta d' Oeste			2	2
Alto Alegre dos Parecis			1	1
Cacoal	1			1
Cerejeiras			1	1
Colorado do Oeste			1	1
Espigão do Oeste	1		25	26
Ji-Paraná			3	3
Machadinho d' Oeste		3	44	47
Monte Negro			2	2
Nova Brasilândia d'Oeste			16	16
Ouro Preto d'Oeste			24	24
Porto Velho		1	8	9
Santa Luzia d' Oeste		2		2
Theobroma		4		4
Vale do Paraíso			2	2
Total geral dos casos	2	10	129	141

Sinan-Net 19/03/2012

Fonte: SINAN NET, 2012

Com relação ao tracoma, Rondônia é endêmica para esta patologia e 20 de seus municípios manifestaram a doença. Também neste caso há vinculação da enfermidade com os indicadores de qualidade de vida e baixos índices de desenvolvimento humano. Por ocasião do Inquérito Epidemiológico Nacional do Tracoma, em 2007, foram realizados, em Rondônia 8.202 exames oculares em crianças de 7 a 14 anos, sendo diagnosticados 252 casos positivos, o que resultou em um Coeficiente de Prevalência de 3,07% (AGEVISA, 2013). Este coeficiente, acima da média nacional (3%) indica a persistência do problema.

Os dados nacionais de 1990 a 2005 para a hanseníase (SINAN, 2006) revelam a Região Norte como a de maior taxa de incidência, apresentando aumento na década de 1990 e retração no período que compreende o final da década de 1990 e meados dos anos dois mil.

Quadro 02: Brasil e regiões: Taxa de Incidência da Hanseníase, 1990-2005

Taxa de incidência de hanseníase (por 100 mil), por ano, segundo regiões Brasil, 1990 a 2005						
Região	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	20	23	26	26	27	21
Norte	57	60	80	79	78	56
Nordeste	20	23	27	29	33	31
Sudeste	15	14	15	15	14	9
Sul	7	6	9	8	8	7
Centro-Oeste	50	73	70	64	67	44

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e base populacional do IBGE.

Em Porto Velho, para o ano de 2010, a taxa de incidência da hanseníase foi de 20,7 a cada 100 mil; ao lado de 34,82 para Rio Branco, 15,48 em Manaus, 29,45 em Boa Vista, 28,20, em Belém do Pará, 22,10 em Macapá e a alarmante taxa de 74,89 em Palmas, no Tocantins. A taxa de Porto Velho é, portanto, a segunda menor da região norte no período considerado (DATASUS, 2010).

Já a frequência da dengue nesta população tem ultrapassado a média nacional, o que a torna de grande relevância epidemiológica e para o presente estudo.

Quadro 03: Brasil e regiões - Taxa da Incidência da Dengue - 1994-2005

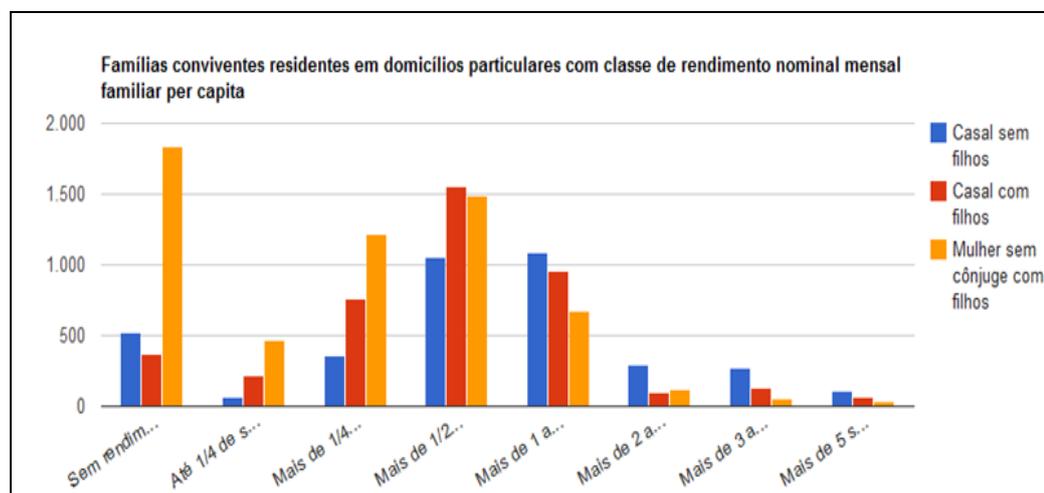
Taxa de incidência de dengue (por 100 mil), por ano, segundo regiões Brasil, 1994 a 2005												
Região	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	37	88	117	156	327	54	64	237	398	165	41	85
Norte	0	29	24	191	228	90	170	394	151	211	137	178
Nordeste	112	132	281	421	497	105	128	317	555	309	46	154
Sudeste	1	71	51	33	363	34	23	239	467	104	30	30
Sul	-	13	22	3	12	1	5	6	32	43	1	4
Centro-Oeste	58	243	150	120	187	52	68	212	392	171	70	204

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e base populacional do IBGE.

De acordo com SEMUSA (2009), o primeiro foco de *Aedes aegypti* em Porto Velho foi detectado em 1992. Em 1995 foram notificados casos importados e a partir de 1997, casos autóctones. A taxa de incidência dessa arbovirose por 100 mil habitantes em Porto Velho tem se mostrado oscilante, com níveis bastante elevados em 2003, 2008, 2009 e 2010, conforme observação que realizamos no sistema Datasus. Detalhamento dessa informação e sua projeção gráfica serão apresentados na próxima seção.

Na busca por compreensão da persistência desses problemas de saúde buscamos investigar alguns elementos de ordem social e econômica. Percebemos que o IDHM, no ano de referência 2010, foi de 0,732 (IBGE, 2010) e que a maioria das famílias de Porto Velho é formada por mulheres sem cônjuges e com filhos. Estas famílias não possuem renda ou ganham entre meio (0,5) e um (1,0) salário mínimo, estando, portanto, sem os meios básicos para proteger a própria vida. Uma família sem renda ou vivendo com menos de um salário mínimo dificilmente possuirá condições salubres de moradia, alimentação saudável, recursos (meio de transporte ou dinheiro para a condução) para se deslocar a uma unidade de saúde, em caso de adoecimento, e se conseguir chegar até lá, provavelmente encontrará dificuldades para adquirir os medicamentos receitados, caso estes não estejam disponíveis em farmácia pública. Adoecer, ter de se deslocar em busca de cuidados de saúde ou adquirir remédios com vistas a restabelecê-la não são situações hipotéticas ou imaginárias, mas situações concretas que acontecem todos os dias.

Figura 10: Porto Velho - Perfil das famílias por rendimento econômico



Fonte: IBGE, 2010.

Porto Velho também enfrenta problemas relacionados ao saneamento básico, como racionamento da água distribuída pela CAERD – Companhia de Abastecimento de Água e Esgotos de Rondônia, ausência de rede de esgotamento e tratamento sanitário (menos de 2% do município conta com esses serviços), e ausência de políticas de gestão das águas das chuvas, o que agrava o problema da dengue na cidade, pois:

Chuvas e altas temperaturas contribuem para a proliferação dos mosquitos. Muitos municípios ainda têm problemas de saneamento básico e manejo de

resíduos sólidos, o que contribui para a manutenção permanente de criadouros do mosquito dentro e fora das casas: 8,1% dos domicílios no Brasil não contam com rede geral de água. 23% dos municípios têm problemas relacionados a racionamento de água. Mais de 10 milhões de domicílios não têm coleta regular de lixo (BARRADO, 2011, 63).

A combinação de fatores geográficos específicos (clima, vegetação, densidade populacional) com fatores de ordem política, econômica e social (pobreza, falta de saneamento básico e insuficiência de recursos materiais e humanos para a prevenção e tratamento das doenças) pode ser desastroso e trágico.

A dengue é uma doença “democrática”, que atinge pessoas de todas as classes sociais, no entanto, padecem os mais vulneráveis e que possuem menos recursos: as crianças, os idosos, os moradores dos bairros com menor infraestrutura urbana, os que dependem do SUS. Pessoas que vivem na periferia da capital. Nossa afirmação se baseia nos LIRAs realizados pela SEMUSA desde 2009, em que praticamente todos os bairros da cidade vêm se mostrando, ano a ano, com focos de *Aedes aegypti*. A própria Secretaria, reconhece que, nos bairros onde não há registro de infestação predial, é possível que se trate de falta de dados (SEMUSA, 2009), ou seja, bairros que, por algum motivo, teriam ficado de fora do quadrante de pesquisa e busca ativa. Desse modo, fatores de risco para a dengue estariam dispersos por todo o perímetro urbano, tornando toda a população vulnerável, independente de sua classe social e rendimento econômico.

Se o risco de adoecimento por dengue existe para todos, é preciso considerar, contudo, que determinadas parcelas da população –as mais carentes -, encontram-se mais vulneráveis, por residirem em áreas com mais criadouros e por possuírem menos recursos para o enfrentamento da doença, dependendo, na maioria das vezes, do sistema público de saúde. Todos os óbitos por dengue que chegaram a nosso conhecimento foram de pessoas de condição social humilde, que poderiam ser classificadas como das classes E e D, ou da nova classe C¹⁰. Nas narrativas dos colaboradores, que informam sobre o falecimento de seus parentes e conhecidos, ficam explícitos alguns detalhes que informam sobre as condições socioeconômicas das vítimas. Para os que conhecem Porto Velho, a simples menção ao fato de que

¹⁰ Consideram-se de classe E as pessoas com rendimento mensal inferior a 01 salário mínimo, de classe D as pessoas que recebem de 01 a 03 salários mínimos, e de classe C as que obtêm rendimento mensal de 03 a 05 salários mínimos, conforme definido no Portal Brasil (<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/03/classe-c-passou-a-ser-maioria-da-populacao-brasileira-em-2011>).

essas pessoas residiam em bairros como o Nacional, o Triângulo ou o Mocambo, já conduz a sinapses que os identificam com pobreza e condições de vida difíceis.

Em pesquisa que desenvolvemos no ano de 2013, por ocasião da disciplina de Gestão Ambiental do Território Urbano¹¹ tivemos a oportunidade de realizar pesquisa de campo no bairro Mocambo, um dos mais antigos da cidade de Porto Velho, que antecede, inclusive, à sua instalação administrativa. O Mocambo, em 1910, já era habitado, ao passo que a instalação do município só ocorreria cinco anos depois.

Atualmente, esse bairro, que se assemelha em vários aspectos ao Triângulo, ao Nacional e ao São Sebastião (onde também aconteceram óbitos de dengue), é considerado um aglomerado subnormal, no qual é evidente o descaso da população e do poder público para com a sanidade ambiental e a saúde humana. No Mocambo o índice de edificações é elevado e é comum observar duas ou mais construções em um único terreno. A disposição das ruas não é linear e a população que o habita sofre com problemas como falta de pavimentação, saneamento básico e a violência peculiar às áreas periféricas das grandes e médias cidades brasileiras (MARINI *et. al.*, 2014).

Nesses bairros, ainda há problemas como o do acúmulo de lixo em terrenos baldios e ruas onde não é possível o trânsito de caminhão de coleta dos resíduos, além de abastecimento irregular de água, problemas esses que contribuem, em grande medida, para o desenvolvimento e manutenção de doenças tropicais negligenciadas (DTNs). Essas doenças, segundo a OMS (2010, p. I), “afligem a vida de um bilhão de pessoas em todo o mundo e ameaçam a saúde de outros milhões. Essas companheiras antigas da pobreza enfraquecem populações já empobrecidas, frustram a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e prejudicam os resultados do desenvolvimento global”. Quando pensamos sobre a situação desses bairros em Porto Velho, temos a sensação de estarmos caminhando na contramão da história da saúde pública que é desenvolvida na maioria dos países, e mesmo em outras unidades e municípios do Brasil. Ao que sugere, as cinco estratégias recomendadas pela OMS (*op. cit.*), em relação às DTN, têm passado ao largo de Porto Velho, sendo feitos investimentos em uma ou outra apenas, de acordo com as concepções de cada gestor municipal¹².

¹¹ A disciplina foi cursada no âmbito do DINTER em Geografia UFPR/UNIR.

¹² As estratégias indicadas pela OMS no relatório sobre doenças negligenciadas são a medicação preventiva, a intensificação da gestão de casos, o controle de vetores, provimento de água limpa, saneamento e higiene e saúde pública animal.

Ainda no que reporta às condições econômicas das pessoas que faleceram em decorrência de dengue, em Porto Velho, enfatizamos que, um dos rapazes, morto em 2012, tinha 19 anos e morava em uma vila de apartamentos densamente povoada (do tipo cortiço). Segundo moradores, ele era tímido e estava cansado de procurar o posto de saúde em busca de auxílio, sem encontrar solução para seu sofrimento. Outro elemento de componente de classe que pode ser destacado é o fato de a mãe da menina Letícia, vitimada por dengue hemorrágica em Rolim de Moura, em janeiro de 2010, ter buscado atendimento médico no hospital municipal (público) duas vezes. Pelo que consta na entrevista, a menina faleceu por negligência médica e falta de recursos para se tratar em um hospital melhor. Letícia passou mal em uma sexta-feira, a mãe conteve a febre com um antitérmico e no dia seguinte a levou ao hospital, onde teria sido destrutada pelo médico, segundo relato publicado em site de notícias local:

Ele ficou bravo comigo porque eu havia levado minha filha sem febre ao hospital. Quando retornei segunda-feira com a Letícia ele disse que tinha me receitado exames, que eu não tinha feito os exames que pediu. Eu respondi para ele que ele não pediu exame algum e que só tinha passado remédio para vômito. Ele depois veio me pediu desculpa, mas minha filha já tava morrendo! [...] No sábado eles só passaram uma bolsa de soro e um Dipirona pra minha filha, depois mandou a gente ir embora. Eu tenho que falar, tenho que botar a boca no trombone, porque a dor que estou sentindo, não desejo para mãe nenhuma (Valdiléia Rosana dos Santos. Entrevista concedida ao jornal eletrônico Rondônia Digital, 13 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://comfestas.com.br/noticias/2/7170-Laudo-confirma-morte-por-dengue-em-Rolim> acesso em 18/10/2013)

As reflexões e indicadores acima apresentados apontam que, apesar de anunciada transição epidemiológica, em Porto Velho ainda é notável a presença das doenças negligenciadas, e indicam também a necessidade de superação das assimetrias e deficiências do sistema público de saúde local e a necessidade de desenvolver políticas públicas em bases territoriais concretas.

SEÇÃO IV: DENGUE EM PORTO VELHO: O CONTEXTO GEOGRÁFICO E O AGRAVO

A dengue se apresenta, atualmente, como uma doença predominantemente urbana, devido a fatores como: (1) a emergência de seu vetor nesse espaço, assemelhando-se a outras endemias que, no século XX, tinham abrangência rural, como a malária e a leishmaniose visceral, (2) fatores ecológicos que viabilizaram a adaptação do vetor a esse espaço e (3) o modelo de desenvolvimento e urbanização presente na maioria das cidades brasileiras, que promove a vida gregária – mais vulnerável ao contágio, em condições inóspitas de habitação e saneamento ambiental. Em relação a esse último fator, a obra “Gestão Ambiental do Território na Amazônia brasileira: uma perspectiva crítica a partir das particularidades de Rondônia e Porto Velho”, de Francisco Mendonça (2014), embora não trate especificamente da dengue, discute o modelo de desenvolvimento urbano presente em Rondônia e Porto Velho, possibilitando inferir seus impactos na saúde da população e os limites das políticas públicas desenvolvidas em suas bases, especialmente no que se relacionam ao ordenamento territorial.

São inúmeros os estudos que abordam a problemática da dengue no espaço urbano desde a perspectiva da geografia, dentre os quais se podem citar os trabalhos de Maria Antonia Ramos Costa (2001), Francisco Mendonça (2009, 2009a, 2014, 2015), Eduardo Vedor de Paula (2005), José Aquino Junior (2010 e 2014), Rafael de Castro Catão (2012), Wiviane Mattozo (2013), dentre outros. Esses estudos discutem, em alguma medida, as interconexões de ordem ambiental e socioeconômica na conformação dos casos de dengue nos municípios analisados e a localização da doença em tempo e espaço, a partir de sua territorialização e vinculação com os períodos estacionais de maior incidência, avaliando fatores como clima, precipitação e desafios de ordem cultural e política no combate ao vetor. Com a leitura desses trabalhos foi possível perceber que a dengue se faz presente em cidades de porte variado, manifestando-se principalmente nos bairros de maior densidade populacional, desafiando o poder público tanto no que diz respeito ao controle vetorial, quanto à promoção e assistência à saúde.

A maioria dos estudos sobre a dengue tem como referência as regiões sul e sudeste do país, sendo escassos os trabalhos que se reportam à região Norte, e a Rondônia e Porto Velho, especificamente. Contribuíram com essa pesquisa, dentre outros, o resumo expandido de Schmidt, Ferreti, Uesugui e Chiaratto (2011), que abordou a problemática da dengue no município rondoniense de Buritis, sob perspectiva da Epidemiologia, e o de Batista *et al.* (s/d), denominado “Análise epidemiológica molecular do vírus dengue no Estado de Rondônia”. Esse último reporta-se a projeto homônimo em desenvolvimento na FIOCRUZ Rondônia e que poderá contribuir positivamente para a ampliação da literatura sobre o assunto.

Embora interessantes, não é possível afirmar, com base nesses estudos, que tenha havido retração ou eliminação dos pernilongos *Aedes aegypti* em Porto Velho, no contexto das campanhas da SUCAM de combate à febre amarela. A informação mais próxima a que chegamos a esse respeito consta na narrativa de Domingos Sávio Fernandes, no Tomo II deste trabalho. Ele afirma que a dengue não era um problema em Rondônia antes do final da década de 1990, que dengue “não existia aqui”, e que o principal agravo era a malária, o que nos faz supor que o êxito nacional da campanha de erradicação do *Aedes aegypti*, e controle da febre amarela, nas décadas de 1950 e 1960 também tenham surtido efeitos em Porto Velho. Apesar, contudo, de não haver registros de epidemias de febre amarela urbana no município, nas décadas de 1950 e 1960, casos isolados de febre amarela silvestre foram esporadicamente notados.

Segundo Pedro Tauil, a dengue, juntamente com a febre amarela teriam sido eliminadas do Brasil nas seguintes circunstâncias:

Nas décadas de 1950 e 1960, o Brasil e mais 17 países das Américas conseguiram eliminá-lo (*o mosquito transmissor*) de seus territórios. A estratégia utilizada foi a de uma campanha nacional, centralizada, verticalizada, com estruturação militar, onde a disciplina e a hierarquia eram características marcantes. Porém, a partir de uns poucos países que não obtiveram o mesmo êxito, o Brasil enfrentou centenas de re-infestações (*sic*) (TAUIL, 2002, p. 868 – grifos nossos).

Apesar de irrisória presença na literatura médica e científica regional, a dengue está presente em toda a região Norte do país. Em Porto Velho, há registro da doença desde 1996, embora só se tenham encontrado dados sistemáticos na SEMUSA a partir de 1999. A cidade enfrenta epidemia a cada dois anos, aproximadamente (SEMUSA, 2009), e apesar do suposto conhecimento sobre o manejo clínico da doença,

desenvolvido em todos esses anos, ainda morrem pessoas em decorrência dessa patologia.

Na busca por entender o porquê da persistência e gravidade desse problema, esboçamos algumas considerações acerca da colonização de Rondônia e da geopolítica que lhe deu as diretrizes, uma vez que entendemos ser necessária, para a compreensão do local, a articulação com as outras escalas. Com isso buscamos traçar um panorama favorável à compreensão do contexto geográfico e do agravo em Porto Velho.

Com a abertura de estradas e rodovias nas décadas de 1960 e 1970, Porto Velho colocou-se na rota da recepção de migrantes, o que resultou na elevação de seu contingente populacional e em nova dinâmica no campo e na cidade, substituindo as formas tradicionais de vida. Nesse período, o Brasil vivia sob o signo de uma ditadura militar e uma doutrina de segurança nacional que elaborou projetos e estratégias específicas para o desenvolvimento capitalista da Amazônia brasileira. Dentre as concepções geopolíticas do período estava a que compreendia o espaço amazônico como estratégico tanto para a segurança nacional, no que diz respeito a seus limites internacionais, quanto para a expansão da fronteira agrícola e o escoamento do excedente populacional das demais regiões do país.

A Amazônia, apresentada nos discursos oficiais como celeiro inesgotável de recursos naturais, “passou a ser alvo de várias políticas que tomaram seu território no sentido de expandir uma economia de fronteira” (SOUZA, SILVA-NETO, FERREIRA, 2011, p. 4). Esta economia de fronteira, analisada por Becker (1994) e Machado (1999), contou tanto com um povoamento de “ordem intencional”, planejada pelo Estado por meio de projetos e programas integrados de colonização, quanto de “ordem espontânea” (MACHADO, 1999), ou seja, atendendo a demandas da própria população. Contribuíram para o primeiro a implantação de redes de infraestrutura com o intuito de integração regional, além de projetos agropecuários e de assentamento rural. Como consequência desse mesmo processo, o surgimento de instalações urbanas, como pousadas, mercados e farmácias corresponde a uma resposta à necessidade desse crescente fluxo de migrantes em deslocamento para “o oeste”, originando novas vilas e cidades. Becker classificou esses núcleos urbanos como

[...] residência e mercado de trabalho alternativo para os trabalhadores agrícolas assalariados; são também residência de pequenos agricultores, em sua maioria semiproletários, atraídos pela presença da escola, por oportunidades de emprego e expectativa de acumulação; é ainda neles que

residem temporariamente os migrantes que chegam, antes de se redistribuírem em ocupações diversas (BECKER, 1994, p. 54).

As cidades que se desenvolveram no contexto em análise foram, portanto, estratégicas no sentido de fixar mão de obra, especialmente a de trabalhadores com menor qualificação profissional, para disponibilizá-la, posteriormente, para outros lugares e atividades.

No que toca a Rondônia, este Estado, antes Território Federal (até 1982) foi apresentado nas propagandas estatais como o “Novo Eldorado”, uma espécie de terra prometida, onde caberiam todos os sonhos e todos os homens que para cá quisessem vir. Rondônia, em particular, e a Amazônia, em geral, eram apresentadas como vazio demográfico, desconsiderando-se, portanto, os povos que aqui habitavam, como indígenas, quilombolas e caboclos radicados nas margens dos rios há várias gerações.

O novo processo de colonização iniciado na década de 1970, sob a coordenação do Estado brasileiro, recortou o território de Rondônia em lotes de terra de variados tamanhos e fez surgir, próximos a esses ou à BR 364, 52 municípios, dos quais a maioria tem menos de 40 mil habitantes e sobrevive, majoritariamente, da agricultura, da pecuária, do comércio e do funcionalismo público. Esse empreendimento colonizador foi visto, na época, por Norman Gall como um dos maiores desafios técnicos e ecológicos do final do século XX e esperava-se que seu desenvolvimento fosse capaz de responder a perguntas como:

a distância geográfica deixará de ser obstáculo à colonização de áreas remotas da Terra? Ou as novas fronteiras virão a sucumbir aos recentes preços do petróleo? Poderão as ilhas de solo fértil ocultadas pelas florestas tropicais, uma das últimas fronteiras espaciais da humanidade, compor-se com a nova tecnologia e disciplina ecológica, para alimentar populações bem maiores que as tribos que durante séculos habitaram a Amazônia? Ou serão esses novos estabelecimentos agrícolas prontamente varridos pela doença e erosão do solo? Os eventuais pedaços de solo fértil no “deserto verde”, uma vez privados de sua cobertura florestal, não se perderão, lavados pelas chuvas amazônicas? Em outras palavras, a queimada não virá a fazer do deserto verde um deserto vermelho, um monumento ao que há de destruidor na espécie humana? Ou estará levantando um problema que se deve enfrentar com inovação e adaptação? (GALL, s/d, p. 6)

Passados mais de 40 anos, muitas das perguntas acima mencionadas ainda permanecem sem respostas, uma vez que o processo ainda não foi concluído. Sabe-se, no entanto, que o desflorestamento ocasionou perdas na qualidade dos solos e das águas e que se preferiu a produção de gado extensiva a uma produção agrícola diversificada, capaz de atender de modo mais eficiente às necessidades nutricionais da população. Essa dinâmica produtiva levou ao surgimento de latifúndios e inúmeros

conflitos rurais, ocasionando a morte de um sem-número de camponeses pobres, sendo o momento mais trágico desses conflitos o do Massacre de Corumbiara, ocorrido em 9 de agosto de 1995, no qual 16 pessoas foram mortas durante o conflito, cinco após o conflito, em decorrência de agravos à saúde gerados pelo episódio e mais de cem pessoas foram registradas como “desaparecidas”.

Quanto ao questionamento sobre se os estabelecimentos agrícolas do processo de colonização em tela seriam ou não “prontamente” varridos pelas endemias tropicais, entende-se que estas afetaram sobremaneira a vida dos trabalhadores, contudo, a capacidade humana de adaptação, a necessidade em permanecer no espaço e uma infraestrutura mínima de saúde fornecida pelo Estado têm possibilitado a manutenção desses empreendimentos, embora não sem perdas de vidas e sem sofrimentos.

O crescimento populacional, o aumento da população não imune a determinadas enfermidades e as abruptas transformações no meio ambiente, como o desflorestamento de grandes áreas para fins de extração madeireira, edificação de cidades ou exploração de garimpos, além da contaminação de solos e fontes de recursos hídricos são fatores que alteraram os ecossistemas, possibilitando, nessa nova interação do homem com o meio, o surgimento, agravamento ou reaparecimento de doenças como dengue, malária, leishmaniose tegumentar e visceral e cólera, dentre outras. Nesse diapasão, torna-se relevante para a Geografia a análise espacial, com vistas a compreender os elementos possibilitadores da manifestação de determinadas doenças – o “como” foi possível que determinada doença se desenvolvesse ou alcançasse tal nível de impacto sobre a saúde pública.

Não restam dúvidas que,

Do ponto de vista ecológico, o domínio da terra pelo homem constituiu um problema para as demais espécies. Nos últimos cem anos ele adquiriu o poder de influir, decisivamente, na constituição e equilíbrio dos ecossistemas, de alterar os padrões de distribuição biogeográfica de macro e microorganismos, e de alterar o ritmo dos processos de evolução da crosta terrestre e da biosfera. Erosão, poluição e extinção de espécies de plantas e animais constituem fenômenos naturais. Mas sua desorganização e aceleração, como subproduto das atividades humanas e, em especial, do ritmo do progresso tecnológico acelerado, comprometem a estabilidade do sistema ecológico de maneira irreversível (ÁVILA-PIRES, 1989, p. 210).

No que reporta aos processos contemporâneos de colonização de novas áreas esses tem se revelado, no entendimento de Ávila-Pires (1989, *op. cit.*) um processo desordenado de desagregação de ecossistemas nativos e de imposição de modelos que não levam em conta peculiaridades regionais e vocações ecológicas. Resulta

dessas ações antrópicas a adaptação de espécies silvestres às condições domiciliares e ruderais, como depósitos de lixo e terrenos baldios, e mesmo de espécies já adaptadas ao ambiente urbano.

Pensar a dengue em Porto Velho implica em considerar, antes de qualquer coisa, o contexto geográfico dessa cidade. Trata-se como já foi dito anteriormente, de uma cidade amazônica, de urbanização incompleta e periférica do ponto de vista do capitalismo, mas simultaneamente alvo de interesses dessa ordem, seja pela quantidade e qualidade dos recursos ambientais que possui, seja pela disponibilidade de mão de obra para trabalhos diversos, em geral com baixo emprego de tecnologias.

Seu desenvolvimento está vinculado a processos geográficos de maior ou menor impacto, dentre os quais se destacam a economia da borracha, o período do telégrafo, o do garimpo de cassiterita e a colonização dirigida pelo Estado brasileiro no contexto da abertura da rodovia BR 364. A seguir apresentamos breves notas sobre essas atividades, determinantes para se entender Porto Velho e Rondônia em seu contexto atual.

4.1 A economia da borracha

A grande seca que assolou o nordeste brasileiro entre os anos de 1877 e 1880 impulsionou uma corrente migratória de trabalhadores dessa região para a floresta amazônica. O movimento foi estimulado pelo Estado brasileiro mediante propagandas e promessas de uma vida melhor.

Rondônia, que possuía nesse período vastos seringais nativos recebeu aproximadamente oito mil trabalhadores nordestinos, denominados pela população local de “brabos”, por não dominarem as técnicas de extração do látex e mostrarem-se em conflito com a vida na floresta, enfrentando as dificuldades específicas de quem foi criado em outras terras e agora precisa aprender a sobreviver em um espaço diferente e que lhe parece em tudo hostil. A borracha extraída dos seringais brasileiros era exportada principalmente para os Estados Unidos, por ser esta uma matéria-prima fundamental para a crescente indústria automobilística.

A expansão da produção de borracha e a progressiva incorporação de novas áreas de exploração levaram os brasileiros a ocuparem parte do território boliviano, gerando conflito entre os dois países. Como aquele país havia perdido sua costa

marítima para o Chile e não dispunha mais de saída para o Pacífico, a solução encontrada foi a construção, por parte do Brasil, de uma estrada de ferro (a Madeira-Mamoré) para que a Bolívia pudesse escoar seus produtos e ter acesso por terra e água a uma saída para o oceano pacífico, além de uma indenização pela incorporação do Acre ao território do Brasil, nos termos definidos pelo Tratado de Petrópolis, assinado em 1903.

A EFMM possuía 260 km e interligava Porto Velho - a jusante do Rio Madeira - à Guajará-Mirim, na divisa com a Bolívia. Às suas margens desenvolveram-se alguns núcleos habitacionais, mas foram poucos os que prosperaram, pela crise dessa atividade resultante da competição com o látex produzido nos seringais do sudeste asiático.

Com a adesão do Japão à Segunda Guerra Mundial, no bloco dos países do Eixo, o fornecimento de látex para os Estados Unidos e os países aliados foi suspenso, o que levou o Brasil a ser mais uma vez cogitado como exportador dessa matéria-prima. Estados Unidos e Brasil iniciaram então uma série de ações para aumentar a produtividade de borracha, sendo a principal delas o envio de mais 40 mil homens, em sua maioria retirantes nordestinos, para a chamada “Batalha da Borracha”. Esse reavivamento da produção gomífera foi relevante para o incremento populacional e a fixação desses trabalhadores em Porto Velho, embora não se saiba precisar se foi a presença ou a ausência do Estado junto a esses trabalhos que promoveu a sua fixação nesse território.

A presença de elementos da cultura nordestina se faz sentir com vivacidade em Guajará-mirim, Porto Velho e seus distritos. No interior do Estado é mais perceptível a presença de uma cultura de matriz sulista e do sudeste do país, em especial a paranaense, a gaúcha e a capixaba. Muitos se surpreendem ao encontrar, no calor de Rondônia, famílias com o hábito cotidiano de tomar o chimarrão, comer polenta ou preparar o churrasco em fogo de chão, sem deixar de consumir os peixes, frutas e sucos amazônicos, muitas vezes mesclando-os em um mesmo cardápio.

São heranças desse período uma cultura híbrida, que mescla conhecimentos e crenças amazônicas com conhecimentos e crenças nordestinas, o gosto pelo consumo de iguarias caboclas, a alegria das festas juninas, a apreciação do forró e formas

geográficas construídas que representam o imaginário social e os padrões estéticos nordestinos. Se pensarmos que para os indígenas e caboclos que habitavam as margens dos rios a ideia de cidade, de rua e de praça eram pelo menos em parte estranhas ou desnecessárias para aquele modo de vida, a construção do espaço urbano em Rondônia se deve muito às referências e necessidades dos homens e mulheres nordestinos que para cá vieram. Em pesquisa de iniciação científica (BARBOSA, 2003) na qual foram entrevistados soldados da borracha, aposentados pela FUNRURAL, foi possível perceber o protagonismo desses atores na construção do espaço social rondoniense. Eles expressaram de modo enfático, em suas narrativas, seus trabalhos de construção do espaço, de dominação e sobreposição ao que entendiam ser “selvagem”, “deserto”, “desagregador”, manifestando a necessidade de “pôr ordem ao caos”, de “construir estradas”, de “abrir a BR”, a fim de favorecer a interação social e a conexão entre os espaços e, principalmente, de tornar “familiar” esse *outro* que passa a ser habitado. Conforme Agier,

A possibilidade de conceber a cidade familiar supõe uma clara consciência da distinção entre a cidade que se vê ou se acredita ver – a dos outros e do desconhecido – e a cidade que se vive, que se apropria de múltiplas maneiras. Independentemente das formas materiais que ela é chamada a ter, a dimensão familiar da cidade é uma parte essencial da vida na cidade – e, por conseguinte, na das cidades. É ela que permite a ancoragem social mínima de cada um, o seu mínimo social vital... (AGIER, 2011, p. 115).

Os discursos e práticas de construção de um espaço urbano na Amazônia, que primam por ordem e sentido, superando um quadro natural hostil, opõem-se e ao mesmo tempo reafirma mitos como o do “inferno verde”, do “caldeirão do diabo” e o do “lugar onde o diabo perdeu as botas”, quando fogia apressado das condições ambientais adversas. Ao passo em que ativam estereótipos e imaginários diversos, reforçam a imagem do desbravador, que pela força é capaz de vencer e se sobrepor a todas às vicissitudes. Essas imagens e discursos, que não se pretendem aprofundar neste trabalho, foram discutidos com maestria por Zuin e Strozenberg (2014), na perspectiva da Semiótica discursiva e Sociosemiótica. A esse respeito, as autoras afirmam que

[...] restaram certas heranças, pouco refletidas e divulgadas: os percalços da colonização, o esforço da ‘disciplina’ conduzido pelos jesuítas ou missionários, as tentativas de interação com os indígenas, a ideia de incorporação à civilização do tipo europeu, a busca de aventuras no desempenho de funções administrativas adversas ao local. Neste sentido, a origem histórica tenta ser desnudada de um modo bizarro; porque a fetichização do mito do desbravador, do corajoso e do diferente passou a ser a essência do comportamento local.

[...] tudo isso contribuiu para Porto Velho viver na dependência do que é externo: é sempre presença do outro (outras regiões e outros países) que a faz ser o que foi e o que é (ZUIN, STROZENBERG, 2014, p. 87)

Em Rondônia há a presença de colonos de todas as regiões do Brasil, assim como de outras etnias, como a síria, a libanesa e a japonesa, que em geral investem em clubes para a manutenção de suas memórias e divulgação cultural, além de atividades filantrópicas e políticas. A presença dessa diversidade de etnias e culturas é constituinte de Rondônia e se deve, em grande medida, à exploração extrativista da *Hevea brasiliensis*, como vimos anteriormente, às ações referentes à implantação das linhas telegráficas do Mato Grosso ao Amazonas, ao garimpo de cassiterita e ao estímulo estatal à agricultura e ao recente processo de construção do complexo hidrelétrico do Rio Madeira, iniciado em 2008.

4.2 O cabeamento telegráfico e os primeiros traçados da BR 364

O declínio da produção de borracha a partir de 1912 até o início da Segunda Guerra Mundial envolveu Porto Velho em um período de relativa estagnação econômica e redução populacional, o que levou o governo a investir na implantação de uma linha telegráfica entre o Mato Grosso e o Amazonas, como forma de ampliar a integração dessas regiões com o restante do território nacional, e em especial, com sua capital federal.

O ideário acerca do noroeste do Brasil, no início do século XX, era o de um vasto vazio demográfico, com populações selvagens esparsas e dispersas por uma vasta fronteira, distante do poder central. Nessa região havia territórios que, por uma questão de defesa da segurança e soberania nacional, deveriam ser integrados: o Acre, o Alto Purus e o Juruá, razão pela qual foi atribuída à Comissão Construtora de Linhas Telegráficas do Mato Grosso a missão de civilizar e integrar o sertão amazônico, por meio do progresso técnico representado pelo telégrafo. Conforme Maciel (1999, p. 167):

Filiados a uma tradição do pensamento positivista e evolucionista, eles defendiam uma perspectiva civilizatória do progresso técnico-científico em que a comunicação telegráfica despontava como um dos mecanismos para a manutenção da ordem pública. Engenheiros, militares e técnicos da Repartição Geral do Telégrafos – RGT, compartilhavam concepções segundo as quais o telégrafo elétrico deveria desempenhar funções de 'precursor do progresso, de uma 'sonda' a perscrutar regiões desertas e desconhecidas, auxiliando nos trabalhos de exploração e, principalmente, como instrumento de administração e governo.

Para Afonso Pena, presidente do Brasil à época, tratava-se de “integrar os dois Brasis” a fim de se evitar atrasos na comunicação entre o sertão e o Brasil Central, como o que ocorrera durante a Guerra do Paraguai, em que a província do Mato Grosso foi invadida pelos paraguaios e o governo brasileiro, sediado no Rio de Janeiro, só ficou sabendo seis semanas depois, ou como o que ocasionou um atraso de 30 dias para que os habitantes do Mato Grosso soubessem da proclamação da república e do fim da monarquia no Brasil. Mais do que promover a integração, o projeto ambicionava também o desenvolvimento de estudos sobre uma natureza fabulosa e desafiadora.

Para Cândido Rondon, major escolhido para coordenar a empreitada, o desafio de contribuir com a integração nacional por meio do cabeamento telegráfico, somou-se à aventura de retornar a sua terra natal (o Mato Grosso) e se por em contato com o Brasil indígena, do qual era descendente, por via matrilinear. Sem adentrar no mérito dos limites de sua “política pacifista para com os indígenas”, frisamos que o desafio profissional a ele incumbido foi honrado, embora a missão tenha se limitado a Cuiabá - Santo Antônio do Madeira, ou seja, não tenha alcançado o município de Manaus, conforme se previra.

