

O DIREITO À SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DE PEQUENAS CIDADES NO SEMIÁRIDO NORDESTINO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DO AEDES AEGYPTI

Viviane Maria Costa Halule Miranda; Rodrigo Augusto Moura Miranda; Orientador: Cidoval Morais de Sousa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB (vivihalule@yahoo.com.br;
rodrigoaugustopb@yahoo.com.br; cidoval@gmail.com)

RESUMO

As políticas públicas de saúde, para o enfrentamento das arboviroses, voltam-se normalmente para mais as consequências, do que para as causas estruturais, que favorecem a permanência do mosquito transmissor das doenças, e são determinantes para configurar o quadro de injustiças socioambientais, que vulnerabilizam, especialmente, as populações das pequenas cidades e afetam o direito à saúde, garantido na Constituição Federal. Assim, essa pesquisa objetivou analisar a natureza das políticas de saúde, relacionadas ao combate ao *Aedes Aegypti*, no contexto da tríplice epidemia (dengue, zika e chikungunya), e especificamente, identificar as políticas públicas implementadas e/ou executadas nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade; analisar a natureza de tais políticas, tomando como parâmetros o direito a saúde, nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais, referenciado pelo campo da ecologia política, e o conceito de equidade, proposto por Amartya Sen e, analisar, a partir dos indicadores disponíveis, quais os resultados e impactos de tais políticas, para a redução das vulnerabilidades nas cidades em estudo. Os resultados iniciais, da pesquisa bibliográfica e documental, demonstram alguns entraves ao direito à saúde, bem como, que as medidas adotadas pelos municípios estudados, confirmam um controle unicamente vetorial, não eliminando as causas estruturais, que propiciam o nascedouro dos focos do mosquito.

PALAVRAS-CHAVES: Políticas Públicas, Arboviroses, Direito à Saúde, Desenvolvimento.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito à saúde é um dever do Estado e deve ser garantido a todos, segundo o que preconiza a Constituição Federal de 1988. Seu alcance pressupõe universalidade, e, ao poder público, cabe assegurar os mecanismos para a efetivação de políticas sociais e econômicas, capazes de reduzir os riscos das doenças e outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços, que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

No final do ano de 2014, os agravos à saúde, causados pelo mosquito *Aedes Aegypti* passaram a chamar atenção, pelo aumento do número de casos notificados e, especialmente, pelo aparecimento do Zika Virus, da febre Chikungunya e da associação entre o Zika Vírus e a Microcefalia. Diante desse cenário, o Governo Federal voltou-se para a adoção de medidas de controle do vetor, tentando, com isso, atenuar o quadro epidêmico.

Em 2015, foi decretado estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, que demandou o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos à saúde pública. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou emergência sanitária internacional, enquadrando a doença, como ameaça à segurança global e como um evento de risco. Em maio de 2017, o Ministério da Saúde suspendeu a Emergência, alegando a redução dos casos notificados, atribuindo esse resultado às medidas implantadas pelo governo federal e a mobilização da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o *Aedes Aegypti* foi descrito cientificamente, pela primeira vez no ano de 1762. Recebeu a denominação de *Culex Aegypti*, que significa mosquito egípcio, e foi denominado do gênero *Aedes*, em 1818, em virtude de suas características morfológicas e biológicas, resultando na denominação atual de *Aedes Aegypti*.

O mosquito *Aedes Aegypti* é oriundo do Velho Mundo, originário do Egito antigo. Embora seja originário de regiões etíópicas, acompanhou as várias migrações do homem pelo mundo, e as suas alterações antrópicas¹ favoreceram a sua disseminação para diversos países. Hoje, considera-se o *Aedes Aegypti*, como um mosquito cosmopolita, típico do ambiente urbano e com preferência para regiões tropicais e subtropicais (CONSOLI, 1994).

¹ Alterações Antrópicas são resultantes da ação do homem, especialmente em relação às modificações no ambiente, na natureza, causadas por essa ação.

No Brasil a introdução do mosquito deu-se durante o período colonial, na época do tráfico de escravos. Após ser bastante combatido, devido à transmissão da febre amarela, o *Aedes Aegypti* foi considerado erradicado do país em 1955. Entretanto, como o vetor ainda estava presente em outros países, isso provocou o retorno do mosquito ao Brasil, em Belém (PA), em meados do ano de 1967 (CONSOLI, 1994).

As arboviroses, disseminadas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, são doenças decorrentes de arbovirus, que segundo Lopes et al. (2014), são vírus transmitidos por artrópodes e assim conceituados, tanto pela sua veiculação através dos artrópodes, e principalmente, pelo fato de seu ciclo ocorrer nos insetos. O termo tríplice epidemia refere-se, portanto, à incidência de Dengue, Zika e Chikungunya, que são transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti* (BRASIL, 2017).

Tais doenças ganharam importância e passaram a representar constantes ameaças, especialmente em regiões tropicais, como o Brasil, em razão de várias mudanças climáticas, além de desmatamentos, ocupação desordenada nas cidades, precariedade nas condições sanitárias, dentre outras, que favorecem consideravelmente a disseminação das condições, para a propagação dos vírus. No Brasil, a alta propensão das arboviroses, dar-se ao fato de que “a maior parte do País tem um clima tropical, sendo um local adequado para a existência do vetor e, portanto, para a ocorrência de arboviroses” (LOPES et al., 2014, p. 56).

Dentre as doenças decorrentes de arbovírus, destaca-se a dengue, transmitida pelo *Aedes Aegypti*, cuja disseminação ocorreu nas Américas, em meados da década de 1960, quando houve a primeira confirmação laboratorial de epidemia de Dengue no continente americano, afetando principalmente a Jamaica e a Venezuela, entre os anos de 1963 e 1964, segundo dados da OPAS (CATÃO, 2012).

No final de 2014, percebeu-se, em vários estados da região Nordeste, o aparecimento de casos de uma doença aparentemente leve, cujos sintomas eram coceira, manchas no corpo, às vezes com febre, e que desaparecia sem tratamento em quatro ou cinco dias, tendo sido inicialmente denominada como uma síndrome exantemática indeterminada (BRASIL, 2017), tendo sido posteriormente identificada por um pesquisador o vírus Zika. A sua maior gravidade, deu-se pelo grande aumento nas internações de pessoas com sintomas neurológicos, que relataram terem sido acometidas, pela doença exantemática, e os casos de bebês nascidos com microcefalia, cuja relação foi estabelecida, após testes que “aumentaram a segurança para se afirmar que a causa das microcefalias era, certamente, a infecção pelo vírus Zika durante a gestação” (BRASIL, 2017, p. 20).

Diante desse quadro, foi imediata a preocupação com o alastramento da epidemia no país e no mundo. Surgiu também, uma outra doença epidêmica, denominada Chikungunya, transmitida pelo mesmo vetor, com milhares de casos na América Central no Caribe e na América do Sul (BRASIL, 2017), e cuja transmissão autóctone, foi detectada em setembro de 2014, na cidade de Oiapoque no Amapá. Assim, unindo-se à Dengue e a Zika, o vírus da Chikungunya, formou a chamada tríplice epidemia.

