



Novos temas e debates para a **Geografia da Saúde**



1º Edição

**Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
(Org.)**

2019

© 2019 Editora Instituto Federal Catarinense.

Rua das Missões, nº 100
Ponta Aguda - Blumenau - SC
CEP 890510-000.

Editor: Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Conselho Editorial: Cladecir Alberto Schenckel, Fernando José Garbuio, Josefa Surek de Souza e Kátia Oliveira

Somos filiados :



DOI : <https://doi.org/10.21166/9788556440297>

ISBN 978-85-5644-029-7

Como citar (Formato ABNT):

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck (Org.). **Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde**. 1. ed. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019. 32 p.

Disponível em : <<http://editora.ifc.edu.br/wp-content/uploads/sites/33/2019/01/Novos-temas-para-se-pensar-as-pesquisas-em-Geografia-da-Sa%C3%BAde.pdf>>

Índice

	Pág.
Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde no Brasil <i>Eduardo Augusto Werneck Ribeiro</i>	4
Nexos entre desastres ditos “naturais” e a Atenção Básica do SUS: a multidirecionalidade da crise <i>Norma Valencio</i>	8
A dupla determinação geográfica da saúde: Uma teoria em construção <i>Raul Borges Guimarães</i>	18
A territorialização da saúde num Brasil neoliberal: contradições e impermanências <i>Rivaldo Faria</i>	26

Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde no Brasil

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
Instituto Federal Catarinense

Vamos estudar saúde pública brasileira pela perspectiva da geografia. Segundo Guimarães (2016) a geografia e a epidemiologia sempre tiveram estreitas relações, fazendo parte do núcleo central de conhecimentos da saúde coletiva.

Desde os anos 2000, a comunidade geográfica brasileira se interessou cada vez mais pelo debate da saúde coletiva, sendo um marco desse processo a realização do I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde - GEOSAÚDE, em dezembro de 2003, na cidade de Presidente Prudente (SP).

Desde então, a cada dois anos têm ocorrido outros simpósios, reunindo os pesquisadores da geografia no desafio de compreender novos significados da saúde e da vida na cidade ou no campo, do sentimento de pertencimento a uma comunidade e dos processos geradores do interesse coletivo e da identidade daqueles que moram em cada lugar.

Assim, os resultados obtidos na interface da geografia e saúde fazem parte de um sistema de ideias em evolução e de um movimento mais amplo de consolidação do campo da saúde coletiva, o que precisa ser aprofundado.

Santa Catarina receberá em 2019, o próximo IX GEOSAÚDE. No ano de 2018, tivemos a oportunidade de nos preparar em um seminário que foi realizado nos dias 22 e 23 de março. O seminário teve dois objetivos: conhecer os interessados em Geografia da Saúde em Santa Catarina e propor dois temas de estudo que ainda não foram tratados nos simpósios anteriores. Os pesquisadores reunidos puderam além de apresentar trabalhos acadêmicos e conhecer outros trabalhos que já acontecem no estado, a possibilidade de ampliar a rede de apoio dos pesquisadores que estão interessados no tema. Neste sentido, entendemos que o evento foi exitoso. Os trabalhos apresentados podem ser acessado no Anais do Seminário Estadual de Geografia da Saúde (Ribeiro, 2018).

Todavia, entendemos que seria interessante socializar, mesmo que de forma de relato, os pontos altos das contribuições das duas mesas que aconteceram no evento. Assim, faço um relato dos temas estudados e os pontos que foram encaminhados para o evento de 2019.

Sobre os temas estudados, o primeiro foi a discussão da questão da Educação Profissional para o SUS. Debate conduzido pelo professor Raul Borges Guimarães (Universidade Estadual Paulista – UNESP) com os participantes Maurício Monken (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e Claudia Lange da Escola Escola Técnica do Sistema Único de Saúde “Dr. Luiz Eduardo Caminha” de Blumenau.

Entendemos que ao pensar a questão de recursos humanos para o setor Saúde impõe, por um lado, caminhar rumo ao preceito constitucional que assegura a saúde como direito do cidadão e, por outro, refletir sobre o papel da formação e a gestão do pessoal que atua na área da Saúde.

Não deixou de se pensar que no plano ideal, a micropolítica do trabalho vivo, nas palavras de (Sant’Anna e Hennington, 2011) atribui ao trabalhador uma potência que lhe permitiria confrontar e superar a alienação do trabalho no sistema capitalista. No entanto, sabemos que não é bem assim. Bastou lembrar que milhares de trabalhadores brasileiros não tiveram acesso à educação, tanto do ponto de vista geral quanto do profissional. Muitos que ingressaram no mercado de trabalho em saúde também não tiveram possibilidades de concluir seus estudos.

Dessa forma, ao pensar na reordenação das práticas de saúde e a regionalização da

assistência apontam para a necessidade de qualificação e formação de pessoal de nível básico e técnico para atuar tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade, no apoio diagnóstico, vigilância em saúde, informação, desenvolvimento e gerência de processos e funções intermediárias.

Outro aspecto dentro desta dimensão é a questão do ser e de suas conexões de solidariedade no local (locus) de trabalho. Tantos os palestrantes como os demais pesquisadores ao apresentarem seus estudos apontaram para a necessidade de implantação de estratégias ligadas a postura relacional (interpessoal e com o público) onde e a relação humanizada no atendimento e no trabalho de equipe será o diferencial tanto para a gestão do serviço como para o enfrentamento do dia-dia. Pois, além de oferecer bem-estar aos usuários, estas estratégias implicarão no reconhecimento de suas próprias atividades como parte de um processo não alineante.

A banalização da dimensão das conexões de solidariedade reside naqueles que acreditam que basta a intenção do sujeito na superação do capitalismo, desconsiderando-se de outras variáveis que também estão relacionadas aos processos de alienação do capital. Lukács (2012), por exemplo, entende que não se pode entender o trabalhador (neste caso da saúde) como se fosse um fragmento descolado da história.

A educação profissional deve possibilitar aos trabalhadores ou dos profissionais que buscam sua formação complementar, a constituição de saberes que não se resumem a técnica, mas que seu itinerário formativo leve em consideração a interferência da base material na constituição da formação do aluno e do futuro trabalhador e na própria relação deste com o usuário.

Ressalta-se ainda que o mundo do trabalho da saúde não está imune aos problemas do capital. O trabalhador da saúde, como qualquer outro, está submetido a produção do capital e o seu trabalho por mais humanizado que seja também está voltado para a lógica da acumulação. Espera-se que a formação profissional não o aliene, pois, a alienação não se dá apenas no ato da produção material (no cotidiano do trabalho ou na formação do trabalhador), mas também a partir do choque de realidade do trabalhador e com os outros.

É neste sentido que a geografia tem o papel de contribuir na formação profissional. Existem multiplicidades da realidade de vivências, contribuir para que os profissionais consigam construir pontes para projetos integrados entre o mundo do trabalho da saúde e o mundo do ensino da saúde, é ainda pouco explorado. Essa discussão, tem que ser pensada de maneira associada ao contexto da Educação Profissional e Tecnológica (EPT) no Brasil. Os Institutos Federais podem colaborar, no entanto, precisamos entender como isto poderá ser viabilizado.

O segundo tema discutido foi sobre os Desastres naturais e a Atenção Básica do SUS. Este tema foi coordenado pela professora Márcia Siqueira (Universidade Estadual de Londrina – UEL) com participação dos professores Marco Antônio Mattedi (Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB) e Norma Valenciano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCar). Embora os desastres chamem a atenção quando resultam em grande número de óbitos ou destruição, o estado de Santa Catarina tem suas particularidades que podem ajudar neste tema. Deslizamentos ou inundações, períodos de seca, entre outros eventos climáticos, a Atenção Básica é demandada, de modo direto ou indireto. Neste sentido, discutimos quais seriam as características essenciais na gestão de risco e de desastres, como a responsabilidade de atuação em territórios e das populações, sobretudo, a importância de ser conhecer os problemas e as necessidades de saúde onde os desastres ocorrem.

Alguns pontos se destacaram. É sabido que nos últimos anos, os processos socioeconômicos e culturais em curso contribuíram para o incremento populacional, desorganizado em áreas urbanas, principalmente em áreas de riscos, criando um aumento das condições de vulnerabilidade não apenas pela localização inadequada das moradias, mas também pela falta de oferta e consumo de serviços básicos como água e saneamento.

As mudanças climáticas não podem ser entendidas apenas como uma crise dos modelos de produção do espaço sobre a exploração de recursos naturais e do aumento da demanda sobre os ciclos biogeoquímicos das populações.

Para os gestores do SUS, as mudanças climáticas produzem diferentes impactos sobre a saúde coletiva por diferentes vias e intensidades. Em localidades onde o poder público (gestores) permitiu que a privatização da proteção em detrimento da socialização do risco, a população perde resiliência.

Os desastres de origem natural são intensificados por ações antrópicas. Mesmo com a avaliação do histórico do fenômeno de eventos climáticos, combinadas com a falta de conhecimento do perfil epidemiológico municipal, por exemplo, pouco subsidiará a análise de situação de saúde e a avaliação de risco. Qualquer movimento, no sentido de estabelecer o nível de exposição da população, ou mesmo em pensar em orientação/adoção de medidas de saúde a serem implementadas e/ou intensificadas será insuficiente ou mesmo nula.

Os desastres naturais, principalmente os hidrológicos, como aconteceu em Blumenau podem servir de exemplo para o Brasil. A resiliência não será efetiva se a capacidade de articular os diferentes níveis de poder e gestão ainda apontam para a importância do fortalecimento da atuação do SUS na gestão do risco de emergência.

Quais seriam os caminhos? Várias propostas. Vou sintetizar as que achei interessantes. Um primeiro passo seria a ampliação da capacidade e fortalecimento de medidas adequadas à preparação, resposta e recuperação nas esferas: federal, estadual e, principalmente, municipal. Deve-se considerar, ainda, para o desenvolvimento das ações, que a ocorrência de desastres hidrológicos não é um evento inesperado, pois, de algum modo, respondem a um padrão espaço-temporal de ocorrência conhecido.

Para muitos, a natureza será considerada um inimigo que deve ser controlado (Mattedi, 2001). Isso pode ofuscar as verdadeiras variáveis que produzem o desastre. Dentro do contexto do desastre haverá a contabilidade das perdas e como contrapartida haverá também o aumento da pressão política por medidas de proteção. Assim, muitas vezes esta contabilização não pode mais ser aceita apenas como perdas materiais e é necessário reavaliá-las.

A intensificação dos impactos deve ser vista como uma razão para modificar a localização das populações de risco de ampliar ou preparar a rede de atenção básica para emergência, mas isto não pode se tornar obstáculo ao desenvolvimento de estratégia de proteção passa pelo controle técnico da natureza. Erguer uma casa ou um prédio em uma nova área, mesmo que não seja de risco, para as populações afetadas sem articulação com os serviços básicos de atenção social e de proteção contra as enchentes por exemplo, só irá adiar a ocorrência do novo futuro desastre.

O seminário estadual de geografia da saúde foi importante. Nos ajudou a iniciar uma nova frente de produção e aplicação sistemática de conhecimento para entendimento e confrontação entre sociedade e natureza a partir da Geografia da Saúde.

Os demais colegas posteriormente agregaram reflexões que foram além das duas temáticas acima abordadas.

Espero que os leitores possam desfrutar deste coletânea e assim avançarmos nos estudos.

Referências:

LUKÁCS, György . **Para uma Ontologia do Ser Social I**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MATTEDI, M. Notas sobre as visões de natureza em Blumenau: mais um capítulo da trágica história do sucesso humano. **Revista de Estudos Ambientais**, V. 3, n. 1, p. 29-39. jan./abr., 2001.

SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élida Azevedo. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 9, supl. 1, p. 223-244, 2011 .