Além de proceder à interligação de pontos distantes do Brasil, Rondon realizou levantamentos cartográficos, topográficos, etnográficos, linguísticos e zoobotânicos. O processo de implantação da linha telegráfica (figura 11) também contribuiu para o processo de ocupação do atual Estado de Rondônia, para o próprio surgimento deste Estado, cujo nome é uma homenagem a ele e possibilitou ainda o surgimento de novos povoados, com uma infraestrutura mínima para atender aos trabalhadores vinculados ao projeto, à população local e outros eventuais migrantes que chegavam à região.

As localidades onde os postos telegráficos foram instalados deram origem a municípios, como Vilhena, Pimenta Bueno, Ji-Paraná e Ariquemes e o traçado telegráfico estabelecido por Rondon foi a base para a construção, a partir de 1943, da BR-29, posteriormente denominada BR-364, como poder ser observado abaixo:

Figura 11: Rondônia : Rota do cabeamento telegráfico



Fonte: MENDES, 2014.

Entende-se a implantação das linhas telegráficas, assim como a construção da ferrovia Madeira-Mamoré, que lhe foi contemporânea, empreendimentos de grande porte que representaram um esforço nacional de ordenamento territorial e colonização dos sertões. Esses dois elementos, que foram pensados conjuntamente pelo Ministério da Guerra, constituiriam as artérias vitais para o funcionamento orgânico de uma sociedade que se acreditava em pleno desenvolvimento. Pelos trilhos das ferrovias escoariam as riquezas do país, e pelos cabos telegráficos, a voz da ordem se faria ouvir, permitindo a comunicação segura entre o centro e o interior do Brasil.

Além de esclarecer aos gestores quanto à necessidade de ordenamento do território amazônico e os desafios quanto ao tratamento das populações indígenas, o cabeamento foi importante para orientar a construção de estradas, primeiramente a BR 029 e depois a 364, que seguiram o seu traçado, valorizando seus equipamentos urbanos e edificações. Para Hervé Théry, que realizou trabalho de campo em Rondônia no início da década de 1970,

A descoberta de ricas jazidas de cassiterita (minério de estanho) provoca logo uma corrida que tira a região de sua sonolência. Mas é a abertura da BR 29, estrada precária, e depois da BR 364, larga pista transitável que liga Porto Velho a Cuiabá e, de lá, para o resto do país, que é o fator decisivo. Ela

permitiu e até provocou o fluxo demográfico que representa o índice mais nítido do atual desenvolvimento. (TÉRY, 2010, p. 34)

A abertura da BR 364 possibilitou a existência de um sistema misto de transporte (rodoviário, fluvial, e aéreo, este em menor proporção), aproximando o Território Federal de Rondônia do centro-sul do país. O Estado que se formaria “daria as costas” para as cidades do Amazonas, concentrando seu olhar nas cidades do sul e sudeste do país.

4.3 A exploração mineral

Também foi importante para a formação de Rondônia, e em especial para os municípios de Porto Velho e Ariquemes, a exploração mineral da cassiterita. O óxido de estanho (SnO_2), encontrado na cassiterita é utilizado em processos industriais diversos, como a fundição de ferro e aço, produção de tintas, agrotóxicos, latas de refrigerantes, dentre outros. Sem adentrar na discussão sobre os efeitos de tal substância na saúde humana, a descoberta de aluviões desse mineral em antigos seringais de Rondônia, em 1958, promoveu o deslocamento de trabalhadores das diversas regiões do Brasil para o trabalho manual nos garimpos do Território Federal de Rondônia, acelerando o processo de ocupação territorial e a diversificação de atividades comerciais para o atendimento das demandas dessa nova população. Mercados, farmácias, postos de combustível, bares, restaurantes e casas noturnas multiplicaram-se nas cidades e vilas próximas aos garimpos e como em toda região de garimpo, são inúmeras as histórias de trabalhadores que conquistaram riquezas fabulosas “da noite para o dia” e as perderam com igual velocidade.

A garimpagem manual, por dispor de pouca tecnologia não era considerada a forma mais eficiente de exploração mineral pelo Estado brasileiro e empresários interessados na atividade. Por isso a partir de 1970 o garimpo manual foi suspenso, dando início ao trabalho mecanizado nas lavras, conforme Portaria Ministerial do Ministério das Minas e Energia, expedida em 31 de março de 1971 (PORTARIA MINISTERIAL n. 195/70).

A tecnificação da extração de cassiterita possibilitou o aumento do volume de produção e exportação desse produto, mas não melhorou sua qualidade, uma vez que

não foram incorporados beneficiamentos ao produto, sendo este exportado ainda na forma bruta.

Com a proibição da atividade houve pequeno refluxo populacional e crise econômica, em decorrência do aumento do desemprego da população local (perda direta de capital) ao passo em que se elevaram os repasses financeiros para as matrizes dessas empresas no exterior. Mesmo com a saída de muitos garimpeiros, após o fechamento do garimpo pelo DNPM, Rondônia já havia ficado conhecida como o “Novo Eldorado” e se tornado polo de atração de milhares de trabalhadores, dessa vez interessados em uma nova atividade: a agropastoril.

4.4 A colonização agrícola

A agricultura, por ser a principal atividade responsável pelo suprimento das necessidades nutricionais humanas sempre esteve presente nas sociedades que habitaram o território do atual Estado de Rondônia. Essa atividade recebeu forte apelo do Estado brasileiro no contexto da ditadura militar instituída em 1964.

A geopolítica desse período enfatizava a questão da integração nacional e da defesa das fronteiras, além de buscar dar vazão aos problemas socioeconômicos das regiões sul e centro-oeste do país, que enfrentavam transtornos causados pela substituição da produção cafeeira e pela necessidade de mão de obra com maior qualificação técnica, nos empregos urbanos. A mecanização da agricultura e a dinamização do mercado de terras - que agora passava a ter como principais compradores empresários do agronegócio -, inviabilizaram a permanência no campo de milhares de agricultores. Estes, por terem pautado sua vida no espaço rural, sem grandes investimentos em uma cultura urbana, industrial e letrada, também não encontravam condições de sobrevivência digna nas cidades.

A região Amazônica, considerada como vazia demográfica, ou na melhor das hipóteses, como região de ocupação rarefeita surgiu para os militares como um “espaço plástico” capaz de ser modelado de forma a contornar muitos dos problemas do centro-sul do país, expandir a fronteira agrícola, assegurar a manutenção desse território ao governo central, além de garantir, pela ocupação e presença do Estado, a segurança dessa vasta faixa de fronteira.

Por ocasião da inauguração do II Fórum sobre a Amazônia, em maio de 1968, o ministro do Interior, General Afonso Augusto de Albuquerque Lima assim se pronunciou a respeito dos desafios da gestão e integração desse território:

As terras, as águas, a vegetação formam um conjunto de plenitudes de vazios tamanhos, em cujos espaços cabem todos os fatores da quase totalidade dos problemas que assoberbam e preocupam os homens, tanto os que governam, como os que são governados. [...] Trata-se, sem dúvida, de uma região de compreensão difícil, não só em virtude da deficiência ou imaturidade dos estudos e do reconhecimento científico, mas, sobretudo, os elementos da geografia regional se configuram efetivamente complexos na sua grandeza. A Amazônia é, toda ela, uma região de fatos controvertidos (ALBUQUERQUE LIMA, 1969: p. 18-19).

As controvérsias do Estado brasileiro quanto aos modos de compreender e proceder na Amazônia brasileira, aliadas a outros fatores de ordem econômica e geopolítica resultaram em um processo de colonização e um modelo de desenvolvimento que tem contribuído para o desequilíbrio socioambiental e repercutido na qualidade de vida e nos processos de saúde-doença de sua população. Em Rondônia as formas de ocupação e usos do solo incentivados pelo Estado e pela iniciativa privada pautaram-se, majoritariamente, no agronegócio e na exploração madeireira e mineral, acarretando o desmatamento de vastas áreas e a formação de núcleos urbanos sem as devidas condições de saneamento e urbanização. Os problemas estruturais constatados nas décadas de 1960 e 1970, ou mesmo antes, nas primeiras décadas do século passado foram apenas parcialmente solucionados, ao passo que novos emergiram e decantam respostas urgentes.

O processo de colonização de Rondônia na década de 1970, teve como principal agente orientar o INCRA, que atuou, por meio de Projetos Integrados de Colonização (PIC) e Projetos de Assentamento Dirigido (PAD), sendo o primeiro deles o PIC Ouro Preto, instituído em 19 de junho de 1970. Esse projeto, que compreende as atuais regiões de Ji-paraná e Ouro Preto recebeu ampla divulgação nacional e atraiu grande leva de migrantes para a região central do Estado.

Além do Projeto Integrado de Colonização (PIC) Ouro Preto, diversos outros projetos foram implantados pelo INCRA, dentre os quais se destacaram o PIC Sidney Girão, criado em 13 de agosto de 1971, na região de Guajará-Mirim, o PIC Ji-Paraná, instituído a partir de 17 de junho de 1972, na região de Cacoal, com o objetivo de regularizar a ocupação espontânea do solo na região e minimizar os conflitos agrários entre posseiros e companhias colonizadoras que vendiam terras e títulos onde hoje são

os municípios de Cacoal, Rolim de Moura, Ministro Andreazza e Nova Brasilândia. No ano seguinte, em 04 de outubro de 1973, o INCRA criou o PIC Paulo de Assis Ribeiro em áreas da Gleba Guaporé, na região de Colorado d'Oeste. Esse projeto de colonização contribuiu para o massacre de centenas de indígenas da etnia corumbiara. Outro ponto negativo atribuído a esse PIC foi a concessão de muitas glebas para empresas do sudeste do país, em detrimento de famílias de agricultores sem terra. O conflito pela posse da terra nessa região resultou em um massacre que levou à morte dezenas de camponeses, em agosto de 1995, e deixou mais de uma centena de “desaparecidos”, constituindo em uma das memórias mais traumáticas da população rondoniense.

Em Ariquemes foi implantado o PAD (Projeto de Assentamento Dirigido) Burareiro, cujo objetivo era incentivar a fixação de produtores de cacau experientes, oriundos do Estado da Bahia, e o PAD Marechal Dutra, em 1975. O primeiro possibilitou o surgimento dos municípios de Cacaúlândia e Theobroma e o segundo promoveu o ordenamento territorial rural e urbano do município de Ariquemes. Como a demanda por terras do centro do Estado de Rondônia era crescente por parte dos migrantes que para cá se dirigiam em busca de solos férteis para a agricultura, e a região central já contava com uma infraestrutura mínima (postos telefônicos, posto de saúde, farmácias e comércio), o INCRA promoveu um desmembramento das terras pertencentes ao PIC Ouro Preto e criou, em 20 de novembro de 1975, o PIC Padre Adolpho Röhl, na região do município de Jarú.

A década de 1970 contou ainda com o Polamazônia, instituído pelo Decreto n. 74.607, de 25 de setembro de 1974, que dispôs sobre a criação do Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (POLAMAZÔNIA), cujo objetivo era promover o aproveitamento integrado das potencialidades agropecuárias, agroindustriais, florestais e minerais, em áreas prioritárias da Amazônia, dentre as quais, Rondônia.

O Programa coincidiu com o período do chamado “milagre econômico”, em que a prosperidade econômica interna se deu, em grande medida, graças a subsídios estrangeiros. De acordo com Kohlhepp (2002), naquele período também se vivenciavam os efeitos da crise internacional do petróleo, que serviu como justificativa para o Governo brasileiro reduzir investimentos e conferir maior liberdade à iniciativa

privada, interessada no mercado de terras e no agronegócio na Amazônia. O resultado dessa retração do Estado foi a devastação florestal.

O Programa não alcançou resultados positivos para os pequenos agricultores e mineradores, elevando “as desigualdades inter e intrarregional” (KOHLHEPP, 2002, p. 40) e acentuando a dependência da periferia em relação ao centro, ou seja, em relação ao governo central e aos países e organismos financeiros internacionais.

Os principais beneficiados pelo Polamazônia foram os criadores de gado em regime extensivo e as grandes empresas da área, que conquistaram vastas parcelas de terra na região. Esses empreendimentos (grandes fazendas), além de se desenvolverem a um elevado custo ambiental, pouco contribuíram para efetivar a fixação de trabalhadores, pois a atividade de criação bovina é feita com baixa utilização de recursos humanos.

Ainda no afã de integrar e colonizar o interior do país foi estabelecido, na década seguinte, o Decreto n. 86.029, de 27 de maio de 1981. Esse Decreto dispôs sobre a criação do Programa Integrado de Desenvolvimento do Noroeste do Brasil (POLONOROESTE), cuja área de abrangência seria a do noroeste do Brasil¹³, envolvendo a rodovia Cuiabá-Porto Velho.

De acordo com Belinati e Costa e Silva (1988, p. 126),

O Programa de Desenvolvimento Integrado do Noroeste do Brasil (Polonoroeste) nasceu com os objetivos gerais de pavimentar a estrada que une Cuiabá a Porto Velho (BR-364), área de considerável potencial de produção, objeto de rápidos fluxos migratórios, e, ao mesmo tempo, proporcionar os investimentos necessários ao desenvolvimento sócio-econômico (*sic*) ordenado da área influenciada pela estrada e à proteção do ambiente físico e da população indígena da Região. A pavimentação da BR-364 visou ao aumento da contribuição, à economia nacional, dos recursos físicos subutilizados da Região, à redução dos custos dos transportes e melhora dos termos do comércio entre a Região e as áreas mais desenvolvidas e populosas situadas ao Sul.

Torna-se evidente, pela leitura do texto acima, a preponderância dos objetivos econômicos do projeto. Dessa vez não se fala em “proteger fronteiras” ou “assegurar a soberania nacional”, mas tão somente assegurar o desenvolvimento econômico do país, para o qual a região noroeste teria sua razão de ser. Nota-se ainda tom desenvolvimentista e evolucionista (o Sul como mais desenvolvido), comum à retórica do período; e ênfase na relação centro-periferia.

O Programa Polonoroeste registrou como objetivos,

¹³ Área estimada em 410.000Km².

I - concorrer para a maior integração nacional;

II - promover a adequada ocupação demográfica da região-programa, absorvendo populações economicamente marginalizadas de outras regiões e proporcionando emprego;

III - lograr o aumento significativo na produção da região e na renda de sua população;

IV - favorecer a redução das disparidades de desenvolvimento, a níveis inter e intra-regionais; e

V - assegurar o crescimento da produção em harmonia com as preocupações de preservação do sistema ecológico e de proteção às comunidades indígenas (BRASIL, 1981)

Esses objetivos foram apenas parcialmente alcançados e os principais aspectos positivos dizem respeito ao recapeamento da rodovia BR-364, a abertura de estradas vicinais, o assentamento de cerca de 44 mil famílias de agricultores e o levantamento da situação geral de saúde das populações de Rondônia e Mato Grosso, como parte do Projeto de Saúde do Polonoroeste.

Apesar de a proposta do Programa se mostrar inovadora quanto aos princípios: priorização das classes rurais mais necessitadas, desenvolvimento de estratégias para a satisfação das necessidades básicas e incentivo à participação popular (KOHLHEPP, 2002), os métodos utilizados, ortodoxos, diga-se de passagem, não alcançaram os efeitos necessários. Basicamente, procedeu-se a uma propaganda massiva e a distribuição de lotes sem estudo prévio do solo, lotes inadequados à agricultura.

Nas palavras de Kohlhepp,

Uma enorme onda espontânea de migração das áreas rurais socialmente degradadas do sul e do sudeste, mas também da esfera de conflitos urbanos, foi atraída pela distribuição de terras nos projetos de colonização, que rapidamente se esgotaram. Isto causou, num processo contínuo, enorme aumento do número de terras apossadas e assentamentos descontrolados em áreas com capacidade agrícola muito limitada. Vastas áreas florestais foram devastadas e, em muitos casos, assentados foram expulsos por grileiros e por fazendeiros de gado. As deficiências e problemas aumentaram no Programa Polonoroeste, anunciado anteriormente com tanto otimismo. O programa sucessor, o Planaflo, foi implementado alguns anos mais tarde, visando a reorganizar a problemática situação social e ecológica em Rondônia (KOHLHEPP, op. cit., p. 41)

O Programa Polonoroeste contribuiu para a elevação da pressão antrópica sobre o meio ambiente, devido à intensificação da migração para Rondônia, favorecida pela BR-364 e a ocupação de áreas rurais com práticas de degradação ambiental, como o

desflorestamento e as queimadas para produção de áreas de pastagem ou de cultivo de monocultura, especialmente a do café e da soja.

Iniciados os anos 1990, a tônica da sustentabilidade passou a fazer parte, com maior ênfase, dos discursos sobre o desenvolvimento econômico. Nesse contexto, a Amazônia brasileira tornou-se alvo de iniciativas diversas que visavam à preservação ou ao manejo racional de seu patrimônio ambiental. Rondônia, inserida nesse processo, criou o PLANAFLORO – Plano Agropecuário e Florestal de Rondônia, em março de 1992. O Plano, subsidiado pelo Governo Estadual, pelo Governo Federal e pelo Banco Mundial visava promover o desenvolvimento do Estado de Rondônia de forma adequada à exploração racional e eficiente dos recursos naturais. Para tanto, seu principal instrumento foi o Zoneamento Socioeconômico e Ecológico (ZSEE).

4.5 Uma síntese dos impactos socioambientais das atividades econômicas em Porto Velho/RO.

As atividades econômicas desenvolvidas em Porto Velho e em Rondônia, como as observadas acima: a exploração da borracha, o cabeamento telegráfico, a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, o garimpo de cassiterita, assim como o de ouro e, recentemente, o de diamante, foram relevantes na atração e fixação de população migrante em seu território. Merece destaque, contudo, a colonização dirigida pelo Estado, especialmente nas décadas de 1960 a 1980, cujo principal atrativo foi a política distributiva de terras e subsídios agrícolas.

Não se pode deixar de mencionar os impactos socioambientais resultantes dessas políticas e empreendimentos¹⁴. Para tanto, destacaremos alguns eixos de ações vinculadas ao processo de colonização de Porto Velho e Rondônia e seus principais efeitos.

Quadro 04: Rondônia - Atividades colonizadoras e efeitos vinculados

AÇÃO	EFEITO VINCULADO
------	------------------

¹⁴ Muitos desses impactos ainda carecem de estudos e estimativas. Nosso objetivo não é detalhá-los, mas tão somente traçar um quadro de suas manifestações mais aparentes.

Exploração de recursos vegetais	Desflorestamento. Alterações nos ciclos hidrológicos. Alterações no clima. Alterações nos ciclos biogeoquímicos. Perda de biodiversidade.
Construção da linha férrea Madeira-Mamoré	Desflorestamento. Mortalidade entre populações indígenas migrantes. Propagação de doenças, especialmente a malária.
Exploração de recursos minerais	Desflorestamento. Alterações nos ciclos hidrológicos. Contaminação de solo, água e lençóis freáticos. Alterações no clima. Alterações nos ciclos biogeoquímicos. Crescimento populacional desordenado. Aumento da violência e da mortalidade entre trabalhadores.
Abertura da BR-364 e colonização agrícola dirigida	Desflorestamento. Crescimento populacional desordenado. Surgimento de vilas e cidades sem infraestrutura urbana. Dizimação de populações indígenas. Alterações nos ciclos biogeoquímicos. Alterações nos ciclos hidrológicos. Crescimento populacional desordenado.

Fonte: Xênia de Castro Barbosa, 2014.

Os impactos ambientais constatados em Porto Velho (quadro 04) também se repetem, em proporções variadas, nos demais municípios e Estados da Amazônia Legal. Em nosso recorte empírico, problemas como o da indefinição de competências ou de conflito de competências entre órgãos públicos, somado à ineficácia de políticas sociais contribuíram ainda mais para o agravamento dos impactos, e mesmo passados vários anos, não os sentimos completamente estáveis e pouco foi feito pelo poder público no sentido de mitigar e prevenir os danos associados. Em alguns casos, constata-se mais o poder de resiliência da natureza do que da cultura política local.

Para Freitas e Giatti (2009), que analisaram representações sociais de impactos ambientais na Amazônia Legal, as seis alterações ambientais mais observadas e que afetam as condições de vida são o desmatamento e queimadas (ambas com 68%), seguidas por ocorrência de doença endêmica (51%) e presença de vetor de doença (44%), assim como por presença de lixo em proximidade de área de ocupação humana (43%) e presença de esgoto a céu aberto (41%).

No ano de 2002, o percentual de municípios brasileiros que percebeu a ocorrência de alterações ambientais que impactaram negativamente as condições de vida de sua população foi de 40,7%, sendo que na Amazônia Legal esse percentual ficou na casa dos 42,0% e em Rondônia ultrapassou a marca dos 55%. A tabela abaixo apresenta maior detalhamento dessa informação.

Tabela 02: Amazônia Legal - Número de municípios e seu percentual de ocorrência de alterações ambientais impactantes nas condições de vida

Número de municípios por estados da Amazônia Legal e percentual de municípios com ocorrência de alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida e percentual de municípios com impactos ambientais determinados, 2002.

Região/UF	Total	Com ocorrência de alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população (%)	Com ocorrência de poluição do ar (%)	Com ocorrência de poluição do recurso água (%)	Com ocorrência de assoreamento em algum corpo d'água (%)
Brasil	5.560	40,7	22,0	38,1	52,9
Amazônia Legal	805	42,0	29,6	28,0	47,0
Rondônia	52	55,8	38,5	38,5	57,7
Acre	22	50,0	27,3	18,2	36,4
Amazonas	62	33,9	14,5	19,4	21,0
Roraima	15	60,0	33,3	26,7	46,7
Pará	143	56,6	44,1	46,2	48,3
Amapá	16	81,3	62,5	68,8	75,0
Tocantins	139	28,1	10,1	12,2	22,3
Maranhão	217	39,6	27,6	25,8	55,3
Mato Grosso	139	35,3	36,7	25,2	63,3

Fonte: Freitas e Giatti, 2009.

Quanto às práticas do desflorestamento, queimadas e utilização de fertilizantes agrícolas e agrotóxicos, ainda na década de 2000, a pesquisa de Freitas e Giatti (*op. cit.*) assim as expressou:

Tabela 03: Amazônia Legal - Pressões e situações ambientais

Pressões e situações ambientais nos estados da Amazônia Legal.

Região/UF	Desflorestamento bruto em km ² : somatório entre 2000 e 2007	Queimadas e incêndios florestais: média de número de focos de calor entre 2000 e 2006	Fertilizantes: quantidades de fertilizantes (kg/ha) entregues ao consumidor final e utilização por unidade de área – 2006	Agrotóxicos: consumo e utilização de agrotóxicos e afins (kg/ha) por unidade de área – 2005	Saneamento inadequado: lixo coletado com destinação final inadequada – 2000 (%)
Brasil	-	182.168	141,4	3,2	59,5
Amazônia Legal	154.290	127.503	123,7	2,75	83,5
Rondônia	22.419	10.498	25,6	1,6	95,4
Acre	4.516	1.444	7,4	0,3	55,0
Amazonas	7.039	2.212	12,3	0,2	99,0
Roraima	2.102	1.875	200,1	3,1	100,0
Pará	51.554	34.066	37,4	0,6	80,3
Amapá	141	825	133,2	0,3	100,0
Tocantins	1.393	10.108	141,8	1,5	86,8
Maranhão	6.989	20.254	61,0	1,4	71,6
Mato Grosso	58.137	46.220	118,1	3,6	63,6

Fonte: Freitas e Giatti, 2009.

A intensidade e o modelo de ocupação demográfica da Amazônia Legal ocasionou o desmatamento de mais 16,0% de sua área total (FEAR SIDE, 2005; FERREIRA, VEINTICINQUE, ALMEIDA, 2005). A área desmatada deu suporte ao surgimento de cidades ou a formação de pastagens e empreendimentos industriais. A destruição da cobertura vegetal e a formação de cidades com infraestrutura urbana e de saúde inapropriada têm favorecido a proliferação de endemias tropicais como a dengue e a malária. É importante notar, contudo, que esses fatores, por si sós, não são suficientes para explicar a elevada ocorrência dessas doenças, mas atuam de forma conjunta com outros fatores, como os relacionados às alterações climáticas, a baixa fixação de profissionais da saúde (em especial médicos), a baixa interiorização de ciência e tecnologia, dentre outros.

Porto Velho, atualmente, conta com uma área de 34.096,388 Km² e uma população de 428.527 habitantes (IBGE, 2010), perfazendo densidade demográfica de 12,57 (IBGE, 2010). Conforme dados do IBGE dos dois últimos censos, a população portovelhense aumentou em mais de 140 mil:

Figura 12: Porto Velho - Crescimento da população

Ano	Porto Velho	Rondônia	Brasil
1991	287.534	1.132.692	146.825.475
1996	292.399	1.219.702	156.032.944
2000	334.661	1.379.787	169.799.170
2007	369.345	1.453.756	183.987.291
2010	428.527	1.562.409	190.755.799

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

O incremento populacional de Porto Velho, no entanto, não veio acompanhado de políticas públicas adequadas para a inclusão dos migrantes e da própria população local que, juntos conviverão em condições insatisfatórias de urbanização e saneamento. As adversidades do meio natural e do meio construído, somados a uma infraestrutura de saúde obsoleta e insuficiente, tem comprometido tanto a prevenção de doenças quanto a reabilitação da saúde em Porto Velho. No que toca à dengue, considera-se que as causas desse problema são de ordem social, política e econômica, mais do que físicas e biológicas, isto porque os sistemas de objetos não podem ser entendidos sem se considerar os sistemas de ações (SANTOS, 2004, p. 78). Parte-se, portanto, do pressuposto da interdependência desses sistemas.

Para Rafael Catão,

No caso do dengue, vemos que os objetos geográficos influenciam tanto no aparecimento de casos como na circulação de pessoas e bens materiais, que transportam os vírus e os vetores, respectivamente. As cidades e suas características singulares vão influenciar na distribuição e na manutenção do dengue, como as estações ferroviárias e rodoviárias, os aeroportos e portos que possuem e vão influenciar na orientação e na intensidade dos fluxos de pessoas, e, por conseguinte, de vírus e vetores (CATÃO, 2011, p. 7).

Da mesma forma, as ações empreendidas com vistas a intervir no espaço e imprimir nele um novo ordenamento no fluxo de pessoas, no controle dos vírus e vetores da dengue e na distribuição de bens e recursos também repercutem qualitativa e quantitativamente nos perfis de saúde e doença.

As séries apresentadas no quadro 05 oportunizam comparação entre a incidência da dengue em Porto Velho, Rondônia e no Brasil, a partir dos quais se constata necessidade de análises detalhadas com vistas a compreender o porquê do problema.

Quadro 05: Incidência da dengue em Porto Velho, Rondônia e Brasil/ 100 mil, 1999-2013

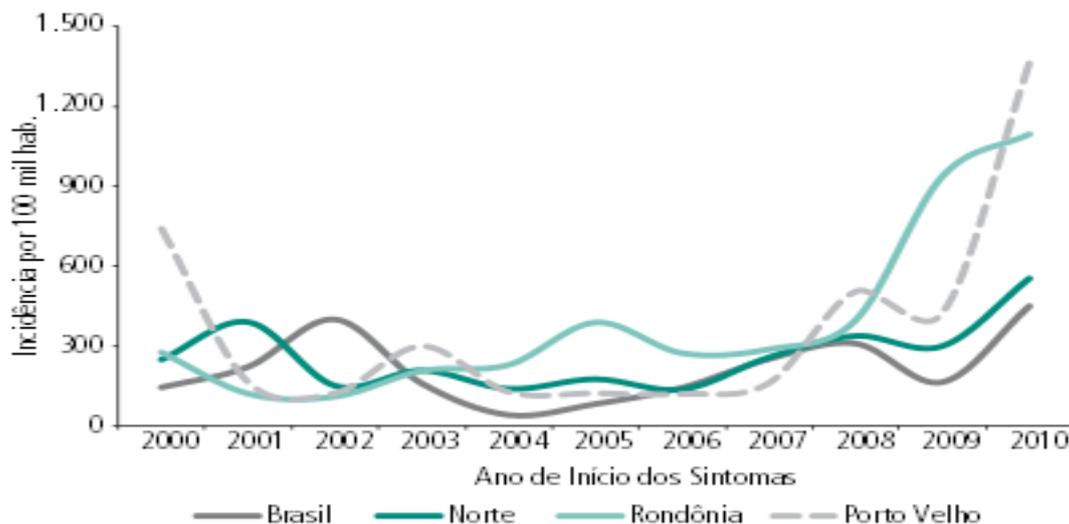
PORTO VELHO															
ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TAXA	31,32	289,25	161,57	128,51	289,3	137,67	122,49	120,22	120,11	268,73	480,41	1.409,01	28,23	36,14	33,4
RONDÔNIA															
ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TAXA	75,18	123,71	120,06	109,44	206,68	224,87	387,46	272,22	212,64	365,9	1.119,30	1.321,93	182,18	205,03	31,06
BRASIL															
ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TAXA	54,48	63,89	225,97	401,63	156,88	40,01	82,28	143,19	264,9	293,24	204,19	514,42	356,6	301,47	212,74

Fonte: Xênia de Castro Barbosa, elaborado com base em SINAN/DVEA-SEMUSA, 2013.

As séries acima indicam que a incidência da dengue em Porto Velho está em quase todo o período acima da média do Estado e da média nacional; assim, buscaremos investigar ao longo desta pesquisa quais variáveis estariam implicadas no processo. De antemão, antecipa-se a possibilidade da entrada em circulação de novos sorotipos da dengue, no caso dos anos epidêmicos, e de desafios relacionados às condições de infraestrutura urbana, como saneamento, acesso à água tratada e condições de moradia. Em Porto Velho é grande o número de casas de cômodos¹⁵ e do tipo pensão, onde residem famílias numerosas.

Em 2010 a taxa de incidência da dengue no município se elevou ainda mais, evidenciando sua mais grave epidemia (taxa de 1.409,01/100 mil habitantes), se sobrepondo à taxa do Estado e à da nação (SINAN, 2010). No referido ano, a taxa de incidência para o mesmo referencial no Brasil foi de 514,9 e em Rondônia foi 1.307,06, conforme dados do sistema nacional de agravos de notificação (SINAN, 2010). Ou seja, os números da infestação por dengue em Porto Velho alcançaram quase o triplo dos que se referem à média nacional. A figura 13 permite visualizar esse movimento.

¹⁵ Em geral casas antigas, com vários cômodos, que são alugados para trabalhadores e estudantes de baixa renda. Diferentemente das pensões, que alugam mobília e roupa de cama (e algumas incluem no valor do aluguel as principais refeições), as casas de cômodo alugam tão somente o espaço (um ou mais cômodos da casa).

Figura 13: Brasil, Rondônia e Porto Velho - Incidência da dengue, 2000-2010

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Vale notar que desde o ano de 2004 o Estado de Rondônia tem apresentado níveis de incidência superiores à média nacional, e que desde 2007, Porto Velho tem manifestado índices de infestação superiores tanto à média do Estado, da Região Norte quanto do Brasil, o que levou a Secretaria Municipal de Saúde deste município a desenvolver dois planos de contingência desta enfermidade (SEMUSA, 2009; 2011), um em outubro de 2009 e o outro em setembro de 2011, ambos com ações previstas para serem executadas em biênio.

Em 2009 o índice LIRAA¹⁶ classificou como de alto risco para surto de dengue os bairros Arigolândia, Olaria, São João Bosco, Liberdade, Embratel, Agenor de Carvalho, Três Marias, Socialista, Mariana, Marcos Freire, Ronaldo Aragão, Santa Bárbara, Mato Grosso, Tucumanzal, Vila Tupi, Conceição, Caladinho, Cidade do Lobo e Cidade Nova.

Em 2011 constavam na lista os bairros KM 1, Panair, Pedrinhas, São Sebastião I e II, Nacional, Costa e Silva, Arigolândia, Olaria, Liberdade, São João Bosco, São Cristóvão e Nossa Senhora das Graças.

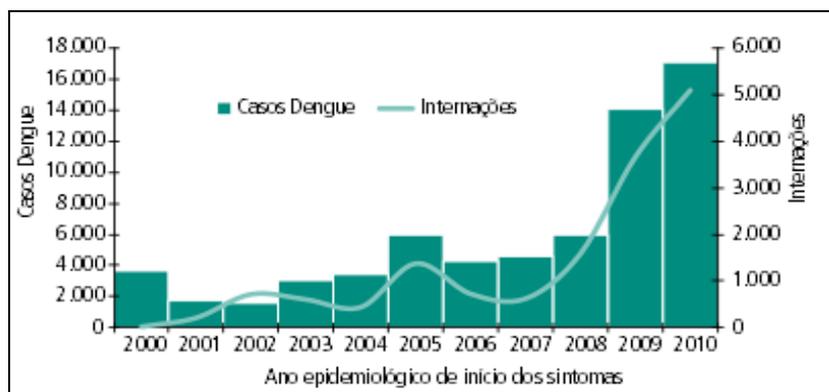
A dengue, ao provocar dores na órbita dos olhos e nas articulações, febre alta, vômito, além de outras possíveis complicações, nos casos mais graves, compromete a

¹⁶ O LIRAA é o Levantamento Rápido de infestação predial por *Aedes aegypti*, realizado por meio de busca ativa nos domicílios. Para realizá-lo divide-se o município em estratos de 9 a 12 mil imóveis com características semelhantes e desse total, pesquisa-se 450. Os estratos com índices de infestação predial inferiores a 1% são considerados em condições satisfatórias, os que apresentarem índice de 1% a 3,9% estão em situação de alerta e os superiores a 4% revelam alto risco de surto da doença.

qualidade de vida da população, o que se expressa no sofrimento físico e mental dos indivíduos e seus familiares, nos níveis de internações, de absenteísmo nos locais de trabalho, podendo inclusive levar a óbito os pacientes que não forem devidamente tratados em tempo hábil.

No período de 2000 a 2010 chegou a quase seis mil o número de internações por causa da dengue em Rondônia, como pode ser visto abaixo:

Figura 14: Rondônia - Prováveis Internações por dengue, 2000 a 2010



Fonte: SINAN, 2011.

No período, houve 45 registros de óbitos por dengue no município de Porto Velho; estima-se, no entanto, que esse número esteja aquém da realidade, pois nos casos de complicações é possível que tenha havido registros indicando como *causa mortis* alguma das complicações, principalmente se o exame sorológico não tiver sido concluído.

É provável também que haja subnotificação dos registros de dengue de modo geral, uma vez que sua manifestação pode ser inaparente, que nem todos procuram os serviços de saúde e que nem todas as instituições prestadoras de serviços médicos mantêm com rigor o registro das fichas de agravos de notificação compulsória, apesar de isso constituir infração à legislação federal referente à saúde. A entrevista do estudante de Medicina Danilo Rocha enfatiza a problemática da subnotificação ou supernotificação (vide volume II deste trabalho).

Em razão da quantidade e da complexidade dos casos de Dengue em Rondônia e de sua capital ter sido prognosticada como a única capital brasileira com risco para epidemia em 2013, o Governo Federal repassou mais R\$ 2,2 milhões para intensificação do combate à dengue, valor este que foi distribuído entre os municípios

de Porto Velho, Guajará-Mirim, Rolim de Moura, Alvorada do Oeste e Pimenta Bueno, conforme informação repassada pela Senhora Arlete Baldez, diretora geral da AGEVISA - Agencia Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia.

Em Porto Velho as políticas públicas de enfrentamento do problema dengue replicam as políticas e orientações nacionais; crenças, modelos, métodos e técnicas propostos nacionalmente são evidenciados neste território. Assim, na década de 1990, a retórica dos gestores de saúde pública na cidade era erradicar o mosquito *Aedes aegypti* por meio de um exaustivo trabalho em campo com uso de inseticidas.

Ao se perceber a inviabilidade dessa meta a curto e médio prazo, nos anos 2000, e a ocorrência de epidemias, passou-se a não mais se falar em erradicação do vetor, mas em combate. Do ponto vista metodológico e técnico não houve grandes diferenças nos modelos das duas décadas, pois ainda se enfatizavam ações de prevenções centradas quase que exclusivamente nas atividades de campo de combate ao mosquito com o uso de inseticidas (PNCD, 2002). Um diferencial, no entanto, diz respeito ao aporte de recursos (veículos, equipamentos, formação de recursos humanos e instalação de laboratórios nas cidades de faixa de fronteira), considerado superior ao da década de 1990. Como o uso de produtos químicos não foi suficiente para assegurar retração da dengue, uma nova estratégia foi estimulada pelo Governo Federal e adotada por Porto Velho: o foco no cidadão, ou seja, a busca de parcerias para se eliminar criadouros e evitar os danos causados pela doença.

Os anos 1990 a 2000 podem ser considerados em Porto Velho e no Brasil como época de importantes campanhas e mobilizações para o combate da doença. No entanto, os investimentos realizados com esta estratégia de enfrentamento não surtiram os efeitos esperados, e isso conduziu ao entendimento de que, mais do que campanhas esporádicas, fazia-se necessário um programa permanente, com ações e metas definidas a serem desenvolvidas tanto localmente como em âmbito nacional, assim como, planos de contingência para os territórios de risco. Em Porto Velho, os Planos de contingência da Dengue são documentos norteadores de suas políticas públicas de saúde.