As doenças passaram a centralizar as atenções e a compor a agenda decisória, tendo o governo federal editado decretos e leis, a partir do ano de 2015, quando da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, ante a situação epidêmica, que demandou o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

Os municípios como lócus de grande incidência dos casos das doenças, também destinaram suas atenções às medidas de combate ao vetor de transmissão. Mesmo ante o nosso sistema federativo, com a Constituição Federal de 1988, e a descentralização administrativa, propiciada pela mesma, destacou-se um novo aspecto acerca da territorialidade, e os municípios passaram a deter uma maior participação nos recursos financeiros, gerados pela nova tributação, o que conferiu aos mesmos, uma maior capacidade para planejar e executar suas ações (NABUCO, 2007).

Dentro desse contexto, o Governo Federal adotou várias medidas, como, a instituição do dia de sábado, para a limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos e mobilização da comunidade; realização de campanhas educativas e de orientação à população, nos meios de comunicação, especialmente às mulheres em idade fértil e as gestantes; realização de visitas a todos os imóveis públicos e particulares, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, nas áreas identificadas como potencial locais de focos de transmissão; e ingresso forçado, nos imóveis públicos e particulares, que estejam em situação de abandono, ou quando haja, ausência ou recusa de pessoa, que não permita o acesso do agente público, que tenha sido designado para a contenção das doenças.

A Constituição Federal preconiza, em seu art. 23, inciso II, que, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cuidar da saúde e da assistência pública. Vários municípios pequenos do Semiárido Paraibano, foram especialmente atingidos pela tríplice epidemia Dengue, Zika e Chikungunya, apresentando elevados índices no Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes Aegypti* – LIRAa. Assim, como forma de entender a realidade local, faz-se necessário investigar a natureza das políticas de saúde

relacionadas ao combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya).

No ano de 2018, a Secretaria de Estado da Saúde do estado da Paraíba, através de Boletim Epidemiológico divulgado, informou a notificação de 1.643 casos suspeitos de dengue, significando um aumento de 16,44% das notificações suspeitas, em comparação ao ano de 2017, no mesmo período, quando foram notificados 1.411 casos. Nos anos de 2015 e 2016 foram registrados, respectivamente, 9.422 e 33.650 casos de dengue.

Quanto a Chikungunya, no ano de 2018, foram registrados 314 casos, apresentando uma diminuição de 28%, em relação ao ano de 2017, que registrou 442 casos suspeitos. Ainda em 2018, foram registrados 46 casos com suspeita de Zika, inferior aos 98 casos registrados em 2017, com uma redução de 53% das notificações suspeitas.

A partir do ano de 2015, começaram a surgir os casos de microcefalia em bebês e, após vários estudos, o Ministério da Saúde reconheceu como agente causador de tal quadro, a síndrome congênita do Zika Vírus, adquirido através da mãe, durante a gestação. Na Paraíba, desde agosto de 2015, a Secretaria de Saúde do Estado, registrou 943 casos suspeitos de microcefalia, em 144 municípios. Foram confirmados 193 casos, com 29 mortes, sendo 20 delas com relação direta com a síndrome congênita do Zika Vírus.

O presente estudo está vinculado ao Projeto Tecnologias Sociais e Educação Ambiental para o Controle Vetorial de Arboviroses: promovendo a saúde e a qualidade de vida no Semiárido Paraibano (MCTIC/FNDCT -CNPq / MEC-CAPES/ MS-Decit Nº 14/2016 – Prevenção e Combate ao vírus Zika), que tem como território de atuação, 12 municípios do Cariri Paraibano, que compõem o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável São Saruê, quais sejam: Assunção, Juazeirinho, Junco do Seridó, Livramento, Pocinhos, Olivedos, Santo André, Tenório, Taperoá, Soledade, Salgadinho e São José dos Cordeiros.

De modo específico, essa dissertação pretende analisar a natureza das políticas de saúde, relacionadas ao combate do mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, que apresentaram, respectivamente, os elevados percentuais de 5,3%, 11,5% e 7,9%, no LIRAa realizado em janeiro de 2018, sendo os três maiores, dentre os demais componentes do Consórcio São Saruê, como já vêm ocorrendo desde o ano de 2017, o que, justifica a escolha dos mesmos, como objetos da pesquisa.

Deste modo, pode-se questionar: Que avaliação se pode fazer das políticas de enfrentamento do *Aedes Aegypti* no contexto da tríplice epidemia (dengue, zika e

Chikungunya)? Como elas se situam em relação ao direito à saúde, às injustiças socioambientais e ao conceito de equidade, particularmente nas pequenas cidades do Semiárido? E em relação ao modelo de desenvolvimento vigente?

Tal problemática, requer uma investigação, pois observa-se na literatura um vazio de trabalhos sobre as políticas locais de saúde, particularmente envolvendo a temática das arboviroses, e suas relações com os demais entes da federação (estado e governo federal).

Silva et al. (2008), analisou as políticas de combate ao vetor e sua eficiência, durante o século XX e início do século XXI, mostrando que as políticas, que antes eram voltadas para a erradicação do mosquito da dengue, passaram a ser aplicadas no objetivo do controle deste vetor, e historiando as medidas adotadas no âmbito nacional, como o Programa de erradicação ao *Aedes Aegypti* e o Programa Nacional de Controle à Dengue, entre outros. Concluiu o estudo, atestando que um grande número de fatores podem estar ligados à disseminação do mosquito, como a ineficiência de combate ao vetor e a falta de sensibilidade da população.

De igual forma, Braga e Valle (2007), realizaram um histórico do controle do *Aedes Aegypti* no Brasil, com ênfase nas políticas e programas de controle do mosquito, desde as epidemias de febre amarela urbana do início do século XX. Trouxe os aspectos fundamentais do Programa Nacional de Controle da Dengue e apontou para a necessidade de maiores investimentos e metodologias, para sensibilizar a população no controle vetorial e no manejo ambiental integrado, com o fito de minimizar o uso de inseticidas e promover a sustentabilidade.

Azevedo (2002), por sua vez, tratou acerca do direito à saúde, no entanto, sua pesquisa objetivou relacioná-lo com o direito de propriedade, também capitulado na Constituição Federal, discutindo a dificuldade de combate à dengue, nas residências que contenham criadouros do mosquito, em face da tensão entre normas constitucionais protetoras da liberdade individual, no tocante ao direito de propriedade, e do dever do Estado de garantir o direito à saúde.

Nesse sentido, esta pesquisa pretende avançar em relação aos demais estudos já realizados, uma vez que busca analisar a natureza das políticas de saúde, relacionadas ao combate do mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), de municípios paraibanos, que fazem parte do Consórcio intermunicipal São Saruê, sendo relevante estudar tais questões, para compreender o processo de desenvolvimento local, da realidade de tais municípios.

Buscamos com esta dissertação, atingir o seguinte objetivo geral: analisar a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (dengue, zika e chikungunya).