Nexos entre desastres ditos “naturais” e a Atenção Básica do SUS: a multidirecionalidade da crise

Norma Valencio
Universidade Federal de São Carlos

Introdução

Para refletir sociologicamente sobre alguns dos nexos entre desastres naturais e a Atenção Básica do SUS, começamos por ponderar se porventura não conviria desnaturalizar os desastres. Como já expusemos em ocasiões anteriores (Valencio, 2010, 2014a), o detalhamento de certas características de hazards é condição necessária, porém, não suficiente para explicar os desastres que aos mesmos estão associados. Demonstrar, com os recursos conceituais apropriados, como a estrutura e o modo de funcionamento do meio social focalizado participam da arquitetura desse tipo problema é essencial para aumentar as chances de êxito das ações preventivas e preparativas frente aos hazards, especialmente no que concerne aos requerimentos de proteção da saúde física, psíquica, pública e ambiental.

A teoria dos desastres tem adotado uma perspectiva dialógica e bastante profícua no interior das ciências sociais. Os estudiosos que nela se baseiam ou se inspiram têm tido em conta o processo que conduz ao rompimento súbito das rotinas de uma dada coletividade bem como as características da experiência coletiva de estresse (Fritz, 1961; Quarantelli, 1998). Isso tem permitido valorizar elementos históricos no delineamento de relações políticas e econômicas desencadeadoras de suscetibilidades espaciais de variados grupos sociais (Oliver-Smith, 2006; Das, 1995), analisar criticamente os repertórios discursivos e práticos acionados por atores governamentais, multilaterais e midiáticos sobre o tema (Boin, Ekengren & Rhinard, 2013; Tierney, 2015; Scanlon, 2011; Amaral, Pozobon & Rubin, 2010) e construir interfaces entre a sociologia, a antropologia, o direito, a ciência política, a psicologia, a geografia e áreas afins. No âmbito macrossocial, essa abordagem tem permitido a análise da crueldade institucional, quando autoridades abandonam as vítimas ou imputam culpa as mesmas pelo acontecimento trágico, o que é explicado pela naturalização da opressão social (Quarantelli, 2006; Silva, 2015; Valencio & Valencio, 2017), enquanto que, numa perspectiva microssocial, favorece a identificação do sentido de *communitas* (Thomaz, 2010; Turner, 2012; Ibrahim, 2018) bem como das tensões entre grupos técnicos e grupos afetados (Siena, 2013), entre outros. Essa orientação interpretativa se orienta para a busca da lógica pela qual os riscos foram fabricados e se concretizaram assim como para as estratégias oficiais e comunitárias deflagradas para enfrentá-los e as características dos recursos mobilizados.

Considerando o contexto brasileiro de Atenção Básica do SUS e os frequentes desastres associados a fenômenos de chuvas intensas e eventos secundários associados (inundações, escorregamentos de massa, descargas elétricas e afins), esse texto busca trazer elementos preliminares, de base qualitativa, para subsidiar discussões futuras sobre a multidirecionalidade desse tipo de crise, isto é, a trajetória múltipla que a mesma pode tomar tanto em razão de sua evolução particular quanto de seu enodoar com outros tipos de crise. Seis enquadramentos serão destacados, a saber, no tocante a(o/s):

- a. Deliberações alocativas acerca de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a suscetibilidade espacial das mesmas frente às diferentes ameaças ambientais;
- b. Planejamento da estrutura física e política de manutenção predial;
- c. Proteção de equipamentos e insumos;
- d. Conexões não usuais visando à interoperabilidade de serviços;

- e. Cuidados na interação técnica com o usuário; e, por fim,
- f. Dilemas do quadro técnico em relação aos requerimentos simultâneos de sua vida pública e privada.

1 - Desastre: uma crise aguda em meio a crises crônicas

No contexto brasileiro contemporâneo, diferentes tipos de crise -de natureza política, social, econômica e ambiental- têm sido gestadas a partir de composições variadas de sujeitos sociais e de tempos de processamento.

Na trajetória cotidiana do homem simples, que se vê obrigado a mesclar preocupações com as constantes incertezas oriundas das promessas inacessíveis do moderno com a precariedade vivida nos subterrâneos da ordem estabelecida (Martins, 2003), tais crises vão se interpenetrando de um modo a provocar ajustes constantes, até um ponto insuportável de desumanização. O senso comum é um método de produção de significados que o permite ir tocando a vida em frente no seu espaço social de pertença (Martins, 1998; 2003). Porém, as tensões e contradições sem trégua, enfrentadas por meio de sua criatividade -que permite aquilo que Lefebvre (1974; 1980) salienta como sendo a autonomia possível no espaço vivido- encontram um ponto de ruptura num desastre. Essa é uma experiência profunda de desencantamento e desilusão, que demanda a produção de novos sentidos de mundo para recuperar uma autonomia mínima numa espiral descendente de cidadania. As deletérias interfaces de diferentes as crises crônicas adoecem o homem simples e um desastre pode ser um ponto final em sua busca de sobrevivência num limite mínimo de dignidade. A vivência de ambas as crises por esse grupo social de indefesos exige o apoio incisivo do setor saúde o qual, contudo, encontra-se igualmente debilitado por similares razões.

A crise na saúde se espalha pelo país e se expressa através de uma crise política, que se reflete na má gestão dos recursos financeiros, humanos e materiais. Isso é sinalizado pelo significativo volume de obras inacabadas ou pelas péssimas condições das unidades ora em funcionamento. Nessas últimas, a falta de manutenção das edificações e de higienização apropriada do espaço utilizado se somam à falta de médicos para prestar o atendimento devido. Equipamentos sucateados e/ou inoperantes e a escassez de materiais de uso corrente ao atendimento (como luvas descartáveis, seringas e agulhas, álcool e gaze) completam o cenário de indigência operacional. Ao lado disso, a crise política penetra no setor saúde através da epidemia da corrupção, a qual dissemina a prática antiética de desvios de recursos públicos do setor onde estes já são insuficientes para dar cabo da demanda social por atendimento.

A saúde vive o reflexo da crise social através da persistência das desigualdades socioeconômicas e das práticas subjacentes de violência, que matam, ferem, adoecem e levam ao sofrimento agudo ou crônico pessoas cujas marcas subalternas de classe ou étnicas são bem visíveis. O fechamento de milhões de oportunidades de trabalho e emprego e a forma aviltante como estes trabalhadores expurgados tentam “se virar” em atividades informais, no âmbito da atual crise econômica, produzem uma deterioração acelerada na qualidade de vida das famílias endividadas e sem horizontes de sobrevivência, resultando numa desproteção moral que incide, entre outros, no incremento de quadros de ansiedade crônica e em problemas nutricionais, os quais requererão suporte profissional oriundos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), estes últimos no âmbito do SUAS.

Por fim, a crise ambiental permeia a saúde quando a mesma se manifesta através da poluição hídrica, do solo, sonora e atmosférica que cotidianamente invade as cidades, que concentram a população do país. O sujeito que se vê obrigado a consumir água não potável, a conviver com volumes inacreditáveis de resíduos sólidos, a permanecer em ambientes continuamente ruidosos e a respirar um ar permanentemente intragável carrega para dentro de seu corpo e mente os efeitos perversos de uma modernidade anômala (Martins, 2011). A sua confrontação com o

mundo, por meio dos sentidos -a audição, o tato, o olfato, o paladar e a visão-, suscita crescentes alertas fisiológicos de que a sua integridade está por um triz devido ao barulho, ao mau odor, aos riscos de contaminação pela exposição, inalação ou deglutição de produtos tóxicos. Os ouvidos, a pele, os pulmões e a visão da paisagem desoladora anunciam ao corpo que este corre perigo. E, então, a enfermidade ambiental, com suas origens econômica, política e social, repercute nas inúmeras doenças dos incontáveis sujeitos que demandam atendimento e tratamento médico, num processo perverso que individualiza -e, por vezes, culpabiliza o sujeito indefeso- um problema fundamentalmente coletivo de produção de uma sociedade enferma. Enfim, as diversas crises contemporâneas se emaranham na multidimensionalidade da vida vivida do homem simples e esse emaranhado, de injustiças e sujeições, caracteriza a sua vulnerabilidade.

Uma vez que as crises crônicas acima mencionadas se interpenetram, provocando sinergias e desafios multifacetados ao setor saúde, os desastres produzem um patamar ainda mais intenso de perturbação nessa trama, pois agem como um tipping point isto é, como um desmoronamento do mundo dos sujeitos afetados que acreditavam que, mesmo precariamente, pudessem seguir a vida rotineiramente. Esse desmoronamento de rotinas também ocorre para as instituições públicas e privadas que se veem direta ou indiretamente implicadas. Isto é, desastres são caracterizados também pela desorganização intensa e súbita de estruturas e/ou dinâmicas organizacionais e passam a exigir deliberações urgentes e prioritárias de reparação dos danos decorrentes num contexto no qual ainda pairam grandes incertezas acerca da evolução dos acontecimentos (Quarantelli, Lagadec & Boin, 2007; Boin, Ekengren & Rhinard, 2013).

Nos desastres associados a eventos hidrometeorológicos -assim como outros tipos de eventos-, o setor saúde é um dos primeiros acionados para conter a crise, fazendo-o através de inúmeras formas de atendimento emergencial às vítimas. Porém, elementos estruturais, organizacionais e operativos podem interferir nessa intervenção, incluso o fato de que o próprio setor saúde, num âmbito local ou regional, pode estar em crise crônica ou ter sido parte afetada na crise aguda, a qual precisa responder. Tanto a trama de problemas entrecruzados de crises crônicas quanto a criatividade para conceber efeitos inusitados em crises agudas futuras frequentemente escapam daquilo que está tipificado idealmente nos planos de contingência/protocolos de atendimento do setor saúde e de demais setores envolvidos na emergência que precisam trabalhar de modo integrado na resposta ao desastre. Frequentemente, gestores de emergência, que comandam operações de socorro, fazem pouco de discussões sobre as crises crônicas, supondo que esse assunto foge ao escopo de sua atividade-fim. Igualmente, debocham dos que fazem elucubrações acerca de riscos ainda não concretizados, porque se acostumam a ver como problemas factíveis -que justificam a sua preocupação com treinamento e articulação- somente o que está assentado na experiência com situações já dadas e não a complexidade de cenários prováveis. Isso cria um enrijecimento imaginativo que, além de não se coadunar com a multidirecionalidade e globalidade das crises do século XXI, ainda impede que os que estão sob o seu arbítrio façam algum movimento numa direção inovadora de prevenção e preparação.

No concerne ao setor saúde e no contexto nacional, vê-se difusamente que as práticas rotineiras de trabalho do quadro técnico-operacional de UBSs têm sido executadas no limite máximo de dedicação de seus profissionais e com sobrecargas de tarefas nem sempre reconhecidas pelo sistema e pelos usuários. Nesse panorama, uma onda inesperada de atendimento prioritário se interpõe quando ocorre um desastre. Não se pode pensar que as UBSs entrarão na equação do desastre apenas como apoio subsidiário e excepcional à emergência. Isso porque elas próprias, como forma e conteúdo -instalações, equipamentos, pessoal envolvido, usuários- podem ser um dos elementos que definem a tragédia como tal, conforme detalharemos a seguir.

2 - Multidirecionalidade da crise: a Atenção Básica na berlinda

Os seis aspectos abaixo listados são aqueles que consideramos, por ora, os mais ilustrativos de como um desastre pode atravessar de distintas maneiras o setor saúde, em direções diferentes que, quando se conectam, é para sinalizar um agravamento tamanho do problema e exigir, em contrapartida, medidas excepcionais com as quais as gestões conservadoras anti-patizam. Assim, seria apreciável que esse panorama preliminar pudesse servir a discussões no tema e ser incrementado com outros aspectos e eventos aqui não abordados, mas igualmente imprescindíveis na elaboração de estratégias preventivas.

O primeiro deles, referente às deliberações alocativas acerca de UBSs e a suscetibilidade espacial das mesmas frente às diferentes ameaças ambientais, embute três componentes originais que, no plano concreto do processo decisório, caminham em separado, quais sejam:

- a vontade política para atender a determinada população em seu pleito por uma UBS, o que exige uma representação institucional, no âmbito parlamentar ou executivo e em diferentes níveis de governo, sensível a este problema e com capacidade de mobilizar os recursos financeiros e os trâmites burocráticos requeridos;
- a decisão técnica de, a partir da checagem tanto da demanda social quanto da disponibilidade territorial local, escolher a base física mais apropriada para instalação do imóvel que terá a finalidade de UBS;
- a dinâmica de ocupação do solo ao redor e suas implicações ambientais que, ao longo do tempo, pode engendrar riscos imprevistos ao imóvel.