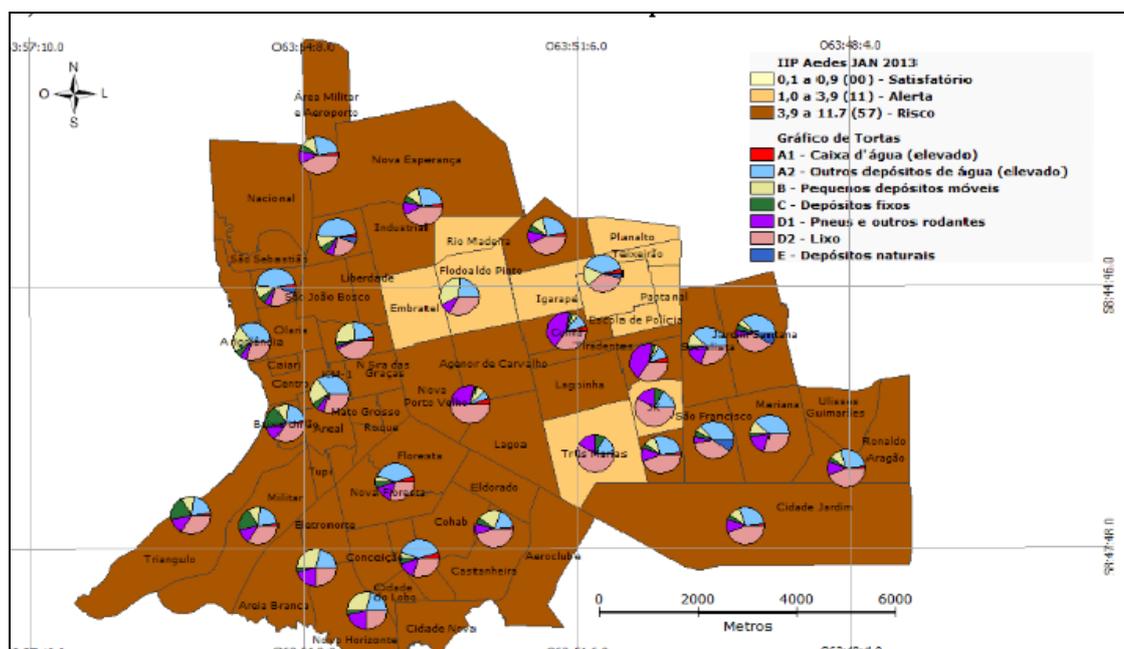
O Plano de Contingência da Dengue (SEMUSA, 2009) apresentou como objetivos para os anos de 2009 e 2010: diminuir o índice de infestação predial pelo *Aedes aegypti*, reduzir a incidência de casos de dengue, garantir assistência médica oportuna e de qualidade aos pacientes com suspeita de dengue, evitar óbitos e

sensibilizar a população quanto às medidas de prevenção e controle da doença. O documento referente a 2011 e 2012 (SEMUSA, 2011) apresentou os mesmos objetivos citados acima, com adição de um novo: evitar óbitos. O Plano de 2013 manteve os objetivos presentes nos anteriores.

Em ambos os documentos, disponibilizados pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica da SEMUSA, constam mapas com os índices LIRAA realizados nos bairros de Porto Velho. Consideramos esse mapeamento relevante para o conhecimento dos setores de risco na cidade e para a tomada de decisões por parte dos gestores e órgãos de saúde. No entanto, essas políticas apresentam o inconveniente de considerar apenas o território urbano e na perspectiva político-administrativa. Ou seja, de não utilizar o conhecimento que essa base cartográfica já forneceu para compreender as dinâmicas e as características estruturais em escalas menores: na escala dos micros territórios onde se desenvolve de fato a vida dos habitantes de Porto Velho.

O LIRAA realizado em julho de 2013 (SEMUSA, 2013b) é alarmante na medida em que apresenta mais de 80% dos bairros em situação de risco e nenhum com índices de infestação predial satisfatórios, como pode ser observado abaixo.

Figura 15: Porto Velho - infestação predial por dengue - julho de 2013



Fonte: SEMUSA, 2013b.

Elemento interessante no levantamento desses índices foi a observação feita pelos servidores da SEMUSA, dos principais reservatórios de água que favorecem o depósito dos ovos da fêmea do *Aedes aegypti*. As informações da figura 07 confirmam a interpretação feita pelos 300 entrevistados residentes em bairros da cidade, de que o problema do lixo e da água (armazenada em outros depósitos que não a caixa d'água convencional), é determinante para a proliferação de doenças, como a dengue.

A partir da análise dos documentos acima citados e do conhecimento empírico adquirido entendemos como limite das políticas públicas de combate da dengue em Porto Velho a desatenção às condições de vida e as formas de interação social nos nichos, nos “guetos”¹⁷, nos “pedaços”, nas “quebradas”, bem como na região central da cidade.

Não se pode ignorar a “sociabilidade do homem simples” (MARTINS, 2008), pois nela se expressa sua cultura e seu modo de compreender e interferir no mundo à sua volta, revelando as matrizes de sua formação social.

É preciso considerar a presença de migrantes, as redes, as formas de sociabilidade e os usos dos espaços desenvolvidos pelos diversos atores sociais:

A presença de migrantes, visitantes, moradores temporários e de minorias; de segmentos diferenciados com relação à orientação sexual, identificação étnica ou regional, preferências culturais e crenças; de grupos articulados em torno de opções políticas e estratégias de ação contestatórias ou propositivas e de segmentos marcados pela exclusão – toda essa diversidade leva a pensar não na fragmentação de um multiculturalismo atomizado, mas na possibilidade de sistemas de trocas de outra escala, com parceiros até então impensáveis, permitindo arranjos, iniciativas e experiências de diferentes matizes (MAGNANI, 2002, p. 15).

Considerando que diversas ações, estratégias e metodologias já foram tentadas para diminuir o impacto da dengue no município, não se obtendo ainda resultados satisfatórios, consideramos pertinente rever as estratégias políticas e investir tempo e recursos (humanos e financeiros) no fortalecimento desses “sistemas de trocas em outras escalas”, enunciados por Magnani (2002), a fim de se construir parcerias capazes de transformação do quadro até aqui exposto. Apontamos, portanto, como possível solução, o desenvolvimento das políticas sociais de saúde no território e em articulação com seus agentes.

¹⁷ Os guetos aos quais nos referimos são bairros que possuem ocupação acentuada por determinadas etnias, como a boliviana, haitiana e chinesa, consideradas minoritárias. Nesses bairros, contudo, a presença de brasileiros. A convivência entre brasileiros e representantes dessas etnias tem conflitos próprios, mas não se compara às experiências de segregação racial e violência que ocorreram nos guetos europeus no contexto da Segunda Guerra Mundial, ou dos guetos dos Estados Unidos. Pedaço e quebrada se referem à periferia urbana, onde formas peculiares de sociabilidade e solidariedade são desenvolvidas.

Após se construir esse conhecimento de perto e de dentro, é necessário retornar aos macrodados (perfis demográficos, econômicos, de acesso aos serviços de saúde), às macroescalas (do município como um todo, do Estado, da região, do país), num movimento dialético que vise compreender, comparar, identificar quais são as vulnerabilidades socioambientais, quem são os cidadãos vulneráveis, para transformar a qualidade de vida das pessoas.

Embora a dengue seja um dos mais graves problemas de saúde pública de Porto Velho, o problema não se limita a este município e isso nos desafia a observar sua presença e tendências em outras escalas – o que faremos na seção seguinte.

SEÇÃO V: DENGUE: UM PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E GEOGRÁFICO

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral do gênero Flavivírus, ocasionada por quatro sorotipos diferentes¹⁸ e considerada uma das arboviroses mais importantes do ponto de vista dos desafios contemporâneos à saúde pública. Sua diversidade de sorotipos resulta em quadros clínicos e patológicos variados e complexos, que envolvem desde infecção inaparente, até Febre Hemorrágica de Dengue (FHD), com ou sem Síndrome do Choque de Dengue (SCD), e Dengue com Complicações (DCC), sendo que as duas últimas formas de manifestação são consideradas, em geral, graves e de difícil controle clínico, passíveis de evoluírem para óbito.

Estudos como o do CONASEMS (2010) informam que o *Aedes aegypti* é espécie das regiões tropicais e subtropicais do globo, geralmente dentro dos limites de 35° de latitude norte e 35° de latitude sul, o que corresponde à isoterma de inverno de 10° C. Suas fases de desenvolvimento biológico compreendem o ovo, quatro estádios larvais, um estágio de pupa e o adulto. O desenvolvimento embrionário dos ovos, conforme OPS (1995) leva 48 horas em ambiente úmido e quente e após esse desenvolvimento embrionário ser concluído, os ovos podem suportar longos períodos de dessecação, algumas vezes até mais de um ano.

No que reporta à dinâmica de transmissão do vírus, sabe-se que esta é

determinada pela interação do meio ambiente, do agente, da população de hospedeiros e do vetor, existentes num determinado habitat. A magnitude e a intensidade de tal interação definirão a transmissão do vírus da dengue numa determinada comunidade, região ou país. Esses componentes podem ser classificados como macro e microdeterminantes. Entre os fatores macrodeterminantes da transmissão incluem-se as áreas geográficas em que o vetor se desenvolve e os contatos com a população hospedeira, assim como a altitude é fator limitante no desenvolvimento do vetor e do vírus. Em pequenas altitudes, a temperatura, a umidade e a precipitação média anual afetam a sobrevivência e a reprodução do vetor, da mesma maneira que a temperatura afeta a replicação do vírus no vetor. Esses parâmetros geográficos e climáticos podem ser utilizados para estratificar as áreas em que se espera que a transmissão seja endêmica, epidêmica ou esporádica (CONASEMS, 2010, p. 19).

Por manifestar-se mediante sintomas semelhantes aos de outras doenças, como febre, dor de cabeça, dores musculares, náusea e fraqueza, a dengue pode ser

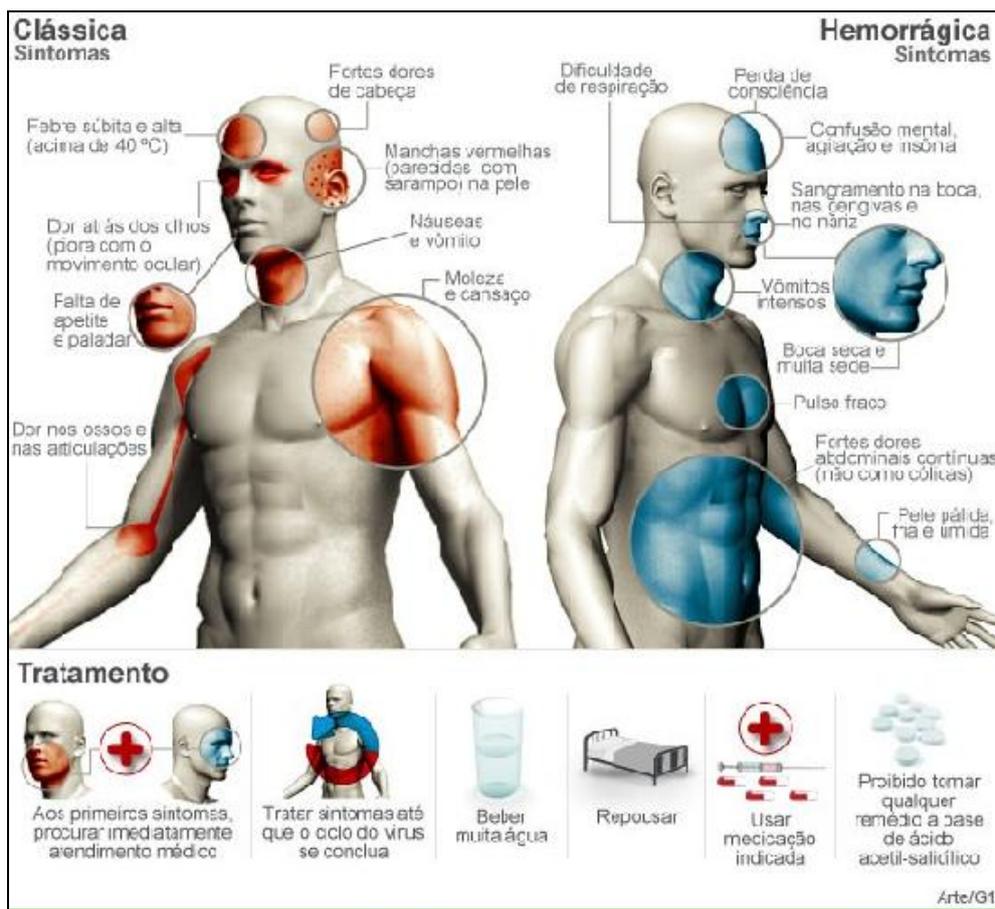
¹⁸ Denv-1, Denv-2, Denv-3, Denv-4. Foi descoberto na Malásia, em 2013, um novo sorotipo, o DENV-05, mas este ainda não desenvolveu circulação entre humanos.

confundida com outras viroses e não receber a devida atenção, o que contribui para a subnotificação do agravo. Há que se reconhecer, contudo, que este não é o único elemento a compor o quadro mundial da subnotificação da dengue. Fatores como: (1) o desconhecimento da legislação;¹⁹ (2) as falhas no sistema de registro de agravos de notificação compulsória; (3) o entendimento do sujeito enfermo de que é possível se curar sem precisar dos serviços de saúde e; (4) a ausência ou insuficiência desses serviços e de seus sistemas de notificação. Esses fatores precisam ser considerados e nos permitem pensar que o número efetivo de casos supera o registrado. Esta subnotificação, no entanto, não é exclusiva do Brasil, mas se faz presente em todo o continente Americano, conforme atesta Shepard *et al* (2011).

Os transtornos causados pela dengue aos indivíduos compreendem, além de febre, mal-estar, náuseas, dores no corpo e nos olhos, o absenteísmo ao trabalho e/ou às atividades acadêmicas e escolares, representando gastos econômicos para entes públicos e privados e para o próprio enfermo, além de prejuízos de ordem não material, como a perda de momentos importantes do convívio social, o aprendizado de determinados conteúdos e o atraso no cumprimento de compromissos e metas pessoais. O tempo de convalescença é variável às condições biopsíquicas e sociais do paciente e os casos mais graves podem deixar sequelas incuráveis. Estima-se que o período de convalescença de um paciente acometido com Febre Hemorrágica de Dengue dure em média 14 dias e que a convalescença para os casos menos graves da doença seja em média 4,5 dias (SHEPARD *et al.*, 2011). A sintomatologia característica de um caso e outro (figura 16), assim como as principais recomendações em casos suspeitos pode ser vista a seguir:

Figura 16: Dengue Clássica e Dengue Hemorrágica - Sintomas

¹⁹ Em especial o Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) e no Brasil, a Portaria Ministerial (MS) n. 104 de 25 de janeiro de 2011.



Fonte: JORNAL G1, 2013.

A susceptibilidade ao vírus da dengue, em princípio, é universal, mas as combinações possíveis entre fatores de ordem social, geográfica e entomológica é que conformarão sua existência em dadas regiões, bem como os tipos de casos (benignos ou graves). O quadro 06 ilustra os principais fatores que modulam a transmissão e circulação desse vírus.

Quadro 06: Fatores que interagem na conformação da dengue

População	Indivíduo	Ambiente	Vírus	Vetor
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes da enfermidade; • Hábitos e costumes; • Densidade populacional; • Migração 	<ul style="list-style-type: none"> • Susceptibilidade e resistência; • Idade, sexo, raça e ocupação; • Grau de exposição ao vetor; • Imunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Altitude; • Temperatura média anual; • Precipitação pluvial; • Tipos de localidade (rural ou urbana) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorotipos circulantes; • Circulação simultânea de um ou mais sorotipos; • Virulência; • Quantidade inoculada 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição; • Capacidade vetorial; • Densidade populacional; • Taxa de reprodução; • Longevidade

Fonte: Valéria do Sul Martins, 2002.

A distribuição da infecção tem se mostrado maior em mulheres do que em homens (SINAN, 2013; AQUINO, 2010). Para a OPAS (1997), um dos elementos que explicaria maior contágio de mulheres pelo vírus da dengue, em comparação com os homens, é o fato de pertencer a esse grupo muitas mulheres que ainda permanecem restritas ao espaço da casa, ou de passarem mais tempo nesse espaço do que os homens. Mas a julgar pelo fator “tempo de permanência no domicílio” não só as mulheres constituiriam grupo vulnerável para o desenvolvimento da doença, como também as crianças, os idosos e os desempregados.

Embora de relativa pertinência, o fator acima elencado não pode ser visto como determinante para que as mulheres desenvolvam mais casos de dengue do que os homens, pois há criadouros do mosquito não só no espaço domiciliar, como também no peridomicílio e em espaços públicos como terrenos devolutos, praças e chafarizes. Além do que, se faz necessário notar que o perfil socioeconômico da população mundial está em transformação. Cada vez mais as mulheres têm protagonizado a manutenção da família com seu trabalho extradomiciliar, e em decorrência da ausência da mãe, as crianças têm sido enviadas cada vez mais cedo para creches e escolas. Assim, para entender porque as principais vítimas da dengue são mulheres, é preciso considerar fatores variados, dentre os quais a própria imunidade da pessoa e sua taxa de viremia (CATÃO, 2012). Essa temática concernente ao gênero, ainda pouco explorada no que se reporta à dengue, merece atenção mais detida da comunidade acadêmica, mas não é nosso propósito fazê-lo nesse momento.

Por se tratar de uma doença de difícil controle e forte impacto socioeconômico ainda se fazem necessários muitos estudos, com vistas a elucidar seus diversos aspectos. A proporção do desafio demanda estudos interdisciplinares e a socialização dos conhecimentos produzidos em bancos de dados acessíveis a pesquisadores e à sociedade, de modo geral.

Para Paul Reiter os desafios do controle da dengue, em face de sua rápida dispersão pelo mundo, é um exemplo icônico dos riscos da globalização de vetores e de doenças causadas por vetores (REITER, 2010). Para ele, a doença se vincularia ainda ao aquecimento global, à adaptação do mosquito aos ambientes urbanos, a precariedade das condições de vida nas cidades e a ineficiência das políticas e programas de controle do vetor.

Em relação ao Brasil e à Amazônia brasileira, Pedro Tauil considera a urbanização como fator preponderante para o ressurgimento da dengue (TAUIL, 2004).

Wiviany Mattoso Araujo, por sua vez, percebe uma estreita relação entre a urbanização e a intensificação das variações climáticas. Para ela,

Os dois processos se manifestam em diferentes ordens que vão desde a escala global, com fenômenos de alta complexidade, que apontam importantes desafios à compreensão e gestão de variados problemas a eles associados; até manifestações de ordem regional e local que demandam melhor conhecimento de suas configurações geográficas e, ao mesmo tempo, atuação das políticas públicas e da sociedade organizada para seu controle (ARAUJO, 2013, p. 29).

Quanto aos impactos econômicos ocasionados pela dengue os estudos ainda são escassos e descontínuos, mas indicam um gasto público substancial e variável ano a ano, sendo expresso em rubricas como a da prevenção, da aquisição de bens e insumos e de gastos diretos com tratamento hospitalar e ambulatorial. Segundo o estudo de Shepard *et al* (2011, *op. cit.*),

Our analysis, combining available information on reported cases, levels of underreporting, and cost per case, shows that the annual economic burden of dengue in the Americas is substantial and subject to important year to year variation. About 60% of these costs are because of productivity losses (indirect costs), which affect households, employers, and governments. Brazil is the country with highest number of cases and highest cost, but the economic impact of dengue is substantial in many American countries, with a cost per capita greater than US\$2 in four of the six American subregions considered (Andean region, Brazil, the Caribbean, and Central America and Mexico).

Para fins de sistematização da pesquisa, o estudo acima citado operou metodologicamente com a repartição do continente americano em seis sub-regiões: América do Norte (Canadá e Estados Unidos), América Central e México, Região Andina (Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), o Brasil, a Região do Cone Sul (Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai), e a Região do Caribe, e em um movimento da parte para o todo, possibilitou comparar a situação de cada país quanto aos registros de agravos e gastos com a doença.

Os gastos com a dengue na América, no período considerado pelo estudo acima referenciado, ultrapassaram a casa dos 2,1 bilhão de dólares por ano, o que convertido para o Real representaria mais de R\$ 3,5 bilhões anuais. Desse total, no entanto, apenas 40% implicariam em “prejuízos” diretos ao Estado, pois 60% dessas despesas correriam por conta da própria sociedade, dos pacientes e do setor empresarial, uma

vez que estariam associados à queda na produtividade e absenteísmo ao trabalho (TNH1/UOL, 2011).

Na Amazônia brasileira, a dengue também é uma doença expressiva e sua presença desafia os gestores a produzirem políticas sociais eficientes e eficazes, com a continuidade e duração necessárias. Outro desafio trazido pela dengue para a Amazônia é a de estruturação de sistemas de indicadores que permitam o planejamento e a tomada rápida de decisões. Essa necessidade tem sido apontada e discutida em fóruns de secretários de saúde e de profissionais da saúde diversos, no entanto, quando se busca na prática esses sistemas de informações, percebe-se que estão muito aquém das necessidades urgentes que se configuram nesse cenário. Um dos problemas mais graves, constatados durante essa pesquisa, foi o da setorialização das informações sem o intercruzamento das mesmas²⁰.

A dengue não é uma patologia exclusivamente amazônica, mas as bruscas transformações no uso do solo presenciadas nessa região, sua vasta fronteira e a ineficiência de suas políticas sociais (sejam as de saúde, sejam as de habitação, saneamento ou ordenamento agrário) acionam a alerta de que é preciso não só mais investimentos financeiros, investimentos em equipamentos e capacitação de recursos humanos, como também de aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre os diversos setores e entre esses e a sociedade. É primordial que as políticas de saúde, especialmente as relacionadas à prevenção e tratamento da dengue, sejam conduzidas de forma dialógica, integrada e focada em bases territoriais concretas. A fim de se evitar também a mortalidade em razão da doença, é necessária maior integração da vigilância em saúde com a estrutura da Atenção Básica, conforme preconizado pela Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009, do Ministério da Saúde.

De acordo com Pedro Tauil, um dos fatores agravantes da dificuldade de controlar a febre de dengue, seja na Amazônia, seja no Brasil, de modo geral, é a resistência do mosquito aos inseticidas tradicionais. Segundo seu ensinamento:

O combate ao principal vetor do dengue encontra atualmente um novo ponto crítico. Trata-se do problema da resistência crescente dos insetos aos larvicidas e adulticidas de uso habitual nas atividades de controle. O mosquito já apresentava, há muitos anos, resistência aos inseticidas organoclorados. Muitos pesquisadores estão relatando resistência das

²⁰ Alguns dados que deveriam existir tanto na esfera estadual quanto na municipal, e que consideramos indispensáveis para o conhecimento básico da situação da dengue em Rondônia estavam fragmentados nas secretarias municipal e estadual de saúde ou na AGEVISA, cada qual possuindo apenas os dados produzidos em sua esfera.

larvas e dos adultos aos inseticidas organofosforados e dos adultos aos piretróides. Assim, o monitoramento da resistência dos mosquitos deve ser permanente, bem como a pesquisa de novos produtos inseticidas, eficazes e ecologicamente seguros (TAUIL, 2002, p. 870).

Para a redução dos casos da doença é indispensável, desse modo, que se atinja o mosquito. E, para tanto, a pesquisa multidisciplinar, a vigilância epidemiológica e os investimentos em políticas de habitação adequada, fornecimento de água potável e coleta e tratamento dos resíduos sólidos urbanos são essenciais, ao lado da classificação e acompanhamento correto dos enfermos que procurarem as unidades de saúde.

Reconhecemos que a dengue impacta negativamente a economia e a vida das pessoas, no entanto, não a percebemos como fator de prejuízo absoluto ao Estado, primeiramente porque despesas dessa ordem já devem estar previstas no orçamento, especialmente em Estados democráticos de direito como o Brasil, que assegura a Saúde como um direito social; e em segundo lugar porque esse mesmo Estado tributa os gastos sociais privados com o diagnóstico e tratamento da doença. Pelo observado, estudos referentes ao impacto econômico da dengue têm considerado sobremaneira “dados brutos”, como gastos com a aquisição de x veículos ou y equipamentos para o combate ao mosquito, evidenciando uma tendência a culpabilizar a doença, e indiretamente, a sociedade pelo ônus público. Não se trata de negar que os recursos investidos no controle ou tratamento da dengue poderiam ser aplicados em outros setores, mais produtivos, mas de destacar que não há incoerência entre esses gastos e o que apregoa a legislação e os órgãos diretivos mundiais, como a ONU e a OMS, na perspectiva da promoção da saúde enquanto direito dos cidadãos (todos eles contribuintes, em maior ou menor medida).

Ainda no que reporta ao ônus econômico da dengue e das DTN, de modo geral, a OMS salientou, no seu primeiro relatório sobre doenças tropicais negligenciadas que os prejuízos delas decorrentes vão além do que podemos quantificar:

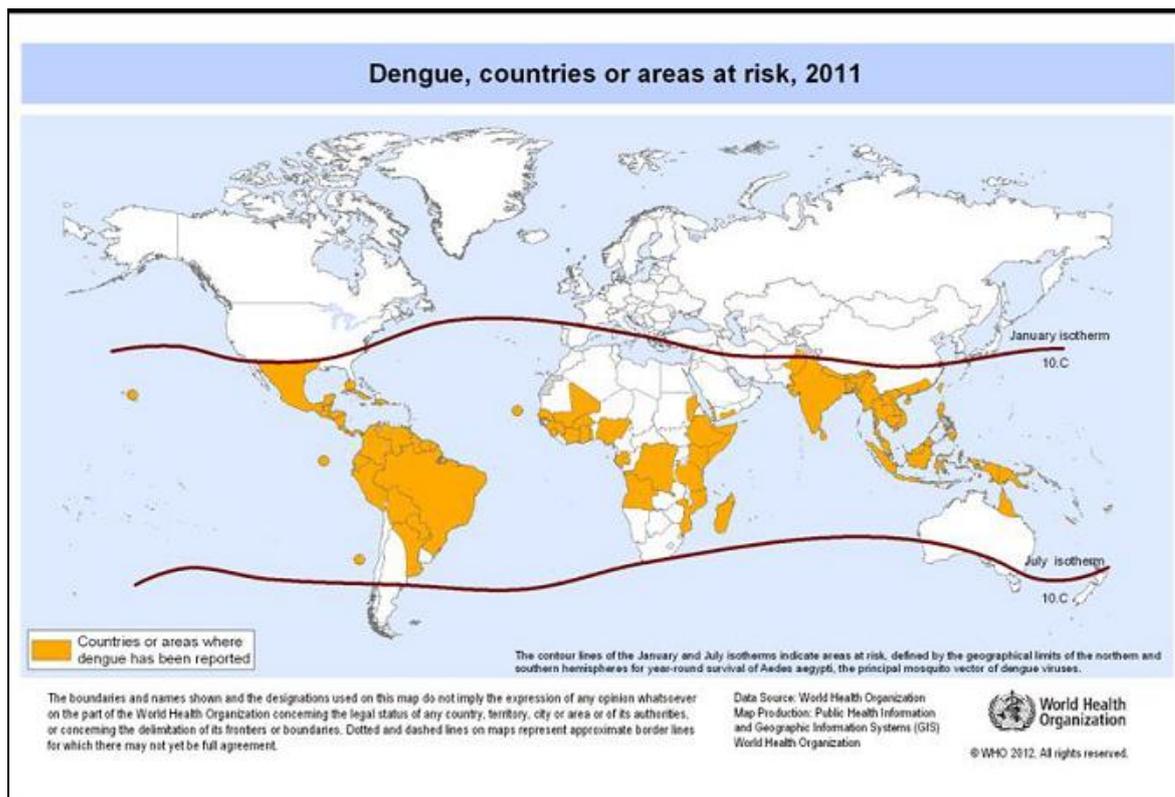
No ônus das DTN há uma dimensão não quantificável que solapa o trabalho não remunerado e a produtividade de milhões de mulheres. Em países onde DTN são endêmicas, as mulheres são as cuidadoras quando os filhos e os membros da família estão saudáveis, e também quando estão doentes; elas coletam água e material combustível, cultivam verduras e legumes e cuidam das colheitas, das refeições e da manutenção da família (3). Esse trabalho vital não é remunerado e seria mais fácil se as mulheres estivessem livres do ônus das DTN. Em países de baixa renda, as crianças são um recurso econômico, e melhorar sua saúde as ajudaria a desempenhar melhor suas tarefas cotidianas (WHO, 2010, p. 15)

Os recursos investidos no controle e tratamento da dengue vinculam-se, no Brasil, a políticas públicas de saúde. Estas, segundo Wiviany Araujo (2013), são caminhos de ação do poder público, fixadas em regras (leis, programas e diretrizes) que sistematizam as relações entre o poder público e a sociedade. As políticas públicas envolvem, frequentemente, o investimento de recursos em setores considerados estratégicos e de interesse coletivo difuso.

Apesar de o Estado ser o ator central na proposição de políticas públicas, análises contemporâneas, como a de Celina Souza (2006), apontam para a necessidade de envolvimento e participação da sociedade nessas políticas, seja como colaboradora nos territórios em que habitam, sejam como crítica de sua forma de execução.

No que toca à localização geográfica da dengue, compreende-se que ela é um agravo predominantemente urbano (no caso do Brasil), presente em uma vasta região do globo, principalmente no hemisfério Sul, em regiões tropicais e subtropicais, onde se concentram os maiores níveis de endemicidade. Também são estas as áreas mais propícias à transmissão e circulação do arbovírus, conforme figura abaixo.

Figura 17: Dengue - Áreas de transmissão, 2008.



Fonte: WHO, 2012.

A localização da dengue em zonas tropicais e subtropicais foi determinante para sua classificação como “doença tropical”. Ao se tratar de doença de difícil controle, vasta dispersão geográfica e longa permanência no tempo, apesar de períodos de recuos, a ideia da natureza hostil e indômita costuma ser enfatizada como forma de justificar ou ocultar as deficiências e limitações técnicas e políticas que corroboram para sua manutenção. Nesse sentido, o reconhecimento da comunidade internacional de que a dengue é, antes de qualquer coisa, uma doença negligenciada, é considerado um passo relevante para o enfrentamento do problema, conforme apontado pela OMS (2010).

No âmbito da Geografia reconhece-se atualmente que sua existência não se explica exclusivamente por sua localização geográfica ou características do meio físico, como o clima quente, mas pelas formas de ocupação territorial, de desenvolvimento urbano e mesmo pela quantidade e qualidade dos investimentos públicos em sua prevenção e contingenciamento, dentre outros.

A dengue é uma doença reemergente, que tem desafiado a sociedade e os gestores públicos em todo o mundo, seja pela adaptabilidade do vetor, seja pelo modo

de vida gregário e em condições hidrossanitárias e de habitação inadequadas, bem como pela negligência clínica para com o seu diagnóstico e tratamento. A conjugação desses fatores tem promovido a dengue à condição de principal doença epidêmica ativa nos países em desenvolvimento (PEÇANHA *et al.*, 2010) e que há mais de dois séculos tem impactado a saúde pública.

Durante o século XIX, ela era vista como patologia de ação esporádica, mas ao longo do século XX e nas primeiras décadas do século XXI tem se mostrado um agravo recorrente e de difícil controle, além de ser considerada, atualmente, a principal doença causada por mosquito (WHO, 2012). Nos últimos 50 anos sua incidência aumentou em 30 vezes. Pelo menos 50 milhões de pessoas são infectadas anualmente e 2,5 bilhões de pessoas vivem em áreas de risco para a doença, conforme atesta o documento *Impact of dengue*, da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013).

Admite-se que o vírus da Dengue seja originário do continente africano e que tenha sido introduzido no Brasil no período colonial, com os navios negreiros (IOC, s/d). O primeiro caso da doença foi registrado em 1685, em Recife (PE). Em 1692, a dengue provocou duas mil mortes em Salvador (BA), reaparecendo em novos surtos em 1792, 1846, 1851, 1853 e 1916 em São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador²¹

No Brasil, as campanhas de erradicação da febre amarela²² desenvolvidas em meados do século XX, puseram fim à circulação do *Aedes aegypti* no território nacional, no entanto, o fato de países vizinhos, como a Colômbia e a Venezuela não terem obtido o mesmo êxito ocasionou a reemergência da doença no país. Em 1967 houve confirmações laboratoriais de casos de dengue em Belém do Pará, e posteriormente, o vírus se espalhou por outras capitais e municípios do país. Antes disso, em 1963 e 1964, já havia sido registradas epidemias de dengue na Venezuela e na Jamaica, respectivamente, sendo isolado o Sorotipo DEN-3 (OPAS, 2001).

Em 1982 houve uma epidemia no Estado de Roraima e quatro anos depois foram registradas epidemias nos Estados do Rio de Janeiro, Alagoas e Ceará. A partir de 1995, a dengue passou a ser registrada em todas as regiões do país e a ganhar

²¹ Essas informações podem ser encontradas no sítio Combate à Dengue, disponível no endereço <http://www.combateadengue.com.br/o-que-e-dengue/#ixzz1uw6WDzRX>.

²² A Febre Amarela e a Dengue são transmitidas pelo mesmo vetor, o mosquito *Aedes Aegypti*. A vacina contra a Febre Amarela é eficaz para esta doença, mas não para a dengue.

proporções catastróficas: entre janeiro e setembro de 2006 foram registrados 279.241 casos de dengue, o equivalente a 1 caso (não fatal) para cada 30 km² do território nacional. Em Rondônia, o registro de casos de dengue passou a ser feito com maior sistematicidade a partir de 1999.

A existência da dengue em uma cidade, região ou país responde a uma convergência e interação de fatores, e não se pode explicar sua existência por modelos uni causais. Conforme postula a Organização Pan-americana de saúde é a dinâmica da interação do ambiente, do agente, da população de hospedeiros e de vetores que determinará ou não a existência da dengue em um país (OPAS, 1997, p. 19), desse modo, é preciso admitir que o Brasil apresentou as condições favoráveis para a reemergência da doença, negligenciando ou agindo de forma insuficiente na vigilância epidemiológica e na infraestrutura sanitária urbana, dentre outros aspectos que corroboram para o avanço da dengue no país.

De acordo com Mendonça, Souza e Dutra (2009: p. 259),

Apesar das constatações da influência climática no desencadeamento de epidemias de doenças transmissíveis, resta ainda em aberto a comprovação dos limiares ótimos para a formação das condições ideais de transmissão de muitas doenças transmitidas por vetores como os mosquitos. Não subestimando, todavia, o papel do clima na incidência destas doenças, ressalta-se que o principal fator do retorno das mesmas reside na ineficácia de políticas públicas de saúde no que concerne ao controle dos vetores. Isso se dá por diversos motivos, que vão da excessiva burocracia à negligência da atenção aos cuidados com a saúde pública, até a carência de recursos financeiros, situação que se agrava devido à intensificação da miséria de determinadas regiões do globo.

Como a dengue não se limita ao Brasil, mas à maioria dos países em desenvolvimento no mundo, entidades internacionais como a OMS e a própria OPAS, de atuação no continente americano têm desenvolvido estratégias para o enfrentamento conjunto do problema.

As principais estratégias para o enfrentamento da dengue tem se pautado nas seguintes ações: (1) Controle vetorial, com base em princípios da gestão integrada de vetores, (2) Vigilância ativa da doença, com base em sistema integral de informações de saúde, (3) Preparação para casos de emergência, (4) Treinamento e capacitação dos agentes de saúde e (5) Pesquisas na área de controle de vetores (GUZMAN *et al*, 2010). Além da manutenção, aperfeiçoamento e universalização das ações citadas, foram previstas novas estratégias para o período 2012-2020, como a detecção precoce

dos casos, o gerenciamento eficiente dos casos graves e a implementação de vacina, até o ano de 2020 (WHO, 2010). Estratégias como as citadas acima foram elaboradas pela OMS, a partir de 2005, com vistas a reduzir o número de casos da doença, de óbitos e retirá-la da condição de doença negligenciada pelos governos. Sentimos falta, nesse conjunto de estratégia, de programas de educação e comunicação em saúde, e como ações dessa ordem vêm ocorrendo, pode-se supor que estejam sendo feitas sem muito planejamento, ou desconectadas das diretrizes estratégicas propostas.

SEÇÃO VI: A DENGUE EM PORTO VELHO: UMA ABORDAGEM POR MEIO DE NARRATIVAS

Neste tópico, apresentamos as análises das narrativas dos colaboradores da pesquisa. Essa parcela da documentação, que também foi explorada em seções anteriores do trabalho, recebe aqui atenção especial, pois um dos objetivos da pesquisa foi evidenciar as representações sociais elaboradas pelos sujeitos em relação ao que é saúde e doença. Apesar de o conceito de representações sociais possuir algumas limitações teóricas, “a crise dos esquemas explicativos globais, fundados nas determinações socioeconômicas, colocou o sujeito, com sua experiência e o sentido que ele mesmo dá à sua ação, um objeto de estudo de máxima legitimidade” (HERZLICH, 2005, p. 57). Ao apontarmos para as representações sociais produzidas pelos colaboradores, buscamos evidenciar, a partir de suas falas concretas (AUGÉ, 1975, p. 20), a lógica comum que subjaz a elas, seu código geral partilhado e o modo como esse código, mais do que refletir dada realidade, a constrói, mediante mecanismos diversos que superam a perspectiva individual.

As narrativas aqui analisadas estão dispostas na íntegra no tomo II deste trabalho, e foram produzidas durante os anos de 2012 a 2014. Seus narradores possuem formações discursivas, classes sociais e ocupações diversas, com níveis variados de formação educacional e renda, e com experiências de vida diversas. Entrevistamos um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um agente de controle de endemias, uma psicóloga, uma esteticista, uma dona de casa, já na terceira idade, um motorista, um agricultor, uma técnica em vigilância ambiental e dois estudantes, um de Ensino Médio integrado ao técnico (curso de Informática), e um de Ensino Superior, do curso de medicina, além de gestores de saúde, que respondem pelas secretarias estadual e municipal de saúde. Pessoas distintas, com trajetórias singulares e concepções de mundo peculiares.

O que une essas pessoas de trajetórias tão diferentes é a experiência com a dengue. Todos conhecem de perto a doença, seja como pacientes, seja como cuidadores desses pacientes, e alguns tiveram, ainda, a experiência de ter perdido entes queridos em função da doença, como o senhor Joilso, que exerce a profissão de motorista; a dona Geralda, aposentada que sofre de doença crônica há décadas, e viu um jovem vizinho seu, fenecer da noite para o dia, também em decorrência de dengue

com complicações, e Paulo Rhenan Maia, meu aluno, que ainda sofre os efeitos da doença e a dor de ter perdido dois colegas para a virose.

Com linguagens e entonações próprias, todos esses colaboradores compartilharam conosco a riqueza de suas experiências de vida e as representações que tecem acerca do que é saúde e do que é doença. Seus discursos, transpostos em textos, constituem uma fonte para vários estudos, e não tivemos a pretensão de esgotar sua análise, mas de evidenciar tão somente aquilo que mais nos chamou a atenção dentro da problemática investigada. Analisamos, portanto, alguns elementos de suas narrativas, tematizados como saúde, doença, dengue e cidade.