De modo mais específico, pretendemos; (1) identificar as políticas públicas implementadas e/ou executadas nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, no contexto da tríplice epidemia; (2) analisar a natureza de tais políticas, tomando como parâmetros o Direito a Saúde, nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais, referenciado pelo campo da ecologia política, e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen; (3) analisar, a partir dos indicadores disponíveis, quais os resultados e impactos de tais políticas, para a redução das vulnerabilidades nas cidades em estudo.

Nosso pressuposto fundamental é que as políticas de enfrentamento do mosquito e, consequentemente das arboviroses por ele transmitidas, se ocupam mais das consequências do que das causas estruturais que, em nosso ver, são determinantes para configurar o quadro de injustiças socioambientais que vulnerabilizam, sob todos os aspectos, as pequenas cidades do Semiárido. Em outras palavras, só há mosquito e doenças nas cidades porque a natureza das políticas vigentes se alimenta dos interesses de preservação do modelo de desenvolvimento em curso, que em vez de ampliar, reduz as capacidades de autonomização dos indivíduos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 As teorias do desenvolvimento

Apesar das doenças arboviróticas atingirem a população de uma maneira geral, o meio e o habitat das pessoas, podem se tornar mais propícios à disseminação dos agravos, sendo determinantes a observância de fatores, como condições sociais, econômicas, de saúde, habitação, etc.

Dentro desse contexto, é importante fazer um resgate, ainda que sumarizado, das concepções clássicas às contemporâneas, para tentar compreender como as diferentes propostas ou modelos de desenvolvimento trataram ou enquadraram a questão da saúde, ou, de forma mais ampla, como problematizaram as condições necessárias à qualidade de vida, como determinantes importantes do próprio desenvolvimento econômico e social.

2.1.1 Os clássicos do desenvolvimento

Uma das primeiras ideias-força do que hoje chamamos de desenvolvimento é o progresso, que pressupõe o direcionamento de uma civilização, para um horizonte visto como benévolo ou que leve uma maior parte das pessoas a serem felizes. Para Nisbet (1980), o conceito positivo acerca do progresso influenciou civilizações e vários povos, desde os gregos até a atualidade. Para ele, o ser humano teria avançado da condição primitivista e nativa, para um futuro glorioso, representando assim, um avanço em sua vida, ou seja, a passagem de um estágio inferior, para um superior, através do acúmulo do conhecimento científico e tecnológico e de melhorias espirituais e morais.

No decorrer do tempo, o progresso transmudou-se, apresentando vertentes diversas. Na antiguidade representava avanço; na idade média, era sinônimo de providência; e, na modernidade, voltou-se para a economia. Foi praticamente abandonado, após as consequências das duas grandes guerras mundiais. Uma das críticas ferrenhas a tal filosofia foi feita por Walter Benjamim, que entendeu que a vida em humanidade é um processo de realização e não a busca a um tempo vazio, típico da ideologia, que volta-se apenas para o capitalismo, que na verdade, representa uma ameaça à humanidade (DUPAS, 2006).

Nesse sentido, “a transformação radical da sociedade, o final da exploração ‘não são um aceleração do progresso, mas um salto para fora do progresso” (DUPAS, 2006, p. 64).

Neste ponto reside à ideia de que o progresso, na realidade, é um mito, o que futuramente se relacionará também ao desenvolvimento. O mito está justamente na ideia de felicidade e ansiedade gerada no homem, o que, no desenvolvimento, representa apenas uma promessa. Na prática esta promessa não passaria de uma utopia, haja vista a existência de uma realidade, diferente da idealizada, responsável por reproduzir um estilo, onde prevalece um sistema de desigualdades e exclusão.

Para Adam Smith e para Ricardo, a ideia de desenvolvimento estava totalmente voltada para o crescimento econômico. Em sua obra, *A riqueza das nações*, Smith (2003) apregoava a total liberdade econômica, sem qualquer intervenção do Estado, cujos deveres eram os seguintes: proteger a sociedade contra a violência e invasão de outros países e garantir a segurança dos indivíduos; proteger os cidadãos uns dos outros, através de uma administração judicial rigorosa; e por ultimo, criar e manter as instituições e obras públicas.

Deste modo, o grande motor para o crescimento econômico, seria divisão do trabalho, sendo condição essencial para esta, a acumulação de capital, que por sua vez, era capaz de aumentar a quantidade de trabalhadores, o lucro e a produtividade. Assim, na visão de Smith, ao satisfazer suas individualidades, cada um contribui, de certa forma, para o interesse social, sendo a desigualdade um fator natural e oriundo da economia, sobre a qual, em nada pode interferir o Estado.

Na visão de Karl Marx o Estado é uma construção da classe burguesa, para garantir os interesses da mesma, e a existência desta classe privilegiada, tem o condão de revolucionar os instrumentos de produção, que alteram as relações de trabalho e, conseqüentemente, a sociedade. Para Marx, o capital é um poder social e o capitalismo é global, na medida em existem as condições propícias para a sua perpetuação. Ele é o responsável pela destruição da tradição, típico da sociedade feudal, e por alterar os instrumentos de produção (MARX e ENGELS, 1999).

O capitalismo na visão marxista, é o principal responsável pelos desequilíbrios em sua estrutura, inerentes ao próprio sistema, e o objetivo de sua produção não está voltado para a satisfação das necessidades sociais, mas sim, para aumentar cada vez mais a produção do lucro (RIBEIRO, 2008).

Um dos economistas clássicos que tentou trazer soluções para preservar o sistema, foi John Maynard Keynes. Para ele, o Estado deveria intervir na economia, em períodos de crise do capitalismo, através de obras públicas e incentivo ao mercado consumidor interno. O papel

fundamental do Estado seria, para Keynes, estimular a economia em momentos de recessão e crise econômica.

Segundo os postulados de Keynes, quanto mais as pessoas ganharem, a tendência é aumentar a poupança, o que trazia prejuízos para os investidores e atrapalhava o mercado autorregulado. A principal causa de uma depressão, segundo ele, era a incapacidade dos capitalistas em encontrarem oportunidades de investimentos suficientes, para compensar os altos níveis de poupança, gerados pelo crescimento econômico (HUNT, 1981). Assim, Keynes, propôs solucionar o problema da seguinte maneira, o governo poderia interferir, quando a poupança superasse o investimento, tomando emprestado o excesso de poupança e gastar o dinheiro em projetos sociais úteis, que não aumentassem a capacidade produtiva da economia, nem diminuíssem as oportunidades de investimentos no futuro. Tais gastos, aumentariam as injeções de recursos na corrente de gastos e criariam o equilíbrio a pleno emprego (HUNT, 1981).

Para Schumpeter (1985) as mudanças que ocorrem na vida econômica, intrinsecamente, ou seja, de dentro pra fora, por sua própria iniciativa, perfazem o conceito de desenvolvimento na visão deste autor. Assim, o desenvolvimento surge de uma situação sem desenvolvimento, de um evento precedente, sendo definido como:

Uma mudança espontânea e descontínua nos canais do fluxo, perturbação do equilíbrio, que altera e desloca para sempre o estado de equilíbrio previamente existente. Nossa teoria do desenvolvimento não é nada mais que um modo de tratar esse fenômeno e os processos a ele inerentes (SCHUMPETER, 1985, p. 47).