É dizer, mesmo quando a interação política, entre governantes e os seus representados, é virtuosa e redonda na implantação de uma UBS, e essa acompanha o ritmo do incremento demográfico numa dada localidade que a reivindica, fatores ambientais mal gerenciados por políticas paralelas podem colocar tudo a perder. Por exemplo, problemas recorrentes de drenagem urbana, numa área que venha sofrendo um intenso processo de ocupação ou impermeabilização do solo, podem suscitar escorregamentos de massa ou enxurradas que chegam a comprometer seriamente a estrutura do imóvel. A política de saneamento, conduzida por outra pasta e relações de poder, pode ser não apenas diacrônica aos reclames por proteção espacial aos serviços públicos essenciais, como o da saúde, também tardia em relação aos efeitos da dinâmica de precipitação pluviométrica sobre uma base física em constante pressão de uso.

Isso nos remete ao aspecto de planejamento da estrutura física e manutenção predial, no qual seria apreciável, por um lado, que o esforço técnico de composição do projeto arquitetônico e a escolha dos materiais a serem utilizados tivessem suas especificações e layout baseados não apenas no fluxo de pessoas que transitarão no local e nas funções previamente estabelecidas dos subespaços internos, mas também no histórico de eventos naturais e tecnológicos perigosos ao redor e nos cenários de mudanças ambientais no longo prazo. Por outro lado, seria esperado que os ditames de manutenção predial fossem preventivos e que as rotinas burocráticas atinentes à liberação de tais serviços fossem consoantes à uma abordagem de resiliência. Por exemplo, fazendo cumprir um cronograma de serviços de manutenção antes da entrada da estação chuvosa, com uma agenda de limpeza de calhas e encanamentos, de reforço/conserto de telhas, de revisão da instalação elétrica e de funcionamento de para-raios, de construção de barreiras físicas à entrada de água pelas portas do estabelecimento.

Essa preocupação remete à seguinte, relativa ao aspecto da proteção de equipamentos e insumos, pois os riscos de inundação, de gotejamento, de curto-circuito, de colapso da estrutura e similares podem comprometer, circunstancial ou definitivamente, o uso de máquinas/aparelhos/instrumentos, além de estragar insumos essenciais e medicamentos em estoques. Em desastres relacionados a eventos hidrometeorológicos, múltiplos perigos se apresentam simultaneamente: a água contaminada que adentra pelas portas da unidade concorre com aquela que jorra sobre usuários, atendentes e equipamentos através da cobertura danificada; água também escorre

por infiltrações nas paredes; telhas escapam e voam sob ventos fortes; descargas elétricas provenientes de raios queimam os equipamentos ligados a tomadas, cuja fiação não conta com o aterramento adequado; a luz acaba e o sinal telefônico é interrompido; não há gerador independente e o sistema de bombeamento de água potável do município foi danificado, não havendo meios de proceder à limpeza e ao abastecimento regular do imóvel. Isso pode ocorrer num contexto em que a reposição de equipamentos e insumos pode ser dificultada tanto por fatores financeiros (cortes orçamentários), quanto burocráticos (processos lentos e sinuosos de tramitação) e ambientais (quedas de barreiras, que obstruem as vias terrestres, inundação generalizada, que dificulta opções de pouso e operações ferroviárias e demais dificuldades logísticas para proceder à reposição requerida).

A plena capacidade operacional da saúde é o mais próximo daquilo que o imaginário social identifica como sendo o socorro providencial que está vindo ao seu auxílio. Por isso, testemunhar o colapso de parcelas dessa operação pode simbolizar a perda da crença coletiva, dos sujeitos afetados, de que haverá o suporte vital tão necessário nessas circunstâncias. Quanto mais o acesso e o funcionamento das unidades afetadas forem inviabilizados, devido à circunstância de destruição/danificação do imóvel, equipamentos e afins, maiores serão as pressões sociais para que estabeleçam conexões não usuais visando à interoperabilidade excepcional dos serviços, que é o terceiro aspecto que destacamos nessa reflexão. O SUS planifica a sua concepção de atendimento ao público e a base física correspondente ao mesmo, através de uma separação dos serviços prestados, da atenção básica à atenção hospitalar, da média e alta complexidade à assistência farmacêutica. Porém, os desastres podem engendrar inesperados requerimentos de nexos entre tais serviços, o que exige uma adaptabilidade rápida do sistema para garantir uma operabilidade mais ágil entre estruturas organizacionais distintas em prol tanto da resposta imediata aos grupos sociais afetados na tragédia quanto aos demais segmentos do público que deles necessitam simultaneamente.

Por exemplo, numa UBS pode haver um usuário habitual, com problemas de pressão alta, o qual passa por acompanhamento rotineiro e prescrição de medicamento de controle, retirado regularmente na assistência farmacêutica. No desastre, esse usuário pode ter sofrido um AVC decorrente do sofrimento intenso pelo qual passou ao ver a sua moradia totalmente destruída no episódio. Isso o faz requerer um cuidado emergencial, como paciente a ser internado em uma estrutura hospitalar de uma localidade vizinha, mas numa conjuntura na qual os arquivos físicos e eletrônicos com o seu histórico foram danificados durante a inundação na UBS onde o mesmo era regularmente atendido e que tinha informações adicionais sobre a sua saúde que poderiam torna mais eficaz o atendimento de urgência. Assim, mecanismos de preservação da informação na nuvem sobre usuários de uma dada região, com possibilidade de acesso interunidades, poderia contribuir para a garantia da continuidade dos registros e do conhecimento profissional sobre a evolução da saúde deste paciente.

No referente à assistência farmacêutica, também essa pode ficar prejudicada quando estoques de medicamentos de alto custo e/ou de uso contínuo são danificados por água contaminada de inundações e, assim, precisam ser inutilizados/descartados. Por vezes, essa inutilização dos estoques ocorrer durante uma situação na qual há dificuldades operacionais de reposição, devido à situação de isolamento que o desastre provoca na comunidade afetada; ou, ainda, devido ao custo proibitivo de re-aquisição ou, novamente, devido, aos procedimentos burocráticos lentos. Assim, ao lado dos agravos físicos diretamente relacionados ao desastre -como traumas, adoecimentos e mortes-, pode haver agravos à saúde de usuários das UBSs locais quando esses descontinuem o uso de medicamentos de uso diário e/ou programado, além de lidarem com uma carga maior de estresse devido a tal preocupação. Para não depender apenas da atuação top-down, na qual a reposição será providenciada pelos níveis superiores do sistema -e da morosidade peculiar desse fluxo-, planos de contingência interunidades de assistência farmacêutica poderiam ser articulados no nível regional para providenciar reposições

emergenciais de medicamentos enquanto ficam à espera da regularização de estoques promovida pelo ente superior. A compatibilidade/unificação de programas computacionais utilizados nessas farmácias, onde são feitos os registros dos estoques e a dinâmica das demandas, ao lado do treinamento conjunto dos seus respectivos administradores em simulados, para se sentirem mais confiantes em lidar com esses fluxos excepcionais de demanda/produto, é algo muito proveito em termos de ações preventivas em saúde.

Isso se relacionado com o aspecto de cuidados na interação técnica com o público de usuários. A atenção básica à saúde implica prover um atendimento humanizado ao usuário, seja quando este se dirige à unidade ou é abordado pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). A ocorrência de um desastre pode ser uma circunstância na qual os profissionais de uma unidade afetada estão prioritariamente dedicados a recuperar as condições mínimas de funcionamento da mesma; ao mesmo tempo, os usuários podem se sentir muito fragilizados e requerem cuidados impostergáveis. Diante esse dilema, a comunidade pode ser vista como parceira, sobretudo através da interlocução das coordenações das UBSs com lideranças locais com quem se tenha construído vínculos pré-existentes, para auxiliar nos serviços emergenciais de limpeza e higienização da unidade assim como contando com sua contribuição espontânea numa logística informal de retirada e realocação de equipamentos e insumos que estejam sob risco iminente de danificação. Convém considerar, sob um prisma, que a vivência de um desastre pode ocasionar um sofrimento social incomensurável (Valencio, 2014b) e indivíduos mais sensíveis podem apresentar falhas em mecanismos internos de preservação de sua saúde mental quando os caminhos para refazer as suas atividades diárias são inviabilizados (Flannery Jr & Everly Jr, 2000). Sob outro prisma, a circunstância de perdas coletivas e multidimensionais pode provocar nos grupos afetados uma reelaboração de sentidos de mundo capaz de deflagrar uma disposição colaborativa incomum, embora baseada nos valores altruísticos de sua sociabilidade corriqueira. A procrastinação de medidas imprescindíveis de resposta em saúde -sinal, por vezes, da assimetria política e econômica dos afetados para confrontar um aparato estatal negligente- pode ser vivida localmente como um estressor adicional ou como um gatilho para a tomada de providências emergenciais em bases autogestionárias.

Por fim, o último aspecto ao qual aludiremos é o que se refere aos dilemas do quadro técnico em relação aos requerimentos simultâneos de sua vida pública e privada num contexto de desastre. Os profissionais das unidades danificadas/destruídas são frequentemente munícipes daquela localidade que pode ter sido extensivamente afetada; por exemplo, quando um município decreta estado de calamidade pública (ECP). Isso pode significar que a vida privada dos profissionais está a exigir muitas providências para apoiar membros da família mais vulneráveis, resgatar objetos de valor econômico, prático e sentimental, acudir vizinhos, buscar abrigo diante a moradia sujeita a desmoronar, além da preocupação em chegar à unidade quando as vias de tráfego estão bloqueadas. Nessa circunstância, o regime rotineiro de funcionamento por turnos pode falhar, porque os funcionários do turno em conclusão não conseguem sequer sair da unidade -embora aflitos para fazê-lo e estarem em companhia de seus familiares- ao passo que aqueles que deveriam iniciar o turno não conseguem chegar ao seu destino.

À guisa de conclusão

A proteção à saúde do cidadão é um direito constitucionalmente embasado no país e, contudo, as injunções sociais, políticas, econômicas e ambientais desafiam-no cotidianamente. Os desastres ditos “naturais” elevam o nível desse desafio tanto porque impõem uma sobrecarga ao setor saúde, já constrangido pela pesada lida de atendimento ao crescente grupo de desfiliaados sociais do país, quanto devido à possibilidade de afetação de suas próprias bases físicas e humanas.

Se, pelo país, as rotinas cotidianas de funcionamento da Atenção Básica do SUS -assim

como os mecanismos de controle de autoridades, de profissionais, de conselheiros e de usuários- já não têm garantido a plena efetividade de seus princípios básicos, os desastres tendem a colocá-los mais enfaticamente na berlinda, exigindo dos mesmos uma flexibilidade excepcional para prover ajustes organizacionais e operacionais tempestivos. Nessas circunstâncias, o sistema e os atores que o dinamizam necessitam pensar em seus planos de contingência como um mero referencial para a situação concreta vivenciada a qual, frequentemente, é não somente distinta como também mais complexa, solicitando ações simultâneas em prol das vítimas e da recuperação de funções da unidade.

Intricados problemas, de natureza estrutural e operacional, se apresentam quando ocorre um evento que inviabiliza o uso de instalações, equipamentos e insumos, além de atingir diretamente o corpo profissional e usuários de unidades de saúde. A missão de atender e a expectativa do cidadão de ser atendido podem entrar em colapso se um conjunto de princípios solidários não for acionado com a brevidade possível, prevendo que as situações ideais são passíveis de sofrer uma mudança súbita. Uma nova hierarquia de atendimento pode ser imposta quando o quadro humano dedicado à urgência é insuficiente. A atenção básica, orientada para interagir com aqueles que lutam -não raro, por meses a fio-, por uma consulta ou exame laboratorial de rotina, pode vir a se deparar com outros tantos, que sofreram agravos inesperados à saúde devido a colapso súbito de edificações, afogamentos, escoriações, choques elétricos e afins. Onde havia o acompanhamento à saúde devido a doenças crônicas e monitoramentos de rotina, forma-se uma nova e inesperada fila de pessoas com quadros de ansiedade, depressão, vivenciando a perda súbita de membros e de órgãos do corpo, o encaminhamento para cirurgias de urgência e pedidos de deslocamento imediato a centro especializados em outras localidades. A comunidade já não é a mesma e a experiência da equipe tampouco, de modo que garantir um tempo de reflexão conjunta sobre essas mudanças seria uma oportunidade para estreitar laços e conhecimento mútuo, das capacidades, das experiências e do saber-fazer individual e coletivo, que é espírito da atenção básica.