O material resultante das entrevistas de história oral é, primeiramente, um documento específico que constituiu parte da fundamentação do próprio projeto, por isso optamos por apresentá-las integralmente, em volume especial, que destaca as memórias e experiências dos narradores.

As operações de textualização e transcrição a que as entrevistas passaram conferiu a elas o *status* de “texto”. De acordo com Eco (1995), todo texto é um estímulo que provoca resposta no leitor, e esta resposta, por sua vez, pode se dar de diferentes modos, revelar interpretações diferentes; assim, é mais fácil estabelecer o que o texto não diz do que ele diz— e que é sempre muito amplo, porque interpretativo. Pode-se afirmar, portanto, que um texto não é o “papel impresso”, a simples materialidade ou o conjunto de signos, mas um “objeto” que a interpretação constrói na tentativa circular de validar-se naquilo que constitui (BARTHES, 1996).

O texto da história oral, elaborado a partir das experiências, da memória, dos desejos, das necessidades, das fantasias, das estratégias de contar de cada colaborador, é polifônico. Traz consigo não apenas a voz do narrador, mas por meio dela e *através* dela, as vozes que ouviu em suas experiências, a de seus antepassados, a de seus contemporâneos, e não só a voz, mas a forma de dizer, o jeito de dizer, o sotaque, as expressões, as gírias, as múltiplas temporalidades, imagens e fragmentos de imagens, olhares e visões de mundo, sons, impressões, crenças, interpretações, sentidos éticos e estéticos (BARBOSA, 2009). Por essa razão, esses textos são viáveis para o estudo de representações.

É provável que nem tudo o que se tenha dito nas narrativas seja verdadeiro, mas o desejo de contar, e de contar daquela forma obedeceu a necessidades legítimas. Não julgamos, e aceitamos todas as informações como indícios possíveis de

coisas que poderiam sim ter acontecido, por mais incômodas que nos pareçam a um primeiro olhar.

As narrativas dos colaboradores são textos abertos e multidimensionais, hipertextos, melhor dizendo; e para ir além de suas dimensões óbvias, aparentes, é preciso imersões, deslocamentos e lógicas plurais e contextualizadas com o tempo, o espaço e as visões de mundo que revelam. É preciso ter em mente que não há uma única realidade, uma única natureza, ou seja, é preciso que transcendamos nossas próprias formatações ocidentalizadas de lógica e discurso.

Em textos multidimensionais, como os que aqui apresentamos, os múltiplos elementos se interligam por meio da leitura:

[...] um texto multidimensional conecta seus múltiplos elementos através da leitura, mas essas conexões não são objetivas, reais, palpáveis: não pertencem à narrativa, mas à leitura, à interpretação. É a leitura que multiplica e faz fluir o texto [...] sendo leitura viva, ele é possibilidade de fluir em múltiplas dimensões (CALDAS, 2001, p. 6).

Textos multidimensionais são acentuadamente desafiadores, pois o fato de possibilitarem um número infinito de leituras não quer dizer que aquele que vai interpretá-los possa fazer “qualquer leitura”, ou possa, por exemplo, fazê-los dizer o que não dizem, afirmar ideias que eles não sustentam em sua forma geral ou que lhes seriam contrárias. Os textos costumam dizer mais do que seus autores pretenderam/pensaram, mas menos do que os leitores, com suas paixões, gostariam que dissessem (BARBOSA, 2009).

Diante de tal desafio têm se mostrado adequados os seguintes procedimentos: (1) tentar compreender o texto como um todo, se concentrar nele, em seu significado social, em sua lógica interna e na mensagem que transmite, (2) compreender que ele é “texto colocado dentro da garrafa”, elaborado, narrado, escrito não para um único destinatário, mas para uma coletividade. Isso porque o colaborador que narra suas experiências estima que a publicação de sua história de vida terá repercussões, serão conhecidas por muitos em tempos e espaços diversos, e deseja isso. Ninguém conta sua história de vida apenas por contar, mas porque deseja preservar sua memória e a da coletividade da qual participa, tornar pública sua história, seus ensinamentos, sua cultura. É frequente que, ao conceder entrevista, o narrador dialogue com o coordenador do projeto, mas tenha em mente também um modelo de ouvinte ou leitor ideal, para quem narra. (3) O terceiro passo seria identificar como é

esse ouvinte ou leitor ideal de cada narrador, (4) seguir os indícios (as pistas e sugestões) que o texto nos dá, mergulhar, experimentar/perseguir/testar ideias, metáforas, imagens, ver até onde elas vão e se são pertinentes. Por fim, (5) desdobrar e relacionar esse texto com os demais da série e com outros textos que compõem nossa cultura.

7.1 A análise dos discursos provenientes da História Oral

A Análise do Discurso que ora se inicia tem por objetivo compreender as estratégias de significação dos textos resultantes do trabalho colaborativo em História Oral e suas representações sociais de saúde e doença. Para isso consideramos indispensável transitar entre saberes já constituídos, como a Geografia, a História e a própria AD²³, na medida em que entendemos a Língua como objeto sócio-histórico. Por conseguinte, a Língua, a Linguagem, a História e a Geografia são instâncias que perpassam os discursos e estes, por sua vez, são capazes de interferir nessas instâncias, incrementando conhecimentos, problemas, críticas e percepções.

Buscamos compreender como os narradores que partilharam suas histórias de vida conosco materializam, por meio do discurso, as crenças, entendimentos e esperanças de seu tempo, território e lugar social. O primeiro passo para isso foi pensar os narradores como seres de discurso (FOUCAULT, 1997). Seres formados “pela palavra”, gerados em “formações discursivas” (FOUCAULT, 2000), e que as apresentam veladas ou explicitamente em suas narrativas, embora nem sempre tenham clareza sobre elas e as vinculações que possuem com poderes e saberes instituídos. Além do que, é preciso reconhecer que as formações discursivas expressas pelos sujeitos não são únicas, apresentando caráter dispersivo e por vezes contraditório, mesclando, inclusive, senso comum e senso científico.

Para Foucault (*op. cit.*), identificar as filiações discursivas das quais os sujeitos participam é fundamental, pois a partir disso é possível estabelecer entendimento de suas vinculações e interpretações do poder e do saber. Como poder e saber não se desenvolvem fora do tempo e do espaço, ou seja, relacionam-se com a cultura material, o discurso deve ser analisado em perspectiva social, sem desconsiderar,

²³ Análise do Discurso

contudo, os mecanismos de produção de sentido internos ao texto (FIORIN, 1990), ou seja, seus elementos sintáticos e semânticos.

Do ponto de vista linguístico, evidenciam-se os seguintes elementos estruturantes:

- 1- A escolha de uma linguagem coloquial, mas que faz referências a conhecimentos específicos, tanto científicos - no caso das narrativas dos profissionais da área da saúde entrevistados -, como empíricos, no caso dos relatos de usuários do sistema público de saúde que possuem relação com a dengue. Em ambos os casos, a expressão de conhecimentos ou competências sugere autoridade frente à relação com o leitor e a pesquisadora;
- 2- Falar sobre a dengue pode não ter sido uma escolha voluntária, mas um discurso decorrente do estímulo dado pela pesquisadora ao apresentar título e tema do projeto de pesquisa desde a apresentação do TCLE²⁴, assim, a temática dengue aparece em todos os textos, mas com menor ênfase nas narrativas dos profissionais da saúde (apenas mais uma das muitas doenças com as quais trabalham diariamente), e com maior ênfase na história de vida do senhor Joilso, que perdeu a esposa em decorrência de complicações da doença, e da senhora Maria das Graças, que teve dengue duas vezes;
- 3- Todos os textos são narrados em primeira pessoa, apresentando caráter testemunhal de experiências, acontecimentos e conhecimentos que os narradores possuem;
- 4- Os textos em primeira pessoa indicam identidade: todos têm um nome, e fizeram questão de se apresentarem;
- 5- As narrativas remontam a fatos acontecidos em espaços específicos, possibilitando o conhecimento das trajetórias espaciais desenvolvidas por eles, assim como o conhecimento de suas interpretações sobre o território em que habitam;
- 6- Na temporalização dos textos é predominante o tempo presente, indicando possibilidades de continuidade, transformações e melhorias no território e no próprio sujeito que narra (expectativa de um futuro melhor do ponto de vista pessoal e em relação à cidade). O presente se desdobra em múltiplas direções, ora se remetendo a acontecimentos passados, ora a expectativas de futuro;

²⁴ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- 7- Exemplificações e ancoragens são utilizadas como estratégias para ampliar a credibilidade do discurso;
- 8- A expressão de conhecimentos e experiências profissionais, além de lançar luzes sobre as formações discursivas dos emissores, são elementos utilizados nos jogos de produção de efeitos de verdade.

Não se pretende realizar, neste momento, uma análise minuciosa dos diversos elementos que estruturam o discurso, mas tão somente apresentar a formação discursiva que representam e introduzir reflexão sobre o tempo e o espaço que marcam esses discursos. Especificamente, objetiva-se: apresentar como os narradores percebem a questão da saúde, da doença e da dengue, em específico, no contexto da cidade onde vivem (Porto Velho).

Sinteticamente, pode-se afirmar que a formação discursiva, refletida nos textos dos narradores que atuam na área da saúde, vincula-se a uma tradição científica iniciada no século XVIII, com o nascimento da clínica. Esta formação discursiva considera relevante o estudo das doenças que acometem o corpo humano, a fim de tratá-las e preveni-las. Não desprezam as discussões higienistas da medicina social do século XIX, embora elaborem críticas contemporâneas a ela, devido ao acúmulo de conhecimentos teóricos e experiências políticas. Valorizam o estudo, a educação em saúde, o rigor científico e no uso do instrumental técnico. Corrobora com esta classificação da formação discursiva o fato de nenhum dos colaboradores apresentarem representações sociais de saúde e doença de caráter mágico-religioso. Todos revelam compreensão dos mecanismos biológicos e sociais do adoecimento humano e retomam o conceito de saúde da OMS, presente no documento de sua constituição, datado de 1946 (OMS, 1946). Algumas colaboradoras, contudo, destacaram a influência de elementos de ordem espiritual nos processos de adoecimento ou de cura.

Merece destaque, ainda a perspectiva democrática dos colaboradores, que insinuam a necessidade de um trabalho conjunto entre Estado e Sociedade, e maior efetividade do Estado na execução de suas políticas públicas. Manifestam conhecimento de que para se alcançar melhorias na saúde pública fazem-se necessários investimentos em políticas de habitação, saneamento básico e educação, e o fim das más gestões e da corrupção:

É possível Porto Velho se tornar uma cidade saudável, agradável para se viver, mas falta muito. Falta educação, falta conscientização, falta fiscalização e falta

investimento. Falta recursos? Falta, mas não é só investimento financeiro, porque pelo dinheiro investido daria para se fazer mais. A arrecadação é pouca? Sim, mas pelo que vem dava para se fazer uma aplicação melhor e se trabalhar de uma melhor maneira. Sempre costumo citar uma situação que presenciei, de “investimento em saúde”. O que seria investimento em saúde? Você comprar uma maçaneta de R\$: 1.200,00 para uma porta é investimento em saúde? Uma porta precisa de uma maçaneta de R\$: 1.200,00? Já vi justificarem a aquisição de maçanetas desse valor como investimento em saúde! (Vanessa Lins, entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

A denúncia expressa por Vanessa se coaduna com a leitura realizada pela OMS (2010), de que investimentos incorretos dos recursos públicos e a corrupção repercutem em ônus epidemiológico, e estes por sua vez, acarretam em ônus econômicos para os indivíduos e famílias que adoecerem, e para o próprio Estado. Sinteticamente, recursos que poderiam ser investidos efetivamente em programas de saúde ou cuidados em saúde, quando desviados para outros setores deixam a população descoberta, aumentando sua vulnerabilidade. O que Vanessa aponta é considerado ainda, por Sen e Kliksberg (2010), como falta de ética e iniquidade em saúde, invertendo a ordem de prioridades, que deveria ter as pessoas em primeiro lugar.

Os textos que remontam às experiências de profissionais de fora da área da saúde indicam afinidades com a ciência médica que ganhou destaque a partir do nascimento da clínica, e embora não revelem conhecimentos específicos sobre como devam ser tratados os problemas de saúde, reconhecem a necessidade de conhecimentos científicos abrangentes (e aí a Geografia e a Psicologia aparecem). A primeira é elucidada no discurso do caminhoneiro Joilso Aparecido Gomes Moura, que argumenta com o médico para que solicitasse exames de dengue e malária de sua esposa, justificando que faz o trecho São Paulo/Rondônia e que este Estado é endêmico para as duas doenças:

Quando Marilza foi ao hospital pela primeira vez pedi ao médico que fizesse exame de dengue e de malária porque a gente vinha muito para Rondônia, mas ele argumentou: “não é dengue!” Eu disse: “Rapaz, eu não sou médico. Doutor, eu não sou médico, mas estou dando minha opinião. A gente faz Rondônia. Rondônia tem dengue, tem malária”. “Não, não é”, disse o médico.

O discurso de Joilso indica que, apesar de ele não possuir formação na área da saúde, é detentor de um conhecimento empírico que lhe autoriza a contestar o diagnóstico médico em relação à sua esposa, uma vez que os sintomas por ela apresentados lhe faziam crer que se tratava de dengue. A falta de uma formação na

área não lhe credita, contudo, o direito de tomar medidas diretas em benefício da saúde de sua esposa. Sua fala não é considerada legítima na comunidade médica.

Embora ele estivesse correto, a falta de acordo com o médico e a demora em realizar o exame, “fechar” o diagnóstico e iniciar o tratamento correto, levou Marilza a óbito.

A necessidade de um conhecimento mais sensível transparece na crítica de Maria das Graças Mello em relação ao descaso e falta de cortesia de certos profissionais da saúde, incapazes de compreender as dores dos pacientes que procuram os serviços de atenção primária à saúde por estarem com dengue. Segundo ela, há profissionais que consideram as queixas dos pacientes como “frescura” e “falta de trabalho”.

A diferença entre o discurso de Joilso e Maria das Graças está no entendimento que possuem quanto à atuação do biopoder na vida social. Para ele, o Estado deve atuar de forma mais efetiva, controlando as fronteiras, o fluxo de veículos e pessoas por meio das cadernetas de vacinações, assim como desenvolver novas formas de imunizações:

Em minha opinião, era preciso ter mais controle por parte do Governo, do trânsito de pessoas e veículos nas fronteiras dos Estados. Deveria haver um acompanhamento das cadernetas de vacinações, para as pessoas se tornarem mais zelosas com a saúde e evitar de levar doença de um Estado a outro. Além disso, investir em desenvolvimento de novas vacinas, que prevenissem a dengue e de outras doenças. Eu acho que se houver pesquisas e investimentos do governo isso tudo é possível, e trará muitas coisas boas para a vida das pessoas. Só falta vontade para realizar (Joilso Aparecido Gomes Moura. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Já a colaboradora Maria das Graças expressa em seu discurso opinião contrária à presença do biopoder, considerando abusiva a entrada de agentes de endemia e agentes de saúde em sua propriedade, pois segundo ela, isso gera constrangimentos e uma visão errada de como é a vida no cotidiano de seu lar:

É uma verdadeira invasão da casa da gente, chegam de dois, três de uma vez, enquanto um conversa no portão, o outro já tá vasculhando tudo. Às vezes a gente nem está preparada para receber essas pessoas, está de camisola, a pia tá cheia de louça ou a gente está com um balde pelo meio de água, porque ia passar pano na casa, fazer limpeza. A pessoa já fica pensando que a gente é relaxada, que não cuida para evitar dengue (Maria das Graças de Mello. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

A problemática exposta pelos excertos dos discursos acima, nos leva a questionar até que ponto é legítima a intervenção do Estado para a promoção da saúde.

Ao retomarmos Foucault (2008), teórico do poder soberano e de sua moderna expressão, o biopoder, vemos que o exercício desse poder, que se dá sobre os corpos e as populações, encontra na geografia sua dimensão inescapável, uma vez que,

O soberano não é mais aquele que exerce seu poder sobre um território **a partir de uma localização geográfica de sua soberania política**, o soberano é algo que se relaciona com uma natureza, ou antes, com a interferência, a intrincação perpétua de um meio geográfico, climático, físico, com a espécie humana, na medida em que ela tem um corpo e uma alma, uma existência física e moral; e o soberano será aquele que deverá exercer seu poder nesse ponto de articulação em que a natureza no sentido dos elementos físicos, vem interferir com a natureza, no sentido da natureza da espécie humana (FOUCAULT, 2008, p.30 - grifos nossos).

Nesse sentido, as intervenções do biopoder passariam a ser feitas tanto no que diz respeito ao corpo, quanto ao ambiente que esse corpo ocupa. O problema maior se dá quando o peso recai sobre o corpo dos indivíduos e estes não percebem investimentos efetivos no ambiente, de modo a melhorar suas condições de vida. Situações como estas é que motivaram o surgimento das Políticas Públicas enquanto disciplina academia e enquanto prática sistemática de avaliação das ações do Estado, como se depreende da obra de Celine Souza (2006).

Antes de passarmos para uma análise mais detida dos discursos dos colaboradores, convém, porém, destacar que os extratos das narrativas que apresentaremos nesta unidade mesclam conhecimentos do senso comum e do senso científico a respeito das noções de saúde e doença, e vale frisar que essa hibridez está presente não só nos discursos dos colaboradores que não atuam na área da saúde, mas também nos que atuam na área a partir de formações técnicas ou acadêmicas específicas. Esse movimento de mão dupla indica (1) a permeabilidade dos discursos e das práticas revelando o caráter humano das representações sociais, assim como (2) indica que, nos fluxos comunicacionais modernos, não há saber exclusivo, embora alguns aspectos possam permanecer, temporariamente, restritos a grupos seletos e especializados. Independente de títulos acadêmicos ou de classe social, todos os narradores possuem entendimentos próprios sobre saúde e doença, entendimentos esses que são representações forjadas na dialética do vivido e do concebido. Pessoais e coletivas, portanto.

7.2 Saúde e doença

Saúde e doença são, frequentemente, alvo de nossas preocupações, embora nem sempre problematizadas ou teorizadas de forma sistemática. Saúde e doença são, acima de tudo, vividas, sentidas, mas não se pode negar que sejam também metaforizadas e questionadas.

São diversas as interpretações feitas em relação a elas, e os trechos das narrativas que elencaremos a seguir revelam parte da riqueza de representações tecidas.

Um primeiro ponto a se notar é que a saúde é representada com um “objeto de duas faces”, que possui “um dentro e um fora”, componentes internos e externos. Esses “dois lados” são enunciados de forma diferente pelos narradores: alguns enfatizam os elementos biopsíquicos e os sociais, outros enfatizam os elementos biológicos e os espirituais, propriamente ditos. Na esteira dos primeiros, podemos citar trechos dos discursos do médico Luis Eduardo Maiorquin, secretário adjunto da Secretaria de Estado de Saúde de Rondônia:

A saúde é multifatorial: passa por você ter lazer, cultura, por você ter esperança, ela é muito mais ampla e todos são agentes fundamentais. Embora subjetiva, esta perspectiva é necessária! É melhor termos um conceito amplo desses, do que um conceito limitado. Esse caráter algo utópico é o que gera no cidadão e nos gestores a perspectiva da melhoria, da busca constante da melhoria (Luis Eduardo Maiorquin. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

O discurso de Maiorquin destaca o caráter complexo da definição de saúde, que engloba fatores externos relacionados à qualidade de vida, como o acesso ao lazer e à cultura, como também elementos de ordem pessoal e interna, como esperança e motivação. O gestor destaca ainda a relevância de se operar com o conceito amplo de saúde, traçado pela OMS (1946), “de completo bem-estar físico, mental e social”, pelo fato de esse “estado completo” ser o que move as pessoas e instituições na busca do aprimoramento da saúde.

Para Priscilla Pérez Pereira, enfermeira e docente da Universidade Federal de Rondônia, a saúde também é interpretada como busca constante do completo bem-estar:

Quando somos questionados sobre o que é saúde, nós, profissionais da área, costumamos falar aquela definição básica da Organização Mundial de Saúde, que é clássica! E a gente tem de partir dela, porque é isso mesmo: é o completo bem-estar. E isso diz muito de cada um, de sua história de vida, de sua formação cultural, de onde nasceu... Devido a esses fatores cada um vai definir “o completo bem-estar” de forma diferente. Físico, mental e social, que são os três fatores. A gente pensa em saúde como algo que depende dos três... Que depende do local onde você mora, de existência ou não de situação de conflito onde você mora, porque isso também interfere

no nível de saúde da pessoa. A parte espiritual também, que apesar de não ter isso definido claramente pela Organização Mundial de Saúde, essas concepções que transcendem ao corpo e a mente, que as pessoas acham que existe ou não, interfere na forma de enxergar a vida. Interfere na forma de muita gente se relacionar com os processos de adoecimento. Acho que a palavra que melhor define saúde é o equilíbrio. A gente nunca tá completamente saudável e nem completamente doente. A gente está ali com alguns aspectos mais equilibrados, outros mais desequilibrados (Priscilla Pérez Pereira. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

É patente no discurso dos colaboradores que possuem formação na área da saúde, concepção de saúde em consonância com os princípios Carta de Otawa (1986), já comentados anteriormente.

A presença de elementos de ordem subjetiva, “espirituais”, propriamente ditos, na conformação da saúde e da doença também é explorada na narrativa da técnica de enfermagem Rosiene Castro, mas para esta colaboradora, a influência das crenças de ordem espiritual vai além da forma como a pessoa interpreta as situações de adoecimento, podendo ser elas próprias fator de adoecimento, sem prejuízo dos fatores biológicos e ambientais:

Existe contaminação espiritual que afeta a saúde, afeta o corpo e a mente, e são muitas. E afetam não só os pacientes, mas também colegas nossos de trabalho.

Saúde, no meu entendimento, é a pessoa estar de bem com a vida em todos os sentidos. Não é só olhar para o corpo e não ver doença, não estar com febre, nem nada. É estar bem fisicamente, mentalmente e espiritualmente, porque querendo ou não, se você não está bem com seu espírito, você não está completa, o corpo não vai bem... Tem gente que não acredita na necessidade de harmonia espiritual e nessas coisas além do visível, mas já foi constatado no nosso setor de trabalho... Crianças em que você faz todos os procedimentos, aparentemente ela não tem mais nada, não está com febre, não está com infecção, e a criança permanece no hospital... Mudando um pouco de assunto – e esse é um assunto muito delicado-, mas já teve caso de fazerem até exorcismo em criança. Uma criança de dois anos de idade que falava coisas que só um adulto falaria... Eu fico arrepiada só de falar, e como eu vi, querendo ou não você começa a acreditar nessas coisas... (Rosiene de Castro. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Para a narradora, faz-se necessário que as pessoas observem o próprio corpo e prestem atenção no que estão sentindo, buscando o autoconhecimento que, segundo ela, auxilia no diagnóstico médico. Defende ainda a ideia de que as pessoas necessitam de algum suporte espiritual para as ocasiões de sofrimento:

Saúde não é só tomar remédio, é você observar o seu corpo, prestar atenção no que está sentindo. Não é à toa que quando você vai ao médico ele pergunta o que você está sentindo. Se você não sabe dizer o que está

sentindo fica mais difícil. Se você disser, além do exame físico ele vai orientar se aquilo é um problema físico ou se é algo da sua cabeça. O que você está sentindo ajuda no diagnóstico e pode ajudar também a resolver o seu problema de saúde, identificá-lo, saber a origem, trabalhar esse sentimento. Saúde não é só uma relação médico-paciente, mas é você tentar entender seu corpo. Isso ajuda bastante. Por isso considero importante que as pessoas tenham alguma espiritualidade, alguma forma de busca de autoconhecimento e harmonização, que tenham algo em que se apoiar (Rosiene Castro. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

A psicóloga Simone dos Santos percebe que muitas práticas espirituais são nocivas à saúde, podendo desencadear crises psicóticas:

Teve o retiro espiritual em um sítio lá em Guajará-Mirim, de uma igreja X, que tem mania de tentar converter as pessoas pelo medo de Satanás. Não acho isso legal, esse teatro do inferno, dos espíritos encarnando nas pessoas... A família desse cara me falou que foi isso o que aconteceu. Fizeram um teatro, uma representação do inferno, com pessoas gritando, vestidas de preto que saíam agarrando os espectadores enquanto o pastor pregava, fazendo a lavagem cerebral nos fiéis, para eles se converterem. O rapaz surtou, é claro! (Simone dos Santos. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

Por outro ângulo, a psicóloga reconhece a relevância de rituais religiosos para o trabalho de temas como a doença, o luto e a morte. Para ela “Medicina e espiritualidade têm que caminhar juntas. Nem só medicina, nem só religião, as duas precisam caminhar lado a lado, para o conforto dos homens” (Simone dos Santos. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

A interpretação psicológica que realizamos acerca dos fenômenos também é considerável na interpretação de doença da enfermeira Priscilla Pérez Pereira, segundo a qual, “Doença não é uma alteração física, mas o valor que a gente expressa de uma situação”. Nós atribuímos às coisas o peso que elas têm. No entanto, a medicina também opera suas classificações e as impõe sobre os corpos, tornando-se um discurso onipresente e em muitos casos, exercício do biopoder. A diferença de sua atuação no início do século XX para como é agora, no XXI, é que a sociedade possui mais informações a seu respeito, muitos de seus conceitos e definições foram assimilados pelo senso comum e é possível até mesmo criticá-la. Conforme Herzlich (2005, p. 67),

Como a doença, a medicina é frequentemente conflituada. Há vinte anos, na consciência coletiva, a sociedade nociva atacava o corpo do indivíduo e se encarnava na doença. Hoje, a sociedade e seus perigos parecem encarnar-se também na medicina e em suas intervenções. Esta é epicentro de conflitos culturais e sociais, e em torno dela cristalizam-se algumas de nossas maiores interrogações *vis-à-vis* duas características da evolução social: de um lado, o lugar crescente da ciência e da técnica; de outro, a importância da ‘profissionalização’ e do laudo.

Ainda com relação aos excertos acima apresentados, é conveniente destacar que o fato de apresentarem componentes de ordem subjetiva, como questões relacionadas à fé, não significa que não consideram os elementos físicos ou sociais que interferem nos processos de adoecimento e restabelecimento da saúde. Elementos dessa outra ordem também são reconhecidos. Entendemos estarmos diante, portanto, de uma escolha narrativa marcada pela honestidade, e no caso de Rosiene, até pela confidencialidade – uma vez que não é fácil para profissionais de boa formação acadêmica, como é o caso das colaboradoras, abordarem questões tão complexas quanto as que abordaram.

Reconhecemos ainda estarmos diante da reprodução de representações sociais de longa duração, pois saúde e doença no Ocidente, desde a Antiguidade, vêm sendo relacionadas a elementos naturais e sobrenaturais (LE GOFF, 1985). O corpo que padece é sempre um corpo que se relaciona com o mundo e os seres que, real ou imaginariamente, o compõem. Da mesma forma, segundo inúmeros relatos difusos na cultura ocidental, a cura também pode ser alcançada mediante intervenções que operam com elementos do mundo real e do mundo imaginário. Isso significa que “a doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades” (LE GOFF, 1985, p. 8).

Apesar do avanço de nosso conhecimento acerca das doenças, de suas causas e modos de transmissão/desenvolvimento, das diversas teorias que as explicam, ainda sobra espaço, no nosso tempo, para representações sociais que consideram elementos mágico-religiosos, possivelmente pelo fato de o discurso científico não oferecer, em certos casos, explicações suficientemente lógicas ou aceitáveis para o ser que sofre ou para seus familiares. No ensinamento de Herzlich (2005, p. 66),

Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira.

Diante do exposto, pode-se afirmar a coexistência do modelo biomédico e suas práticas de saúde, ao lado de discursos e práticas sociais vernaculares. Dessa forma, a busca por terapias alternativas pode ser vista como a busca de discursos mais condizentes com necessidades do momento. Essa busca, contudo, nem sempre é bem vista por detentores do saber médico, que ao invés de reconhecê-la como tentativa de inteligência, percebem-na como a alienação e desespero. Estudos como o de Scherer e

Oliveira (2006), e a divulgação de narrativas como a da psicóloga Simone Santos, disponível no tomo II deste trabalho, são elementos férteis para a compreensão dos entendimentos e práticas de saúde que se desenvolvem na Amazônia brasileira.

Em relação aos que enfatizaram os elementos de ordem externa, socioambientais, na composição de saúde e doença, podemos citar os excertos abaixo, do contador e secretário municipal de saúde Domingos Sávio, e do médico infectologista e diretor do hospital CEMETRON, Sérgio Basano. Para Domingos Sávio,

Saúde [...] é qualidade de vida, é população feliz, é a pessoa chegar numa unidade de saúde nossa e ter um médico, ter o técnico de enfermagem, ter o medicamento, ter o dentista. A saúde é um complexo de junções, que não passa só por uma unidade de saúde, que passa por uma condição de vida saudável, que passa por alimentação, que passa por condições de habitação, que passa por condições de saneamento, que depende de vários componentes de vida. A saúde é apenas o fim de um grupo de coisas que estão à sua volta, como tranquilidade familiar, filhos bem tratados, cuidados especiais com os pais, com os idosos (Domingos Sávio. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014)

Na concepção de Sérgio Basano,

Saúde é a pessoa ter chance de trilhar aquilo que ela pode trilhar para alcançar seus objetivos, seus sonhos. Evidentemente uma pessoa que é hipertensa e não toma o remédio vai ter infarto e vai morrer. Se isso é uma causa, se tem um sistema que oriente que essa pessoa faça uso do que atualmente é feito, você está dando saúde para ela. A pessoa quer, sei lá, fazer teatro e não consegue porque não tem aqui, então, às vezes, dar oportunidade para essa pessoa ir atrás do sonho dela é dar também saúde. Se ela não realizar seus projetos, seus desejos provavelmente nunca terá um conforto pleno, e isso pode acarretar em falta de saúde. Uma pessoa que trabalha num local onde sofre assédio moral pode estar bem fisicamente, pode estar bem financeiramente, espiritualmente, mas como não está bem ambientalmente, não está saudável (Sérgio Basano. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Enquanto gestores de saúde, ambos os narradores expressam reconhecimento de que a saúde é promovida por meio da distribuição de bens e recursos de saúde, como medicamentos e profissionais especializados, mas compreendem que ela vai além desses fatores, englobando o ambiente no qual estamos inseridos, seja o ambiente familiar ou de trabalho.

Para Danilo Rocha, estudante de medicina, a saúde transcende à perspectiva individual, englobando a coletividade e o meio ambiente:

A saúde é o bem-estar biopsíquico e social da pessoa, que inclui o bem-estar físico e o bem-estar mental. O direito de ter saúde passa pelo direito de ir até a escola, direito de ter uma alimentação adequada, direito ao lazer, direito, enfim, a todos os direitos de cidadão brasileiro. Ter saúde não é simplesmente estar com o nível de plaquetas normais ou ter remédio em casa para tomar se ficar doente. A saúde não se limita a uma perspectiva individual, de não estar doente, não ter febre, estar “normal”, mas se estende para a coletividade e o meio em que vive. Estar sadio também

implica em estar livre de fatores externos que predisponham a doença, por exemplo, não adianta nada eu estar aqui saudável se o vizinho ao lado tem água parada e tem mosquito da dengue, porque a qualquer hora pode vir aqui e me picar e eu pegar dengue. Eu acho que isso não é saúde, ou é um estado de saúde incompleto, ameaçado (Danilo Rocha. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Para Danilo, promover saúde implicaria, portanto, não só em desenvolver ações de alcance individual, como o tratamento de saúde ou o repasse de informações sobre como evitar doenças, mas em promover intervenções eficazes no meio ambiente. A partir de sua experiência de estudante que vai a campo, ele exemplifica, em tom de tristeza, algumas de suas constatações:

O agente comunitário entra nas casas das pessoas e faz aquela vistoria toda, tanto da saúde das pessoas quanto da estrutura da casa e tudo mais, fala, explica, faz recomendações para as pessoas lavarem as mãos, manter o quintal limpo e etc. E ao mesmo tempo em que repassava essas informações de prevenção de doenças, quando saíamos, quando olhávamos ao redor, quando olhávamos para aquele ambiente via fezes na rua e as crianças brincando. A sensação que eu tive nessa aula, e que tenho quando penso sobre isso é que a gente está patinando, fazendo um trabalho que tem que fazer, mas não conseguimos sair do lugar. Não acho que esse trabalho seja irrelevante, é um trabalho que precisa ser feito, que talvez amenize, que com certeza faz a sua diferença, mas essa diferença é muito pequena, não é suficiente (Danilo Rocha. Entrevista concedida a Xênia de Castro, 2012).

A fiscal de meio ambiente Vanessa Lins, além de identificar a sanidade ambiental como fator importante para a saúde, acrescenta ainda uma reflexão sobre as condições financeiras para a saúde e a doença:

A saúde, em minha concepção é o bem-estar como um todo. Para você estar saudável você tem que estar saudável emocionalmente, fisicamente, financeiramente. Não me lembro mais quais são os cinco estágios da saúde, mas nos apontamentos tem lá que inclusive a parte ambiental é importante.

Todos esses fatores se inter-relacionam, estão interligados entre si, e cada um é imprescindível. O corpo, a mente, as condições ambientais... E eu acrescento até as condições financeiras, porque sabemos que muitas doenças, como a dengue, o cólera, a esquistossomose são doenças relacionadas à pobreza, à falta de saneamento básico, água encanada, esgotamento sanitário. São doenças que atingem primeiro, e na maioria das vezes, as pessoas de condição social humilde, que não tiveram acesso a uma educação preventiva adequada, que moram em áreas inadequadas, consomem água e alimentos contaminados. Essas pessoas têm poucos recursos para a prevenção e para o tratamento das doenças. São essas as pessoas que mais morrem por causa dessas patologias (Vanessa Lins. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

A saúde é representada também como bem capital, que possibilita a multiplicação das potencialidades humanas e agregação de outros bens. Para Geralda Vasconcellos, dona de casa, a saúde

é a coisa mais importante da vida da gente, porque sem saúde a gente fica muito mal humorada, fica debilitado, sem condições de fazer as atividades do cotidiano. Quando eu penso em saúde, imagino várias luzes coloridas, lindas, como num feixe de fitas. Cores alegres, vibrantes. Uma imagem... (Geralda Vasconcellos. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

No discurso de Dona Geralda, a saúde, além de possibilitar o desenvolvimento das atividades humanas, é representada por uma imagem colorida, em que luzes de cores alegres se abrem como num feixe de fitas, semelhante ao que é utilizado em algumas danças tradicionais, que utilizam um mastro com fitas amarradas, que pendem do alto, formando tranças conforme os passos dos dançarinos.

O estudante Paulo Rhenan da Silva Maia destaca que saúde é um conceito abstrato e relativo, para em seguida emitir sua opinião: “A saúde? A saúde pode ser definida de várias formas. Na minha opinião, saúde é o bem-estar da pessoa e um meio para agregar coisas” (Paulo Rhenan da Silva Maia. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Embora não tenha lido Amartya Sen, o entendimento expresso por Paulo Rhenan, de que a saúde possibilita agregar coisas, mostra-se em acordo com a já citada obra “Desenvolvimento como Liberdade” (SEN, 2010), na qual, o prêmio Nobel, propôs que na avaliação dos níveis de desenvolvimento dos Estados seja considerado não apenas o crescimento econômico, mas o desenvolvimento de condições para que as pessoas possam aumentar seus graus de liberdade e autonomia, tornando-se cada vez mais emancipadas e capazes de multiplicar benefícios pessoais e sociais. A saúde é um dos pré-requisitos para o desenvolvimento e para a liberdade.

Em sua resposta curta, a complexidade e potencialidade da saúde se evidenciam: a saúde é bem-estar, é o sentir-se bem consigo e com o ambiente ao redor, e é também o meio para se agregar outros bens necessários à vida, como o estudo, o trabalho e o lazer. Sem saúde somos impedidos de realizar nossos projetos e mesmo as ações mais simples, ficamos, inclusive, sem condições de viver como o esperado:

A saúde é o mais importante porque sem saúde a gente não faz coisa alguma. Sem saúde a gente não vive direito. A saúde depende de infraestrutura, como já falei, mas também depende de ações das pessoas, como ter uma alimentação correta, não comer tantas besteiras que vendem em supermercado e lanchonete, não consumir alimentos com agrotóxicos (Raimundo Arruda da Costa. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

O senhor Raimundo ainda apresenta um elemento adicional no seu discurso que reporta às medidas individuais, passíveis de serem adotadas, para se ter uma vida mais saudável. Vale notar que ele foi o único colaborador que tocou nessa questão. Outros colaboradores, como Maria das Graças e Joilso Gomes Moura, argumentaram quanto à necessidade de medidas privadas, como a limpeza dos quintais, para se evitar doenças, como a dengue, mas apenas o senhor Raimundo enfatizou essas medidas para a promoção direta da saúde, denunciando, inclusive o acúmulo de elementos químicos, utilizados em produtos agrícolas em Rondônia. Raimundo é agricultor e fala a partir de suas experiências de vida, vivenciadas em Rondônia, deixando tácitas as dificuldades que enfrenta para desenvolver uma agricultura familiar livre de agrotóxicos.

Com relação à doença, essa é vista, predominantemente de forma negativa, como ausência de saúde ou disfunção. Sua existência se relaciona, segundo os discursos aqui analisados com deficiências na gestão pública que acarretaram em problemas urbanos como a falta de saneamento básico:

Doença é a disfunção de tudo isso que eu lhe disse. Então, se o saneamento básico não existe, se o esgotamento sanitário não existe, se as condições socioambientais e educacionais não existem, se você não tem um emprego, se você não tem um salário, se você não consegue ter renda, se você mora numa invasão, sem saneamento básico, isso é doença. Às vezes, se confunde a palavra doença com a pessoa internada num hospital. A doença no Brasil, assim como em outros países, é principalmente a consequência de uma causa que a gente precisa eliminar: a má distribuição de renda (Domingos Sávio Fernandes de Araújo. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Fica explícito no discurso de Domingos Sávio que a doença é um fator negativo e se relaciona com a ausência de bens considerados vitais.