Assim, na visão de Schumpeter o desenvolvimento, não refere-se apenas ao ponto de vista econômico, realiza-se através de novas combinações. Para ele, pensar o capitalismo é relacioná-lo a rupturas e descontinuidades, que caracterizam o seu dinamismo, e fazem surgir as inovações ou destruição criadora, as quais descreve da seguinte forma: introdução de um novo bem, não conhecido, ou de uma nova qualidade de um bem; introdução de um novo método de produção, que ainda não tenha sido testado, representando uma descoberta científica nova; abertura de um novo mercado, em que o ramo particular da indústria de transformação não tenha ainda entrado; conquista de uma nova fonte de oferta de matérias-primas ou de bens semi-faturados; e o estabelecimento de uma nova organização de qualquer indústria (SCHUMPETER, 1985).

2.1.2 As teorias pós Segunda Guerra Mundial

Foi a partir do período pós segunda guerra, que as discussões acerca das teorias do desenvolvimento tiveram mais destaque. Até o começo dos anos 50, pouca atenção era dada ao termo subdesenvolvimento, tendo este sido utilizado inicialmente em 1949, quando o então presidente dos Estados Unidos, Harry Truman, em seu discurso de posse, se referiu aos países pobres, como áreas subdesenvolvidas. Nessa mesma época, como forma de distinguir o primeiro mundo do segundo, os franceses adotaram o termo terceiro mundo (ENRIQUEZ, 2010).

As teorias surgiram justamente em um período caracterizado por um Estado ativo nos países centrais. Segundo Enríquez (2010), as teorias que influenciaram nas explicações acerca do subdesenvolvimento, tiveram quatro abordagens. A primeira refere-se às teorias clássicas de crescimento da economia convencional, segundo as quais o desenvolvimento é sinônimo de crescimento econômico e, portanto, dependente do nível de investimentos produtivos realizados. A segunda, são as teorias de inspiração marxista ou neomarxista, responsável por realizar uma crítica aos modelos dominantes de crescimento. A terceira, são as teorias institucionalistas ou neoinstitucionalistas, que procuram verificar o desempenho das instituições e como elas interferem nos resultados socioeconômicos. A quarta e última, dizem respeito às propostas de desenvolvimento sustentável e a busca de incorporar outras dimensões até então, não utilizadas ou pouco exploradas, pelas teorias do desenvolvimento (ENRIQUEZ, 2010).

Para Furtado (2013), o processo de acumulação tende a criar um fosso entre o centro homogeneizado e uma constelação de economias periféricas, com enormes disparidades. Assim, a crescente hegemonia das grandes empresas no processo de acumulação, traduz uma tendência à homogeneização dos padrões de consumo, e nas economias periféricas, por um distanciamento das formas de vida, de uma minoria privilegiada em face da massa da população.

Não é possível, portanto, que os atuais padrões de consumo dos países ricos, tendem a generalizar-se em escala planetária, pois a orientação geral do desenvolvimento que se realiza no sistema, resulta na exclusão das grandes massas, que vivem nos países periféricos. São exatamente esses excluídos, que formam a grande massa demográfica, em rápida expansão.

O autor assinala um fato importante, que refere-se ao crescente peso da minoria privilegiada dos países periféricos, no conjunto da população que desfruta de alto nível de

vida, no sistema capitalista. No entanto, o aumento desses privilegiados, não impede que se mantenha e aprofunde o fosso nos países periféricos, que existe entre eles e a maioria da população do seu respectivo país. Furtado (2013) conclui que:

A conclusão geral que surge é que a hipótese de extensão ao conjunto do sistema capitalista das formas de consumo que prevalecem atualmente nos países cênicos não tem cabimento dentro das possibilidades evolutivas aparentes desse sistema. E é essa a razão pela qual uma ruptura cataclísmica, num horizonte previsível, carece de verossimilhança. O interesse principal do modelo que leva a essa previsão de ruptura cataclísmica está em que ele proporciona uma demonstração cabal de que o estilo de vida criado pelo capitalismo industrial sempre será o privilégio de uma minoria (FURTADO, 2013, p. 85).

Com tal assertiva, para Furtado, o desenvolvimento é um mito, haja vista que, no sistema capitalismo, a busca desenvolvimentista, sempre esbarrará no fato irrefutável que as economias periféricas, nunca chegarão ao patamar de desenvolvimento dos países cênicos.

Furtado (1971) assinala que o subdesenvolvimento não é uma etapa necessária do processo de formação das economias capitalistas modernas, sendo ao contrário, um processo particular, resultante da penetração de empresas capitalistas modernas, em estruturas arcaicas. Sob este prisma, os subdesenvolvidos existem, para perpetuar a existência dos desenvolvidos.

Assim, para sair de uma situação de subdesenvolvimento, não é preciso necessariamente, crescimento, já que a dependência não se materializa apenas sob o ponto de vista econômico, mas também no aspecto cultural, através de um processo de dominação ideológica. Segundo Furtado, a saída para fugir da relação de dependência, é justamente, modificar estas estruturas históricas, que favorecem e agravam as condições de dependência.

O caso do Brasil, mostra o subdesenvolvimento em várias formas em que a economia se apresenta em diferentes setores: um de subsistência, outro, voltado para a exportação, e o terceiro, como um núcleo industrial ligado ao mercado interno, bem diversificado, para a produção de bens de capital, que necessita para o seu próprio crescimento. A grande preocupação do industrial local é com a apresentação de um artigo similar ao importado, e adotar métodos de produção que o habilitem a competir com o exportador estrangeiro (FURTADO, 1971).

No entanto, embora haja um crescimento do setor industrial, ligado ao mercado interno e aumente a sua participação no produto, e ainda que cresça a renda per capita da população, a estrutura ocupacional do país pouco se modificou, pois a grande preocupação do

industrial interno, é copiar a estrutura de preços dos países exportadores de manufaturas e não os que venham a permitir uma transformação rápida da estrutura econômica.

2.1.3 As concepções desenvolvimentistas contemporâneas

Bresser-Pereira (1978), argumenta que a democracia só teve espaço nas economias onde houve a consolidação do capitalismo. No entanto, esta máxima não se confirma em todos os casos, pois, embora o capitalismo torne a democracia possível, não a configura como necessária.

Ao contrário do que apregoava Marx, a democracia no capitalismo é plenamente possível, dependendo das condições históricas e específicas de cada país e de cada período. Assim, a democracia deve ser vista, como “um resultado contingente de conflitos, não uma consequência necessária do desenvolvimento capitalista” (PRZEWORSKI, 2002, p. 18).

Uma constatação importante, feita por Sachs (1998), refere-se ao fato de que o crescimento econômico por si só bastaria, não para assegurar o desenvolvimento, tendo sido esta concepção abandonada, em privilégio de uma caracterização mais complexa do conceito, o qual abarca outras vertentes, nos sentidos, econômico, social, cultural, político, sustentável e até mesmo humano e objetiva o desenvolvimento dos homens e das mulheres, em lugar da multiplicação das coisas.