De um lado, não é incomum que os atendidos nessa fila excepcional sejam os mesmos que esperavam anteriormente por um atendimento normal; agora, seus problemas foram agravados. A crise aguda que o desastre representa tem relação com as crises crônicas do Brasil contemporâneo, as quais rebatem na atenção básica. As insistentes disjunções entre políticas de trabalho e emprego, de moradia, de saneamento, de assistência social e de defesa civil, entre outras, redundam em maior grau de desamparo social. Os grupos sociais mais vulneráveis nessas crises crônicas, e cuja saúde já seguia debilitada, são os mais suscetíveis nos desastres, uma vez que não lhes são permitidas as condições materiais e físicas dignas de autoproteção. Doentes prévios ficam mais debilitados nos desastres; por seu turno, os mais debilitados, física e cognitivamente, têm dificuldade em escapar desses perigos derradeiros, que lhes ceifam a vida. De outro, a danificação ou a destruição de instalações, equipamentos e insumos, assim como os agravos à saúde de atendentes e atendidos, têm sido parte de um panorama trágico que exige um melhor equacionamento de políticas no âmbito da gestão solidária nos três níveis de governo. Enquanto o SUS planifica a sua concepção de atendimento ao público e a base física correspondente, através de uma separação dos serviços prestados -da atenção básica à atenção hospitalar, da média e alta complexidade à assistência farmacêutica-, os desastres podem engendrar novos, inesperados e problemáticos nexos entre tais serviços, exigindo uma adaptabilidade rápida de procedimentos e equipes para garantir uma operabilidade mínima do sistema. Em termos preventivos, seria salutar se os municípios de uma dada região envolvessem as autoridades do setor, os profissionais da saúde, os especialistas em desastres e as lideranças comunitárias para uma reflexão sobre as lições extraídas de experiências prévias vividas e os cenários socioambientais prováveis -baseados em diferentes experiências e conhecimentos- com vistas a exercícios compartilhados de adaptação a múltiplas situações críticas. A vocalização polifônica pode embasar ações mais promissoras de resiliência em saúde, mas é preciso que os

sujeitos reconheçam que suas visões e ações se constroem para minimizar, mas não neutralizar, as condições de incerteza e imprevisibilidade, posto que dado fator de ameaça se manifesta, ou um desastre se desenrola, sempre a partir de singularidades. O valor intrínseco das discussões conjuntas está em exercitar, do plano intersubjetivo ao institucional, a capacidade de flexibilização do olhar sobre o problema e das práticas diante do mesmo, encontrando mais agilmente pontos de cooperação para identificar e interpretar as condições adversas que se apresentarem, as quais são mais dinâmicas e desafiadoras do que um modus operandi burocrático, isolado e de reação lenta, consegue admitir.

À parte isso, cada nível de gestão, e de seus respectivos conselhos, poderia lidar com tarefas específicas para, posteriormente, integrá-las. Ao nosso ver, caberia ao gestor nacional o desafio de procurar calibrar suas políticas de saúde e medidas de regulação em conformidade com os avanços teóricos do debate nacional e internacional sobre os desastres desde uma maior compreensão da complexidade do tecido social. Se se perde sincronia com esse debate, as ideias que embasam as suas estratégias podem apresentar gargalos interpretativos passíveis de cobrar altos preços de resposta inadequada em contextos catastróficos. É fato que as autoridades nacionais e estaduais de gestão de desastres estão enrijecidas em crenças baseadas em teoria de hazards e pouco se importam em ajustar sua visão a esse debate da teoria dos desastres -uma das razões pelas quais suas políticas não se coadunam com a complexa realidade social brasileira-, mas o setor saúde precisa e pode avançar a despeito disso, na medida em que estar atento ao debate científico sempre esteve incorporado às preocupações do SUS.

Ao gestor estadual, seria apreciável enveredar pela análise de recortes temporais longos que entrelacem dinâmicas demográficas e espaciais dos municípios em sua circunscrição jurisdicional a fim de ver como ambas se comportam frente aos fatores ambientais que ganham diferentes gradações de perigo; isto é, observar como os rearranjos contínuos dos elementos físicos e sociais do espaço contribuem associadamente para deflagrar as emergências e de que forma essas emergências rebatem no sistema de saúde local, regional e estadual. Enquanto isso, no âmbito municipal, do planejamento à execução, a construção de narrativas coletivas sobre riscos e desastres, moldadas por diversos perfis de usuários e de profissionais do sistema, assim como por diferentes tipos de informação, daria a base factual em relação a qual os níveis superiores do sistema estabeleceriam critérios de apoio e de ação. Convém enfatizar que seria apreciável que as parcerias que participam da gestão e do oferecimento de serviços na escala municipal igualmente refletissem acerca das contingências para listar suas prioridades em termos preventivos e preparativos bem como no referente ao treinamento para lidar com situações adversas com diferentes níveis de complexidade.

A população brasileira não vai bem em saúde primária e o SUS precisa demonstrar que tem estratégias para garantir a qualidade de seus serviços nesse contexto desolador (Bousquat et al, 2017). Os desastres acionam novas composições de elementos organizativos da saúde, de modo que é impostergável pensar a atenção básica dentro desses potenciais nodos críticos. Isto é, participando, ambigualmente, como parte do fluxo de problemas e das soluções, num balanço dinâmico que depende da qualidade do envolvimento dos sujeitos e das instituições operantes.

Agradecimentos

Agradecemos aos Professores Marcos Mattedi (FURB) e Eduardo Augusto Werneck Ribeiro (IFC) pelo honroso convite para participar do Seminário Estadual de Geografia da Saúde 2018, ocorrido em Blumenau/SC, bem como para participar desta publicação decorrente do referido evento.

Referências:

AMARAL, M.F., POZOBON, R.O. & RUBIN, A. (2010). Modos de endereçar a tragédia: indignação, testemunho e piedade. **Lumina**, 4(2):1-15. Disponível em: <https://lumina.ufjf.emnuvens.com.br/lumina/article/view/133>

BOIN, A.; EKENGREN, M. & RHINARD, M. (2013). **The European Union as crisis manager patterns and prospects**. Cambridge, Cambridge University Press.

BOUSQUAT, A. et al (2017). Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, 2017, 33(8):e000373716. Doi: 10.1590/0102-311X00037316

DAS, V. (1995). **Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press.

FLANNERY Jr, R.B.; EVERLY Jr, G.S. (2000). Crisis intervention: a review. **Intern. Journal of Emerg. Mental Health**, 2(2):119-125.

FRITZ, C.E. (1961). Disaster. In R. K. Merton, & R. A. Nisbet (Eds), **Contemporary social problems**. New York: Harcourt, 651-694.

IBRAHIM, S. Y. (2018). **Análise das memórias coletivas dos afetados no desastre socioambiental de janeiro de 2011 no Vale do Cuiabá – Petrópolis, RJ**. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – EICOS. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro.

LEFEBVRE, H. (1974). **La production de l'espace**. Paris: Anthropos.

LEFEBVRE, H. (1980). **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo : Editora Ática.

MARTINS, J.S. (1998). **O senso comum e a vida cotidiana**. Tempo Social, 10(1):1-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/86696>

MARTINS, J.S. (2003). A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. 2ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.

MARTINS, J.S. (2011). A política do Brasil: lúpem e místico. São Paulo: Contexto.

OLIVER-SMITH, A. (2006). Disasters and forced migration in the 21st century. Social Science Research Council. New York. Disponível em: <http://understandingkatrina.ssrc.org/Oliver-Smith/>.

QUARANTELLI, E. L. (1998). Epilogue. E.L.Quarantelli (Ed.). What is a disaster? Perspectives on the question. London, New York: Routledge. 234-273.

QUARANTELLI, E. L. (2006). Catastrophes are Different from Disasters: Some Implications for Crisis Planning and Managing Drawn from Katrina. Understanding Katrina Essay Forum: perspectives from the social sciences. Social Science Research Council. New York. Disponível em: <http://understandingkatrina.ssrc.org/Quarantelli/>

QUARANTELLI, E.; LAGADEC, P. & BOIN A. (2007). A heuristic approach to future disasters and

crisis: new, old, and in-between types. In H. Rodriguez, E. L. Quarantelli, & R. R. Dynes (Eds.), *Handbook of disaster research*. New York: Springer, 16-41.

SCANLON, J. (2011). Research about the mass media and disaster: never (well hardly ever) the twain shall meet. In J. R. Detrani (Ed.), *Journalism Theory and Practice*. Binghamton: Apple Academic Press, 233-269.

SIENA, M. (2013). A política de assistência social em contexto de desastres relacionados às chuvas: um estudo sobre o município de Ribeirão Preto/SP. In N. Valencio e M. Siena (Orgs.), **Sociologia dos Desastres: Construção, Interfaces e Perspectivas no Brasil**. São Carlos: RiMa Editora, 38-61.

SILVA, T.C. (2015). **Tracing identities through interconnections: the biological body, intersubjective experiences and narratives of suffering**. *Vibrant*, 12:260-289.

THOMAZ, O.R. (2010). **O terremoto no Haiti, o mundo dos brancos e o lougawou**. *Novos Estudos CEBRAP*, 86: 23-50.

TIERNEY, K. (2015). **Resilience and the neoliberal project: discourses, critiques, practices – and Katrina**. *American Behavioural Scientist*. 59(10):1327-1342.

TURNER, E. (2012) *Communitas – The Anthropology of Collective Joy*. New York: Palgrave MacMillan.

VALENCIO, N. (2010). Desastres, ordem social e planejamento em Defesa Civil: o contexto brasileiro. **Saúde e Sociedade**, 19(4):748-762. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400003>

VALENCIO, N. (2014a). Desastres: tecnicismo e sofrimento social. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, 19(9):3631-3644. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.06792014>

VALENCIO, N. (2014b). Dos desastres recorrentes aos desastres à espreita. In A. Zhouri & N. Valencio (orgs), *Formas de matar, de morrer e de resistir: limites da resolução negociada de conflitos ambientais*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 277-316.

VALENCIO, N. & VALENCIO, A. (2017). Vulnerability as social oppression: the traps of risk-prevention actions. In V. Marchezini et al (Orgs.), *Reduction of Vulnerability to Disasters: from Knowledge to Action*, 115-141. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320546899_Vulnerability_as_social_oppression_the_traps_of_risk-prevention_actions

A dupla determinação geográfica da saúde: uma teoria em elaboração

Raul Borges Guimarães

Departamento de Geografia - UNESP - Presidente Prudente

Faço parte de uma geração de pioneiros dos estudos de Geografia da saúde no Brasil, que desbravou os caminhos para que cada vez mais geógrafos brasileiros pudessem romper os muros da universidade e se envolvessem com inúmeros problemas que afligem o povo brasileiro, como ocorre no setor da saúde.

No início, não tínhamos a dimensão desse processo. Encontrávamo-nos isolados, sem comunicação. Assim foi produzida a primeira dissertação de mestrado que tratou da questão do acesso aos serviços de saúde em um programa de pós-graduação em Geografia no Brasil, trabalho realizado pela Profa Leila Christina Dias¹, no Programa de Pós-graduação em Geografia da UFRJ, em 1980. A primeira tese de doutorado foi defendida pela Profa Helena Ribeiro², no Programa de Pós-graduação em Geografia Física da USP, em 1988, associando a poluição do ar com doenças respiratórias em crianças da área metropolitana de São Paulo. Também fizeram parte desses estudos pioneiros novos temas de interesse geográfico, investigados por mim na dissertação de mestrado³ e na dissertação de Carmen Soledad Aurazo de Watson⁴.