Danilo Rocha assim formula seu entendimento acerca do que é doença:

Se saúde é você estar sem doença e também sem fatores que promovam a doença, a doença, o estar doente é o inverso dessa proposição. Mas é importante destacar que existem vários conceitos, várias definições, vários autores, e cada um a define de um modo. A doença é uma coisa interessante: algo tão comum, tão rotineiro, mas um significado tão plural! (Danilo Rocha. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

O senhor Marcelino Dias da Silva, agente de controle de endemias, também expressa entendimento de que a doença é a oposição da saúde:

Doença é o contrário de saúde, e a doença se instala muitas vezes pelo descuido pessoal e pelo descuido coletivo para consigo mesmo e para com o meio ambiente, e no meio disso tudo está o poder público, que deve ter a função de orientar, educar para a saúde e promover infraestrutura de saúde,

que não é só posto de saúde e hospital, mas saneamento básico e uma economia bem distribuída (Marcelino Dias da Silva. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Para explorarmos ainda mais a pluralidade de definições acerca dessa categoria, destacamos o entendimento que a considera como fator impeditivo das realizações humanas, esboçado por Maria das Graças de Mello

Acho que doença é tudo aquilo que impede a gente de fazer o que temos vontade. Doença é aquilo que não nos deixa viver como a gente gostaria: aquilo que não nos permite comer o que a gente gosta de comer, sair, trabalhar, viajar. Nesse sentido, penso que a falta de dinheiro, que a má distribuição de renda é uma das principais doenças da nossa sociedade. Claro que há outras doenças, do corpo, da mente, do espírito que nos afetam e aparecem quando a gente menos espera: uma virose, um câncer – que Deus nos livre e guarde! Mas penso que além dessas, há essa outra doença que é muito grave no Brasil: a pobreza, que impossibilita a maioria das pessoas de viverem com conforto e dignidade (Maria das Graças de Mello. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

Ao passo em que há doenças ocasionadas por fatores de ordem interna, como os genéticos, e de ordem externa, como as condições ambientais que favorecem o desenvolvimento de determinadas doenças – doenças que se fazem sentir sobre o corpo dos indivíduos, há outra doença, de igual ou maior gravidade, que é a pobreza. Esta se faz sentir sobre o corpo social e é reconhecida tanto por Maria das Graças, quanto por Domingos Sávio e Vanessa Lins, como visto anteriormente.

7.3 A cidade e dengue

A cidade representada pelos nossos colaboradores é Porto Velho, capital do Estado de Rondônia. A Porto Velho que, ausente e intangível - objeto da memória e da reflexão -, se faz presente nos hiatos do discurso. Cidade ambígua entre o rio e a floresta, crescida entre o cimento e o mato. Cidade na qual a materialidade de suas formas espaciais se espraia sem lógica e sem planejamento, engendrando relações complexas e dramáticas.

A cidade de Porto Velho, conforme representada nos discursos dos colaboradores, não é a cidade do Plano Diretor ou da lei de uso e ocupação do solo, não é cidade das cartografias oficiais e muito menos a dos cartões postais. É uma cidade de labirintos e becos, de floresta e de rio que disputam espaço com carros e pessoas apressadas.

Conforme os textos, Porto Velho é uma cidade triste e mal cuidada, cujas belezas naturais se apagam diante do lixo e da falta de infraestrutura.

Nós não somos uma cidade planejada, nós somos uma cidade, que em 1983 quando eu cheguei aqui, tinha 150, 200 mil habitantes, hoje, tem 500 mil. Então, em trinta anos ela triplicou a população, mas sem planejamento, sem infraestrutura urbana.

Porto Velho é uma cidade que começou com invasões. Tirando os bairros centrais, é uma cidade que começou com invasões. Todas as cidades que começam assim têm uma tendência natural a que haja um aumento dos casos de doenças endêmicas, até pelas condições hidrossanitárias dessa população. Quinto ponto: nós não temos sistema de esgoto na cidade. Nós não temos sistema de esgoto e nós não temos 100% de água tratada. Então, vamos dizer assim: há um quadro de problemas que vem de 30, 40 anos atrás e que o governo municipal e o estadual não têm condição de cuidar. Não porque não queriam, mas porque os problemas são maiores do que as pernas dos municípios e do Estado. São problemas que há 30 anos não vêm sendo trabalhado (Domingos Sávio Fernandes Araújo. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

O discurso acima enfatiza que a cidade tem como um de seus principais problemas o crescimento desvinculado de planejamento, crescimento esse que teve início acerca de três décadas, e cujos efeitos vêm se agravando. Como servidor público e comissionado na secretaria municipal de saúde adverte que esses são problemas estruturais graves, herdados do passado e que possivelmente, o tempo de gestão do atual prefeito não será suficiente para resolvê-los. Os problemas que Domingos Sávio aponta, e que se repetem também nas narrativas de Paulo Rhenan, de Sérgio Basano, de Danilo Rocha, Vanessa Lins e Priscilla Pérez, dentre outros, remontam ao que Milton Santos denominou de urbanização corporativa (SANTOS, 1993).

No endosso da leitura traçada pelo secretário municipal de saúde, acima destacada, também o agente de combate de endemias Marcelino Dias assim expressa sua visão da cidade:

Todo mundo fala que Porto Velho é uma cidade suja e sem estrutura – e é verdade -, mas adianta falar? Não adianta. Isso apenas passa uma imagem ruim do lugar, afasta turista, afasta investidores, mas não resolve o problema. Porto Velho precisa de investimentos urbanos: de rede de tratamento de esgoto, para diminuir as endemias, de água tratada, de moradias adequadas, de postos de saúde, de hospitais, de dentistas, e essa carência é muito grande, diante dos desafios imensos que a gente que mora aqui tem de enfrentar. Eu digo que Porto Velho não cresceu, Porto Velho inchou, vem inchando desde o tempo do garimpo (Marcelino Dias. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

A falta de infraestrutura urbana e o problema da falta de destino ao lixo são lembrados também pelo estudante Paulo Rhenan Maia, e apontados como fatores para a proliferação de doenças,

Eu nasci aqui, tenho 18 anos e gosto muito da cidade, mas reconheço que ela tem problemas, principalmente envolvendo a saúde, porque a cidade não tem estrutura adequada pra lidar com essa situação de doença. A questão do saneamento básico, da água aqui, em Porto Velho, é muito precária. Tem poluição da água e ela não é bem tratada. Tem muito esgoto a céu aberto, e isso também causa doenças, além de deixar a cidade horrível. Porto Velho ainda tem muito o que evoluir. Esses problemas de infraestrutura contribuem para gerar doenças, pra proliferar doenças. Se a cidade fosse bem cuidada acho que os moradores seriam mais saudáveis (Paulo Rhenan da Silva Maia. Entrevista concedida a Xênia de Castro, 2014).

As informações acerca do território apresentadas acima pelo narrador podem ser consideradas em acordo com o estudo de Tauil (2001), sobre urbanização e ecologia do dengue.

Paulo Rhenan prossegue em seu discurso relatando as experiências cotidianas que vivencia em seu bairro e em sua casa,

Moro no bairro Triângulo, próximo ao rio, e lá não tem rede de esgoto. A água vem da CAERD, é tratada, mas não vem regularmente, costuma falhar, aí a gente tem de esperar. Não tem o que fazer. No meu bairro também tem muito lixo a céu aberto, lixo jogado na rua, tudo exposto...

Em casa nós vivemos o pesadelo da dengue. Eu já tive dengue, meu pai e minha mãe também já tiveram, e vivemos com medo que de minha irmãzinha pegue. Eu só tenho uma irmã, ela ainda é pequena, é frágil, e tenho medo de o organismo dela não reagir se ela pegar uma dengue ou uma malária. Minha irmã se chama Gabriele, está com 10 anos, ainda é criança e nós fazemos de tudo para protegê-la. Nós moramos muito perto da parte de floresta e a noite e de manhã cedo tem muito mosquito, então a gente pede para ela passar repelente todos os dias e usar calça e camisa com manga, usar meia nos pés, ficar calçada. À noite usamos mosquiteiro, e de dia o repelente, mas de dia quase não fico em casa, só minha irmã (Paulo Rhenan da Silva Maia. Entrevista concedida a Xênia de Castro, 2014).

A cidade ameaçadora, com sua falta de saneamento básico e de tratamento de resíduos sólidos, expõe os moradores a riscos que poderiam ser evitados com uma gestão eficiente, e impõe cuidados redobrados sobre os mais frágeis, na tentativa de protegê-los das adversidades que estão presentes no próprio bairro. É digno de nota que, em uma cidade de clima quente, pedir para que as crianças usem meias, calça e camisas de mangas compridas é conflituoso, dado o desconforto desse tipo de vestimenta no calor. Também não é confortável utilizar repelentes porque fazem a pele suar ainda mais. Essas medidas, contudo, são

necessárias e adotadas por muitos pais com a intenção de proteger seus filhos de doenças como a dengue.

Para Maria das Graças, as condições de infraestrutura da cidade, assim como o comportamento individual dos sujeitos é determinante na situação de saúde e doença da população, e todos devem fazer a sua parte para melhorar esse quadro:

Há esse problema das pessoas que colaboram para manter essa sujeira que está na cidade e a proliferação de doenças, mas por outro lado, há o problema dos políticos, os problemas que não são culpa das pessoas comuns. Tem muito terreno baldio. Quem é o dono? De quem é a obrigação de limpar esses terrenos, de retirar os entulhos? Tem muito esgoto a céu aberto, dizem que água suja não dá dengue, mas tenho minhas dúvidas, e se não dá dengue pode transmitir outras doenças, né? Também tem córregos com água parada, água limpa e parada que com certeza são criadouros de mosquito da dengue. Água de chuva parada dentro de latões de lixo, de lixeiras destampadas, enfim... Tem muita coisa que deve sofrer a intervenção do Estado, que está além da obrigação das pessoas comuns. Se todos fizerem a sua parte esse problema poderá ser menor (Maria das Graças de Mello. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

A suspeita apresentada por Maria das Graças, de que água suja poderia sim, servir para a reprodução do *Aedes aegypti* é considerada verdadeira, por Araujo (2013).

No enalço dos que apresentam os limites da gestão pública como responsável pelas condições precárias da sanidade urbana, podemos citar trecho do discurso da vigilante sanitária Vanessa Lins:

Eu não considero Porto Velho, atualmente, uma cidade saudável. Poderia ser. Poderia caminhar de maneira muito mais interessante para isso, mas hoje a situação é crítica. É possível Porto Velho se tornar uma cidade saudável, agradável para se viver, mas falta muito. Falta educação, falta conscientização, falta fiscalização e falta investimento. Faltam recursos? Falta, mas não é só investimento financeiro, porque pelo dinheiro investido daria para se fazer mais. A arrecadação é pouca? Sim, mas pelo que vem dava para se fazer uma aplicação melhor e se trabalhar de uma melhor maneira. Sempre costumo citar uma situação que presenciei, de "investimento em saúde". O que seria investimento em saúde? Você comprar uma maçaneta de R\$: 1.200,00 para uma porta é investimento em saúde? Uma porta precisa de uma maçaneta de R\$: 1.200,00? Já vi justificarem a aquisição de maçanetas desse valor como investimento em saúde! Como investimento em saúde! Entrar na conta dos 12% destinados à saúde! (Vanessa Lins. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

Na mesma esteira, a enfermeira Priscilla, ao refletir sobre o porquê da ineficácia das políticas de combate à dengue, constata que,

O que constato é que a gestão não faz o mínimo. Não tem o mínimo de saneamento básico. Você vê o lixo exposto, é fora do domicílio das pessoas, tá no próprio terreno público. Esses dias passou no jornal, uma área do lado do CEMETRON, uma área que é da prefeitura, com

alagamento, com água parada, nossa! O próprio município não faz o que é seu dever de casa (Priscilla Pérez da Silva Pereira, 2014).

Para o estudante de medicina Danilo Rocha,

Os problemas epidemiológicos que enfrentamos em Porto Velho, em Rondônia e em outros pontos do Brasil não se limitam à epidemiologia, não são problemas meramente técnicos, mas se expandem para questões políticas. O Brasil é um país pobre, ou melhor, com uma desigualdade social ainda muito grande, então seria preciso caminhar nesse sentido de discutir mais esses problemas, envolver a população nesses debates para termos um país saudável (Danilo Rocha. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Por fugir a uma racionalidade e a um planejamento urbano, por não dispor de infraestrutura adequada, a cidade favorece a proliferação de doenças, como a dengue, conforme explica Sérgio Basano:

A dengue é um problema não apenas local, mas um problema nacional devido a uma série de fatores, inclusive por falta de planejamento em urbanização. Há bairros com esgoto e lixo nas ruas, materiais inservíveis que acumulam água e o problema do saneamento básico, que aqui é péssimo. Porto Velho é uma das piores capitais do Brasil nesse quesito e não temos um projeto, um plano diretor de urbanização (Sérgio Basano. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Para Basano, Porto Velho atualiza problemas que não lhe são exclusivos, mas que estão presentes em outras cidades do país, por isso o reconhecimento de que a dengue não é um problema apenas dessa cidade. E acrescenta:

Em minha opinião esses são os males atuais: cidades grandes, inchadas, sem planejamento, e na maioria das vezes gestões públicas ineficientes, principalmente nas áreas primárias, áreas básicas como infraestrutura e saneamento básico. Esse é o principal problema da dengue e acho que não vai acabar tão cedo, infelizmente. Se houvesse atuação específica nessas áreas poderíamos ter um quadro de saúde pública melhor (Sérgio Basano. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Já Maiorquim interpreta o problema como decorrente não só dos limites da gestão pública, como de uma cultura que é negligente com o problema. Para ele, o desafio é de ordem cultural:

[...] porque quando a gente trabalha a dengue como ela é: uma patologia que está inserida no núcleo urbano, e a limpeza e a participação ativa não estão inseridas na nossa sociedade, o problema se mostra evidente. Tem uma caixa d'água que tem que cobrir, tem um esgoto a céu aberto que tem que ser sanado e tem o próprio domicílio em si, no qual os próprios moradores jogam lixo no fundo do quintal e não dão o devido valor àquela situação que pode ser um núcleo proliferativo do mosquito. Tudo isso daí

está num contexto mais abrangente, então não depende somente de atos de gestão de saúde e de políticas públicas. Depende de atos de gestão de saúde, mas depende também de um comportamento social mais abrangente, que envolve educação, que envolve uma série de fatores para você ter um controle, para você ter uma boa gestão sobre como cuidar desse tipo de doença (Luiz Eduardo Maiorquin. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Para Marcelino Dias da Silva, essa postura de alheamento e descompromisso para com a prevenção de doenças se explica em função da própria ausência do Estado em operar uma distribuição de renda justa. Em sua interpretação, são as dificuldades econômicas que levam as pessoas a aceitarem a condição difícil na qual se encontram:

As pessoas não vivem na sujeira porque querem, não têm esgoto a céu aberto na frente de suas casas porque querem. Alguma coisa levou elas a aceitarem aquela condição. Tem uma frase do Rui Barbosa que nunca me esqueci: “de tanto ver crescer a injustiça, de tanto ver agigantar-se o poder nas mãos dos maus, o homem chega a rir-se da honra, desanimar-se da justiça e ter vergonha de ser honesto”. Essa é uma frase muito triste, mas verdadeira, e pode ser adaptada para outras situações. Quer dizer, a pessoa que vive na sujeira, ela já desanimou da limpeza, ela já está descrente da vida, já está sem perspectiva de futuro. A pessoa que tem que pular um esgoto para entrar em sua casa, vai limpar a casa para quê? A criança que não tem calçado para calçar vai querer lavar os pés para quê? Eu penso que a origem da maioria dos problemas de saúde pública que existem em Porto Velho não estão ligados a doenças em si, mas às condições econômicas da população (Marcelino Dias da Silva. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Quanto à dengue, em particular, é reconhecida como uma doença presente por todo o território urbano:

A dengue é uma doença que está em todos os lugares, inclusive em bairros centrais, mas nos bairros com índices mais elevados de infestação observamos o problema do lixo: 50% dela está no lixo urbano, 50% está dentro da nossa casa. Então, as pessoas, não têm o cuidado de limpar o seu quintal... (Domingos Sávio. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Ainda conforme Domingos Sávio, a doença seria favorecida pelas condições climáticas e hidrológicas presentes tanto no município quanto no Estado de Rondônia:

A dengue é endêmica em nosso Estado devido ao clima equatorial, ideal para o mosquito. Nosso clima é quente, úmido, com seis meses de chuva e seis meses de sol. Eles adoram esse clima nosso. Segundo, as condições ambientais favorecem, porque nós temos aqui muitos igarapés, muitos igarapés! Para os dois mosquitos, tanto para o *Aedes aegypti*, quanto para os anófeles e outros mais, que não são tão problemáticos, quanto esses dois (Domingos Sávio. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

A correlação que o secretário municipal de saúde faz entre clima e dengue encontra subsídio em pesquisas científicas como a de Silva (2007) e Mendonça (2009a), Mendonça, Souza e Dutra (2009), dentre outros.

No encaixe dos que percebem a dengue como doença relacionada à falta de saneamento urbano, podemos citar excerto da narrativa de Danilo:

Na periferia de Porto Velho e na zona rural não há fornecimento de água da CAERD então é preciso armazenar, muitas vezes, em locais inadequados, descobertos. Outro problema também seria o lixo. Porto Velho é uma cidade suja e o lixo é uma forma de acúmulo de água. Além disso, Porto Velho é uma cidade amazônica... (Danilo Rocha Lins. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Ser uma cidade amazônica significa, entre coisas, possuir uma urbanização incompleta e condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento de patologias tropicais. Os problemas da água e do lixo, conforme identificados por Danilo, bem como o problema do rápido crescimento das cidades, desvinculada de condições adequadas de moradia e saneamento básico (também mencionados por outros colaboradores, como Domingos Sávio, Sérgio Basano e Marcelino Dias), estão em acordo com a análise tecida por Pedro Tauil (2002), quanto às dificuldades de controle do vetor, e do ponto de vista da urbanização, com a classificação de Milton Santos (1993).

Dentre os inúmeros problemas vivenciados na cidade está o da dengue, sentido de forma pessoal pelos que já manifestaram a doença e por aqueles que perderam parentes ou conhecidos em função da mesma. Ao contrário do valor que os que sofreram situações de dengue atribuem a ela, esta parece ser algo “normal” por parte dos gestores, sem nenhum significado especial:

Parece que aqui em Porto Velho a dengue não é levada muito a sério, seja no tratamento, seja na prevenção. É como se fosse uma coisa normal, que já faz parte do lugar. Parece que quando se fala em dengue, fala-se por falar, mas sem muita preocupação, sem muito compromisso.

Hoje a dengue é um dos problemas mais sérios da nossa cidade, mas acho que não é um problema isolado, é um problema que se relaciona com outras coisas, como falta de rede de esgoto, falta de rede de distribuição de água, falta de médicos, de hospitais, de cultura, de educação mesmo, para o cuidado do ser humano. Tudo isso leva a existência de muitos casos de dengue e de outras doenças e ao sofrimento das pessoas (Maria das Graças. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2012).

Na concepção de Domingos Sávio, esse desconforto expresso por Maria das Graças encontra subsídio na formação inadequada que os profissionais de saúde

recebem, que não lhes dá preparo para o trabalho de prevenção e mesmo de diagnóstico e manejo clínico das emergências:

Apesar de a dengue ser uma doença bastante conhecida e bastante presente na nossa realidade os profissionais de saúde: os médicos, as enfermeiras, os técnicos, não têm conhecimento suficiente da dengue, de como tratar, de como fazer o diagnóstico. Em verdade, o que a gente sabe é que existe uma dificuldade muito grande dos profissionais. Isso não é ensinado com profundidade nas faculdades e como lhe falei, hoje se prepara o profissional para o hospital, e não para a prevenção. Que seria o ideal (Domingos Sávio Fernandes Araújo. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Já na esfera da Secretaria Estadual de Saúde esse problema é expresso de forma diferente: não falta conhecimento para o diagnóstico e tratamento da dengue, o que falta é responsabilidade por parte de determinados servidores:

A dengue, hoje, é parte do nosso cotidiano, não está como diagnóstico de exclusão, mas é colocada entre as primeiras hipóteses e quando você já tem a hipótese já pode notificar, você não precisa de confirmação laboratorial. A hipótese já permite a notificação. A dengue é hoje como a malária nas décadas de setenta, oitenta e noventa: toda vez que um paciente ficava com febre e calafrio você não pensava duas vezes e tratava como malária, a dengue está nesse tipo de perfil de doença de hipótese obrigatória. No entanto [...] ainda não há uma responsabilidade com o caso de dengue como deveria, ainda não há! Só se tem um alerta da dengue no caso agudo, na forma mais aguda, que é a hemorrágica, aí a pessoa se preocupa, notifica, acompanha de tempo em tempo e tem toda uma preocupação, fora disso, acham que o soro ali, hidratando, de seis em seis, oito em oito, doze em doze ou a cada 24 horas é suficiente. Acham que Paracetamol, hidratação e suquinho, resolvem! (Luis Eduardo Maiorquin. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

A falha dos sistemas de saúde, públicos ou privados, em definir diagnósticos foi algo denunciado tanto por Paulo Rhenan quanto por Priscilla, a partir de suas próprias experiências com a doença e com os sistemas de saúde. Paulo Rhenan Maia ironiza:

Eu tive a sorte de receber atendimento rapidamente, só que houve um erro de diagnóstico: o diagnóstico foi de “virose”, e fui liberado, mas em casa piorei, e quando retornei ao hospital dois dias depois, aí fizeram exame e confirmaram que era dengue. Fiquei internado. Depois disso, como se não bastasse, veio uma malária. É muita sorte! Eles também não descobriam que eu estava com malária, fiz vários exames e não sabiam o que eu tinha. Só fui receber um diagnóstico quando fui ao posto de saúde Ana Adelaide (Paulo Rhenan Maia. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa).

Priscilla também comenta sobre sua desconfortável experiência com a doença e a falta de preparo dos profissionais de saúde que lhe prestaram atendimento.

Tive dengue pouco antes das férias... Junho. Então não foi época de chuva, foi época de seca, e engraçado que tive eu e o Dauster, no mesmo dia, ficou ruim um, ficou ruim o outro. Ainda bem que nossa filhinha se livrou, porque dengue em bebê é uma coisa muito delicada. Quando os sintomas começaram eu já imaginava que fosse dengue, mas ia ao médico e ele dizia que não, e eu, conhecendo, achava que era. Deixa eu te falar: eu ia à UNIMED – e há a impressão de que o serviço particular é melhor que o público, cada vez que eu ia, e eu ia todo dia, justamente porque eu queria fazer os exames há uma semana, não me importava com remédio porque justamente eu sei que não existe medicação específica, eu queria era fazer os exames para acompanhar os níveis hematológicos. Um médico falou que eu estava com toxoplasmose, o outro falou que era só uma virose, então eu vi o despreparo no posicionamento em dar o diagnóstico, coisa simples eles não fizeram: como a prova do laço. Eu tive uma queda de leucócitos, ficou abaixo do nível mínimo, fiquei com a pele cheia de petéquias, aí a gente faz a prova do laço para ver quanto a pessoa tem perigo de sangramento. Coisa simples, que não demanda nenhuma tecnologia e não foi feita (Priscilla Pérez Pereira. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Falta de preparo ou negligência médica, o fato é que pessoas estão morrendo, não só em Porto Velho, mas em todo o Brasil. Para Joilso e Marcelino, não é a dengue em si que mata, mas a negligência e ineficiência das políticas públicas: “Digo que minha esposa morreu não só por causa da dengue, que é um vírus cruel, mas por causa de negligência do hospital” (Joilso Aparecido Gomes Moura. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013). No entendimento de Marcelino:

A dengue é a doença que mais recebe dinheiro, que mais tem campanha, que mais tem material informativo, mas ainda assim permanece um grave problema. E a razão disso é o que já conversamos: não adianta investir em campanhas e em propaganda se não fizer os investimentos urbanos necessários. Isso é ineficiente, é como queimar dinheiro (Marcelino Dias da Silva. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

No entendimento de Joilso e de Marcelino, negligência e ineficiência seriam os elementos que comporiam o alarmante quadro da dengue no município, quadro que, segundo Marcelino, pode ser ainda mais grave tendo em vista os casos assintomáticos da doença, e segundo Danilo e Maiorquin, teriam ainda o componente adicional da subnotificação.

Depreendemos do discurso de Paulo Rhenan Maia que a negligência e a ineficiência são problemas de ordem ética profissional, cujas consequências são graves, pois incidem diretamente sobre a vida das pessoas:

A pessoa não tem que se preocupar apenas consigo. Tem que se preocupar com as outras pessoas também. Porque não é todo mundo que

vai conseguir sair. Não é todo mundo que tem a mesma consciência que vai ter que ir no hospital, que vai ter condições de chegar a um hospital, comprar os remédios. Minha mãe é uma pessoa inteligente, que lutou pela minha vida. Se ela tivesse aceito o diagnóstico de “virose” e deixado para lá eu poderia ter morrido. Seu tivesse ficado aguardando eu teria morrido. É muito sério alguém receber um diagnóstico errado e tratar outra doença, em vez da doença que ele está... (Paulo Rhenan da Silva Maia. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Na impossibilidade de explorar toda a riqueza de informações, perspectivas, representações e denúncias presente nos discursos dos colaboradores, partimos para uma análise mais geral.

É patente nos discursos da maioria dos colaboradores que a dengue é uma doença urbana relacionada às condições de vida da população, em especial às suas condições de habitação, acesso à água tratada e à coleta do lixo doméstico. O conhecimento veiculado pelos órgãos de saúde de que resíduos sólidos, pneus, caixas d'água destampadas e vasos de plantas podem acumular água e favorecer o desenvolvimento do mosquito se faz presente no entendimento dos entrevistados. Nesse sentido, depreendemos do discurso de Danilo Rocha que não falta informação ou conscientização, mas faltam sim políticas públicas para o saneamento ambiental e a distribuição de água tratada:

Uma coisa que sempre ouço lá na SEMUSA dos profissionais da dengue – e eles falam rindo - é que qualquer menino de rua, qualquer menino da primeira série, se a gente perguntar, sabe responder como é que se faz para prevenir a dengue. Não deixar a água parada é uma coisa que todo mundo sabe, qualquer pessoa sabe qual é o mosquito que pica, sabe até que é vírus, né? Sabem até falar que é vírus e que dá problema no sangue. Todo mundo sabe, e apesar disso você não vê cooperação por parte da população com relação a isso. Você vê isso, eu vejo isso e entendo que um dos principais fatores que levam a esse tipo de comportamento é o problema de abastecimento de água. Na periferia de Porto Velho e na zona rural não há fornecimento de água da CAERD então é preciso armazenar, muitas vezes, em locais inadequados, descobertos. Outro problema também seria o lixo. Porto Velho é uma cidade suja e o lixo é uma forma de acúmulo de água (Danilo Rocha. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Para Maria das Graças, que já teve dengue duas vezes,

A dengue é um problema que poderia ser menor ou quem sabe nem existir, se as pessoas e o governo fizessem cada um a sua parte. A impressão que eu tenho é que o governo só organiza as grandes campanhas de conscientização quando vai concorrer a novas eleições. Aí a gente vê aquela movimentação toda nas ruas, vê até o Exército batendo de porta em porta, junto com os agentes de vigilância, de saúde, perguntando se a gente tem vaso de flor com água, pneu velho no fundo do quintal... (Maria das Graças. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

O texto de Maria das Graças sugere que, apesar de o Estado e a Sociedade saberem o que é preciso ser feito, há um acordo tácito em não cumprirem de forma efetiva e responsável o papel que lhes cabe. Tanto a população não cuidaria devidamente de prevenir a doença, deixando recipientes úteis e inservíveis acumular água de chuva, quanto o Estado só promoveria ações contundentes em ocasiões de seu interesse. A mesma informação foi apresentada por Vanessa Lins, em sua narrativa.

Tanto a rede dos profissionais da saúde quanto a rede dos que se utilizam ou se utilizaram dos serviços públicos de saúde manifestaram em seus discursos o entendimento de que a dengue é um problema grave que necessita ser tratado com responsabilidade pelo Estado e pela população. A solução desse problema, no entanto, não se resolveria com abordagens diretas e exclusivas sobre o mesmo, como as campanhas ou terapêutica da doença, mas envolveria o desenvolvimento de políticas públicas articuladas, capazes de melhorar a infraestrutura urbana, a infraestrutura dos serviços de saúde, a capacidade técnica dos profissionais que operam com a doença, as condições de moradia, de educação, de distribuição de renda e de saneamento ambiental como um todo. As políticas públicas de controle da dengue deveriam ser executadas, portanto, em conjunto com políticas de promoção do bem-estar em geral.

SEÇÃO VII: POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DA DENGUE: UMA PERSPECTIVA MULTIESCALAR

Nesta seção, almejamos apresentar considerações gerais sobre as políticas públicas de saúde, enfatizando a legislação concernente ao assunto e tendo como perspectiva a saúde como direito social, conforme estabelecido pela Constituição Federal do Brasil. Após apresentação das considerações gerais sobre o assunto, pretendemos desenvolver algumas análises específicas sobre as políticas referentes ao controle da dengue no Brasil e em Porto Velho/RO.

O Estado brasileiro reconheceu a saúde como direito social e dever do próprio Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao alçar a saúde na categoria de direito fundamental, o Estado brasileiro passou a ter o dever constitucional de promovê-la e assegurá-la por meio de políticas públicas. Entende-se por políticas públicas as ações do governo que, mediante estratégias, técnicas e formas de avaliação diversas, buscam promover o bem social. De acordo com Moraes (2011, p. 9),

As políticas públicas destinam-se a garantir os direitos sob a perspectiva coletiva e distributiva. O gestor público, considerando as diretrizes constitucionais, tem a escolha sobre a melhor oferta dos direitos e, a partir de um orçamento limitado e distribuído após um árduo planejamento, tem em vista as necessidades de toda a população.

As políticas públicas envolvem, portanto, o poder discricionário e a vontade política dos gestores, que estabelecem prioridades e fazem a alocação dos recursos, mas também o ordenamento jurídico, que deve ser o norte desses gestores, de forma a não sobrepor a vontade pessoal sobre os interesses coletivos resguardados pela Lei.

É inviável pensar as políticas sociais de combate à dengue de forma isolada, sem considerar seu contexto mais amplo - o do SUS - que há mais de 25 anos vem apresentando êxitos e desafios que devem ser igualmente avaliados.

O Sistema Único de Saúde foi estabelecido no título VIII da Constituição Federal de 1988, especificamente no artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado

de acordo com as seguintes diretrizes: (EC n. 29/2000, EC n. 51/2006 e EC n. 63/2010)

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

O SUS é a principal política pública de saúde do Brasil. Foi criado na esteira das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação social, sendo uma resposta a demandas sociais antigas. Essas demandas buscavam a melhoria das condições gerais de saúde da população, por meio de ações voltadas para a superação das desigualdades em saúde, da centralização excessiva, que burocratizava e retardava a tomada de decisões em tempo hábil nos territórios, bem como a superação da falta de clareza das competências dos diversos entes, a baixa qualidade dos serviços oferecidos e a falta de transparência nos gastos públicos.

A criação do SUS, assim como a promulgação da nova Carta Constitucional, ocorreu em um período de retorno da democracia e preocupações com a construção de um Estado capaz de promover a inclusão social e a redução das desigualdades, mediante estratégias como transferência de renda e a universalização da oferta de serviços de educação e saúde, de forma progressiva e gratuita. Dentre os inúmeros anseios da sociedade que viveu sob o regime de exceção, a saúde ganhou destaque em reuniões e conferências, seja por ser ela uma das maiores aspirações humanas, seja porque, naquela conjuntura, o acesso a ela era limitado a contribuintes do INPS e aos que possuíam planos de saúde privados. Cabe notar que, no período ainda se vivia, na América Latina, sob o paradigma da Aliança para o Progresso, criada pelo então presidente dos Estados Unidos da América, John Kennedy, em 1961. A Aliança para o Progresso visava acima de tudo prevenir a instalação de governos socialistas na América Latina, sob o rótulo de promover reformas para o desenvolvimento econômico integrado do continente americano.

A Aliança para o Progresso, no que concerne à temática da saúde, orientava para ações conjuntas dos diversos países, especialmente no que se refere a obras de infraestrutura e pesquisas de métodos e instrumentos de planejamento, o que resultou no método Cendes/OPS²⁵. Para Francisco Javier Rivera e Elizabeth Artmann (2012),

O Método CENDES/OPS (1965) representa um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde com forte preocupação com a eficiência, que se expressa na análise de custo-benefício. Contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar aqueles que apresentam

²⁵ Centro de Desenvolvimento sediado na Universidade Central da Venezuela, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde.

um custo relativo menor por morte evitada. O objetivo sanitário básico passa a ser o aumento da capacidade potencial produtiva da comunidade ou a prevenção do maior número de mortes pelo menor custo, configurando uma relação de eficiência típica da escola keynesiana do equilíbrio dinâmico (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 27-28).

Embora compreensível do ponto de vista de uma lógica economicista, esse método que subsidiava o planejamento em saúde no período da ditadura civil-militar carrega consigo sérios dilemas de ordem ética, como por exemplo, o de determinar o custo e benefício de salvar uma vida e não outra, de salvar os pacientes mais jovens, por exemplo, em vez de os pacientes mais velhos, ou mulheres em idade fértil em detrimentos de mulheres que já tenham passado da fase reprodutiva. Diante de tais práticas, não é de surpreender a grande mobilização nacional em torno do tema da saúde no período da constituinte e as conferências acaloradas que radicalizavam a crítica ao modelo de saúde e de governo que vigorava.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, já no contexto da reabertura democrática, revelou o entendimento de que a saúde é resultante das condições de vida das pessoas, estando assim vinculada aos modelos de organização dos sistemas produtivos. Para aquela Conferência, a “saúde” não era um conceito meramente abstrato, pois:

Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas. [...] Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional... uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais. Entre outras condições isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (CNS, VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Esse novo entendimento acerca do que é a saúde, e o novo sistema de saúde criado tem como base uma compreensão política que valoriza o papel do Estado como ator-executor de políticas de bem-estar social e o papel da sociedade como agente no processo de formulação e acompanhamentos dessas políticas.

Um desafio comum perpassaria tanto o SUS quanto o Brasil pós-ditadura: o da inclusão social como via para a redução das injustiças sociais. O SUS deveria se constituir como um sistema de saúde gratuito, universal e eficiente, capaz de acolher de forma humanizada as necessidades da população, promovendo não só a assistência médica, mas também a prevenção e a educação em saúde. O Estado brasileiro, de modo geral, era desafiado a reaprender a democracia e promover o

crescimento econômico, coordenando a distribuição de renda de modo a combater a pobreza e a marginalidade. Uma das formas de se combater os efeitos desses males seria a distribuição equitativa de serviços e oportunidades de desenvolvimento ou recuperação da saúde.

Passados quase 30 anos do último processo constituinte, muitas críticas são feitas em relação à efetivação e cobertura dos direitos preconizados pela Carta Cidadã, em relação à qualidade dos serviços públicos, à assimetria de recursos entre as regiões e mesmo às estratégias das quais o governo tem se servido para efetuar transferência de renda à população mais pobre. Nesse sentido, parece pertinente uma revisão das estratégias do Estado brasileiro no desenvolvimento das políticas sociais nesse período. Revisões dessa ordem devem ser realizadas com cuidado, para não se cair no erro de abolir direitos, suspender atividades que estão dando certo ou substituir um sistema por outro, sem a correção necessária das falhas.

É importante frisar ainda que, a Constituição Federal de 1988, apesar de consagrar um título específico à saúde, evidenciando a relevância da questão, não foi a única a abordar o tema. No ensinamento de Leny Pereira da Silva (s/d, p.15)

As Constituições brasileiras do passado não foram totalmente omissas quanto à questão da saúde, já que todas elas apresentavam normas tratando dessa temática, geralmente com o intuito de fixar competências legislativas e administrativas. Entretanto, a Constituição de 1988 foi a primeira a conferir a devida importância à saúde, tratando-a como direito social-fundamental, demonstrando com isso uma estreita sintonia entre o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos.

Um dos pontos fortes da Constituição Federal do Brasil de 1988 é ter trazido ao texto a ideia de política social como instrumento de inclusão das classes alijadas do progresso econômico, mas não direcionar essas políticas exclusivamente à parcela mais pobre da população. A seguridade social da nova república brasileira atenderia aos mais necessitados, promovendo o resgate da dívida social, como também universalizaria os bens e serviços para atendimento gratuito a toda a população. O novo texto renovou a esperança dos cidadãos, mas as expectativas foram cumpridas apenas parcialmente.

É notório o quanto avançamos em matéria de saúde nas últimas três décadas: tivemos redução da mortalidade materna e infantil, o aumento da expectativa de vida, a ampliação do acesso à Atenção Básica (AB) e da cobertura vacinal (ALMEIDA FILHO, 2011). Contudo, persistem problemas e falhas que precisam ser enfrentados, como o fato de que mulheres pobres continuam morrendo

ao realizar abortos em clínicas clandestinas e que os serviços de AB à saúde encontram-se sobrecarregados e sem condições de atender devidamente ao total da população demandante, seja devido à falta de profissionais, de instalações físicas adequadas ou de medicamentos e equipamentos básicos. Olhando por esse prisma, estamos ainda longe da universalização e da salvaguarda eficaz desse direito que, de tão essencial, se confunde com a própria vida.