O desenvolvimento local não se relaciona unicamente com crescimento econômico, estando diretamente ligado com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e com a conservação do meio ambiente, enquanto que o aspecto econômico, se restringe apenas ao aumento da renda e da riqueza.

Queremos um desenvolvimento local com inclusão social, em que haja cooperação, criação e alargamento de esferas públicas, em que diferentes atores políticos, econômicos, sociais dialoguem de maneira transparente a partir de seus próprios interesses em conflito, buscando construir um novo desenvolvimento local em conjunto (SOMEKH, 2010, p. 18).

Sen (2000) afirma que o desenvolvimento está diretamente ligado à liberdade, tendo enumerado cinco liberdades, as quais denomina como instrumentais, e são definidas como, liberdades políticas, disponibilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e proteção de segurança, estando cada uma interligadas, para os fins de plenitude da liberdade humana.

Ter mais liberdade para fazer as coisas que são justamente valorizadas é (1) importante por si mesmo para a liberdade global da pessoa e importante porque favorece a oportunidade de a pessoa ter resultados valiosos. Ambas as coisas são relevantes para a avaliação da liberdade dos membros da sociedade e, portanto, cruciais para a avaliação do desenvolvimento da sociedade. (SEN, 2000, p. 33).

Na visão acerca da liberdade, Sen (2000) assevera que um grande número de pessoas no mundo sofre vários tipos de privação, sendo recusado a milhões de pessoas, a liberdade básica de sobreviver, em virtude da privação de alimentos, além da falta de cuidados na saúde, no saneamento básico, na água, bem como, inexistência de uma educação eficaz, de um emprego rentável, de segurança econômica e social e de liberdades políticas e direitos cívicos.

Sen trata a igualdade de forma complexa, referindo-se às oportunidades, a partir da caracterização e delimitação das capacidades e dos funcionamentos. Para ele, as capacidades se referem à liberdade efetiva, que as pessoas possuem em escolher diferentes tipos de vida, dentre as alternativas possíveis, enquanto que os funcionamentos, referem-se a partes do estado de uma pessoa, desde os mais simples, como estar alimentado, nutrido, educado e saudável, até os mais complexos, como ter auto-respeito, estar feliz e satisfeito (BATISTA E SCHRAMM, 2005).

Nesse sentido, “O êxito de uma sociedade deve ser avaliado, nesta visão, primordialmente segundo as liberdades substantivas que os membros dessa sociedade desfrutam” (SEN, 2000, p. 32), sendo essencial, portanto, na relação liberdade e desenvolvimento, a eliminação das privações e agravos ao seu bem estar, para que o homem possa agir de forma livre e participar ativamente da sociedade. Para isso, o Estado deve atuar como o principal agente no fomento das liberdades substantivas das pessoas, cabendo a este regular as relações sociais e permitir que os indivíduos tenham acesso aos serviços necessários para suprir suas necessidades (MARQUES et. al, 2017) .

Vislumbrando alternativas ao desenvolvimento, visto como um fantasma utópico inalcançável e refém do capitalismo e suas lógicas de devastação social, Costa (2015) inaugurou um ideal pós-capitalista, que ultrapassa a ideia desenvolvimentista pura, denominado bem-viver. Baseado na vivência indígena, este modelo supera o modelo capitalista, de realização pessoal e individualista e propõe a vida em coletividade, superando as desigualdades sociais e as diversas manifestações da violência.

Embora não signifique algo acabado e pronto a ser praticado indistintamente de maneira global, haja vista vivermos em uma sociedade eminentemente capitalista, o bem

(83) 3322.3222

contato@conadis.com.br

www.conadis.com.br

viver, representa uma construção, que vai de encontro à visão mecanicista do crescimento econômico, assim como seus múltiplos sinônimos, e constitui-se como uma alternativa ao desenvolvimento, na forma mecanicista, desenvolvida no sistema capitalista.

Importante para qualquer sociedade, a noção de desenvolvimento, tal como os direitos humanos, sempre foi central nas preocupações da Organização das Nações Unidas – ONU, tendo havido um enriquecimento considerável de tal ideia, ao longo dos tempos.

Para Furtado (1992) as teorias sobre desenvolvimento econômico, pressupõem “esquemas explicativos dos processos sociais em que a assimilação de novas técnicas e o consequente aumento de produtividade conduz à melhoria do bem estar de uma população com crescente homogeneização social” (FURTADO, 1992, p. 39), estando, portanto, diretamente ligado ao bem estar da população local e à homogeneização social. Outra conceituação de desenvolvimento adotada por Furtado foi a seguinte:

Um processo de mudança social pelo qual um número crescente de necessidades humanas – preexistentes ou criadas pela própria mudança – são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo decorrente da introdução de inovações tecnológicas (FURTADO, 1964, p. 29).

Deste modo, o desenvolvimento se mostra como elemento importante para a sociedade, e as políticas públicas voltadas para a saúde, não só significam o cumprimento do papel estatal, conforme dispõe a Constituição Federal, mas, principalmente, são essenciais para fomentarem as condições básicas dos indivíduos e o bem viver.

2.1.4 O desenvolvimento sob o aspecto regional

A ideia de desenvolvimento regional esteve inicialmente ligada ao aspecto econômico, tendo sofrido alterações, a partir da década de 60, quando mudou-se o foco desta vertente. Assim, os aspectos que caracterizam o desenvolvimento do ponto de vista regional são os seguintes: o desenvolvimento está ligado à economia; o Estado também possui grande participação neste processo, tanto em nível global, regional ou local; e os conflitos e movimentos sociais, são responsáveis por dinamizar os outros dois elementos. Assim, o desenvolvimento regional se sustenta através do tripé, economia, Estado e movimentos sociais.

O desenvolvimento regional pressupõe o olhar para a periferia e, sempre atrelado ao desenvolvimento, existe um viés para uma realidade de exploração. Nesse sentido, falar sobre

o desenvolvimento, no prisma regional, é na realidade, falar em política, voltado para o sentido de institucionalização.

Na Constituição Federal de 1988, o Brasil adotou a forma estatal federada, com a existência de estados federados, compondo centros de poder, sem subordinação um ao outro, nem hierarquia. No entanto, a federação brasileira, pode ser vista como assimétrica, especialmente por abarcar grandes diferenças socioeconômicas entre os blocos regionais, especialmente entre o Norte e o Nordeste em relação aos demais entes da federação (COLOMBO, 2015).

A própria preservação da estrutura federal prevê mecanismos para acomodação das heterogeneidades, não para tornar todas as unidades governamentais plenamente iguais e heterogêneas, mas para mantê-las, simplesmente unidas. Fica claro, assim, que o princípio federalista já pressupõe a desigualdade, subproduto da diversidade (COLOMBO, 2015, p. 36).