Enquanto nós geógrafos brasileiros ensaiávamos nossos primeiros passos nesses estudos de grande relevância social, o conceito de espaço já tinha tornado-se uma importante referência no país para os epidemiologistas envolvidos com a formulação da Teoria da Determinação Social da Saúde, dentre os quais tenho como referência as pesquisas desenvolvidas por Luis Jacintho da Silva⁵ e Maurício Lima Barreto⁶. O primeiro deles, professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), defendeu a sua tese de doutorado em 1980 sobre a evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo. Contrariando o modelo ecológico, a partir do qual se associava o ciclo da doença de Chagas com a existência de casas de pau-a-pique, Luis Jacintho associou a evolução da doença com a expansão cafeeira no território paulista através do levantamento e análise de estatísticas históricas e relatos de viajantes. Por sua vez, Maurício Barreto, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), estudou a distribuição da esquistossomose no espaço urbano, associando-a com as transformações de correntes do processo de urbanização no estado da Bahia.

Foi nesse ambiente de inovação científica promovida pelos epidemiologistas que fui buscar as referências do que iríamos denominar mais tarde de “Geografia da Saúde”. Do período de 1980 a 2001, que denomino de estudos pioneiros de Geografia e Saúde no Brasil, foram publicadas mais 7 dissertações de mestrado, das quais apenas 2 em programas de pós-graduação em Geografia; e outros 3 doutorados, sendo a minha tese de doutorado a única dessas em Geografia (veja o quadro 1 abaixo).

1 - DIAS, Leila Christina. **Uma interpretação geográfica do acesso a recursos sociais: a saúde em Copacabana**. Rio de Janeiro, UFRJ, 1980 (Dissertação de Mestrado).

2 - RIBEIRO, Helena. **Poluição do ar e doenças respiratórias em criança da Grande São Paulo: um estudo de Geografia médica**. São Paulo, USP/FFLCH, 1988.

3 - GUIMARÃES, Raul Borges. **O transbordar do hospital pela cidade: tecnologia, saúde e produção do espaço**. São Paulo, USP/FFLCH, 1994.

4 - WATSON, Carmen Soledad Aurazo de. **Mulher e saúde: um estudo de mulheres atendidas no Centro de Saúde-escola do Butantã, CESB, S, 1984**. USP/FFLCH, 1992.

5 - SILVA, Luis Jacintho. **Evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo**. Ribeirão Preto, USP/FMRP, 1980 (Tese de doutoramento).

6 - BARRETO, Maurício Lima. **Esquistossomose mansônica: distribuição da doença e organização social do espaço**. Salvador, UFBA, 1982. (Dissertação de mestrado).

Quadro 1 - Estudos Pioneiros de Geografia e Saúde no Brasil

Autor	Título	Nível/Instituição/Ano
Leila Christina Dias Carvalho	Uma interpretação geográfica do acesso a recursos sociais: a saúde em Copacabana	Mestrado/UFRJ/1980
Luis Jacintho da Silva	Evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo	Doutorado/USP-FMRP/1980
Maurício Lima Barreto	Esquistossomose mansônica: distribuição da doença e organização social do espaço	Mestrado/UFBA/1982
Helena Ribeiro	Poluição do ar e doenças respiratórias em criança da Grande São Paulo: um estudo de Geografia médica	Doutorado/USP-FFLCH/1988
Carmen Soledad Aurazo de Watson	Mulher e saúde: um estudo de mulheres atendidas no Centro de Saúde-escola do Butantã, SP	Mestrado/USP-FFLCH/1992
Roberto de Andrade Medronho	A Geografia do dengue no município do Rio de Janeiro: uma análise por geoprocessamento	Mestrado/ENSP/1993
Raul Borges Guimarães	O transbordar do hospital pela cidade: tecnologia, saúde e produção do espaço	Mestrado/USP-FFLCH/1994
Eduardo Hage Camargo	Esquistossomose Mansônica no Estado da Bahia: produção da doença no espaço e medidas de controle	Mestrado/UFBA/1994
Jorge de Campos Valadares	Espaço, ambiente e situação do sujeito	Doutorado/ENSP/1994
Fátima Teresinha Scarparo Cunha	Estudo da evolução dos Centros de Saúde no tempo e no espaço na cidade do Rio de Janeiro: 1920-1950	Mestrado/ENSP/1994
Luciano Medeiros de Toledo	O espaço do cólera: determinantes sociais e regulação ambiental dos caminhos de uma epidemia	Doutorado/ENSP/1996
Ofélia Cerinéia Brochado	Trabalho, saúde e reprodução da vida: a mulher boia-fria no mundo cindido de Paraguaçu Paulista	Mestrado/USP-FFLCH/1998
Raul Borges Guimarães	Saúde pública e política urbana: memória e imaginário social	Doutorado/USP-FFLCH/2000
Mauro Gil Ferreira e Silva	O papel dos médicos na valorização das áreas litorâneas da cidade do Rio de Janeiro.	Mestrado/UFRJ/2000
Pedro Benevenuto Junior	Geografia e ecologia da Leishmaniose Tegumentar no Estado do Espírito Santo.	Mestrado/ENSP/2000
Maria Antonia Ramos Costa	A ocorrência do Aedes aegypti na região noroeste do Paraná: um estudo sobre a epidemia da dengue em Paranavaí - 1999, na perspectiva da Geografia médica	Mestrado/UNESP/2001

Desde a realização de sua primeira versão na Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP de Presidente Prudente, em 2003, o Simpósio Nacional de Geografia da Saúde transformou-se num espaço de discussão sobre esse tema no Brasil. Reunindo cerca de 200 profissionais e estudantes de distintas unidades federativas do Brasil, dispostos em trocar as

experiências em andamento; o Simpósio nasceu com a forte colaboração de pesquisadores de outros países, especialmente da Argentina, do México e de Cuba. Desde então, sete outros simpósios foram realizados, com uma média de 250 participantes e em cidades de distintas regiões brasileiras (Rio de Janeiro, Curitiba, Uberlândia, Recife, São Luís, Brasília e Dourados), o que tem sido uma experiência ímpar de reflexão do nosso coletivo acerca do olhar geográfico para as ciências da saúde, assim como o interesse da área da saúde pelo espaço geográfico.

Mas o reconhecimento e apoio da comunidade acadêmica ao estudo geográfico da saúde coletiva no Brasil não foi um processo fácil, uma vez que há uma postura dominante na Geografia brasileira que desconsidera o papel da Geografia na compreensão de problemas sociais que não tenham claramente uma vinculação com a materialidade espacial. Assim, não seria papel da Geografia compreender os processos de adoecer e morrer de um grupo social, desde que não fosse possível demonstrar a determinação socioespacial de tais processos.

As críticas têm sido duras para nós geógrafos que estudamos a saúde, supostamente por não conseguirmos responder a essa questão do “propósito geográfico” do trabalho. Em certas situações, há mesmo uma espécie de patrulhamento ideológico, que tem inibido mais fortemente a atuação dos geógrafos brasileiros no debate das ciências sociais em saúde.

Tenho certeza que os problemas decorrentes dessa situação de descrença na relevância do nosso trabalho exigiu um posicionamento epistemológico dos chamados geógrafos da saúde que podemos denominar de realismo crítico (Hessen, 1987, p. 93), segundo o qual as coisas reais e as relações essenciais existem, independentes do nível de consciência do pesquisador. E foram essas coisas reais e a necessidade de seu entendimento que nortearam as atividades acadêmicas e pesquisas nesse novo campo temático.

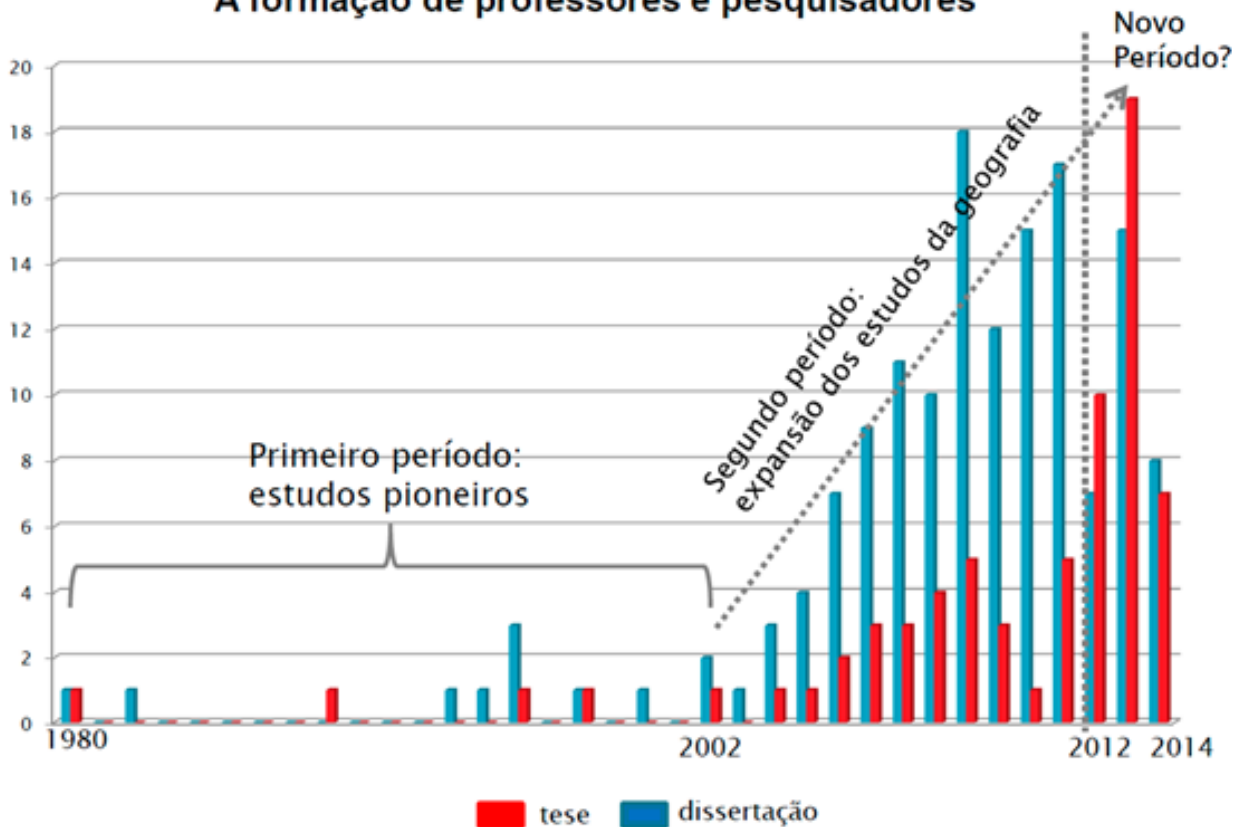
Neste caso, não se trata de apenas reconhecer a importância da Geografia para a elaboração dos fundamentos teóricos e metodológicos da Epidemiologia, mas o caminho inverso, ou seja, refletir a respeito da contribuição das questões da saúde coletiva para o desenvolvimento do pensamento geográfico, do pensar e do fazer dos geógrafos. Sob esse ponto de vista do realismo crítico, nosso ponto de partida e de chegada não são os conceitos abstratos, mas os problemas reais que precisam ser melhor compreendidos pela ciência geográfica. Enfim, se somos geógrafos da saúde, não estamos apenas preocupados em desenvolver uma nova especialidade (Geografia médica, Geoepidemiologia, Epidemiologia paisagística, etc., etc.). Somos geógrafos da saúde porque somos preocupados com a vida das pessoas. Somos preocupados em desenvolver uma Geografia na perspectiva das pessoas, uma Geografia dos sujeitos, uma Geografia para os sujeitos.

Ainda que devemos buscar sempre o rigor científico, esta meta não pode nos brutalizar, nos levar ao abandono da sensibilidade, da nossa capacidade de emocionar-se e sensibilizar-se diante da situação de vida das pessoas. Cada vida é um bem precioso e não deve ser considerada apenas como mais um número para compor os coeficientes estatísticos. Não menos importante do que o rigor científico, praticar a Geografia dos sujeitos, a Geografia preocupada com a vida das pessoas, é praticar uma Geografia compromissada em dar voz àqueles que foram silenciados ou que nunca foram ouvidos. Enfim, é adotar uma postura ética, de valorização da justiça e da solidariedade.