Os êxitos que alcançamos podem ser relacionados às medidas de planejamento e democratização. A descentralização dos serviços tornou os municípios e as unidades federativas mais cientes de sua responsabilidade e com maior autonomia para executar suas ações. Em contrapartida, é frequente apenas a União realizar os repasses financeiros no percentual correto, e os Estados negligenciarem os municípios de sua esfera, não efetuando os repasses, fazendo-os aquém do valor estipulado ou só os fazendo quando pressionado pela opinião pública. Para justificar essa e outras negligências, é comum os gestores alegarem que já existem recursos suficientes e que x% a menos não fará falta, o que segundo Theodoro e Delgado (2003, p. 123), é incorreto, pois,

a política social no Brasil deve ser contemplada com volumes de recursos substancialmente superiores aos atuais para que direitos sejam preservados e estendidos aos segmentos ainda não incorporados. A cantilena fácil dos recursos suficientes e apenas mal alocados vem justificar um Estado mínimo e um mercado que se impõe como ordenador primordial [...] em detrimento de um Estado social de inclusão.

Os baixos investimentos do governo têm favorecido o fortalecimento do sistema privado de saúde, tornando o SUS um sistema para pobres, distante de sua proposta inicial de universalidade, conforme alerta Vargas (2008).

A principal orientação quanto ao financiamento dos serviços de saúde da rede que compõe o SUS está contida no Art. 198 da CF:

Art. 198 [...]

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3º.

Apesar da orientação acima citada, os Estados e municípios têm relativa flexibilidade para definir os percentuais de repasse em suas leis orgânicas e lhes é facultado ainda a utilização do princípio da “reserva do possível”, que lhes possibilita agir conforme sua disponibilidade financeira. Na definição de Suélen Coutinho do Nascimento, a reserva do possível, também conhecida como “reserva do financeiramente possível ou ainda reserva da consistência é o fenômeno que impõe limites para a efetivação dos direitos fundamentais prestacionais” (2014, p. 1). Para Fernando Gomes Correia Lima (2011), trata-se de um instrumento falacioso resultante de equívoco do Direito Constitucional Comparado que tem sido acionado como justificativa para a não efetivação do direito à saúde.

Com base nesse princípio, muitos Estados e municípios têm alegado dificuldades na positivação de direitos, o que tem levado a judicialização de questões de saúde. É comum o ingresso de cidadãos junto aos órgãos de defesa da sociedade para denunciar a negligência de entes federados na prestação de serviços de saúde ou recursos como medicamentos, exames e até mesmo fraldas geriátricas. A judicialização tem se mostrado, em muitos casos, uma via eficaz para a efetivação do direito à saúde, mas por outro lado, é bastante criticada, vez que os magistrados não analisam se o denunciado tem ou não condições financeiras de cumprir a obrigação de fazer por ele determinada. Nosso posicionamento em relação a isso se coaduna com a do ministro do Supremo Tribunal Federal, Celso de Mello (STF, 2014), que entende que o direito à vida e à saúde se sobrepõe aos interesses econômicos do Estado. Entendemos ainda que o Estado, mais do que atender pontualmente as necessidades de saúde dos cidadãos deve ainda cuidar da promoção da saúde a partir de uma concepção ampla e integrada.

Esse mesmo entendimento é apresentado pelo secretário adjunto de saúde do Estado de Rondônia, senhor Luis Eduardo Maiorquin:

Nós passamos por um processo político que a cada dia vem evoluindo mais. As pessoas deixaram de ver o Estado como um poder de benevolência, passaram a enxergar o Estado como um direito delas e aí, quando vão a um posto de saúde e não são atendidas direito pelo médico, chutam a porta, brigam com o diretor, jogam e rasgam a ficha da consulta. Esse comportamento social que estamos vivenciando, que é da nossa geração, que vem se modificando em nosso país, de certo modo é uma

evolução, e essa evolução vai, seguramente, modificar outros aspectos. Já estão modificando vários parâmetros no Brasil. Antigamente a gente não tinha um Ministério Público que oportunizasse as pessoas, ao serem mal atendidas numa unidade de saúde, num banco ou em qualquer órgão, fazer uma queixa formal e receber uma resposta daquela situação. Considero positivo o fato de a saúde ser judicializada, porque isso significa que a população tem consciência dos seus direitos constitucionais, direitos que eram inexistentes há tempos atrás (Luis Eduardo Maiorquin. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Uma das estratégias mais tradicionais do Estado brasileiro na promoção de saúde tem sido o desenvolvimento de campanhas de saúde pública, e nessa esteira, é interessante notar as de combate à dengue, não só por se vincularem à temática que interessa a este estudo, mas pelo fato de que a dengue é uma doença que se intensificou no Brasil justamente no período de formação do SUS e expressa vários de seus entendimentos e desafios.

7.1 As políticas públicas nacionais de combate e controle da dengue

As políticas públicas de combate à dengue no Brasil têm apresentado variações de concepções e de técnicas ao longo do tempo, e a periodização abarcada por esse estudo assegura a percepção de pelo menos três momentos distintos.

Em 1996, com o retorno do *Aedes aegypti* e a ocorrência de sérias epidemias urbanas, o Ministério da Saúde criou o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), que tinha na erradicação do mosquito seu principal foco de ação. O programa, tributário das experiências das campanhas de erradicação da malária coordenadas pela SUCAM, anteriores, portanto, à criação do SUS, foi proposto em um momento de transição não só epidemiológica como administrativa. Era o momento da descentralização dos programas de saúde e da construção de uma nova cultura, orientada pela lei 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regulamentaria o SUS e as políticas de saúde.

De acordo com a FUNASA (2001), o combate ao *Aedes aegypti* no Brasil vem ocorrendo sistematicamente desde o século XIX, quando epidemias de febre amarela urbana levavam a óbito milhares de pessoas em todo o Brasil. Sabe-se, contudo, que descuidos na vigilância epidemiológica permitiram a reintrodução do mosquito no Brasil, assim, a “sistematicidade” alegada pela FUNASA pode ser questionável.

De toda forma, contribuíram para a institucionalização dessas ações a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), no ano de 1946, passando pela

Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais de saúde.

De 1996 a 2002, aproximadamente, vigorava o entendimento de que era possível a erradicação do mosquito, e para se atingir esse objetivo o Estado protagonizava as intervenções químicas no ambiente, visando destruir criadouros. A ênfase era conferida às ações técnicas do Estado, e não na educação em saúde ou em transformações qualitativas do *habitat* humano e seu entorno.

Em agosto de 2001, o Ministério da Saúde lançou o novo Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD) que aumentou os repasses federais e incorporou campanhas para mobilização social e participação comunitária. A ideia de que os inseticidas, por si sós, pudessem resolver o problema, progressivamente foi dando espaço para o entendimento de que fatores culturais também interferem no processo. O Programa tinha como objetivos reduzir a incidência da dengue e a letalidade por febre hemorrágica e possuía como metas a redução da infestação predial e dos óbitos por dengue ano a ano. Nele estavam previstas a participação da sociedade como agente de mudanças, a educação em saúde e a orientação para a prevenção e para a busca de tratamento, caso os sintomas se manifestassem.

Em resposta a epidemias localizadas de dengue, como a que acometeu o Estado do Rio de Janeiro em 2002, e outras unidades da federação, foi criado o “Dia D de Combate à Dengue”, uma ampla frente de mobilização que passou a existir em vários municípios brasileiros, inclusive em Porto Velho. No Dia D são feitas passeatas e mutirões de limpeza, bem como visitas às residências para orientar quanto a cuidados básicos que evitam o desenvolvimento das larvas do mosquito, como colocar areia nos pratinhos de plantas, cobrir caixas e reservatórios de águas e não deixar água acumulada em inservíveis.

Após 2002 percebemos uma nova concepção acerca das ações públicas frente à dengue. Já não se trata de tentar erradicar o mosquito, mas de controlar sua presença e os danos que pode causar. A ideia de “combate”, contudo, ainda permanece. Combate à doença, guerra ao mosquito, mediante a tática de destruição de criadouros.

Ao avaliar como necessária a implantação de medidas mais modernas e participativas no controle da dengue, o Governo Federal lançou o PNCD – Programa

Nacional de Controle da Dengue, em julho de 2002. Segundo o documento, o novo Plano procurou

[...] incorporar as lições das experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, enfatizando a necessidade de mudança nos modelos anteriores, fundamentalmente em alguns aspectos essenciais. Dentre estes, podemos dizer que os abaixo descritos foram contemplados em nossa solução:

- o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença;
- a melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor;
- a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF);
- o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios (FUNASA, 2002, Introdução).

No bojo desse Plano, novas campanhas nacionais de controle da dengue foram realizadas, como veremos a seguir.

Para o período 2007-2008 foi lançada a Campanha Nacional de Mobilização contra a Dengue, cujo *slogan* foi “Combater a dengue é um dever meu, seu e de todos. A dengue pode matar” (figura 18). Nessa campanha, o perigo da morte foi enfatizado, assim como a necessidade de participação de todos no combate à doença.

Figura 18: Campanha nacional de sensibilização contra a dengue 2007-2008

OUTROS CUIDADOS QUE VOCÊ DEVE TOMAR PARA A DENGUE NÃO TE PEGAR:

1. Não acumule materiais descartáveis desnecessários e sem uso. Se forem destinados à reciclagem, guarde-os sempre em local coberto e abrigados da chuva.
2. Trate adequadamente a piscina com cloro. Se ela não estiver em uso, esvazie-a completamente, não deixando poças d'água. Se tiver lagos, cascatas ou espelhos d'água, mantenha-os limpos ou crie peixes que se alimentem de larvas.
3. Entregue pneus velhos ao serviço de limpeza urbana. Caso precise deles, guarde-os, sem água, em locais cobertos.
4. Verifique se todos os ralos da casa não estão entupidos. Limpe-os pelo menos uma vez por semana e, se não os estiver usando, deixe-os fechados.
5. Guarde as garrafas, baldes ou latas vazias de cabeça para baixo.
6. Lave com escova e sabão as vasilhas de água e de comida de seus animais pelo menos uma vez por semana.
7. Retire a água da bandeja externa da geladeira pelo menos uma vez por semana. Lave a bandeja com sabão.
8. Não deixe acumular água na parte de baixo das torneiras de bebedouros e filtros de água.

COMBATER A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS.

A DENGUE PODE MATAR.

Procure logo um serviço de saúde em caso dos seguintes sintomas: febre com dor de cabeça e dor no corpo.

www.saude.gov.br
DENGUE SAÚDE SEM SEU TEMPO

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

SUS

Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

A preocupação com a morte é evidente no documento acima, e a indicação é que em caso dos sintomas: “febre com dor de cabeça e dor no corpo”, seja procurado imediatamente um serviço de saúde.

Para o diálogo com o público infantil a fotografia foi substituída por desenho e a ideia do perigo de morte foi alterada por uma expressão positiva da facilidade de se combater a dengue, bastando, para isso a lembrança constante das medidas que precisam ser tomadas (figura 19).

Figura 19: Capa de cartilha infantil da campanha nacional de combate à dengue, 2007-2008



Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

Os materiais das campanhas acima apresentados são ricos em informações e articulam bem a linguagem escrita com a visual, e seu aspecto é agradável à leitura. Entretanto, é importante lembrar que a sociedade brasileira apresenta uma população de 13.933.173 de analfabetos e mais de 33 milhões de analfabetos funcionais (IBGE, 2010). É possível ainda que esses dados estejam subquantificados, o que pode ajudar na compreensão do porquê essas campanhas não conseguem obter os resultados esperados. Em entrevista realizada com Danilo Rocha, estudante de medicina e bolsista PET na SEMUSA, o mesmo relatou sua percepção acerca desse problema e ressaltou que esse é um limitante concreto que dificulta as pessoas de tomarem posições políticas mais coerentes com a necessidade de saúde. Vejamos um trecho de seu relato:

Por eu ser da classe média achava que todo mundo tinha pelo menos o Ensino Médio completo. Depois, andando pela cidade e conversando com as pessoas vi que é muito raro você encontrar, na periferia, uma mulher de vinte anos que tenha o Ensino Médio completo. Você não encontra, é muito difícil, é outro mundo. Muitas meninas diziam: "Ah, tenho só a quinta série". Algumas até sabem ler e escrever, mas não têm o Ensino Médio completo, não têm perspectiva de prosseguir nos estudos. A baixa escolaridade e o analfabetismo existem! Não existem só nos dados do IBGE, mas são problemas de verdade e influenciam no campo da saúde pública. Se as pessoas tivessem mais educação seriam mais conscientes das prevenções, saberiam melhor interpretar os problemas diários ao redor delas. (Danilo Rocha. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Diante do dado alarmante de que 30% da população brasileira é de analfabetos ou analfabetos funcionais, uma alternativa (enquanto não se melhoram os níveis educacionais) é investir na comunicação visual, o que vem sendo feito (figura 20):

Figura 20: Cartaz “Como se proteger contra a dengue”, Campanha 2007-2008



Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

A campanha referente ao período 2010-2011 teve como tema: “Dengue. Se você agir, podemos evitar”, chamando a atenção, portanto, do indivíduo para tomar atitudes de prevenção à doença. Aqui percebemos uma mudança em relação à campanha do período 2007-2008, que enfocava a participação coletiva como dever de todos: “Combater a dengue é um dever meu, seu e de todos”. Nessa campanha criada para 2010-2011, há um chamado individual para o agir responsável. O comando direto dado pela nova campanha: “Se você agir...” destaca a importância das atitudes de cada pessoa para transformar o perfil de saúde da sociedade (figura 21).

Figura 21: Campanha de sensibilização contra a dengue 2010-2011

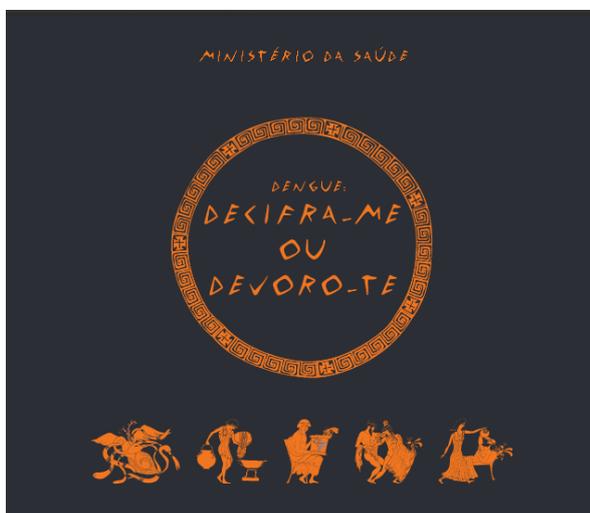


Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Ainda com relação à imagem acima destacamos a expressão “dengue mata”, no canto inferior direito. Uma afirmação, uma constatação que esclarece quanto ao perigo da doença. Na campanha 2007-2008, elaborada por outra agência de publicidade, a expressão foi grafada como “A dengue pode matar”. Percebemos assim que há novo gradiente da seriedade do problema dengue no Brasil, entre uma campanha e outra, sendo que nessa última o tom é mais prescritivo e direto: “Cuide da sua casa, fale com seus vizinhos, converse com a Prefeitura” e o alerta direto e categórico que “Dengue mata”.

Em 2009 e 2010, circulou pelos órgãos de saúde, livreto impresso e CD-ROM com o título “Dengue: decifra-me ou devoro-te”. O material, ricamente ilustrado, trazia motivos greco-romanos, e no livreto, explicações detalhadas sobre os “mitos” e as “verdades” em relação à dengue. A ideia expressa por esse material é que a dengue é a grande esfinge do nosso tempo, que desafia a todos para seu conhecimento e controle.

Figura 22: Capa do livreto “Dengue, decifra-me ou devoro-te”, 2010.



Fonte: Ministério Público do Estado do Paraná, 2011.

A campanha de combate à dengue do período 2011-2012 teve como tema “Sempre é hora de Combater a Dengue” (figura 23), e como símbolo, um despertador. O objetivo daquela campanha foi. Segundo a PAHO (2012), a campanha brasileira teve como intenção reforçar a sensibilização da população sobre a importância da prevenção contra os criadouros do *Aedes aegypti*, por meio de ações de higiene, cuidados com caixas d’água, calhas e lixo doméstico.

A ideia que se tentou transmitir é que o combate à dengue deve ser feito a todo o momento, e não apenas no verão ou quando se passa por surtos e epidemias. Assim como nas campanhas anteriores, percebe-se que o Estado considera relevantes as medidas individuais. A figura do despertador chama ainda a atenção da sociedade para “despertar” para uma postura proativa na prevenção da doença.

Figura 23: Campanha nacional de sensibilização contra a dengue 2011-2012



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Embora essa campanha tenha destacado o compromisso com a vigilância constante, a fim de se evitar a doença, a ideia de que a dengue pode matar, de que é necessário eliminar os criadouros e buscar socorro médico em caso de manifestação dos sintomas típicos da doença, também se repetiu, e tem se revelado uma constante em todas elas.

Para a campanha do biênio 2013-2014, o sujeito da ação é o “Brasil unido” (figura 24), que contempla a participação dos indivíduos e da coletividade. Tendo em

vista a Copa do Mundo FIFA 2014, acreditamos que o novo *slogan* tenha trabalhado com um imaginário de unidade nacional, favorecido pela paixão coletiva que o futebol representa, na tentativa de transpor essa “unidade” para o combate à dengue.

Figura 24: Campanha nacional de sensibilização contra a dengue, 2013-2014



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

As campanhas de saúde são oportunidades privilegiadas para o estreitamento do diálogo entre o Estado e a Sociedade e para a educação em saúde, favorecendo o conhecimento de doenças e sua prevenção, e da importância da participação social na construção de cenários mais saudáveis.

A ideia de “time” também foi explorada na campanha nacional de controle da dengue de 2013-2014 (figura 25).

Figura 25: Monte seu time: campanha de sensibilização contra a dengue, 2013-2014.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013

As ideias de “campanha” e de “combate à dengue”, como o próprio nome sugere, atualizam um imaginário militar e higienista. Essas campanhas, enquanto propaganda visam provocar a receptividade do público consumidor em relação ao “produto” anunciado. Embora relevantes como medidas de educação em saúde, não é possível mensurar sua eficiência, e consideramos pertinente o desenvolvimento de estudos que se ocupem desse aspecto e de sua recepção por parte de públicos variados.

Não obstante o papel do Estado na promoção da saúde e prevenção de doenças, empresas, igrejas e organizações não governamentais também promovem ações na área. No Brasil, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), entidade ligada à Igreja Católica, promoveu uma importante campanha de reflexão acerca dos problemas de saúde no país, com atividades de incentivo à fraternidade e à saúde pública na Campanha da Fraternidade de 2012. A dimensão do cuidado de si e do cuidado do outro também foi enfatizada nessa Campanha, cujo tema foi “Fraternidade e Saúde Pública” e o lema foi “Que a saúde se difunda sobre a Terra” (CNBB, 2012).

As políticas definidas nacionalmente são replicadas pelos Estados e Municípios por meio de suas secretarias de saúde, que também desenvolvem campanhas, programas, projetos e planos próprios. O fluxo dessas políticas pode ser observado a seguir (figura 26).

Figura 26: Brasil - fluxograma das políticas públicas de controle da dengue



Fonte: Araújo, 2013 (adaptado de Mendonça e Araújo, 2012)

De acordo com Araujo (2013), as políticas públicas de controle da dengue podem ser classificadas em duas categorias distintas:

as de cunho preventivo, que normalmente são realizadas no decorrer de todo o ano e têm como caráter principal a conscientização e educação da população no trabalho de controle do vetor; e emergenciais, que são realizadas no período epidêmico e visam o combate imediato da infestação e do aumento do número de casos registrados de dengue (ARAUJO, 2013, p. 67).

Esses perfis das políticas públicas relativas à dengue, constatadas por Araújo (*op. cit.*) no Paraná, também são percebidos em Rondônia e Porto Velho.

Antes de analisarmos as políticas públicas de combate à dengue, no âmbito do município de Porto Velho, esboçaremos de forma objetiva uma avaliação sobre essas políticas na perspectiva das ações nacionais.

7.2 Uma avaliação das políticas públicas de controle da dengue no Brasil

Com base nos principais planos e programas de combate e controle da dengue, acima apresentados, podemos afirmar que o Brasil tem buscado colocar em prática as orientações e estratégias propostas pela OMS no que diz respeito ao controle do dengue, no entanto, os resultados não têm se mostrado satisfatórios até o momento. Fazem-se necessários mais investimentos em todas as estratégias, bem como o monitoramento constante dessas estratégias nas diversas unidades da federação, com destaque para a urgência do aprimoramento das pesquisas e do controle de vetores, pois o combate ao *Aedes aegypti* é o meio direto de intervir no controle da dengue, tendo em vista que não há vacina ou medicação específica para a doença (MEDRONHO, 2008).

Sem discordar de Medronho, entendemos que a complexidade geográfica do ambiente urbano brasileiro altamente antropizado, fragmentado, disperso e diverso em sua configuração infraestrutural, de saneamento, habitação e distribuição de bens e serviços, demanda não apenas políticas públicas destinadas ao combate do vetor ou ao controle da doença, mas políticas públicas integradas, dispostas a enfrentar o cerne do problema: a condição urbana na periferia do capital, forjada em um processo de modernização excludente e incompleto, designado por Milton Santos (1993), como “urbanização corporativa”, ou seja, uma forma de urbanização “empreendida sob o

comando dos interesses das grandes firmas, constitui um receptáculo das consequências de uma expansão capitalista devorante dos recursos públicos, uma vez que estes são orientados para os investimentos econômicos, em detrimento dos gastos sociais” (SANTOS, 1993, p. 95).

Além da integração das políticas públicas, consideramos relevante a manutenção dessas ações mesmo nos períodos que indiquem menores riscos ou que desponham outras prioridades políticas, como sediar Copa do Mundo de Futebol, por exemplo. Isso porque os casos mais graves e as grandes epidemias têm se revelado justamente nos anos em que há retração dos investimentos públicos na área e no primeiro ano subsequente ao de eleições majoritárias (G1, 2013).

Outro aspecto que deve ser visto com especial atenção é o da utilização de mosquitos geneticamente modificados, pois a insuficiência dos estudos e de medidas que assegurem a segurança da população pode colocar em risco a saúde humana e comprometer delicados mecanismos de funcionamento dos ecossistemas. Muitas vezes, na pressa de se conter a endemia, se age de modo precipitado, agravando ainda mais o problema, como ocorreu no município baiano de Juazeiro, que após a liberação dos mosquitos transgênicos no meio ambiente sofreu aumento no número de casos de dengue, a ponto de se decretar estado de calamidade pública (ANA, 2015).

Os aspectos positivos da atual política nacional de combate à dengue dizem respeito ao reconhecimento da impossibilidade de se erradicar o mosquito, ao investimento em comunicação social, à orientação médica e mobilização da sociedade, assim como ao investimento em educação em saúde e a criação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Esse programa opera em escala nacional com atenção especial aos municípios prioritários²⁶ e repasse financeiro de recursos suplementares a municípios com epidemia ou com indicativo de epidemia, como tem sido o caso de diversos municípios amazônicos, dentre os quais, a capital do Estado de Rondônia. Ainda assim, quando se avaliam os resultados dessas políticas públicas,

²⁶ Foram considerados prioritários os seguintes municípios: Capital de estado e sua região metropolitana, Municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes e Municípios receptivos à introdução de novos sorotipos de dengue, como os de fronteiras, portuários, núcleos de turismo, dentre outros.

percebe-se a necessidade de avançar e aperfeiçoar as estratégias de intervenção e de avaliação continuada, para se ter conhecimento sobre o andamento do processo.

O PNCD é a principal expressão do Estado brasileiro no combate à dengue e tem como objetivos a redução da infestação pelo *Aedes aegypti*, a redução da incidência da dengue e da letalidade por febre hemorrágica de dengue (FUNASA, 2002). O Programa propõe a execução de 10 componentes para controlar a doença, e possibilita que cada unidade federada faça as alterações necessárias de forma a adequar o Programa às suas necessidades e especificidades. Os componentes são: (1) a Vigilância epidemiológica, (2) o Combate ao vetor, (3) Assistência aos pacientes, (4) Integração com a Atenção Básica (Pacs/PSF), (5) Ações de saneamento ambiental, (6), Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, (7) Capacitação de recursos humanos, (8) Legislação, (9) Sustentação político-social e (10) Acompanhamento/avaliação do PNCD (FUNASA, 2002). Embora a liberdade para adequações por parte das secretarias municipais e estaduais de saúde seja indispensável, sua face reversa tem revelado grandes disparidades de gestão do PNCD no território nacional. Sua utilização, em muitas unidades, tem servido como capital para fins eleitoreiros, conforme relata Vanessa Lins:

A gente era obrigada a fazer esse tipo de coisa no governo Cassol. Todo mundo que tinha cargo comissionado tinha que fazer isso. Eu tive de fazer isso várias vezes. O governo Cassol obrigava a gente a “bater bandeira na esquina”... Existe muito essa coisa de campanhas de saúde para atender a interesses políticos, essa coisa mais sensacionalista. Fazer uma ação específica só para atender determinados interesses, no momento conveniente. Conveniente para eles, não para a população. É assim com a dengue, foi assim com a H1N1 (Vanessa Lins. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

Apesar dos investimentos feitos para a execução dessas políticas públicas, os casos de dengue são crescentes e o acesso da população ao conhecimento dos mesmos é cada vez mais restrito. Exemplo disso é o bloqueio dos dados do SINAN a partir de 2013 para usuários comuns do sistema, e a insuficiência de boletins informativos com dados atualizados, seja em esfera nacional, seja em esfera estadual ou local.

Em 19 de novembro de 2013, quando foi lançada a mais nova campanha de combate à dengue, o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, senhor Jarbas Barbosa, informou que o Brasil encerraria o ano com 157 municípios em

situação de risco de dengue e outros 525 em estado de alerta. Em 2013 foram registrados mais de 1,4 milhão de casos suspeitos, o que equivale a um aumento de 54,6% em relação a 2010. No ano de 2012, entre janeiro e novembro, foram registrados 500 mil casos de dengue, e o governo atribuiu essa elevação à transição dos governos municipais, que teria dificultado os trabalhos dos agentes de saúde; e à entrada em circulação do sorotipo 4, ao qual grande parte da população é suscetível, por não ter tido ainda contato com o vírus.

No período de 1999 a 2012, foram registrados no SINAN um total de 580.791 casos de dengue. Considerando que a pesquisa teve por meta investigar a problemática da dengue no período de 1999 a 2013, mas não foi possível o acesso completo aos dados de 2013, devido sua indisponibilidade nas secretarias municipal e estadual de Saúde, foi preciso considerar, em relação à escala nacional, dados parciais, referentes a 1º de janeiro a 17 de fevereiro de 2013 – o que corresponde as sete primeiras semanas epidemiológicas do ano. Esses dados, extraídos do site da Organização Pan-americana de Saúde indicavam aumento nas notificações e redução dos casos graves e dos óbitos, em comparação com o mesmo período no ano anterior:

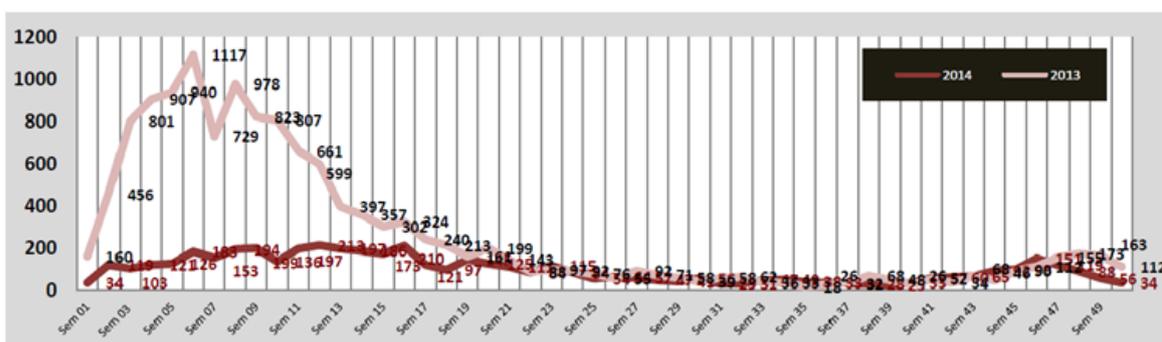
Segundo os dados, até 16 de fevereiro de 2013, foram notificados 204.650 casos no país. Deste total, 324 foram notificados como casos graves e 33 óbitos. Comparando esses resultados com igual período de 2012, o que se nota é um aumento de 190% nos casos notificados (70.489 casos em 2012), e uma importante redução de 44% nos casos graves (577 casos em 2012) e de 20% nos óbitos. As regiões Centro-Oeste e Sudeste lideram em número de notificações, com 80.976 casos e 80.876, respectivamente, o que equivale a 79% dos casos notificados no país. Nas demais regiões foram notificados os seguintes números: Norte (18.435), Nordeste (11.943) e Sul (12.420) (PAHO, 2013).

Em relação aos dados referentes a Porto Velho, tivemos acesso a uma planilha (elaborada pela servidora Deuzeli Pereira – SEMUSA), mas os dados referentes à escala de Rondônia e Brasil não estavam disponíveis naquela secretaria, motivo pelo qual nos encaminhou a SESAU.

Ao contatar servidor da SESAU fomos informados que, devido à mudança de *software*, os dados da dengue em Rondônia e no Brasil no ano de 2013 não estavam disponíveis. Informou ainda que devido a período de férias, a secretaria não possuía recursos humanos disponíveis para fazer o levantamento no sistema antigo. A solução indicada foi que nos reportássemos aos boletins informativos publicados pela AGEVISA de Rondônia.

No site da AGEVISA localizamos dois boletins que informavam sobre a situação da dengue em Rondônia no ano de 2013. O Boletim de Resposta Coordenada no Monitoramento da Dengue (AGEVISA, 2014a), datado de 30 de janeiro de 2014, que se refere às semanas epidemiológicas 01 de 2013 a 03 de 2014 trouxe em vermelho, logo abaixo da identificação institucional, a frase “Boletim Provisório devido alterações do SINAN” e indicou o registro de 2.533 casos de dengue em Rondônia no período abordado. O Boletim de 22 de dezembro de 2014 (AGEVISA, 2014b), que informa sobre as semanas epidemiológicas de 01(29/12/2013) a 50(12/12/2014) trouxe o gráfico da figura 27, que compara o número de casos de dengue registrado por semana epidemiológica.

Figura 27: Rondônia - Comparativo de número de casos de dengue registrados em 2013 e 2014 por semana epidemiológica.



Fonte: SINAN ONLINE/AGEVISA

Até a semana 50 de 2014, o Programa Estadual registrou um total de 4.909 casos suspeitos de dengue, contra 13.394 registrados no mesmo período, em 2013. Ambos os documentos informaram que, em virtude de atualização no SINAN, os dados apresentados poderiam ser revistos.

A sensação que se tem, quando se analisa a situação em Rondônia, é que o número de casos registrados está aquém da realidade, e a mesma impressão se dá quando analisamos o quantitativo de casos de dengue registrados no SINAN NET, segundo classificação final da doença (quadro 07).

Quadro 07: Brasil- Notificações de dengue registradas no SINAN NET, segundo classificação final

ANO	CASOS REGISTRADOS POR CLASSIFICAÇÃO FINAL
1999	21
2000	19
2001	31
2002	34
2003	15
2004	17
2005	18
2006	16
2007	11
2008	07
2009	14
2010	74
2011	3.756
2012	576.758

Fonte: Xênia de Castro Barbosa, elaborado com base em SINAN NET, em janeiro de 2013 (dados sujeitos a revisão no sistema).

Ao se observar o quantitativo de casos registrados ano a ano, especialmente os números baixos até 2010, fica evidente que estamos frente a um quadro crítico de subnotificação, possivelmente pelo fato de servidores responsáveis por alimentar o sistema não efetuarem os registros em relação ao desfecho da doença (se foi confirmada ou não, se houve cura ou óbito e encerrar o registro). A esse respeito, é preciso considerar também que, muitas vezes, o comportamento social das pessoas que manifestam dengue é de tratar a doença em casa, só procurando o hospital em casos de agravamento dos sintomas ou do mal-estar, o que também contribui para a subnotificação. Por outro lado, há o aumento do quantitativo de casos nos últimos anos, o que pode ser explicado por fatores como o incremento do fluxo populacional, que além de fazer circular mercadorias e ideias, também promove o intercâmbio de agentes etiológicos (FRANÇA, ABREU, SIQUEIRA, 2004). Segundo as autoras, a tendência revelada pelo Brasil encontra correspondência em outros cenários mundiais, como a América, e indica, no caso do Brasil, uma “deterioração do quadro epidemiológico local” (*op. cit.*, 2004, p.1.335). Este quadro

[...] tem, sobretudo, forte determinação social, com a permanência da desigualdade na organização do espaço urbano gerando bolsões carentes de infra-estrutura (*sic*) de saneamento básico, como abastecimento de água potável e serviços de coleta de lixo, ou de uma estrutura adequada de educação e de saúde pública. Embora o dengue se caracterize por uma intensa dispersão geográfica e social, é também correto afirmar que tais bolsões constituem ambientes mais propícios e vulneráveis ao surgimento de inúmeros e variados criadouros do *Aedes*, aumentando a competência vetorial para a disseminação de epidemias (FRANÇA, ABREU, SIQUEIRA, 2004, p. 1335).

Outro fator a se considerar para a explicação dos números elevados em 2011 e 2012 é a aprendizagem do uso do sistema e maior rigor por parte do Ministério da Saúde. Infelizmente, quando parece que se está aprendendo o uso responsável da tecnologia, uma nova se apresenta (o SINAN ONLINE), e até que esta seja culturalmente assimilada, temos de conviver com vazios e incompletudes como o do ano de 2013, conforme discutimos anteriormente.

Ainda com relação à análise dos dados dispostos nos documentos, cabe destacar que, do ponto de vista da crítica externa, são fidedignos quanto à autenticidade: registrados em um sistema oficial e somente por usuários autorizados de cada unidade da federação; mas, do ponto de vista da hermenêutica, é preciso problematizar quanto à limitação desse tipo de documento em representar a realidade, assim como quanto ao significado social dos silêncios e hiatos que se impõem sobre a leitura dessa documentação. Estariam essas falhas de registro respondendo a um interesse deliberado do Poder em camuflar a realidade da dengue no Brasil? Ou se trataria apenas de uma evidenciação dos limites técnicos e tecnológicos dos sistemas de saúde, presentes desde o início do processo, ou seja, desde o momento do diagnóstico e registro nos postos de saúde e hospitais? Estaria havendo negligência por parte dos profissionais e gestores de saúde?

As narrativas da enfermeira Priscilla e da técnica de enfermagem Rosiene, disponíveis no tomo II deste trabalho, apontam para um problema que deve ser considerado quando pensamos nas questões acima, que é o da urgência do trabalho de atendimento aos pacientes e falta de um profissional específico para preencher a ficha do SINAN. Diante da pouca quantidade de recursos humanos nos hospitais e postos de saúde, esse trabalho é assumido, muitas vezes, pela mesma enfermeira ou médico que precisa dar assistência ao paciente, e apesar do conhecimento da lei, entre obedecer a uma normativa e salvar uma vida, dá-se preferência pelo salvamento da vida. Assim, não se pode afirmar que todos os casos de subnotificação médica ou

falhas na notificação da dengue sejam ocasionados por negligência dos profissionais da saúde, pois há casos que demandam escolha moral e de razoabilidade.

Para maior êxito nas políticas públicas, consideramos pertinente o aperfeiçoamento dos sistemas de informação, especialmente o SINAN e o SIM e consideramos relevante o envolvimento dos diversos atores sociais nas mobilizações de enfrentamento da dengue. No que concerne às campanhas, propriamente ditas, acreditamos que poderiam alcançar melhores resultados se acontecessem sem descontinuidades temporais e de maneira vinculada às bases territoriais onde vivem os grupos de maior vulnerabilidade.

Paralelamente ao desenvolvimento de campanhas, consideramos necessário o enfrentamento, por parte do Estado, dos problemas socioambientais e econômicos que acometem as populações, especialmente as mais pobres, como a falta de saneamento básico, a elevada densidade demográfica nos bairros de classe operária e a qualidade de suas moradias e de seu entorno. Nas áreas de classe alta se observa o descuido com os reservatórios de água (piscinas, vasos, etc) e, de maneira geral, a desatenção com a dimensão pública do espaço urbano. No Brasil, a tônica tem sido posta na responsabilidade dos indivíduos em relação à permanência da dengue, mas não tem sido feito um enfrentamento radical e responsável do problema. Por outro lado, reconhecemos que a participação dos indivíduos é de grande relevância na conformação do meio como favorável ou desfavorável para o desenvolvimento do mosquito da dengue, e é preciso que se tenha clareza quanto ao impacto de suas ações ou inações.

7.3 As políticas públicas de combate e controle da dengue em Porto Velho/RO

No território de Porto Velho, o órgão responsável pelo desenvolvimento de políticas públicas de combate e controle da dengue é a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Seu trabalho é feito em um diálogo que consideramos incipiente com a Secretaria Estadual de Saúde e a Agência de Vigilância em Saúde do Estado de Rondônia (AGEVISA). Acreditamos que, a exemplo do que houve no município de Cachoeira Dourada, em Goiás, o envolvimento de todos os setores municipais,

juntamente com a sociedade civil poderia favorecer melhores resultados em relação à prevenção da dengue²⁷.

Desconhecemos haver um planejamento integrado entre a SEMUSA e as secretarias municipais de Serviços Básicos (SEMUSB) - que inclui a coleta de lixo, a gestão das águas, esgoto, parques e espaços públicos -, a secretaria de Planejamento e Gestão (SEMPGA), e a de Obras (SEMOB) - cujas atividades tangenciam a questão da saúde pública por se vincularem a alterações, positivas ou negativas, do meio ambiente.

Ponto positivo notado foi a boa integração entre a SEMUSA e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMA), especialmente com o Departamento de Vigilância Sanitária, conforme revelado pela fiscal de meio ambiente Vanessa Lins²⁸, e com a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), cuja parceria tem possibilitado excelente trabalho de educação em saúde nas escolas públicas da rede.

A SEMUSA desenvolve durante todo o ano atividades de vigilância epidemiológica e ambiental, controle entomológico e educação em saúde, replicando também as campanhas nacionais de saúde pública, dentre as quais as da dengue.