Nesse contexto, o Nordeste, como região que não detinha qualquer atenção do governo federal, não se beneficiava de políticas governamentais, não importava bens de capital e nem recebia recursos financeiros do BNDE, foi objeto do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Nordeste – GTDN, com o fito de transformar a realidade nordestina e evitar a ampliação das desigualdades regionais de renda, bem como, intensificar os investimentos industriais na referida região (GTDN, 1994).

O Nordeste foi então palco de medidas estatais, a exemplo da disposição, trazida pela Constituição de 1934, que previa a destinação de 4% da receita tributária da união para o combate às secas, que era enviado ao antigo Instituto Federal de Obras contra as Secas – IFOCS, posteriormente transformado no Departamento Nacional de Obras contra as Secas – DNOCS. A criação do Banco do Nordeste do Brasil – BNB, em 1952, foi importante para o Nordeste, visto que trouxe uma nova forma de intervenção estatal no Nordeste, deixando de lado a ‘fase hidráulica’, típica do combate às secas, passando para a ‘fase planejadora’, importante para o planejamento da região (COLOMBO, 2015). Em 1959, o então presidente Juscelino Kubitschek envia ao Congresso Nacional, projeto de lei dispendo sobre a criação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE, como órgão extraordinário, responsável pelo planejamento de ações governamentais na região, pela coordenação dos investimentos públicos, pela definição em lei, dos recursos necessários à execução dos empreendimentos programados no plano diretor (CARVALHO, 2014).

Embora o Nordeste tenha sido objeto de políticas visando suas melhorias, a SUDENE não obteve o êxito para a qual fora criada, tendo enfrentado diversas dificuldades de natureza institucional, desde a sua criação.

2.2 Saúde e Desenvolvimento

O desenvolvimento, que ao longo de sua trajetória, esteve vinculado aos ideais de felicidade, avanço de vida, progresso, inovação e bem-estar, relaciona-se diretamente às condições de saúde das pessoas.

No Brasil, desde os governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek, as associações entre progresso e saúde, já existiam e permeavam os discursos nas décadas de 40 e 50. A conceituação positivista de saúde, como condição inerente ao bem-estar social e ao exercício pleno da cidadania, veio então, questionar a correlação entre saúde e desenvolvimento, implicando na elaboração das diretrizes bases para a Reforma Sanitária brasileira e na percepção de que eram necessárias mudanças estruturais nas relações estabelecidas entre sociedade, mercado e Estado. Deste modo, surgiu a concepção de que:

Condições de saúde dependem de fatores nacionais mais gerais – relacionados ao padrão de desenvolvimento e à inserção autônoma e competitiva na economia global –, com repercussões sobre aspectos como distribuição de renda, pobreza, nutrição, saneamento, padrão de crescimento econômico (socializador ou marginalizador) (SILVEIRA COSTA et al., 2017, p. 2120).

A visão reducionista do sanitarismo e da saúde pública, por sua vez, confundia desenvolvimento com industrialização e creditava, exclusivamente, ao crescimento econômico, a melhoria das condições de vida e saúde.

No entanto, a parcela da produção teórica, que considerou o social como determinante das condições de saúde e atribuiu aos profissionais de saúde, a condição de sujeitos da prática política, não estabeleceu conexões diretas com as teorias do desenvolvimento econômico de Celso Furtado. Este, por sua vez, defendia a importância do Estado ser o agente empreendedor e definidor da orientação do progresso tecnológico, sendo essa condição essencial, para a modernização das estruturas sociais, ao invés da exclusão das maiorias desprivilegiadas, gerada pelo processo de industrialização nacional.

Na verdade, a redemocratização brasileira e a qualificação da saúde como um direito universal fizeram aflorar a necessidade de se enfrentar o desafio de equacionar a participação da saúde no padrão de desenvolvimento nacional, no qual a produção e a difusão tecnológicas são extremamente assimétricas e, muitas vezes, dissociadas das necessidades locais do progresso técnico e do conhecimento (SILVEIRA COSTA et al., 2017, p. 2123).

Assim, o desenvolvimento de um país estaria intimamente relacionado com as oportunidades disponibilizadas à população, visando o bem-estar geral, e a política de desenvolvimento nacional deveria priorizar a realização das potencialidades culturais da população, com vistas a homogeneização social.

O igualitarismo de oportunidades, traz grandes implicações no âmbito da saúde. Isso porque, as concepções de justiça social, que se baseie na equidade, deve considerar o importante papel da saúde na existência humana, tanto no campo das possibilidades das pessoas, em viverem de forma livre e sem doenças, como pela ampliação das suas capacidades, caso goze de boa saúde (BATISTA e SCHRAMM, 2005).

A ação pública deve, portanto, buscar as trajetórias e inovações tecnológicas, desde que voltadas para o bem-estar coletivo, sem reproduzir os padrões de consumo das minorias, oriundos do processo industrial e perpetuados até a atualidade, fazendo com que prevaleça as melhorias nas condições de vida e de trabalho da grande maioria da população brasileira.

O desenvolvimento não pode ser avaliado com base na ótica estreita das taxas anuais de crescimento do Produto Interno Bruto, mas precisa considerar a amplitude dos serviços oferecidos a toda a população e, sobretudo, a criação de oportunidades sociais mediante serviços como os de educação e de saúde pública. (...) As liberdades básicas são influenciadas, de um lado, pela garantia de direitos individuais, do ambiente de tolerância e da livre troca de bens e serviços, e, de outro, pela manutenção pelo Estado de uma adequada estrutura de atendimento das necessidades de saúde e de educação que são de crucial importância na formação e no uso das capacidades humanas (NOGUEIRA, 2012, p. 83).

A importância da temática saúde e desenvolvimento, para a agenda pública resta evidenciada, pelo reconhecimento de que investimentos na saúde podem tanto, melhorar a qualidade de vida da população, como também contribuir para o crescimento do setor, no âmbito na esfera pública.

2.2.1 Equidade

Normalmente o termo desigualdade é visto como sinônimo de diferenças ou disparidades. Entretanto, nas relações de saúde, especialmente as relativas ao Zika Virus e demais enfermidades decorrentes do *Aedes Aegypti*, verificam-se as chamadas desigualdades estruturais, que ressaltam explicações nativistas, essencialistas e individualistas e explicações sócio-estruturais, através de condições sistêmicas, de longo prazo que afetam a sociedade como um todo e por tempo indeterminado.

Tal concepção remonta à teoria Darwiniana, segundo a qual, a desigualdade é, ao mesmo tempo, o resultado de processo evolutivo orgânico, onde a eliminação dos mais fracos, faz garantir a sobrevivência da espécie, e ainda, mostra-se como uma consequência necessária, para a liberdade individual, como princípio fundador da sociedade (CASTRO, 2016). Historicamente, o Darwinismo social tentou justificar barbáries como o imperialismo, o etnocídio e o genocídio, a exploração de trabalhadores, o racismo, entre outras formas de dominação. Assim, sob tal ótica, a intervenção do Estado, como forma de mitigar o quadro de desigualdade, não faria sentido, uma vez que esta seria uma consequência do processo evolutivo natural, impossível de ser revertida, através de políticas públicas e outras intervenções.