Certamente, por decorrência desse movimento coletivo nacional, a saúde foi se transformando num tema de interesse crescente na comunidade geográfica brasileira, inaugurando um novo período, a partir de 2002, de expansão da formação de mestres e doutores brasileiros em Geografia especializados na pesquisa em saúde.

Gráfico 1

A formação de professores e pesquisadores



Fonte: Portal de teses da CAPES

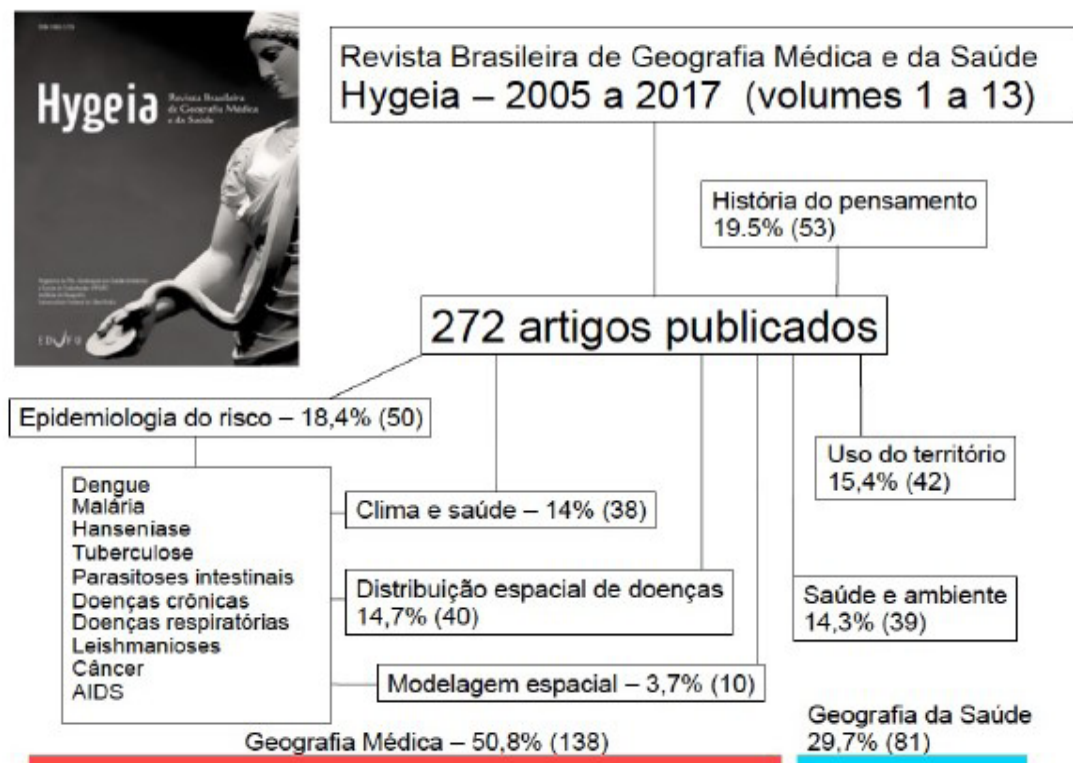
Durante esse período de expansão de pesquisas de “geografia e saúde”, podemos identificar cerca de 300 dissertações de mestrado e teses de doutorado sobre o tema, trabalhos concluídos em programas de pós-graduação em geografia e de saúde coletiva. Além desses trabalhos, inúmeros livros têm sido publicados, assim como a publicação de artigos científicos. Dado o volume e a complexidade dessa produção, é preciso maior reflexão sobre os rumos da pesquisa, incentivando estudos epistemológicos, como o realizado por Dutra (2011). Procurei contribuir com essa discussão em duas ocasiões, com a publicação de um artigo (Guimarães, 2016) e participação em uma mesa redonda no VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, realizado em 2017 na cidade de Dourados.

Por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, nesse artigo levantei os principais temas de Geografia abordados nas três principais revistas brasileiras da área – Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública e Saúde e Sociedade. Destaquei a importância do geoprocessamento em saúde para estudos de distribuição espacial, principalmente de doenças infectocontagiosas e parasitárias. Da mesma forma, identifiquei o crescimento da produção científica em estudos com base no pensamento crítico, com destaque para as publicações recentes na revista Saúde e Sociedade. A comparação dos trabalhos publicados também proporcionou a identificação de desafios metodológicos a serem enfrentados pelo estudo da saúde coletiva com embasamento nos conhecimentos geográficos, como o uso de modelos preditivos e análise de superfícies de tendências, assim como o desenvolvimento de novas ferramentas cartográficas para a compreensão da realidade social em transformação e movimento.

Em 2017 retomei essa discussão na mesa redonda que participei no VIII Simpósio Nacional. Para essa ocasião ampliei a discussão da produção de Geografia da saúde no Brasil com uma análise dos 272 artigos publicados nos volumes de 1 a 13 da Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (período de 2005 a 2017). Agrupei os artigos em três grandes grupos. O primeiro deles, que denominei de “Geografia Médica”, reúne a maior parte dos trabalhos

publicados na revista (50,8%); um segundo grupo, que denominei de “Geografia da Saúde”, formado por artigos que discutem o uso do território ou a relação saúde e ambiente (29,7%); e um último grupo formado por artigos que discutem a história do pensamento (19,5%).

Figura 1 - Hygeia: distribuição temática dos artigos publicados



Organizado pelo autor

Para uma análise mais aprofundada da contribuição da Geografia para a compreensão da saúde, ainda será preciso considerar a produção de livros sobre o tema no Brasil, que é extensa e diversa. Mas nessas oportunidades que tive para debruçar-me sobre essa questão, apesar do visível crescimento da Geografia da saúde no Brasil, percebi que grande parte dos estudos realizados são baseados em abordagens clássicas. Ainda preciso avançar na perspectiva da produção social do espaço, assim como num maior entrosamento dos geógrafos no debate das ciências sociais em saúde, que tem como espaço privilegiado a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO.

Essa diversidade muito grande de atividades e ações, com uma pluralidade acentuada de conceitos e abordagens metodológicas é objeto de críticas, sugerindo uma postura eclética e com pouco rigor científico. Mas, de fato, o que se processa é outra agenda. Penso que há um esforço dos geógrafos em não perder a complexidade do objeto “saúde coletiva” a partir do olhar da Geografia. Para isto, quando necessário, é preciso buscar aportes em áreas afins (Epidemiologia, Sociologia, Antropologia, Psicologia etc) mas, sobretudo, relendo os clássicos da Geografia (Max Sorre, Jean Brunhes, entre outros).

Ora, pensar a saúde a partir do olhar geográfico é nunca perder de vista a relação sociedade/natureza. E compreender essa relação a partir das características do meio impõe uma série de condições que conformam a saúde como espaço, numa unidade complexa e indissociável dos componentes físicos, biológicos e sociais. É aí que passou a ganhar cada vez mais centralidade nessas discussões o conceito de trabalho, no sentido ontológico marxista,

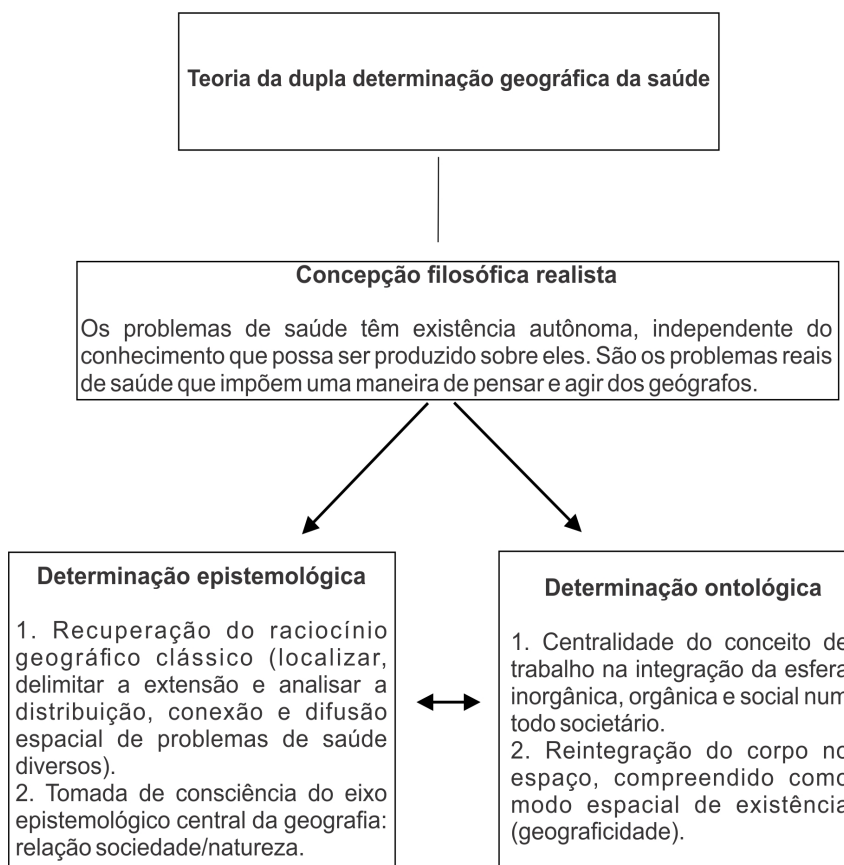
enquanto ação humana de ir à natureza e trazê-la para si numa troca metabólica de fusão dos seres humanos no mundo e a transformação do mundo num mundo humano (Lukács, 2012, pp. 353-354).

Concluo daí que não estamos procurando encontrar uma maneira de trabalhar a relação sociedade/natureza de modo indissociável. A diversidade de temas e abordagens não se trata de um ecletismo metodológico, mas do pluralismo metodológico necessário para abordar as múltiplas e complexas facetas da forma própria da saúde como espaço.

Em vista do exposto, os avanços alcançados pelas inúmeras atividades desenvolvidas pela comunidade geográfica preocupada com a saúde da população encaminha-se para a formulação de uma Teoria Geográfica da Saúde, tendo como referência as situações vividas pelos brasileiros e povos da América Latina, em geral. Refiro-me aqui a uma Teoria porque, ao considerar em conjunto esses diversos estudos aparentemente desconexos, compreendo estarmos diante de um modelo explicativo capaz de tratar de forma integrada diversas hipóteses sistematicamente organizadas passíveis de verificação empírica e de compreensão da realidade.

Essa formulação teórica está em gestação e poderá ser melhor sistematizada no decorrer dos próximos anos. Refiro-me ao que denomino de “Teoria da dupla determinação geográfica da saúde” por tratar-se, ao mesmo tempo, de uma determinação epistemológica e de uma determinação ontológica impostas pelos problemas de saúde da população e pelas condições do meio que forma o mundo vivo. Assim, os geógrafos que estudam a saúde são levados pela análise da própria realidade a uma atitude de consciência crítica que recupera o raciocínio geográfico clássico - que localiza, delimita a extensão, distribui e conecta problemas de saúde diversos -, mas vai além do pensamento formal abstrato para o restabelecimento da relação homem-meio como eixo epistemológico central da Geografia. Essa determinação epistemológica proporciona uma consciência espacial por parte dos geógrafos que estudam a saúde coletiva.

Figura 2 - Esboço da Teoria da Dupla Determinação Geográfica da Saúde.