Os estudos desenvolvidos pelo órgão possibilitaram-lhe reconhecer os períodos de maior incidência da dengue, que corresponde ao de maior precipitação pluviométrica, a saber, os meses de novembro a março (SEMUSA, 2013). Durante todo o ano, no entanto, são registrados casos da doença, assim, não se trata de uma patologia sazonal.

Ainda segundo a SEMUSA (2013), os primeiros focos de *Aedes aegypti* foram detectados no município em 1992. Em 1995 foram notificados casos importados, e dois anos depois, casos autóctones. A partir daquele ano, consta notificação recorrente da doença, com incrementos nos anos de 2000, 2003, 2006, 2008 e 2010, sendo que o ano de 2010 foi caracterizado como epidêmico, tendo levado a óbito, oficialmente, 06 pessoas, conforme dados do SIM/DVEA/SEMUSA (2015).

²⁷ Redes sociais, como o facebook, e sites de notícias locais de Cachoeira Dourada comemoraram, em 2014, a redução dos casos de dengue naquele município. As ações envolveram campanhas de controle do vetor, obras de drenagem urbana, coleta de resíduos e educação em saúde, por meio de estratégias variadas, dentre as quais o teatro.

²⁸ A entrevista realizada com a servidora Vanessa Lins pode ser conferida na íntegra no tomo II deste trabalho.

As primeiras ações dessa secretaria, direcionadas para o problema do dengue, tiveram início em 1997, quando a Prefeitura do município de Porto Velho assumiu a execução das ações de combate ao *Aedes aegypti*, antes desenvolvidas pela FUNASA. Ainda em 1997, o município elaborou seu PEAa, seguindo assim, as diretrizes nacionais. A descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle das Doenças só ocorreu, no entanto, de forma efetiva, a partir do ano de 2001, quando a secretaria passou a dispor de recursos materiais, financeiros e humanos para trabalhar no controle das endemias. Um ponto importante a se notar é que Rondônia foi a última unidade da federação a descentralizar esse serviço, conforme relatado por Domingos Sávio Fernandes de Araújo, na entrevista que nos concedeu²⁹. O que a entrevista sugere é que houve muita resistência por parte dos profissionais de saúde e mesmo da população em retirar esses serviços dos órgãos federais e municipalizá-los, devido ao fato de que o trabalho exercido por esses órgãos era de excelência, sendo, portanto, uma ação arriscada retirá-los de uma esfera que estava “obtendo êxito” para uma que teria ainda de aprender a como fazer.

O principal alvo das políticas públicas de saúde de Porto Velho na década de 1990 era a malária, por ser essa a endemia mais expressiva no território. Mas no final da década, a dengue já se anunciava como patologia relevante e desafiadora da gestão de saúde. Nas décadas seguintes, seriam feitos os isolamentos virais dos quatro sorotipos. Há, portanto, quatro cepas distintas em circulação em Rondônia, ou que aqui já circularam. Recentemente foram registrados também casos de febre chikungunya, causada pelo vírus CHIKV, que é transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*.

Para enfrentar as endemias e epidemias de dengue, a SEMUSA coordena, atualmente quatro LIRAAs por ano, promove a destruição química e/ou mecânica de criadouros, executa campanhas, mutirões de limpeza, planos de contingenciamento e projetos estratégicos, como o Saúde Cidadã (figura 28), coordenado pela servidora Régia Martins. Esse projeto obteve amplo alcance popular no ano de 2008, ao envolver a Igreja Católica, comerciantes e outros setores da sociedade.

Figura 28: Porto Velho: Projeto Saúde Cidadã de controle da dengue

²⁹ A entrevista completa pode ser lida no tomo II deste trabalho.



Fonte: SEMUSA, 2014. Imagem cedida por Régia Martins.

Além de promover entrega de panfletos educativos nos principais semáforos, para chamar a atenção do público para os cuidados que se devem ter em relação à dengue e distribuir panfletos com orientações, o projeto oportunizou o diálogo com a sociedade e capacitações de servidores (Figura 29), como pode ser inferido da imagem abaixo.

Figura 29: Porto Velho: Atividade de capacitação de servidores e membros da comunidade



Fonte: SEMUSA, 2014. Imagem cedida por Régia Martins.

Conforme *slides* apresentados à época pelo então secretário de saúde, senhor Sid Orleans³⁰, o projeto era “um projeto da prefeitura *com* a comunidade, e não *para* a comunidade” e envolvia, dentre outras ações, cursos de capacitação em diagnóstico e manejo clínico em dengue para médicos da rede municipal, estadual e privada, cronograma de visitas para orientação, notificação dos ferros velhos e borracharias da cidade de Porto Velho e a intensificação das visitas domiciliares pelos ACE. Embora o lançamento do projeto tenha ocorrido oficialmente em 11 de março de 2008, algumas ações tiveram início no final de 2007, como a capacitação dos médicos para o manejo clínico da dengue.

Além da execução de projetos como o acima identificado, a SEMUSA desenvolve, principalmente nos meses de maior incidência da doença, visitas aos domicílios para destruição de criadouros, orientação à população e nebulização de inseticidas, podendo contar também com o apoio do Exército e da Aeronáutica para suas atividades (figura 30).

Figura 30: Porto Velho - Ações da SEMUSA de combate à dengue



ACS realizando vistoria em caixa d'água



Nebulização de inseticida (fumacê)

³⁰ Os *slides* das apresentações de Sid Orleans e Régia Martins, bem como fotografias relacionados ao projeto Saúde Cidadã nos foram disponibilizados por Régia Martins, a quem registramos agradecimento.



Soldados e ACE em trabalho na periferia de Porto Velho

Fonte: Google Imagens, 2014.

Além de reproduzir em seu território as campanhas nacionais de controle da dengue, a SEMUSA também elabora suas campanhas e materiais informativos (figura 31).

Figura 31: Porto Velho - Cartaz e lista de itens para serem checados



DENGUE

**Você pode acabar
com esse perigo em
PORTO VELHO**

		1	2	3	4
<input checked="" type="checkbox"/>	Caixas d'água vedadas				
<input checked="" type="checkbox"/>	Calhas totalmente limpas				
<input checked="" type="checkbox"/>	Galões, tonéis, poços e tambores bem vedados				
<input checked="" type="checkbox"/>	Pneus sem água e em lugares cobertos				
<input checked="" type="checkbox"/>	Garrafas vazias e baldes com a boca para baixo				
<input checked="" type="checkbox"/>	Ralos limpos e com tela				
<input checked="" type="checkbox"/>	Bandejas de ar-condicionado limpas e sem água				
<input checked="" type="checkbox"/>	Bandejas de geladeira sem água				
<input checked="" type="checkbox"/>	Pratos de vaso de planta com areia até a borda				
<input checked="" type="checkbox"/>	Bromélias e outras plantas sem acúmulo de água				
<input checked="" type="checkbox"/>	Vasos sanitários sem uso fechados				
<input checked="" type="checkbox"/>	Lonas de cobertura esticadas para não formar poças				
<input checked="" type="checkbox"/>	Piscinas e fontes sempre tratadas				

Fonte: SEMUSA, 2012.

Esses materiais não diferem muito dos utilizados nas campanhas nacionais. Cartazes como o apresentado acima podem ser encontrados em pontos de ônibus e postos de saúde, em Porto Velho, e a lista de itens para serem conferidos foi distribuída em escolas públicas e particulares da rede municipal de Educação, inclusive para crianças do Ensino Infantil.

A entrega de materiais como o ilustrado abaixo pode favorecer maior permanência da informação na memória das pessoas, uma vez que sugerem uma duração maior do que a de um folder ou papel recebido. É preciso, contudo, relativizar essa permanência, pois é possível que, mais cedo ou mais tarde esses objetos também sejam descartados, dado a nossa cultura de consumo e substituição rápida de produtos.

Figura 32: Porto Velho: Material de informação sobre a dengue, distribuído pela SEMUSA.



Fonte: SEMUSA, 2014.

Apesar de não serem perenes, esses objetos atuam como lembretes acerca dos cuidados que se devem tomar para se evitar a dengue. A entrega dos panfletos da campanha em sacolinhas do tipo que se deixa em automóveis, para guardar lixo, sugere, contudo, que esse material já é resíduo...

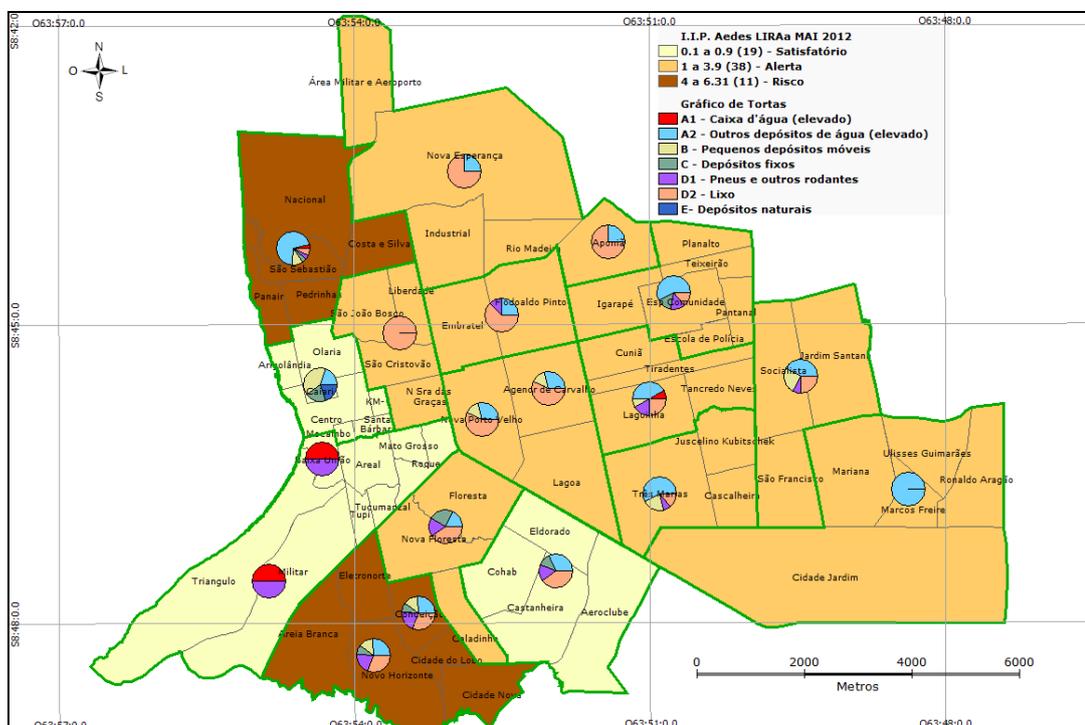
A partir de 2003, a SEMUSA realizou anualmente, em complemento às campanhas, os Planos de Contingência da Dengue, com medidas estratégicas e previsão de recursos para a minimização dos impactos da doença sobre a população. Esses correspondem a uma de suas principais medidas de políticas públicas de saúde e, na classificação de Almeida Filho (2011), são consideradas estratégias da ordem da precaução, ou seja, cujo intuito é detectar e conter eventos futuros.

Os Planos de Contingência da dengue analisados apresentaram os seguintes eixos de ação: (1) Educação em Saúde e Mobilização Social, (2) Capacitação de Recursos Humanos, (3) Controle de Vetor, (4) Atenção Básica, (5) Vigilância Epidemiológica, (6) Vigilância Laboratorial, (7) Vigilância Sanitária, (8) Assistência ao Paciente, (9) Previsão de Recursos Necessários (humanos, materiais e financeiros). Esses documentos apresentam uma informação interessante e atualizada a cada

ano, que é o mapa municipal da infestação predial por *Aedes aegypti*. Esses mapas permitem conhecer os níveis de infestação nos diversos bairros da cidade. São documentos que ficam restritos ao setor, não sendo publicados em jornais ou em outros veículos de comunicação que poderiam alcançar um número grande de pessoas, favorecendo sua sensibilização para o problema.

A espacialização do primeiro LIRAA de 2013, realizado no mês de janeiro, identificou que 15% dos bairros apresentaram IIP no intervalo de 1 a 3.9 (classificados como situação de alerta, ou seja, possuem potencial para transmissão da doença) e 85% apresentaram IIP ≥ 4 (classificados como situação de risco), ou seja, possuem alto potencial para transmissão da doença (SEMUSA, 2013a). Nenhum dos bairros da cidade, segundo esse levantamento, está livre da presença do mosquito da dengue. A expectativa dos agentes de controle de endemias e do secretário municipal de saúde é que esses índices sejam reduzidos a níveis satisfatórios (figura 33).

Figura 33: Porto Velho – Infestação predial por *Aedes aegypti* em janeiro de 2013



Fonte: SEMUSA/LIRAA, 2013.

Um dos limites constatados na análise dos Planos de Contingência da Dengue é que alguns deles parecem mais “cópias” dos anteriores, elaboradas para atender a

uma cultura institucional, mas que não trazem propostas inovadoras ou uma avaliação dos resultados alcançados no ano anterior.

7.4 Uma avaliação das políticas públicas de controle da dengue em Porto Velho/RO

As principais políticas públicas de controle da dengue em Porto Velho pautam-se na replicação das campanhas nacionais, na promoção de campanhas próprias, bem como de projetos especiais e Planos de Contingência, que tivemos a oportunidade de analisar. Dentre os pontos positivos desses instrumentos de gestão das políticas públicas está o respeito às orientações nacionais e internacionais referentes à dengue, a clareza de princípios e objetivos.

Os aspectos que consideramos negativos e que mais nos chamaram a atenção, nesses documentos, foram a ausência de avaliação e de parâmetros para dimensionar os acertos e os obstáculos, a ênfase das ações no período chuvoso (dando a entender que haveria descontinuidade dessas ações, quando da estiagem) e o curto prazo de duração do planejamento (24 meses, 12 meses e, nos mais recentes, ações apenas para os meses de novembro a abril – a estação chuvosa). Em geral, são Planos para o enfrentamento de possíveis situações de emergência, ocasionadas pelo excesso de chuvas que, ao alcançar uma cidade mal planejada, sem o completo manejo de suas águas e com grandes depósitos de lixo a céu aberto, tende a favorecer as condições de desenvolvimento das larvas do *Aedes aegypti*.

Constatamos ainda que, em Porto Velho, muitas políticas de saúde são ainda “políticas de governo” e não “políticas de Estado”, ganhando maior visibilidade e aporte de recursos quando em anos eleitorais. Situações do tipo foram comentadas pelas colaboradoras Vanessa Lins e Maria das Graças Mello e estão disponíveis no volume II deste trabalho. Já o agente de controle de endemias Marcelino Dias não apresentou essa informação, dando a entender que as políticas públicas de controle da dengue não sofrem com a descontinuidade. Em sua avaliação, contudo, essas políticas, embora necessárias, são insuficientes e equivalem a “queimar dinheiro”, por serem feitas de forma desarticulada dos setores urbanos que também necessitam de correções, como o de abastecimento de água e drenagem das águas pluviais, por exemplo. Não podemos nos olvidar que, tanto o esquecimento quanto a coragem da

verdade podem estar presentes nesses discursos, pois são discursos tecidos a partir da memória individual e coletiva.

Em síntese, na avaliação dos colaboradores, as campanhas de combate e controle da dengue são necessárias e têm papel positivo, mas seus resultados não alcançam o impacto esperado porque sua concepção de saúde é limitada e não considera os diversos componentes necessários para a sua obtenção, dentre os quais os estabelecidos na Carta de Ottawa (1986).

Quanto aos recursos previstos para a execução dos Planos de Contingência, esses consistem em recursos materiais, financeiros e humanos, que incluem desde a compra de soro e outros medicamentos, até a contratação ou deslocamento de servidores de outros setores, como a ESF – Estratégia Saúde da Família, para atuar no combate da dengue. Segundo a servidora Renata Pimentel, da SEMUSA, em conversa informal, cada campanha, gasta, em média, R\$: 300.000,00.

Além das campanhas de sensibilização social e dos Planos de Contingência da Dengue, na eminência de epidemias, outras medidas podem ser adotadas, como reforço da vigilância epidemiológica e sorológica e das capacitações para o manejo clínico da doença. Com relação ao alerta de epidemia para o ano de 2013, o senhor Luis Eduardo Maiorquin, secretário adjunto de Estado de Saúde em Rondônia, nos informou, em sua entrevista que:

Ao lado desse trabalho de sensibilização você tem que ter de fato uma retaguarda para esses surtos, com uma visão prévia: se há um prognóstico de surto ou epidemia temos que fazer uma compra para estoque de soro, treinar as equipes multidisciplinares, fazer hospital-dia onde possa ser necessário. Nós passamos por um surto de dengue aqui na capital importante e fizemos, em todas as unidades básicas de saúde da época, hospitais-dia para reidratação, para diminuir os agravos da dengue e o óbito de pacientes (Luis Eduardo Maiorquin. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2013).

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o senhor Domingos Sávio Fernandes de Araújo – que por ela responde -, destacou, em sua entrevista, a ênfase que sua gestão confere à vigilância epidemiológica:

[...] quando cheguei aqui já sabia que a gente podia ter uma epidemia de dengue e aí nós resolvemos tomar algumas providências. A primeira coisa, quando entrei foi fazer um LIRAa. Apesar de o Ministério da Saúde determinar que os LIRAas fossem feitos quatro vezes por ano, já fiz os quatro! De

setembro do ano passado para cá já fiz quatro. E vou fazer mais, porque vejo como uma ferramenta muito interessante para que a gente possa controlar as epidemias, porque a gente passa a saber, exatamente, onde estão os territórios com infestação predial mais elevada.

Com os levantamentos rápidos descobrimos que, em média, a gente estava com seis ou sete focos, mas que havia localidades com 20 e até 22 focos de infestação predial. Mantivemos a vigilância. Não paramos de trabalhar, mas atacamos em específico os locais mais afetados (Domingos Sávio Fernandes de Araújo. Entrevista concedida a Xênia de Castro Barbosa, 2014).

Consideramos que as duas interpretações tecidas pelos secretários acerca do problema são válidas, e ambas as medidas são necessárias e complementares. O fato de serem discursos com conteúdos diferentes não nos permitiu dizer, com base apenas nas duas entrevistas, que as secretarias estejam desalinhadas em suas ações, mas tão somente afirmar que seus gestores têm dado ênfase a elementos distintos para o enfrentamento dos danos que os surtos e epidemias de dengue podem causar.

As políticas públicas de combate e controle da dengue, no município de Porto Velho, são concebidas com base no “território”, sendo este compreendido e representado como o “perímetro municipal”. Este compreende os bairros urbanos e os distritos ribeirinhos. As reservas legais e terras indígenas não são alvo dessas políticas, ficando a cargo da FUNASA e do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). É frequente a presença do mapa político-administrativo municipal afixado nas paredes dos órgãos públicos e postos de saúde, indicando a área de abrangência dessas políticas. Informações mais detalhadas sobre esse território, como as condições das ruas, dos canais de drenagem ou a qualidade e posição das residências não foram observadas. Em nosso entendimento há um conhecimento geográfico suficiente para ilustrar as decisões burocráticas, mas não há um conhecimento efetivo sobre as dinâmicas socioespaciais presentes no território.

Para os executores dessas políticas, devido à necessidade de contingenciamento da dengue, todo esse território adquire “certo caráter público”, devendo, portanto, ser percorrido, observado, “vasculhado” (busca ativa), e sofrer as intervenções que considerarem necessárias. Na interpretação de moradores da cidade, contudo, parece prevalecer o entendimento de que “nem tudo é público” e de que a propriedade privada (a casa, o quintal) deve ser respeitada. Muitos moradores manifestam resistência em receber os ACE e permitir sua entrada no imóvel, evidenciando disputas e conflitos. Na seção VI deste texto, assim como no Tomo II, é

possível observar com mais riqueza de detalhes alguns desses conflitos, expressos nas narrativas dos colaboradores.

Os documentos oficiais do âmbito municipal acessados, bem como as entrevistas nos possibilitaram perceber que a saúde é reconhecida pelo município de Porto Velho como bem coletivo que precisa ser distribuído de forma justa, um bem essencial à vida e que depende não só das políticas públicas de saúde, especificamente, mas de outras políticas, econômicas, culturais e de saneamento ambiental. Em que pese essa noção de integralidade, problemas como a falta de articulação entre os poderes municipal e estadual, seus setores internos e a sociedade, a descontinuidade de campanhas e outros projetos de saúde e os baixos investimentos têm configurado essas políticas públicas como ineficazes do ponto de vista do controle da dengue, o que confirma a hipótese central do trabalho, de que estas políticas não estariam promovendo a superação do quadro de endemia. Apesar do empenho e boa vontade de pessoas e instituições, essas políticas têm reproduzido a ordem estabelecida sem superar de modo eficiente as inequidades e iniquidades em saúde.

Acreditamos que os fatores determinantes para seu insucesso vinculem-se à falta de continuidade dessas ações (interrupção por mudanças políticas e substituição de gestores), especialmente nos contextos de alternância de poder, após eleições para prefeito. Também contribuem, e em grande medida, para o caso, a falta de articulação entre essas políticas e os graves problemas da água e do lixo neste município, onde é possível constatar, mesmo nos bairros centrais terrenos baldios repletos de inservíveis que acumulam água parada. Com relação à água, apenas 50% das residências recebem, de forma regular, água tratada, sendo que o restante sobrevive utilizando água de poços e cacimbas muitas vezes contaminados ou impróprios à saúde humana. Faz-se necessário, portanto, desenvolver as políticas públicas de controle da dengue articuladamente às políticas habitacionais, de saneamento e desenvolvimento urbano.

Enquanto não se corrigem essas falhas, morrem principalmente os pobres e as pessoas mais frágeis, como crianças e idosos. Estima-se que o número de óbitos por dengue registrados no SINAN e no SIM, além de conflituoso, esteja aquém da realidade.

Como não tivemos acesso a essas informações de forma detalhada (nome completo, endereço, local onde foi a óbito) na SEMUSA, produzimos tão somente um mapa aproximativo da situação, com base em nossa própria experiência, conversas com moradores e relatos dos entrevistados. Do total de casos que chegou a nosso conhecimento durante a pesquisa (14 casos), cinco foram de familiares e/ou conhecidos dos colaboradores, mas apenas quatro são mencionados nas narrativas, porque uma das famílias de vítima da dengue não se sentiu à vontade para registrar entrevista.

Somos cientes de que o documento que apresentaremos abaixo se pauta na memória, e que esta, tanto quanto as fontes oficiais, pode apresentar equívocos ou dimensionar problemas conforme interesses e necessidades particulares. Optamos por mantê-lo, pois apesar de aproximativo, o mapa da figura 34 constitui um indício interessante da percepção social sobre os impactos da dengue no município.

Figura 34: Porto Velho - Óbitos por dengue, 2003-2012



Fonte: WATANABE, 2015.

Os óbitos por dengue são lamentáveis e causam indignação, tendo em vista se tratar de mortes prematuras, de pessoas em sua maioria jovens. Sua presença marcante na memória dos entrevistados nos leva a pensar a dengue como um problema complexo, que envolve múltiplas variáveis de ordem física e de ordem política, sobretudo. Em relação a essas últimas, notamos, ao comparar o mapa acima com o mapa da distribuição dos serviços de saúde (figura 09), que o bairro São Sebastião, onde ocorreram dois casos de óbito por dengue não consta com nenhum serviço público de saúde, assim como os bairros Tucumanzal e Jardim Santana. Embora haja postos de saúde próximos a eles, em bairros vizinhos, devemos considerar que a locomoção de pessoa enferma se torna difícil e até impossível, se não houver o suporte do SAMU ou de familiar ou amigo com veículo automobilístico. Esses bairros são reconhecidos ainda como dentre os mais pobres da cidade, com menor infraestrutura urbana, sem rede de esgotos e sem distribuição regular de água da CAERD. O mesmo ocorre no bairro Nacional, que possui como agravante localizar-se, em grande parte, em região alagadiça e sem sistema artificial de drenagem.

Os bairros Areal, Mocambo, Eletronorte, Cidade do Lobo e Jardim Eldorado são, em partes, aglomerados subnormais e em algumas de suas ruas é inviável até mesmo o tráfego de caminhão de coleta de lixo. Em relação ao Areal e ao Jardim Eldorado, com base nos questionários que aplicamos, foram poucos os apontamento acerca da falta de água tratada. O lixo, no entanto, foi apontado como um dos problemas mais graves enfrentados pelos moderadores.

Os bairros Olaria e São Cristóvão, onde coletamos registro de dois óbitos por dengue (uma criança de seis anos e um rapaz de 19 anos), são bairros centrais, que contam com coleta regular do lixo e raramente sofrem com interrupção do fornecimento de água. Esses bairros, contudo, alternam residência de alto padrão, muitas delas com piscinas pouco utilizadas que mantêm, portanto, água parada, e residências de perfil coletivo, como casas de pensão e vilas de pequenos apartamentos, que abrigam a população trabalhadora mais pobre, especialmente imigrantes haitianos e africanos. Também é notável, devido ao baixo preço dos aluguéis, a presença de estudantes universitários oriundos de outras cidades do Brasil nesses dois bairros.

Os problemas evidenciados nesses bairros constituem um desafio ao poder público e comprometem a qualidade de vida e a vida de seus moradores. A superação desse quadro requer maiores investimentos em saúde, saneamento ambiental, educação e sensibilização popular, além de uma gestão mais eficiente do território urbano como um todo.

CONCLUSÕES

A dengue é uma doença febril aguda, que se globaliza. Sua presença, no entanto, se faz sentir com maior intensidade nos trópicos, em países como os das Américas, da África e do Sudeste asiático, além da Austrália, China, Taiwan e Caribe. Com a expansão do vetor - relacionada a mudanças climáticas e o crescimento desordenado das cidades, nas quais a população pobre vive em condições hidrossanitárias e de habitação precárias – cerca de dois terços da população mundial encontra-se vulnerável à doença.

Em Porto Velho, a doença reemergiu na década de 1990 e desde então tem feito vítimas, fatais ou não. A cidade enfrenta, periodicamente, surtos da doença, e esta é considerada endêmica no município.

Com a pesquisa “Território e Saúde: políticas públicas de combate à dengue em Porto Velho/RO, 1999-2013”, nos dispusemos a analisar as políticas públicas de saúde destinadas ao combate e controle desta que, é uma das mais importantes viroses emergentes, do ponto de vista dos impactos que causa à saúde pública. Objetivamos compreender, por meio de uma abordagem dialética e da conjugação dos métodos Indiciário e História Oral, as representações sociais de saúde e doença de profissionais da saúde e de moradores, as concepções territoriais expressas pelas políticas voltadas à dengue, e sua recepção por profissionais da saúde e habitantes da cidade que já tiveram a doença ou perderam familiar ou conhecido em decorrência da mesma. A metodologia se mostrou propícia à coleta e análise desses dados e os objetivos foram alcançados.

As hipóteses com as quais trabalhamos foram que: (1) a ocorrência de dengue em Porto Velho reflete sua estrutura social, evidenciando fatores de risco e de vulnerabilidade socioambiental; (2) a infestação domiciliar pelo mosquito da dengue se faz presente na maioria dos bairros da cidade, mas a letalidade é maior na população mais pobre, evidenciando estrutura de classe; (3) a permanência das taxas elevadas de dengue se deve à descontinuidade das políticas públicas de saúde em Porto Velho, dentre outros fatores. A primeira e a segunda hipótese se sustentaram, sendo que a segunda, transposta para modo afirmativo, também se constituiu na tese deste trabalho. A terceira hipótese foi parcialmente confirmada, pois não se pode afirmar que

a manutenção, em níveis elevados, dos casos de dengue na cidade se explique, exclusivamente pela descontinuidade das políticas públicas de saúde, ou das direcionadas à dengue, especificamente. Isso porque outros fatores, de ordem infraestrutural, também foram apontados como corresponsáveis pelo problema, como a baixa cobertura de água tratada (apenas 50% das residências), de esgotamento sanitário (apenas 2% das residências), e drenagem das águas pluviais e fluviais (quando há transbordamento de rios e igarapés).

A literatura sobre dengue no Brasil é rica e variada, seja na Epidemiologia e Saúde Pública, seja na Geografia da Saúde, que é, ainda, uma especialidade jovem no Brasil. Em relação à Geografia da Saúde, os trabalhos relacionados à dengue parecem constituir, inclusive, um de seus veios mais férteis. Embora a literatura tenha contribuído, de modo geral, para o entendimento da dengue no Brasil, e mesmo em escalas mais amplas, sentimos falta de trabalhos que discutissem de modo particularizado, os desafios que a doença impõe a Porto Velho.

Em relação às políticas públicas de combate e controle da dengue, no recorte selecionado, concluímos que se mostraram, em todo o período de análise, em conformidade com orientações e diretrizes nacionais e da OMS. Pesam sobre elas, contudo, a insuficiência de recursos materiais e humanos e a arbitrariedade de prefeitos que realizam investimentos e trocam de secretários municipais de saúde a seu bel prazer, priorizando afinidades políticas em vez de competência técnica. A nosso ver, esse é um dos principais fatores de sua ineficiência, somada à falta de articulação dessas políticas com as de habitação e saneamento básico.

A dengue é um problema que precisa ser enfrentado de modo responsável e participativo pelo poder público e pela sociedade. Uma concepção mais abrangente e integradora do que é saúde poderia favorecer a ambos nesse enfrentamento.

No que tange às campanhas de saúde, férteis momentos de diálogo entre Estado e Sociedade, há recursos que poderiam ser mais bem explorados, como o Rádio, a Televisão e as mídias sociais, sem prejuízo dos suportes tradicionalmente utilizados, como as cartilhas, os pôsteres e os cartazes – que para os estudantes de escolas públicas e cidadãos pobres, usuários dos postos de saúde, constituem o primeiro e principal meio de acesso à educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dengue é uma das principais doenças emergentes no Brasil e no mundo. Sua transmissão se dá pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, que ao picar indivíduo contaminado, coloca em circulação o vírus.

Em Porto Velho, os primeiros casos importados da doença foram registrados em 1995, e a partir de 1997 vêm sendo registrados casos autóctones. Por ser uma doença presente majoritariamente em países subdesenvolvidos, não há interesse por parte da indústria química e farmacêutica em desenvolver medicamentos e vacinas específicas. Esse é um dos fatores pelos quais é considerada uma doença negligenciada.

Em relação a seu ressurgimento, em meados do século XX, muitos fatores têm sido apontados como os responsáveis, dentre os quais: temperatura e precipitação elevadas, descuidos na vigilância entomológica e epidemiológica e cidades mal planejadas, sem infraestrutura, bens e serviços públicos essenciais, como água tratada e esgotamento sanitário.

Uma vez instalado o agravo, resta tão somente promover políticas públicas para o contingenciamento do problema, especialmente com foco na eliminação de criadouros (depósitos de água parada), e promover o diagnóstico e tratamento correto das pessoas enfermas. Tanto no Brasil quanto em Porto em Velho, a principal política social de saúde é o SUS que, apesar das dificuldades que lhe são próprias, tem promovido ações de prevenção, educação em saúde e atenção à saúde. A expressão mais visível dessas ações são as campanhas de controle da dengue que, em geral, vinculam-se a programas mais amplos de saúde, como o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), existente desde 1996, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), criado em 2001 que, diferente do primeiro, já não manifestava mais a esperança de erradicação do mosquito, mas de seu controle apenas, além de valorizar a participação social no desenvolvimento das ações, e o PNCD – Plano Nacional de Controle da Dengue, lançado em 2002, que procurou incorporar as lições das experiências anteriores e se adequar a novas orientações internacionais, integrando suas ações com a Atenção Básica, a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF).

As políticas públicas de combate e/ou controle da dengue em Porto Velho revelaram-se adequadas às políticas e orientações nacionais, replicando-as na esfera municipal. Essas políticas são expressas, principalmente, nas campanhas voltadas para a prevenção da dengue e nos planos de contingência, elaborados no âmbito da secretaria municipal de saúde. Esses últimos são documentos diretivos estabelecidos para tomada rápida de decisões em caso de surtos ou epidemias. São ações previstas principalmente para o período chuvoso (novembro a março), em que costuma ocorrer elevação nas taxas de incidência da doença.

A avaliação dessas políticas sociais por parte de profissionais da saúde e moradores de Porto Velho que tiveram dengue, ou que perderam parentes ou conhecidos por agravamento da doença, é positiva, apesar de crítica. Seus discursos indicaram que as ações do Estado devem existir, ao lado de uma participação mais efetiva da sociedade em adotar medidas de higiene capazes de evitar o desenvolvimento das larvas do mosquito. Essas ações, todavia, são consideradas insuficientes porque embasadas em uma concepção de saúde restrita, focalizada apenas na dengue, e que não opera em todos os campos necessários onde há problemas: o da habitação, o do saneamento ambiental, o da distribuição de água potável e mesmo da distribuição de renda.

Consideramos ainda que, seria adequado, em relação a essas políticas públicas, um planejamento com escopo de duração maior e metas de curto e médio prazo, mas isso não é feito, talvez pelo fato de que, na cultura política de Porto Velho e de outros lugares do país, alguns cargos são atribuídos conforme afinidades políticas e partidárias, a pessoas que, muitas vezes, não possuem conhecimento técnico ou científico sobre o trabalho que deverá ser executado. É grande o número de pessoas que passam pelo cargo de secretário municipal de saúde e são exoneradas por motivos políticos, sem ter tido tempo de consolidar o trabalho, ou que são exoneradas justamente na hora em que começavam a aprender a dinâmica do setor e mostrar resultados positivos. Esse problema poderia ser resolvido com a nomeação de pessoas que já são funcionárias do órgão, com vasta experiência técnica e idoneidade moral, independentemente de afiliações partidárias, rumo ao que se tem chamado de “gestão por competência” (HONDEGHEM; HORTON; SCHEEPERS, 2006).

Com a pesquisa foi possível compreender que tanto os profissionais da saúde entrevistados quanto os que não possuem formação na área (e mesmo os que não possuem formação acadêmica alguma) dispõem de uma leitura crítica acerca do problema da dengue em Porto Velho e promovem representações sociais de saúde e doença que mesclam senso comum e senso científico.

Para eles, assim como para nós, a dengue é vista como um problema complexo que desafia a vida das cidades e que para ser superado ou posto em níveis aceitáveis deve ser enfrentado coletiva e radicalmente (desde a raiz), a partir de uma concepção de saúde que, apesar de “utópica e antiga”, permanece atual e necessária: a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, que depende de pré-requisitos como habitação saudável, educação, renda, ecossistema equilibrado, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, como já reivindicava a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde.

A escolha epistemológica que realizamos levou-nos a enfatizar, sob a ótica da Geografia da Saúde, as políticas públicas de controle da dengue no território de Porto Velho. Entendemos, contudo que a dengue é um problema complexo e restam ainda desafios para um conhecimento mais abrangente a seu respeito, em Porto Velho, como análises mais detalhadas sobre suas vinculações com o clima e os regimes de chuvas.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R. (*et al.*). A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 53-62, 2000.

AGEVISA. Agência de Vigilância Sanitária do Estado de Rondônia. **Boletim epidemiológico para monitoramento da dengue**. 2014a

AGEVISA. Agência de Vigilância Sanitária do Estado de Rondônia. **Boletim epidemiológico para monitoramento da dengue**. 2014b.

AGIER, M. **Antropologia da Cidade**: lugares, situações, movimentos. Trad. Graça Índias Cordeiro. Núcleo de Antropologia Urbana da USP. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011.

AGRA, K. L. de O. Porto Velho e as Usinas Hidrelétricas de Santo Antônio e Jirau: riscos e vulnerabilidades socioambientais. **Revista Geonorte**, Edição Especial 2, V.2, N.5, p.565 – 572, 2012

ALBUQUERQUE LIMA, A. A. Discurso proferido no II Fórum sobre a Amazônia. Brasília: **Boletim Geográfico** n. 2015, ano 27, jul.ago. 1968.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

AMADO, J. (orgs.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1996.

AMBIENTE BRASIL. Ambiente Ecoturismo - Porto Velho – RO. **Ambiente Brasil**, 2014. Disponível em: http://ambientes.ambientebrasil.com.br/ecoturismo/destinos/porto_velho_-_ro.html acesso em 16/10/2014.

ANA. Agencia Nacional de Agroecologia. Ato público denuncia riscos do mosquito transgênico para combater a dengue em Juazeiro (BA). Disponível em: <http://www.agroecologia.org.br/index.php/rumo-ao-iii-ena/654-ato-publico-denuncia-riscos-do-mosquito-transgenico-para-combater-a-dengue-em-juazeiro-ba> Acesso em 20/01/2015.

ANDERSON, B. **Comunidades Imaginadas**. São Paulo: Ed. Cia das Letras, 2008.

ANVISA. Anvisa divulga critérios para priorização de petições de medicamentos. **ANVISA**, Brasília, 11 de abril de 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/110407_1.htm Acesso em 13/10/2013.

AQUINO JUNIOR, J. **A dengue na área urbana contínua de Maringá/PR: uma abordagem socioambiental da epidemia de 2006/07**, Curitiba, UFPR, 2010 (dissertação de mestrado).

_____, J. **Condicionantes Socioambientais da Dengue em Área de Fronteira: Riscos e Vulnerabilidades na Tríplice Fronteira de Foz do Iguaçu**. Curitiba: UFPR, 2014 (tese de doutorado).

_____, J.; MENDONÇA, F. A. A problemática da dengue em Maringá-pr: uma abordagem socioambiental a partir da epidemia de 2007. **Hygeia** n. 8 (15):157 - 176, Dez/2012.

ARAUJO, W. M. de. **Políticas públicas de controle da dengue no Estado do Paraná: uma abordagem geográfica**. Curitiba: UFPR, 2013 (dissertação de mestrado).

ARENDDT, H. **Entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____, H. **As origens do Totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo e totalitarismo**. Companhia das Letras, 1990.

_____. H. **A Dignidade da Política: ensaios e conferências**. Trad. Helena Martins e outros. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

ARISTÓTELES. **Política**. Brasília: Domínio Público, 2012. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>

AUGÈ, M.; HERLISCH, C. (orgs). Le sens du mal, anthropologie, historie, sociologie de la maladie. Paris: **Archives Contemporaines**, 1984.

ÁVILA, C. V.(org.). **Historia y testimonios orales**. México, Instituto Nacional de Antropología y História, 1996.