Para Castro (2016) a erradicação das desigualdades estruturais, exige-se muito mais do que aprofundar o exercício substantivo da cidadania, posto que esta, por si só, dentro da democracia se contradiz à lógica típica do sistema capitalista. No tocante o tema da determinação social de epidemias e outros gravames, o desafio assume formas particularmente preocupantes.

O aprofundamento das desigualdades estruturais e a falta de provisão universal nos sistemas de saúde, foram preponderantes para a crise na prestação de serviços essenciais. Tornou-se um grande desafio, mesmo para os sistemas democráticos, o desenvolvimento de estruturas de políticas públicas e a gestão voltada para os postulados da democracia substantiva, com priorização da eficiência social, a igualdade, e a participação social nos processos e na tomada de decisões (CASTRO, 2016).

No contexto da atuação do Estado, há que se diferenciar claramente os conceitos de igualdade e de equidade, da forma seguinte:

A igualdade diz respeito ao que se pretende alcançar com a justiça – quais são os concernidos e o que igualar para propósitos de justiça –, ao passo que a equidade está relacionada às estratégias de pesquisa ou às políticas públicas que visam a superar a desigualdade entre aqueles que alcançaram e os que não alcançaram a igualdade pretendida. (RIBEIRO, 2015, p. 1112).

Assim, a equidade se propõe a efetivar a própria justiça, na medida em que visa tratar os iguais, de forma igual, e os desiguais de forma diferente, na medida de suas desigualdades.

Uma sociedade em que se almeje a justiça deverá, necessariamente, desenvolver mecanismos compensatórios para seus membros vitimados por desigualdades das quais não podem ser responsabilizados, tais como políticas equânimes de alocação de recursos (Giovannella et al., 2002; Schramm, 1998b), capazes de se contrapor às históricas contingências de iniquidade, miséria e exclusão que forneceram o arcabouço para a (des)estruturação da sociedade brasileira (BATISTA e SCHRAMM, 2005, p. 138).

Nessa perspectiva, a abordagem das capacitações (capability), desenvolvida por Amartya Sen e Martha Nussbaum, traduz-se numa concepção de justiça que concentra sua atenção, em comparações feitas entre sociedades ou através de alternativas sociais, mais ou menos justas, dentro de determinado sistema social, voltando-se para a vida que as pessoas realmente são capazes de levar.

Tais capacitações seriam reconhecidas como essenciais nas diferentes esferas em que os seres humanos atuam (saúde, trabalho, educação, lazer, política, etc.), considerando os vários estágios de um ciclo de existência (nascimento, infância, adolescência, fase adulta, velhice e morte). (RIBEIRO, 2015, p. 1114).

No campo da saúde, Ribeiro (2015) constatou que os modelos explicativos do processo saúde-doença, devem contemplar as condições para o exercício dos funcionamentos básicos dos indivíduos, as interações entre os funcionamentos e as diferenças na distribuição dessas condições entre os grupos e indivíduos, no interior da sociedade.

Amartya Sen volta o foco do desenvolvimento para o indivíduo, afirmando que a sua liberdade é o meio e o fim, para que consiga alcançar o desenvolvimento. Em sua visão, o homem deve ser agente ativo nos processos e ser livre para fazer as suas escolhas pessoais e coletivas, não sendo possível que tal propósito ocorra, para os indivíduos que têm as suas capacidades básicas privadas.

Sen também afirma que a equidade em saúde é fundamental para que se compreenda o conceito de justiça social e que a saúde é uma das mais importantes condições humanas.

(83) 3322.3222

contato@conadis.com.br

www.conadis.com.br

Nenhuma concepção de justiça social, que aceita a necessidade de uma distribuição equitativa, com vistas as possibilidades humanas eficientes, pode ignorar o papel da saúde na vida humana. Assim, a equidade na realização e focalização na saúde é incorporada e passa a integrar um conceito de justiça mais amplo (SEN, 2002).

O mais grave de tudo é que volta-se para o conceito de injustiças é que alguns indivíduos podem não ter boa saúde, não pelas escolhas que faça em sua vida, como fumar ou adotar hábitos não saudáveis, mais sim, por acordos sociais, materializadas por situações de pobreza ou enfraquecimento social.

Os fatores que podem contribuir para as conquistas e fracassos no campo da saúde vão muito além do cuidado saúde e incluir muitas influências muito diferentes, que vão desde as predisposições genéticas, renda, hábitos alimentares e estilos de vida, ao ambiente epidemiológico e às condições de trabalho (SEN, 2002, pág. 304). (Tradução própria).

No entanto, Sen assevera que a equidade em saúde, não pode ser avaliada apenas sob a ótica pura da desigualdade, mas sim numa concepção mais ampla. Isso porque, quando se verificam grandes desigualdades na conquista da saúde, atestam-se que elas se devem principalmente, não a pré-condições de saúde individuais, mas a inexistência de políticas econômicas, reformas sociais ou compromisso político, o que faz com que a equidade em saúde, seja considerada em conceito multidimensional (SEN, 2002).

Para Sen (2002), a saúde é essencial para o bem-estar e as liberdades e possibilidades que as pessoas são capazes de exercer, dependem das conquistas em saúde. Ao criar uma política de saúde, é necessário distinguir entre a igualdade nas conquistas da saúde, voltada para as possibilidades e liberdades, e a igualdade na distribuição dos chamados recursos de saúde, de maneira que deve haver desigualdade nos cuidados de saúde, em relação àquelas pessoas que sejam desfavorecidas dentro do processo, a fim de restaurar e manter um equilíbrio.

A equidade em saúde visa possibilitar que a boa saúde seja alcançada. Ela possui vários aspectos, sendo um conceito multidimensional. Inclui, portanto, aspectos relacionados a conquista da saúde e a possibilidade de alcançar saúde, mas também inclui a justiça dos processos e, portanto, deve atentar para a ausência de discriminação na prestação dos serviços de assistência médica (SEN, 2002).

Assim, a equidade em saúde, através de múltiplas e complexas dimensões, como entendeu Sen, apresenta os seguintes aspectos: a saúde como capacidade fundamental, que

viabiliza o exercício de outras capacidades humanas; a capacidade de uma pessoa alcançar ou manter a sua saúde; a distribuição social de recursos e o conjunto de fatores sociais, que ajudam a manter a saúde ou recuperá-la, quando a doença surja; e as condições de inserção social e as características pessoais das pessoas (NOGUEIRA, 2012).

2.2.2 Injustiças Socioambientais

A ideia de justiça ambiental surgiu entre as décadas de 1960 e 1970, oriundo de movimentos sociais nos Estados Unidos, notadamente que lutam pelos direitos civis de grupos pobres, etnicamente discriminados e que estão mais expostos à riscos ambientais (ALVES e SANTOS, 2017).

No ano de 1987 a Comissão de Justiça Racial da United Church of Christ, foi responsável por uma pesquisa, que demonstrou que a existência ou não de depósitos e rejeitos perigosos, de origem comercial, estava diretamente ligada à composição racial de uma comunidade (ALVES, 2016,). Esse estudo significou um marco histórico, ligado umbilicalmente ao nascedouro dos movimentos de justiça ambiental nos Estados Unidos, e aliando a luta racista à defesa do meio ambiente.