Elaborado pelo autor

Observa-se aí também uma determinação ontológica imposta pela mudança de olhar do geógrafo para o espaço enquanto um modo espacial da existência humana, isto é, como resultado da relação metabólica “que integra a esfera inorgânica, a esfera orgânica e a esfera social num todo societário, cujo ponto de coagulação é o trabalho [...] o trabalho ontológico, isto é, o trabalho visto como processo de formação do homem na história, segundo a concepção desenvolvida por Marx” (Moreira, 2012, p. 175). Essa mudança de olhar rompe com a concepção dual dominante, na qual o corpo não é espacial, mas está apenas no espaço. Ao contrário dessa concepção, o espaço é o contexto no qual se realizam as ações e movimentos sociais (como nos ensina Massey, 2005), como também a manifestação dos corpos. Esta múltipla relação gera a confrontação entre a sociedade e o indivíduo, aparentemente invisíveis, o que coloca o corpo como espaço de tensões e conflitos. Não é por acaso, por exemplo, que a “saúde da mulher” e de “portadores de necessidades especiais” sejam duas bandeiras que historicamente representaram conquistas de espaço na esfera da saúde pública a partir de forças de cooperação referenciadas no corpo. As diferenças corporais também serviram de base para estudos de formas sócio-espaciais de exclusão e opressão, como dos transexuais chilenos (Rodriguez e Guimarães, 2013) e das mulheres mestequitomizadas na luta contra o câncer (Alves e Guimarães, 2010), ou de portadores de necessidades especiais (Simon e Guimarães, 2016), que produzem diferenciados processos de saúde e doença, assim como inúmeros movimentos de luta por melhorias nas condições de vida.

Também não é por acaso a apropriação do corpo pela cadeia industrial médico-hospitalar, uma vez que tal processo o fragmenta em inúmeros processos de apoio terapêutico e diagnóstico, enquanto expressão anátomo-fisiológica dos processos de adoecer e morrer (Martinuci e Guimarães, 2018). Tais práticas de apropriação e subordinação do corpo com o uso de fundos públicos, ampliam os negócios por meio de mecanismos de investimentos e financiamentos a juros subsidiados existentes para o setor saúde, conforme já havia estudado na Dissertação de Mestrado (Guimarães, 1994). Tendo em vista estas considerações, a produção de conhecimento é também um processo corporal de autoconhecimento. Ao pensar o que é saúde, creio que a principal reflexão não seja a respeito do que é simplesmente o espaço, mas de quem somos nós, geógrafos da saúde. O que estamos fazendo aqui? Qual é o nosso projeto?

As respostas a tais questões estão relacionadas com a abordagem geográfica do ponto de vista dos sujeitos. Para aproximar-nos do que é saúde, o ponto de partida é a experiência dos seres humanos reais. Assim, o espaço, objeto de estudo da Geografia, não é meramente um substrato sobre o qual as dinâmicas sociais se desenrolam: é uma dimensão viva dessas dinâmicas e deve considerar a subsunção do trabalho vivo ao trabalho morto e a precarização do mundo do trabalho, que banalizam a violência e a morte. Não é por acaso que a sobrecarga do trabalho nos canaviais brasileiros está literalmente levando a morte os cortadores de cana, que vivem em condições muito piores do que viviam escravos nas senzalas. Soma-se a este tipo de violência aquela gerada na sociedade do automóvel – o grande fetiche da mercadoria -, a ponto de impactar a esperança de vida dos países que perdem precocemente sua população mais jovem.

O que importa é que, independente de geógrafos e do que estes pensam o que é geográfico, a vida continua ou pelo menos luta para continuar sendo vivida. Na luta constante entre a vida e a morte, os sujeitos produzem a sua própria Geografia. Independentemente de pensarmos sobre as coisas, elas existem. Aliás, só podemos estruturar nosso pensamento geograficamente porque na vida real há uma Geografia vivida. Podemos continuar dizendo que nem todos os problemas de saúde são geográficos. Podemos ficar aqui nessa discussão, mas independente de nós, há uma Geografia que se realiza onde as coisas acontecem.

Referências:

ALVES, Natália Cristina; GUIMARAES, Raul Borges. Escala geográfica, câncer de mama e corpo feminino / Geographic scale, breast cancer and female body. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero** , v.1, p.245 - 253, 2010.

DUTRA, Denecir de Almeida. **Geografia da saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológico, temáticas e desafios**. Curitiba, UFPR, 2011 (Tese de doutorado).

GUIMARÃES, Raul Borges. “**O Transbordar do Hospital pela Cidade - Tecnologia, Saúde e Produção do Espaço**”. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Geografia Humana, 1994. (Dissertação de mestrado)

_____. Geografia e saúde coletiva no Brasil. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v.25, n.4, p.869-879 , 2016.

HESSEN Joahannes. **Teoria do conhecimento**. Coimbra: Armenio Amado Editora, 1987.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social I**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MARTINUCI, Oséias da Silva; GUIMARAES, Raul Borges. **O meio técnico-científico-informacional, os equipamentos de imagem-diagnóstico e a desigualdade em saúde no Brasil**. GEOUSP: espaço e tempo, v.22, p.076-095, 2018.

MASSEY, D. **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade**. São Paulo: Ática, 2005.

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

RODRIGUEZ, Martin Torres; GUIMARAES, Raul Borges. Prácticas subversivas en espacios interdictos, en las experiencias múltiples y cotidianas de personas transexuales de la ciudad de Santiago do chile. In: **Geografias malditas: corpos, sexualidades e espaços**.1 ed.Ponta Grossa: Toda palavra, 2013, p. 357-393.

SIMON, Carolina R; GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia, trabalho e saúde: **o sentido da vida na fala de sujeitos com Esclerose Lateral Amiotrófica**. Revista Pegada Eletrônica (Online), v.17, p.74 - 89, 2016.

A territorialização da saúde num Brasil neoliberal: contradições e impermanências

Rivaldo Faria

Universidade Federal de Santa Maria

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é um sistema de atenção territorializado, organizado em redes de atenção regionalizadas e coordenadas pela atenção básica à saúde. Por definição, toda a arquitetura do SUS depende de uma rede assistencial organizada sob uma base territorial integrada e hierarquizada (PAIM et al, 2011). Por isso, toda sua construção é baseada num movimento territorializado, como também o contrário, toda política de oposição o desterritorializa de alguma forma.

O SUS foi produzido como um movimento político emancipatório de natureza reformadora (CAMPOS, 2018). Todavia, trata-se ainda de um projeto político inacabado, embora mesmo a sua incompletude já tenha trazido profundas mudanças sociais. O SUS vive e sobrevive na contradição entre sua territorialização e desterritorialização ou entre sua manutenção e revogação. Isso ocorre porque toda sua construção, ainda na sua fase embrionária e nesses trinta anos, se deu numa conjuntura política neoliberal. E o neoliberalismo é contrário a toda política territorial (SANTOS, 2000).

A geografia da saúde tem uma responsabilidade particular na defesa desse “projeto territorial do SUS”. Se não é ela a defender o território, quem mais? Muito se tem tratado das consequências da contrarreforma neoliberal que assaltou o estado brasileiro há três anos. Mas pouco se tem tratado da dimensão territorial da desconstrução do SUS, seja no que refere ao modelo de atenção, seja em relação as políticas de restrição e encolhimento da oferta ou seja ainda em relação às consequências dessas políticas nos territórios de vida das pessoas. O aumento da mortalidade infantil, que é algo que não ocorria há mais de trinta anos, é altamente significativo disso. Há um custo social enorme que pode durar décadas para ser recuperado.

O objetivo deste texto é introduzir essa reflexão e a partir dela incentivar uma pauta importante na geografia da saúde brasileira. A primeira parte destaca dois processos que estão na base da ingovernabilidade territorial do SUS, que são o financiamento e o gerenciamento; e a segunda contextualiza o que estamos chamando de desterritorialização da saúde nas políticas produzidas na recente crise política brasileira.

A ingovernabilidade territorial da saúde no Brasil

A ingovernabilidade territorial é um problema que vem sendo discutido no Brasil e resulta de um estado neoliberal com um sistema federativo anárquico (CATAIA, 2013). A saúde é uma dimensão importante desse sistema de ingovernabilidade, assim como a educação. Na verdade, todo sistema de proteção social, naquilo que refere às dimensões fundamentais de atuação do estado e que só a ele cabe regular e gerir, vem sofrendo processos profundos de rupturas que no longo prazo terão consequências devastadoras.

Devemos indagar os mecanismos de ingovernabilidade territorial do SUS. Alguns deles são da natureza do sistema federativo brasileiro, na verdade resultam da ausência de um pacto federativo. Outros são específicos do modelo de governança do sistema de saúde brasileiro. A regionalização e a modelagem das redes de atenção especializadas, por exemplo, é uma dimensão específica da governança territorial do SUS. No âmbito local, da mesma forma, o

desenho da porta de entrada e a sistematização dos sistemas logísticos e de informação, é outra dimensão específica.

Genericamente podemos indicar dois grandes entraves à governança territorial do SUS no Brasil. Um deles, talvez o mais importante, é o financiamento. Devemos considerar esse problema na perspectiva territorial. O SUS é subfinanciado, com uma proporção do Produto Interno Bruto (PIB) que em 2014 era de 3,9%. Nos sistemas de saúde universais de todo o mundo, como França e Espanha, por exemplo, esse valor é de mais de 8% (MENDES e RÓZSA-FUNCIA, 2016). O gasto público com saúde no Brasil não chega a 46%, ao passo que nos países da OCDE esse gasto equivale a uma média de 70% do total (PIOLA, 2013). Portanto, isso resulta em territórios com enormes vazios assistenciais. Na verdade, não se projetou adequadamente um financiamento conforme as demandas territoriais, isso nem mesmo em relação os dados brutos da população, quiçá das características sociais dos territórios. Por outro lado, a definição de montantes mínimos para a saúde, que era algo muito aguardado e que demorou para ser aprovado (só aconteceu no ano 2000 e só foi reconfigurado em 2012), não resolveu esse problema e ainda imputou uma maior sobrecarga financeira aos estados e municípios, ao passo que reduziu proporcionalmente os repasses feitos pela União (BARROS e PIOLA, 2016). Então, as enormes assimetrias entre os 5.570 municípios acabaram por delinear um sistema de precariedades e injustiças distributivas que não podem ser sanadas num cenário de subfinanciamento.

Foi importante a definição de montantes mínimos para o SUS, isso fez aumentar os recursos para a saúde no Brasil. Todavia, no momento em que aguardávamos avanços, no sentido de aumentar essa vinculação e maior responsabilização federal, experimentamos um assalto neoliberal do estado brasileiro. É um neoliberalismo sob novas bases, fundamentado no discurso da austeridade como proposta de reconstrução da crise (DONIEC, DALL'ALBA e KING, 2016). Nos países onde foi implementado, nomeadamente na Europa, trouxe enormes prejuízos para a saúde da população (KARANIKOLOS et al, 2013). Nos países latino-americanos essas medidas talvez alcancem proporções irreversíveis no longo prazo, com cargas sociais a serem sentidas por todo o século. Isso ocorre mesmo havendo estudos indicando a precariedade do pensamento econômico baseado na austeridade (STUCKLER e BASU, 2014).

No Brasil esse processo, para piorar, é implementado no bojo de uma crise político-institucional que, no mínimo, torna arranhada sua democracia e deslegitima completamente qualquer medida do que se tem chamado de "saneamento fiscal". A PEC 55, assim conhecida como a PEC dos gastos, e que congela o orçamento por vinte anos, é o resultado mais emblemático desse estado neoliberal austero. E os impactos da austeridade já são sentidos previamente, tais como redução do gasto per capita com saúde no município (MASSUDA et al, 2018) e aumento da mortalidade infantil (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2018). Será uma tragédia se considerarmos o envelhecimento da população brasileira e o fato inequívoco de que os sistemas de saúde têm aumentos crescentes de gastos (NORONHA, NORONHA e COSTA, 2017).

O segundo entrave à governança territorial do SUS se dá em relação ao gerenciamento do sistema de atenção. Na verdade, os instrumentos de gerenciamento e os dispositivos de controle, como os planos de saúde e os conselhos representativos, acabaram se tornando essencialmente burocráticos e pouco efetivos no controle das ações de saúde nos territórios. Uma das razões para essa dificuldade resulta da própria terceirização da gestão do SUS, sobretudo dos serviços de média e alta complexidade tecnológica.