ÁVILA-PIRES, F. D. Ecologia das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública** vol.5 n. 2 Rio de Janeiro (Apr./June), 1989.

BARBOSA, X. de C. **Experiências de moradia: história oral de vida familiar**. São Paulo: FFLCH/USP, 2009 (dissertação de mestrado).

_____, X. de C. **Espaço e Memória: história oral com soldados da borracha**. Porto Velho: UNIR/Centro de Hermenêutica do Presente, 2003 (relatório de pesquisa).

BARCELLOS, C. (et al). A saúde frente às mudanças ambientais e climáticas. **Democracia Viva**, v. 43, p. 64-69, 2009.

BARRADO, J. **Sistema de Vigilância da Dengue no Brasil -I Oficina Técnica da Rede Pronex de Modelagem em Dengue**. INPA, Rio de Janeiro, 2011.

BARRETO, M. L; TEIXEIRA, M. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estud. av.** vol.22 no.64 São PauloDec. 2008 (Dossiê epidemias).

BARTHES, R. **Crítica e Verdade**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

BATISTA, D. **Amazônia: cultura e sociedade**. Manaus: Valer, 2006.

BAUD, M.; SCHENDEL, W. V. Toward a comparative history of borderlands. In: **Journal of world History**. 2011. Disponível em: http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/journal_of_world_history/v008/8_2baud.html Acesso em 16/10/2012

BECK, U. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo, Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1997.

_____, U. A política na sociedade de risco. Trad. de Estevão Bosco, Ideias, v. 02, n. 01, 2010.

BECKER, B. **Amazônia**. São Paulo: Ática S.A, 1994.

BELINATI, W.; COSTA e SILVA, A. Coordenação, Avaliação e Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde do Programa Polonoroeste. **Rev. Inst. Med. trop.** São Paulo, 30 (3):125-136, maio-junho, 1988.

BEZERRA, C. T. S. Epidemias e endemias: entender para agir. **Ciências Médicas Hoje**, 2013. Disponível em: <http://www.cienciasmedicas.com.br/artigos/2013/06/05/epidemias-e-endemias-entender-para-agir> acesso em 03/02/2015.

BORGES, J. L. **O Livro de Areia**. Porto Alegre: Edit. Globo, 1978.

BORTOLOZZI, A.; FARIA, R. M. Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **RAEGA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663> consulta em 18/02/2012.

BORTONI, S. Entrevista com Roger Chartier. Publicação Eletrônica, 1999. Disponível em: http://www.stellabortoni.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1411:iotaivista_iom_aogia_iaatiia&catid=28:entrevistas-em-geral&Itemid=105 consulta em 20/02/2012.

BOURDIEU. Pierre. La representación política. Elementos para una teoría del campo político. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, No. 36-37, pp. 3-24, 1982.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 2012.

_____. **Lei 12.871, de 22 de novembro de 2013**. Brasília: Congresso Nacional, 2013.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

_____. **Decreto n. 1063, de 17 de março de 1914**. Rio de Janeiro: Congresso Nacional, 1914.

_____. **Decreto n. 74.607, de 25 de setembro de 1974**. Brasília: Congresso Nacional, 1974.

_____. Ministério da agricultura e reforma agrária. Secretaria nacional de irrigação. Departamento nacional de meteorologia. **Normas climatológicas (1961-1990)**. Brasília: [s.n.], 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.325**, de 8 de dezembro de 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rondônia - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.

CALDAS, A. L. **Nas águas do texto: palavra, experiência e leitura em história oral**. Porto Velho: Ed. EDUFRO, 2001.

_____, A. L. **Oralidade, texto e história: para ler a história oral**. São Paulo: Ed. Loyola, 1999.

_____, A. L. Seis ensaios de história oral. **Caderno de Criação**: 35/57, UNIR/Centro de Hermenêutica do Presente, n. 15, ano V, Porto Velho, junho, 1998.

CAMPOS, S. M. M. **Espaço nacional e Amazônia: a concepção do estado brasileiro** (capítulo de dissertação de Mestrado). São Paulo: FAU/USP, 2004. Disponível em: http://www.fau.usp.br/cursos/graduacao/arg_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossie/martinoli04-amazonia/Espaco-nacional-e-Amazonia.pdf

CEASAR, J. **Liberal democracy and political science**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990.

CONASEMS. A dengue e o agir mundial. Brasília: 2010. Disponível em: <http://164.41.147.224/conasems/portal25/Publicacoes/publicacoes/a-dengue-e-o-agir-municipal.pdf> acesso em 12/4/2013.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. (Coleção Temas em Saúde).

CASTRO, J. **Geografia da Fome**. São Paulo: Brasiliense, 1976.

_____, J. **O problema fisiológico da alimentação no Brasil**. Pernambuco: Faculdade de Medicina do Recife, 1932 (tese de livre-docência em fisiologia).

CATÃO, R. C.; GUIMARÃES, R. B. Dengue fever in brazil: diseases typology in national territory. In: **UGI Regional Geographic Conference**, 2011, Santiago do Chile. UGI Regional Geographic Conference. Santiago do Chile : Instituto Geográfico Militar, 2011. v. 1. p. 1-10.

_____, R. C.; A geografia do dengue no Brasil do século XXI. In: **Congreso Internacional de Geografía de la Salud**, 2011, Toluca. III Congreso Internacional de Geografía de la Salud. Toluca : Universidad Autonoma del Estado de México, 2011. v. 1. p. II.275-II.289.

_____, R. C. Escalas do dengue: uma proposta multi-escalar em Geografia da Saúde. Uberlândia, **IV Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**, 2009.

_____, R. C. Espaço e dengue: uma análise miltoniana em Geografia da Saúde. Montevideo, **XII Encontro de Geógrafos da América Latina (EGAL)**, 2009.

_____, R. C. **Dengue no Brasil: abordagem geográfica na escala nacional**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2012.

CFM. Conselho Nacional de Saúde. **Pesquisa Demografia Médica no Brasil**. Brasília: 2013.

CHARTIER, R. O mundo como representação. In: **Estudos Avançados**. 5, n. 11. São Paulo Jan./Abr, 1991.

_____. **Inscrever e apagar: cultura escrita e literatura**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

CNBB. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **Campanha da Fraternidade 2012**. Disponível em: http://www.cnbb.org.br/component/docman/cat_view/241-cf-campanha-da-fraternidade/386-cf-2012 acesso 12/03/2013.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **VIII Conferência Nacional de Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde – Relatório final**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf acesso em 03/02/2015

COELHO, C. M. C. Raízes do Paradigma Indiciário. **Núcleo de Estudos Indiciários – DCSO – CCHN-UFES**, Vitória: 2006.

CONFALONIERE, U. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças - Dossiê Amazônia. In: **Estudos Avançados**, vol.19 n.53 São Paulo Jan./Apr.2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142005000100014> acesso em 12/10/2012.

COSTA, M. A. R. **A ocorrência do Aedes aegypti na região noroeste do Paraná: um estudo sobre a epidemia da dengue em Paranaíba – 1999, na perspectiva da geografia médica**. Presidente Prudente: UNESP, 2001 (dissertação de mestrado).

CRUZ, O. **Dossiê Miloca - 1910/1911 - Expedições científicas de Manguinhos**. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=607&sid=7>. Acesso em 02/08/2014.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.20 n.2 Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2004.

_____, D.; RIBEIRO, A. M. *O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16,

n.3, Sept.2000. Acesso em 25 Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2000000300002&lng=en&nrm=iso acesso em 14/07/2013.

DAL MAGRO, E. de F.; BRAGA, A. C. de O.; NUNES, D. D. N. Dinâmica de ocupação territorial e reflexos nas águas superficiais de uma bacia hidrográfica da região amazônica. **Inter Science Place**, Ano 3 - N^o 13 Maio/Junho – 2010.

DAGNINO, R. de S.; CARPI JUNIOR, S. Risco Ambiental: conceitos e aplicações. **Climatologia e Estudos da Paisagem**, Rio Claro - Vol.2 - n.2 - julho/dezembro/2007.

DAMACENO, A. **Cidades Febris entre a serra e o mar: clima e dengue na área metropolitana da Baixada Santista**. Presidente Prudente: UNESP, 2008 (Dissertação de Mestrado).

DATAUS. **Taxa de incidência de hanseníase**. Brasília, 2010.

_____. **Quantidade de leitos em hospitais públicos de Porto Velho**. Brasília, 2009.

DRYZEK, J. DISCURSIVE DEMOCRACY: POLITICS, POLICY, AND POLITICAL SCIENCE. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

DUTRA, D. de A. **Geografia da saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológico, temáticas e desafios**. Curitiba: UFPR, 2011 (tese de doutorado)

ECO, U. **Os limites da Interpretação**. São Paulo, Perspectiva, 1995.

EISENSTEIN, E. Some conjectures about the impact of Printing on Western society and Thought: a preliminary report. In: **Journal of Modern History**, 40: 1 (março 1968), pp. 1-56.

FARMER, P. Desigualdades Sociales y Enfermedades Infecciosas Emergentes. 1996. In: **EID Journal**. Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/pages/Spanish-v9n2.htm> acesso em 13/09/2012.

FEARNSIDE, P. M. **A Floresta Amazônica nas mudanças globais**. Manaus: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia. 2003.

FERREIRA, M. de M. (org.). **Entrevistas: abordagens e usos da história oral**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1994.

_____, M. de M. **História oral e multidisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Ed. Diadorim, 1994.

FERREIRA, M. R. **A Ferrovia do Diabo**. São Paulo: Melhoramentos, 2005.

FERREIRA L. V.; VENTICINQUE, E.; ALMEIDA, S. O desmatamento na Amazônia e a importância das áreas protegidas. **Estudos Avançados** 2005; 19(53):57-166.

FIERO. Federação das Indústrias de Rondônia. **Rondônia: economia e desenvolvimento**. Porto Velho: Edição do autor, 2011.

FIORIN, José Luís. Tendências da análise do discurso. **Estudos Lingüísticos**, v.19, p.173-9,1990.

FOUCAULT, M. A **Ordem do Discurso** – Aula inaugural no College de France. Pronunciada em 2 dezembro de 1970. São Paulo. Ed. Loyola: 1996.

_____, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. *Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1334-1341, set-out, 2004.

FREITAS, C. M. **Riscos e Processos Decisórios – implicações para a vigilância sanitária**. [S.l.], 2001 Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/inst/snvs/coprh/seminario/riscos.htm>. Acesso em: 20 ago. 2004.

_____, C. M.; GIATTI, L. L. Indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1251-1266, jun, 2009.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue – instruções para pessoal de combate ao vetor**: Manual de normas técnicas. Brasília: Funasa, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf acesso em 18/09/2013.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília: Funasa, 2002.

G1-Globo. Brasil tem 157 cidades em risco de dengue e 525 em alerta, diz Saúde. **G1-Globo**, 9/11/2013, Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/11/brasil-tem-157-cidades-em-risco-de-dengue-e-525-em-alerta-diz-saude.html> acesso em 10/12/2013

GALL, N. Caminho para Rondônia, [198?]. Disponível em: http://www.normangall.com/arquivosdoc/letterRond_port.pdf Acesso em 12/11/2013.

GARCIA, L. P; MAGALHÃES, L (*et al*). **Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com Medicamentos**. (Texto para discussão n. 1607), Brasília: IPEA,2011.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e História**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

_____, **O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de Saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1017-1025, 2005.

_____, R. B. Del período técnico científico al periodo demográfico sanitario: desafíos metodológicos para la salud pública. **Revista Cubana de Salud Pública** (Impresa), v. 39, p. 763-767-767, 2013.

_____, Raul B. Política nacional de saúde, concepções de território e o lugar da vigilância em saúde ambiental. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** (Uberlândia), v. 4, p. 90-99, 2008.

HAESBART, R. Dos Múltiplos Territórios à Multiterritorialidade. **Portal UFRGS**, Porto Alegre, Setembro, 2004. Disponível em: <http://w3.msh.univ-tlse2.fr/cdp/documents/CONFERENCE%20Rogerio%20HAESBAERT.pdf> consulta em 22/02/2012

HARDMAN, F. F. **Trem Fantasma**: a ferrovia Madeira-Mamoré e a modernidade na selva. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Ed. Loyola, 1992.

_____, D. **Espaços de esperança**. São Paulo: Ed. Loyola, 2012.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis: Ver. **Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15 (suplemento), 57-70, 2005.

HONDEGHEM, A. HORTON, S.; SCHEEPERS, S. Modelos de gestão por competências na Europa. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 57, (2), p. 241-258, abr./jun. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Famílias conviventes residentes em domicílios particulares com classe de rendimento nominal mensal família per capita**. 2010

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 1991**.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional 1996**.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional 2007**.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Série Estudos e Pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica, n. 25. Rio de Janeiro: Ed. IBGE, 2009.

IOC. Instituto Oswaldo Cruz. Dengue: vírus e vetor – uma longa trajetória. **Fundação Oswaldo Cruz**. [199?]. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html> acesso em 11/03/2013.

FRÚGOLI JUNIOR, H. **Centralidade em São Paulo: trajetórias, conflitos e negociações na metrópole**. São Paulo: EdUSP, 2006

JOUTARD, P. **Esas vocês que llegan del pasado**. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1983.

GUZMAN M. (*et al*) The epidemiology of dengue in the americas over the last three decades: a worrisome reality. **Nature Reviews Microbiology**, 2010. Disponível em: http://www.nature.com/nrmicro/journal/v8/n12_supp/full/nrmicro2460.html Acesso em 12/03/2013

KOHLHEPP, G. Conflitos de interesse no ordenamento territorial da Amazônia brasileira. **Estudos Avançados** 16 (45), 2002

KUNH, T. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

LACAZ, C. S da.; BARUZZI, R. G.; SIQUEIRA JÚNIOR, W. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Edgar Blucher Ltda. Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

LAURET, S. **La frontera norte ecuatoriana ante la influencia del conflicto colombiano**. Quito: Ed. Abya Yala, 2009.

LEFEBVRE, H. **La presencia y la ausencia. Contribución a la teoría de las representaciones** [1980]. Fundo de cultura econômica do México, 1983. Disponível em: <http://pt.scribd.com/archive/plans?doc=16328900>

LE GOFF, J. (org). **As Doenças tem história**. Lisboa: Terramar, 1985.

LIMA, S. C., GUIMARÃES, R. B. Determinação social no complexo tecno-patogênico Informacional da malária. **Hygeia** 3(5):58 - 77, Dez/2007. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16884/9301> Acesso, em 26/10/2013.

LIMA, S. C.; COSTA, E. M. da. **Construindo cidades saudáveis**. 1a. ed. Assis Editora: Uberlândia, 2013a. v. 1. 288p.

LIMA, F. G. C. O princípio da reserva do possível, o mínimo existencial e o direito à saúde. CFM – Conselho Federal de Medicina (Sex, 02 de Dezembro de 2011 11:48). Disponível em: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22526:o-principio-da-reserva-do-possivel-o-minimo-existencial-e-o-direito-a-saude&catid=46 acesso em: em 02/01/2015

LIMA; A. M. de. **Terras de Rondônia: aspectos físicos e humanos do Estado de Rondônia**. Porto Velho. Off-7 Edição Gráfica Ltda., 1997.

MACAGNO, L.; MONTENEGRO, S.; BÉLIVEAU, V. (orgs). **A Triplice Fronteira: espaços nacionais e dinâmicas locais**. Curitiba: Ed. UFPR, 2011.

MACHADO, L. O. Urbanização e mercado de trabalho na Amazônia brasileira. **Cadernos IPPUR/UFRJ**, 1999, vol. 13, n. 1, p.109-138.

MACIEL, L. A. **A Comissão Rondon e a conquista ordenada dos sertões: espaço, telégrafo e civilização**. Projeto História: São Paulo (18), Maio, 1999.

MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: notas para uma antropologia urbana. **RBCS**, vol. 17, n.49, Junho de 2002.

_____, J. G. C. [Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade. São Paulo: HUCITEC, 1984.](#)

MARINI, Geovanni. *Gestão Ambiental do território urbano em Porto Velho: limites e desafios*. In: MENDONÇA, Franciso (org.). **Gestão Ambiental do Território na Amazônia Brasileira: uma perspectiva crítica a partir das particularidades de Rondônia e Porto Velho**. São Paulo: Terceira Margem, 2014.

MARTINS, J. S. **Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano**. São Paulo: Ed. Contexto, 2009.

_____, J. S. **A Sociabilidade do Homem Simples: cotidiano e História na Modernidade Anômala**. São Paulo: Ed. Contexto, 2008.

MARTINS, V. do S. Dengue: Histórico e Distribuição, Fatores Determinantes da sua Transmissão, Aspectos Clínicos, Prevenção e Controle. Brasília: UNICEUB, 2002.

MATIAS, F. Porto Velho, 99 anos – parte 2. **Jornal eletrônico Gente de Opinião** 05/10/2013. Disponível em: <http://www.gentedeopinioao.com.br/lerConteudo.php?news=116852>

MEDRONHO, R. de A. Dengue no Brasil: desafios para o seu controle (editorial). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(5):948-949, mai, 2008.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral** 5ª Ed. São Paulo: Loyola, 2005.

_____, J. C. S. B. (org.). **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Ed. Contexto, 2007.

_____, J. C. B. **A colônia brasilianista**. São Paulo: Ed. Nova Stella editorial, 1990.

_____, J. C. B. **(Re) introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo: Ed. Xamã, 1996.

MENDONÇA, F. de A.; SOUZA, A. V; DUTRA, D. de A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade e Natureza**, vol.21, n. 3 Uberlândia, Dec.2009.

_____, F. de A. Aquecimento global e saúde: uma perspectiva geográfica – Notas introdutórias. **Revista Terra Livre**, I (20): 205-221, 2003.

_____, F. de A.; ARAUJO; W. M.; FOÇAÇA, T. K. A Geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios. *Revista Investigaciones geográficas*, n. 63 (enero-junio), 2015 (trabalho aceito para publicação).

_____, F. de A.; [ROSEGHINI, W. F. F.](#) L'ilo de chaleur urbain et la santé: Les epidemies de dengue à Maringá et a Campo Grande (Brésil). In: **XXIle Colloque de l'AIC** - Association Internationale de Climatologie, 2014, Dijon - France. Actes du XVIIe Colloque de l'AIC. Dijon - France: Univ de Bourgogne, 2014. v. 2. p. 681-686

_____, F. de A. Dengue: dinâmica espacial e condicionantes climáticos na região Sul do Brasil. In: Confalonieri, U. E. C.; Castellanos, M. J. M; Reyes, L.F.. (Org.). **Efecto de los cambios globales sobre la salud humana y la seguridad alimentaria**. 1ed. La Habana - Buenos Aires: RED CYTED 40RT0285, 2009a, v. 1, p. 32-50.

_____, F. de A.; LEITÃO, S. A. M. Riscos e vulnerabilidade socioambiental urbana: uma perspectiva a partir dos recursos hídricos. **GeoTextos**, vol. 4, n. 1 e 2, 2008.

_____, F. de A. Geografia socioambiental. In: MENDONÇA, F.; KOZEL, S. (Orgs.). **Elementos de epistemologia da geografia contemporânea**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

_____, F. de A. Território e paisagem: uma articulação moderna e conflituosa. In: FRAGA, N. C. (Org.). **Territórios e fronteiras: (re) arranjos e perspectivas**. Florianópolis: Ed. Insular, 2011, pp. 51-68.

MINISTÉRIO DAS MINAS E ENERGIA. **Portaria Ministerial n. 195/70, 31 de março de 1971**. Brasília: 1971.

MINISTERIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL (MI). **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília: MI, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação Rondônia**. Brasília: 2009.

_____. **Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Brasília: 2009.

_____. **Incidência da dengue em Porto Velho, Rondônia e Brasil, 2000-2010**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3562/162/ministerio-da-saude-apresenta-mapa-da-dengue-no-pais.html> acesso em 24/06/2012.

_____; SVS. **Taxa de incidência de hanseníase (por 100 mil) Rondônia – municípios**. Brasília: 2013.

MORAES, P. S. Direito à saúde: o problema da eficácia das normas constitucionais e da exigibilidade judicial dos direitos sociais. **Caderno Virtual** Nº 24, v. 1 –jul-dez/2011. Disponível em:

<http://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/index.php/cadernovirtual/article/viewFile/620/418>

Acesso em 18/04/2014.

MOREL, C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1522-1523, 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

NASCIMENTO, S. P. C. Mínimo existencial x reserva do possível. **JUS Brasil**. Disponível em: <http://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel> acesso em 02/01/2015 acesso em 30/12/2013

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Redução de danos/vulnerabilidade. **OBID/ Senado Federal**. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11272&rastro=REDU%C3%87%C3%83O+DE+DANOS/Vulnerabilidade, acesso em 18/05/2013.

OLIVEIRA, M. F. de. **Condicionantes sócio-ambientais urbanos da incidência da dengue na cidade de Londrina/PR**. Curitiba: UFPR, 2006 (dissertação de mestrado).

OLIVEIRA, J. A. de Oa. **Espaço, Saúde e Ambiente na Amazônia**: ensaios de Geografia da Saúde. São Paulo: Expressão Popular, 2014.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Dengue timeline**. Disponível em: www.paho.org/English/AD/DPC/CD/dengue_timeline.xls2001. Acesso em 13/09/2014

_____. Organização Pan-americana de Saúde. **Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever in the Americas**: guidelines for prevention and control. Washington: organização Pan-americana de saúde, 1997.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington. Publicación Científica nº 548, 1995.

PAHO. Pan American Health Organization. Dados da Dengue 2013. **PAHO**, 2013. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3159:dados-dengue-no-brasil-2013&Itemid=777 Acesso em 12/10/2013.

_____. Pan American Health Organization. A OPAS/OMS no Brasil participa do lançamento da Campanha Nacional de Combate à Dengue. **PAHO**, 2012. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2669&Itemid=777 . Acesso em 12/10/2013.

PARAGUASSU-CHAVES, C. A. **Geografia médica ou da saúde – espaço e doença na Amazônia Ocidental**. Porto Velho: EDUFRO, 2001.

PATAI, D. **Brazilian women speak: contemporary life stories**. London, Library of Congress, 1988.

PAULA, E. V. de. **Dengue: uma análise climato-geográfica de sua manifestação no estado do Paraná (1993-2003)**. Curitiba: UFPR, 2005 (dissertação de mestrado)

PEÇANHA J. (et al.) Dengue no Brasil: o que se sabe sobre o impacto econômico da doença? **Medwave** 2010 Ago-Sep; 10(8). Disponível em: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/4709> acesso em 18/03/2014.

PEITER, P. C. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005 (tese de doutorado).

PESSÔA, S. B. **Ensaio Médico-Sociais**. 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

PERLMAN, L. Liberal Democracy and Political Science by James W. Ceaser; Discursive Democracy: Politics, Policy, and Political Science by John S. Dryzek. *Political Theory*, Vol. 20, No. 1 (Feb., 1992), pp. 177-179.

PICKENHAYN, Jorge. Marco teórico e campo operativo em geografia de la salud. In: PICKENHAIN, Jorge; ACOSTA, Liliana (orgs.). **Salud y enfermedad em Geografía**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.

PIMENTA JR., GERALDO, F. Instrumento para avaliar a implantação do Programa Nacional de Controle do Dengue no âmbito municipal. **Arca** - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

PORTAL BRASIL. Economia e emprego. [S.L] 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/03/classe-c-passou-a-ser-maioria-da-populacao-brasileira-em-2011> acesso em 04/02/2015.

PORTELLI, A. A filosofia e os fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fronteiras orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 1996.

_____, A. O que faz a história oral diferente. **Projeto História**, São Paulo, n. 14/fev., 1997.

_____, A. **The text and the voice**. New York, Columbia University Press, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO. **Plano Diretor do município de Porto Velho**. Porto Velho: 2008.

_____, **Lei complementar do Plano Diretor do município de Porto**. Porto Velho: 2008.

PROCÓPIO, A. **Amazônia: ecologia e degradação**. São Paulo. Ed. Alfa-Ômega, 1992.

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

RANGEL, M. L. Risco e saúde nos locais de trabalho. **Physis** vol.4 n.1 Rio de Janeiro 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311994000100007&script=sci_arttext acesso em 19/05/2013.

REITER, P. Yellow fever and dengue: a threat to Europe? **Euro Surveill.** 2010;15(10):pii=19509. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19509> Acesso em 04/02/2015.

RIBEIRO, A. F. (et al.). "Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas". *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4):671-6

RIBEIRO, A. L. N.; BALSAN, L. A. G.; MOURA, G. L. de. Análise das políticas públicas de combate à dengue. In: *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Aril 2013, www.eumed.net/rev/ccc/24/politicas-publicas-dengue.html Acesso em 13/06/2014.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

ROJAS, L. I.; TOLEDO, L. L. M. **Espaço & Doença. Um olhar sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

ROJAS, L. I. Geografía Y Salud. Entre historias, realidades y utopías. **Caderno Prudentino de Geografia**, 25: 07- 28, 2003.

RONDÔNIA DIGITAL (jornal). Entrevista com Valdiléia Rosana dos Santos. Rolim de Moura: 13 de janeiro de 2010. (Matéria de Capa). Disponível em: <http://rondoniadigital.com/capa/laudo-confirma-morte-por-dengue-em-rolim/> acesso em 18/10/2013.

SANTOS, M. **A natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2004.

_____, M. **Técnica, Espaço, Tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional**. Edusp, 2008.

_____, M. **A urbanização Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS, A. F. de O. **Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: sobrecarga e satisfação com serviço**. Ribeirão Preto, 2010 (dissertação de mestrado).

SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Territórios e territorialidades – teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Ed. Expressão popular, 2009.

_____, M. A. O tempo, o espaço e o território. In: SOUZA, E.; SOUZA, Á. (orgs.). **Paisagem, território, região: em busca da identidade**. Cascavel/PR: Edunioeste, 2000, p. 103-114.

_____, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana**. Porto Alegre/RS: EST Edições, 2003.

SCHERER, E.; OLIVEIRA, J. A. **Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

SCHMIDT, T. R; FERRETI, G. (*et al*). Panorama epidemiológico da dengue no município de Burity, Rondônia, Brasil, no período de 2009 e 2010. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 2** (Supl-I): 21-22, 2011.

SCHRAMM, J. M. de A (et al.) Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.9, n. 4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2004.

SCHWEICKARDT, J. C. **Ciência, Nação, Região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930**. Manaus, FAPEAM/FIOCRUZ, 2011.

_____; LIMA, N. T. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** vol.14 suppl.0 Rio de Janeiro Dec. 2007

SEMUSA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. **Plano municipal de contingência da dengue – 2009-2010**. Porto Velho: SEMUSA, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. **Plano municipal de contingência da dengue – 2010-2011**. Porto Velho: SEMUSA, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. **Plano municipal de contingência da dengue – 2011-2012**. Porto Velho: SEMUSA, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho.. **Plano de Contingência da Dengue – 2012**. Porto Velho: SEMUSA, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. **Plano de Contingência da Dengue – 2013**. Porto Velho: SEMUSA, 2013.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, A.; KLIKSBURG, B. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEVÁ FILHO, A. O. **No limite dos riscos e da dominação: a politização dos investimentos industriais de grande porte**. 1988. Tese (Livre-Docência) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1988.

SHEPARD, D. (*et al*) Economic Impact of Dengue Illness in the Americas. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, 84(2), 2011, pp. 200–207. Disponível em: <http://www.ajtmh.org/content/84/2/200.full.pdf+html> acesso em 14/03/2014.

SIS FRONTEIRAS. **Diagnóstico local do município de Porto Velho/RO**. Porto Velho: 2008

SILVA, J. S; ARIANO, Z. de F; SCOPEL, I. A dengue no Brasil e as políticas de combate ao *Aedes aegypti*: da tentativa de erradicação às políticas de controle. *Hygeia*, n. 4, vol. 8, 2008.

SILVA, L. A. da. **Uma análise espacial sobre a dengue no município do Rio de Janeiro:** busca de correlações entre clima e saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Geografia, 2007 (Dissertação de Mestrado).

SILVA, L. P. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível.** [200?]. Brasília: Instituto Brasiliense de direito. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDA_E_por_Leny.pdf Acesso 06/01/2015.

SILVEIRA, M. L. **Continente em chamas: globalização e território na América Latina.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2005.

SIM; DEVEA-SEMUSA. **Ocorrência de óbito por dengue em residentes (2006-2013).** SEMUSA, 2014 (planilha eletrônica).

SIMÕES, J. C. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? **Revista do Médico Residente:** vol. 13, n. 4 (out.-dez.), 2011.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Número de casos confirmados e de internações por dengue - Rondônia, 2000 a 2008.** 2011. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/> acesso em 14/09/2013.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Ocorrência de dengue no Brasil conforme classificação final (1999-2012)**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/dengue/bases/denguebnet.de> acesso em 13/10/2014.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultado de análise das notificações de Doença de Chagas em Rondônia, por municípios de notificação (2009-2012).** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/dengue/bases/denguebnet.de> acesso em 13/10/2014.

SORRE, M. Complexes pathogènes et géographie médicale. **Annales de Géographie**, n. 235, January, pp.1-18, 1933.

SOJA, E. **Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

SOUZA, M. L. Território da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, Marcos Aurelio; SPOSITO, Eliseu Silvério. **Territórios e territorialidades – teorias, processos e conflitos.** Editora Expressão Popular: São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/TEORIA%20DOS%20TERRITORIOS%20E%20DA%20QUESTAO%20AGRARIA/BERNARDO%20MANCANO%20FERNANDES/LIVRO%20SAQUET%20E%20SPOSITO.pdf> acesso em 19/05/2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, nº 16. Junho/dezembro 2006, p. 20-45.

STF NOTÍCIAS. Supremo Tribunal Federal Notícias. Ministro mantém decisão que obriga Estado do Paraná a custear internações em hospitais particulares. (Sexta-feira, 12 de setembro de 2014). Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=274982> Acesso em 02 de janeiro de 2015.

TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. **Cad. Saúde Pública**. 2001, vol.17, supl., pp. S99-S102.

_____, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Jun, 2002 .

_____, P. L. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 39, n. 3, Jun, 2006.

_____, P. L.. O Meio Urbano e seus Efeitos na Saúde Humana: o caso do Dengue. **Seminário: A Questão Ambiental Urbana: Experiências e Perspectivas**. Universidade de Brasília, 28,29 e 30 de julho de 2004, Brasília, 2004.

TÉRY, H. **Rondônia: mutações de um território federal na Amazônia brasileira**. Paris: Universidade de Paris I – École Normale Supérieure, 1976 (tese de doutorado).

THEODORO, M; DELGADO, G. Política social: universalização ou focalização – subsídios para o debate. Brasília: **IPEA**, 2003. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio3_Mario7.pdf acesso em 14/01/2015.

TNH1/UOL, 2011. “*Dengue provoca prejuízo de R\$ 3,5 bilhões por ano nas Américas*”. Disponível em: <http://tnh1.ne10.uol.com.br/noticia/brasil/2011/02/07/128769/dengue-provoca-prejuizo-de-r-3-5-bilhoes-por-ano-nas-americas/imprimir> Acesso em 14/03/2014).

TOCANTINS, L. **O Rio comanda a vida: uma interpretação da Amazônia**. Manaus: Valer/Edições Governo do Estado, 2000.

URTEAGA, L. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. **Geocrítica: Cuadernos Críticos de Geografía Humana**. Ano V, n. 29, novembro, 1980.

VASCONCELOS, V. MS anuncia repasse de R\$ 2,2 mi para combate a dengue em Rondônia. **Jornal eletrônico G1-Globo: Porto Velho**, 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2013/01/ms-anuncia-repasse-de-r-22-mi-para-combate-dengue-em-rondonia.html> acesso em 16/04/2013.

VEYRET, Y. (Org.) **Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente**. São Paulo: Ed. Contexto, 2007.

VICENTINI, Y. **Cidade e História na Amazônia**. Curitiba: UFPR, 2004.

WATANABE, M. **Mapa de localização do município de Porto Velho**. Porto Velho: LABOGEO, 2015.

_____, M. **Porto Velho: bacias hidrográficas**. Porto Velho: LABOGEO, 2015.

_____, M. **Porto Velho: bairros, distritos e reservas indígenas**. Porto Velho: LABOGEO, 2015.

_____, M. **Porto Velho - Óbitos por dengue, 2003-2012**. Porto Velho: LABOGEO, 2015.

WHO. World Health Organization. **Constituição da Assembleia Mundial de Saúde**. Nova York, 1946.

_____. World Health Organization. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> consulta em 19/02/2012.

_____. World Health Organization. **Impact of dengue**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/dengue/impact/en/>, acesso em 08/11/2013.

_____. World Health Organization. Sítio da **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int/en/> Acesso em: 07/02/2014.

_____. World Health Organization. **First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**. 2010. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/primeiro_relatorio_oms_doencas_tropicais.pdf. Acesso em 03/02/2015.

_____; TDR. World Health Organization; Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. **Handbook for clinical management of dengue**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/denguecontrol/9789241504713/en/> acesso em 13/05/2013.

ZUIN, A; STROZENBERG, I. **Porto Velho: do inferno verde ao inferno urbano**. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2014.

APÊNDICES

Apêndice 01:

Questionário para coleta de dados sobre risco e vulnerabilidade socioambiental

Nome completo		
Gênero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior	
Bairro		
Município:		
Procedência geográfica (assinalar um em cada uma das linhas)	1- <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> ribeirinha 2- <input type="checkbox"/> de Rondônia <input type="checkbox"/> de outros Estados	
Riscos socioambientais ao qual está exposto (a):	<input type="checkbox"/> Enchente/Alagação de residência ou automóvel; <input type="checkbox"/> Deslizamento de terra/desabamento de imóvel; <input type="checkbox"/> Proximidade de lixo hospitalar; <input type="checkbox"/> Proximidade de outros lixos não tratados; <input type="checkbox"/> Residência em área sem água tratada; <input type="checkbox"/> Residência em área que recebe água tratada, mas de forma irregular (sem dias certos); <input type="checkbox"/> Residência em área onde há doenças transmitidas por vetores (mosquitos), como dengue, malária leishmaniose; <input type="checkbox"/> residência em área onde há doenças de veiculação hídrica, como diarreias, verminoses, cólera.	
Possui parente ou amigo que lhe ajudaria se você tivesse de enfrentar algum dos problemas acima.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho parentes e amigos na cidade <input type="checkbox"/> Se sim, quantos? _____	
Possui Plano de Saúde particular	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você mora em casa do tipo	<input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> emprestada <input type="checkbox"/> pensão/pensionato	

Quantas pessoas moram em sua casa	<input type="checkbox"/> Uma pessoa <input type="checkbox"/> de duas a cinco pessoa <input type="checkbox"/> de cinco a dez pessoas <input type="checkbox"/> mais de dez pessoas
Qual a fonte de renda de sua família	<input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> trabalho autônomo <input type="checkbox"/> emprego público <input type="checkbox"/> emprego na iniciativa privada
Qual o valor da renda de sua família	<input type="checkbox"/> menos que um salário mínimo <input type="checkbox"/> um salário mínimo <input type="checkbox"/> de dois a cinco salários mínimos <input type="checkbox"/> de cinco a oito salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de oito salários mínimos

Apêndice 02

Termo de consentimento livre e esclarecido

Território e Saúde: políticas públicas de combate a dengue em Porto Velho/RO, 1996-2013

I - O presente estudo tem como objetivo analisar as políticas públicas de combate a dengue em Porto Velho tendo como base seus registros e as experiências de vida de profissionais que a ela se relacionaram (profissionais da área da saúde e afins e outros trabalhadores que sofreram de alguma forma com essa doença). O estudo será realizado pela aluna Xênia de Castro Barbosa, do curso de doutorado interinstitucional em Geografia da UFPR/UNIR, sob a orientação do Professor Dr. Francisco Mendonça.

II – Você participará de um trabalho de História Oral em que serão gravadas em uma ou mais sessões entrevista sobre sua experiência de vida e profissional. As entrevistas, depois de transcritas, textualizadas e transcriadas serão devolvidas para você ler e manifestar concordância, através de carta de cessão.

III No caso de discordância com partes do texto, estas serão corrigidas e substituídas. Para tanto você poderá fornecer um texto escrito com as alterações desejadas, fazer as alterações no próprio corpo da entrevista transcriada, ou gravar nova entrevista.

IV – A qualquer momento você poderá desistir da participação na pesquisa.

V – Os dados obtidos com sua colaboração serão publicados na tese de doutorado.

VI – Os dados obtidos com sua pesquisa poderão ser publicados em artigos científicos e livros, em meio impresso ou eletrônico;

VII – Caso deseje seu nome poderá ser substituído por pseudônimo. Informações pessoais como endereço residencial, telefone e e-mail serão mantidas em sigilo.

IX – O contato com a pesquisadora deverá ser feito pelos telefones (69) 2182-9608 e 9239-0732 e pelos e-mails xenia.castro@ifro.edu.br , xeniacio@gmail.com e chico@ufpr.br

Eu, _____, após ter recebido informações sobre o estudo Território e Saúde: políticas públicas de combate a dengue em Porto Velho/RO, declaro que ficaram claros os objetivos do estudo, os

procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Não tendo nenhuma dúvida a respeito da pesquisa, concordo voluntariamente em participar deste estudo, o qual poderei deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Porto Velho, ___/___/___,

Apêndice 3

Carta de Cessão

[Local, data]

Xênia de Castro Barbosa

Programa de Doutorado Interinstitucional em Geografia DINTER UFPR/UNIR.

Eu, [nome completo, estado civil, documento de identidade], declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em [data (s)] para Xênia de Castro Barbosa e o Programa de Doutorado Interinstitucional em Geografia DINTER UFPR/UNIR, para ser usada integralmente ou partes, em trabalhos acadêmicos e outros que dele resultem, sem restrições de prazos ou limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma autorizo que terceiros a ouçam e usem citações dela, ficando vinculado o controle ao Programa de Doutorado Interinstitucional em Geografia DINTER UFPR/UNIR, que tem sua guarda.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

[Nome e assinatura do colaborador]

ANEXOS