É preciso considerar, antes de tudo, que o SUS foi proposto sob uma realidade pretérita terrível. Não havia na década de 1980 um sistema nacional de atenção. Portanto, não havia uma rede pública de saúde, senão apenas serviços e ações fragmentadas no território e quase sempre organizadas para uma população mais pobre. Além disso, eram serviços mais densamente presentes nas grandes cidades, com um quase completo vazio assistencial nas pequenas cidades. Uma das soluções encontradas naquele momento, e que acabou se tornando definitivo, foi o contrato de serviços privados pelo poder público. Por outro lado, passou também

a ser recorrente o gerenciamento dos serviços públicos por empresas privadas de saúde. Em outros casos, o setor público passou a criar infraestruturas que passaram a ser exploradas pelo setor privado de atenção. Na verdade, um sem número de situações se criaram nessa relação público-privado e que colaboraram para a terceirização e fragmentação do SUS.

Ocorre, todavia, que o setor privado não atua em rede e não integra ações no território. Então, o contrato de serviços ou a terceirização da gerência tornou inviável a modelagem das redes de atenção regionalizadas. Citemos um exemplo. O município de São Sepé, Rio Grande do Sul, tem pouco mais de 24 mil habitantes e uma cobertura universal da atenção básica. Há ainda redes temáticas especializadas de nível secundário, como um centro de apoio psicossocial, um ambulatório de clínicas, um centro de especialidades odontológicas, um hospital filantrópico onde são contratados alguns leitos, entre outros serviços. A maioria das ações do SUS de nível terciário ou mesmo secundário são encaminhadas para a cidade mais próxima da sua Região de Saúde ou, quando ali não há o serviço, os pacientes afluem para a capital. Portanto, há um sistema logístico em São Sepé, com custos que se pode dizer elevados. Até esse ponto, com recursos da economia da escala, parece estar correto o gerenciamento SUS em São Sepé. Mas aí começa um problema crônico de gestão territorial dos fluxos e das informações, que é a integração desses níveis de atenção. A atenção básica até desenvolve ações proativas e resolutivas, mas as ações são descontínuas entre os níveis, pois não há um trabalho sistêmico nos níveis superiores da rede. Então os processos de referenciamento e contrarreferenciamento não se completam e o sujeito se transforma num paciente desterritorializado, sem identificação do seu histórico de saúde e sem relação com seu lugar de vida. E isso ocorre, entre outros, devido aos sistemas de governança privados dos serviços especializados do SUS.

A desterritorialização do SUS no Brasil: o caminho das contradições

A territorialização da SUS no Brasil é um resultado natural do seu modelo de atenção. Tal como idealizado, o SUS é um sistema integrado territorialmente em redes de atenção coordenadas pela atenção básica. Por isso, para entender os descaminhos do SUS e as dificuldades de se completar seu projeto reformador, devemos considerar como foi e vem sendo estruturada a atenção básica, uma vez que é na base que todos os processos são desencadeados.

Uma das grandes dificuldades logo no início da década de 1990 era estruturar, sob uma base territorial, o modelo de atenção que se queria adotar no Brasil. Inicialmente se pensou em distritalizar o SUS, assim entendendo-o como um processo social de mudanças nas práticas sanitárias (MENDES, 1993). Mas rapidamente se percebeu que os distritos, por si só, não poderiam mudar essas práticas, pois não havia um sistema de serviços e nem um sistema de financiamento. Havia ainda um vazio programático que precisava ser resolvido. É então que se propõe os programas Agentes Comunitários de Saúde (1991) e Saúde da Família (1994). A proposta deu resultado, de tal forma que em 1996 esses programas passaram a ser pensados numa perspectiva estratégica, com financiamento próprio conquistado numa realidade política bastante adversa.

A proposta de uma estratégia saúde da família (ESF) que unificasse a atenção básica, todavia, não se concretizou. Por consequência, não se rompeu com uma estrutura hospitalocêntrica, e a visão programática ou de pacote assistencial seletivo continuou sedimentada na visão da maioria dos gestores. Do ponto de vista prático, não se rompeu e nem se resignificou àquela estrutura herdada de uma atenção dada nos antigos postos de saúde ou unidades básicas de saúde tradicionais, sem responsabilização territorial e vínculo que permitisse continuidade da atenção. Por outro lado, a ESF avançava como um modelo limitado e divorciado dessa estrutura herdada. O resultado, portanto, foi a fragmentação das ações no território.

A proposta de unificação do modelo de atenção básica no Brasil só aconteceu em 2006, com a publicação da primeira Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Observe-se que essa

demora, quase vinte anos após a constituinte, é sintomático da dificuldade de se produzir uma política nacional com bases comuns. O Pacto pela Saúde, que é a política que dá luz a uma série de instrumentos, entre eles a própria PNAB, vai propor também a integração do sistema regional através das redes de atenção regionalizadas e coordenadas pela ABS. Por isso, normativas próprias serão criadas, posteriormente, para dar consequência a esse propósito de unificação do modelo assistencial. É o caso da definição das diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde do SUS (Portaria GM nº 4.279, de 2010); a regulação do planejamento e a articulação interfederativa (Decreto nº 7.508, de 2011); a instituição do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Portaria 1.654, de 2011). De tal forma que uma segunda edição da PNAB foi produzida em 2012 para deixar absolutamente claro o papel da ABS nas redes de atenção e na própria regionalização do SUS. Um dos últimos instrumentos importantes que dialogam com essa tentativa de unificação do modelo é o Programa Mais Médicos. Embora tenha sido produzido como resposta às manifestações de julho de 2013, este é o primeiro programa a normatizar a formação médica para responder a esse modelo de atenção proposto.

O que se dá em 2015, já na instalação da crise político-institucional, e nos anos subsequentes, sabemos, é a desconstrução do SUS pelo esvaziamento programático e financeiro. Para empreender esse projeto neoliberal, todavia, será necessário justificá-lo através do discurso. É assim que tem início um processo gradual de asfixiamento que antecede o próprio falecimento. Então, como numa implosão, é de dentro para fora que a precarização é estabelecida e com ela a legitimação de discursos como o “SUS precisa ser revisto”.

É altamente significativo que uma das primeiras respostas neoliberais ao SUS, um ano depois do processo de afastamento da presidência, foi a proposição de uma nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017). É verdade que ela vinha sendo proposta anos antes, mas não da maneira e nos moldes em que foi aprovada. É que o processo de implosão precisa ser feito estrategicamente, ou seja, na base que sustenta o próprio sistema. Então o que a nova PNAB faz é fragmentar a ABS no Brasil, redesenhando o modelo assistencial que se vinha propondo.

Fundamentalmente, o que a nova PNAB propõe é a desterritorialização do SUS no Brasil. É um documento contraditório, pois ele coloca a territorialização como uma diretriz da ABS (que é algo que não ocorre nem nas edições anteriores), mas orienta o seu oposto. O reconhecimento de um padrão essencial e um padrão ampliado para a organização dos serviços é sintomático desse desacordo. Propõe o texto que o padrão ampliado será direcionado para situações locoregionais, ao passo que o padrão essencial será representado pelos serviços ordinários. É um equívoco enorme, não deve jamais haver padrões para a ABS, pois o que há são necessidades diferentes no território e que precisam ser atendidas. Não é preciso desenhar um padrão ampliado para definir isso, mesmo porque não se explicita na normativa quais são, afinal, as ações possíveis no padrão ampliado. Mas esse talvez seja o menor problema. O mais grave é a possibilidade de se pensar um padrão essencial como seletivo, um pacote de ações básicas para uma população carenciada. Portanto, é tênue o limite, quase um flerte com àquela abordagem limitada da ABS dos neoliberais da década de 1980.

Outra mudança significativa é a quase desconstrução da ESF. Isso ocorre principalmente pela retirada do agente comunitário de saúde (ACS) dessas equipes. Tal como desenhada, não há um número mínimo de ACS por equipe, senão apenas se recomenda uma cobertura total nas áreas vulneráveis. Portanto, cabe ao município, na sua boa vontade, definir tais áreas vulneráveis (o que é também algo relativo) e atendê-las com a equipe completa. Cria-se, dessa forma, um pacote direcionado como uma ação seletiva contrária a tudo que se vinha propondo.

Como o ACS é, nessa perspectiva, um profissional desnecessário, o que se propõe em seguida é a sua ressignificação. É esse o propósito da Portaria Nº 83 de 2018 ao ofertar cursos técnicos em enfermagem para todos os ACS (BRASIL, 2018). Observe-se que não é uma

formação, mas uma conversão profissional. Ao suprimir o ACS, inviabiliza-se a busca ativa e as ações integradas no território de vida das pessoas.

Finalmente, como o modelo Saúde da Família deixa de ser prioritário, a nova PNAB reconhece uma nova modalidade trabalho de equipe, a chamada equipe de atenção básica (eAB). Também ela é divorciada dos ACS, podendo ou não ter esse profissional. Na verdade, a eAB é um rearranjo para escamotear o desarranjo das UBS tradicionais, inclusive se adaptando em termos organizacionais, como carga horária dos profissionais, por exemplo. Novamente, são serviços desterritorializados, uma vez que a área de abrangência, é importante que se diga, não caracteriza um serviço territorializado. Um serviço pode ter um limite, mas agir passivamente como um pronto atendimento para uma população geograficamente definida. De fato, a territorialização, na perspectiva do modelo de atenção, é o processo de apropriação que mobiliza as ações de prevenção, promoção e a vigilância à saúde no território. Portanto, sem tal mobilização, que é normalmente viabilizada pelo ACS, não há territorialização. E sem ela voltamos a desenvolver ações casuísticas direcionadas para as condições agudas de saúde.

A desterritorialização da ABS no Brasil tem processos consequentes graves. Um dos mais importantes, obviamente, é a dimensão assistencial, que se traduz na irresolutividade das ações. Resultados práticos já são sentidos, como a redução da cobertura vacinal no Brasil (ABRASCO, 2018). O que se verá em seguida é a piora dos indicadores de saúde da população, sobretudo dos grupos dependentes, ou seja, as crianças e os idosos. A inviabilidade da própria ABS e da integração das ações nas redes de saúde do SUS, é outra consequência. De tal forma que se inverte o sistema em rede para um sistema piramidal com foco nos hospitais (MENDES, 2009). O estrangulamento se completa nos pronto-atendimentos, num cenário de desvanecimento do próprio sistema pela sua incapacidade de resposta.

O desafio para a geografia, portanto, entre outros, é demonstrar a falácia das políticas desterritorializadas e a importância de um sistema de atenção integrado em redes regionalizadas com comando na ABS. E nesse momento de maior amadurecimento do campo no Brasil, com também de uma maior capacidade de mobilizar a pesquisa e extensão, podemos nos aliar a dezenas de milhares de colegas de diferentes áreas de saúde e que estão igualmente a escrutinar e desnudar a falácia da austeridade neoliberal que se apropriou do estado brasileiro.

Referências

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota alertando sobre a queda da cobertura vacinal no Brasil. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br>. Acessado em: 21 de agosto de 2018.

BARROS, MED; PIOLA, SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, RM; PIOLA, SF; ROA AC (org.) **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS/OMS; 2016. p. 101-138;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018**. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União 2018; 17 jan.

CAMPOS, GWS. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 64, p. 5-8, 2018.

CATAIA, M. A.. Território e Federação: fragmentação e solidariedade dos entes subnacionais. **Educação & Sociedade**, v. 34, p. 70-86, 2013.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **Lancet**, v. 388, n. 27, 2016.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Observatório da criança e do adolescente. Taxa de mortalidade na infância. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br>. Acessado em: 10 de agosto de 2018.

KARANIKOLOS, M. et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. **Lancet**, v. 381, n. 13, p. 1323-1331, 2013.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*, v. 3: e000829. doi:[10.1136/bmjgh-2018-000829](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829), 2018.

MENDES EV. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

MENDES, Â; RÓZSA-FUNCIA F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, RM; PIOLA, SF; ROAAC (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS/OMS; 2016. p. 139-168.

NORONHA, JC; NORONHA, GS; COSTA, AM. **A revolta contra os pobres: saúde é para poucos**. Rio de Janeiro, Saúde e Debate, v. 41, n. 112, p. 13-19, 2017.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1778-97, 2011.

PIOLA, Sérgio Francisco. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**, v. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, 2013. p. 19-70.

SANTOS M. **Por uma Outra Globalização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.

STUCKLER, D.; BASU, S. **A economia desumana: porque mapa a austeridade**. Lisboa: Editorial Bizâncio, 2014.