Dentro desse contexto, surgiu o chamado racismo ambiental, segundo o qual, ocorre uma imposição desproporcional, intencional ou não, de depósitos de lixo químicos, incineradores, indústrias com grau elevado de poluentes, especialmente, nas comunidades negras e de baixa renda.

O discurso preconizado pelo desenvolvimento sustentável defende um modo de vida local e alternativo à sociedade urbano-industrial. Contudo, o modelo que se estabeleceu, voltou-se para uma vertente, que associa a questão ambiental ao modelo progressista do crescimento econômico. Tal visão economicista, restrita ao crescimento econômico, deu início aos conflitos ambientais, entre as comunidades tradicionais e movimentos sociais, em face do Estado e dos grupos empresariais, que fomentam atividades, como mineração, agronegócio e agroquímicos, exploração e refino de petróleo, produção de ferro e aço, construção de hidrelétricas e o uso intensivo de agroquímicos (ALVES e SANTOS, 2017).

Tais interesses distintos ocasionou a multiplicação dos impactos e conflitos socioambientais, nos quais o passivo ambiental, foi destinado às populações mais vulneráveis, gerando as chamadas injustiças socioambientais, que se revelam da seguinte forma:

Nota-se que a injustiça ambiental é resultado da lógica perversa de um sistema de produção que destrói ecossistemas; que contamina o ar, solo e corpos hídricos, e que direcionam toda essa carga de danos socioambientais às populações tradicionais ou vulneráveis que são excluídas pelos grandes projetos de desenvolvimento e que têm através desses impactos uma drástica alteração na sua qualidade de vida (ALVES e SANTOS, 2017, p. 220).

Para Balin et. al. (2014):

A busca por resoluções técnicas, industriais e de mercado das questões ambientais, sob uma perspectiva que privilegia interesses das regiões ou países desenvolvidos em detrimento das regiões menos desenvolvidas ou mais pobres, ensejou com o passar do tempo uma desproporcional distribuição dos riscos e impactos ambientais, gerando extremas desigualdades que se caracterizam como muitos autores denominam de injustiça ambiental (BALIN et. al, 2014, p. 10).

Tal cenário vai de encontro com os ditames da justiça ambiental, que não admite que a prosperidade dos ricos, se faça em detrimento da expropriação ambiental dos pobres, o que acentua sobremaneira, as desigualdades sociais e concentração de renda nas mãos de poucos. Tais iniquidades, alijam as populações vitimizadas a situações de vulnerabilidade socioambiental, tendo em vista a exposição das mesmas à riscos e desnudando problemas de cunho social e ambiental. Nesse sentido,

A perda de seus lares, a presença de substâncias cancerígenas nos poluentes, e a ausência de políticas públicas de saneamento, educação, saúde e infraestrutura, são exemplos que configuram as manifestações visíveis de um modelo fundado na injustiça estrutural e na irresponsabilidade ambiental de empresas e governos (ALVES, 2016, p. 49).

O modelo é perverso e resulta em efeitos realmente nocivos do desenvolvimento, que se disfarça e se reveste de uma falsa sustentabilidade, vitimizando a grande maioria das regiões ou comunidades mais pobres (BALIN et. al, 2014). A situação mostra-se extrema e grave, posto que os atores sociais que se voltam contra as injustiças ambientais, geralmente são reprimidos continuamente pelos próprios governos, sejam eles progressistas ou conservadores (CASTRO et. al., 2017).

2.2.3 A determinação social na relação saúde-doença

As condições sanitárias são essenciais para garantirem o bem-estar e a saúde da população, e várias investigações têm, indubitavelmente, atrelado uma relação de simbiose, entre os agravos à saúde e o nível socioeconômico das pessoas (BATISTA e SCHRAMM, 2005).

As raízes históricas já seriam o prelúdio dessa realidade. Freyre (2013), em sua obra *Sobrados e Mucambos*, desnudava a realidade do século XIX, onde as discrepâncias, em relação ao tipo de habitação era facilmente perceptíveis, eis que aos pobres destinava-se os imóveis de barro, com chão de terra, úmida, preta, como a de cemitério e a cobertura, feita com folhas de zinco, representando “a preterição a mais completa de todas as regras higiênicas na sua construção” (FREYRE, 2013, p. 186), cuja situação se agravava, com a aglomeração de pessoas, que ali residiam, dentro destas condições de higiene. Para os ricos, por sua vez, a casa trazia em sua estrutura, os elementos típicos da nobreza, mais duradouros em sua composição, a exemplo de pedra e cal, adobe, telha, madeira de lei, grade de ferro, além das construções serem mais elevadas, caracterizando os sobrados e a casa-grande.

Com as imigrações e o risco das epidemias, foi instituído o Código Sanitário de 1894, tendo também sido elaborada a teoria do contágio, embasada na ideia que as doenças se propagavam, em razão da presença de um meio inadequado. Rapidamente estas ideias passaram a relacionar-se com o meio social, atribuindo aos miseráveis urbanos, a responsabilização pelas epidemias e pelos hábitos.

Doença, imoralidade e pobreza se enredaram numa trama maldita de tal modo que as condições de moradia precárias eram imediatamente associadas a imoralidade e a doenças, demarcando um território rejeitado na cultura urbanística da cidade” (ROLNIK, 2013, p. 41).

Para Maricato (2002) o planejamento urbano modernista no Brasil, procurou seguir os padrões dos países cêntricos, voltando-se, no entanto, somente para a cidade formal ou legal, resultando numa modernização excludente e incompleta.

O processo de urbanização será marcado fortemente por essa herança. Embora a urbanização da sociedade brasileira se dê praticamente no século XX, sob o regime republicano, as raízes coloniais calcadas no patrimonialismo e nas relações de favor (mando coronelista) estão presentes nesse processo. A terra é um nó na sociedade brasileira... também nas cidades. A legislação é ineficaz quando contraria interesses de proprietários imobiliários ou quando o assunto são os direitos sociais (MARICATO, 2002, p. 150).

A habitação foi influenciada severamente pelas raízes históricas e pela própria legislação, que se preocuparam a especificar as formas de construir nos bairros de elite, e embasadas no modelo higiênico, criou a separação dos bairros residenciais para os ricos, traçando uma geografia, com base na condição social, onde do lado de fora desses bairros, estavam as habitações populares, que cheiravam mal, poluíam e contaminavam o ambiente (ROLNIK, 2013).

Assim, a própria gestão urbana e os investimentos públicos aprofundam a concentração de renda e a desigualdade, sendo o Estado completamente responsável por tal cenário. Para Maricato (2002) a “não cidade” é a negação da cidadania para os pobres renegados, enquanto que a "cidade" formal constitui-se como uma ardilosa construção ideológica que confere à cidadania, um *status* de privilégio e não a vê, como um direito universal.

Para Hall (2011), a cidade é afetada por uma segregação determinada e definida pela renda e posição ocupada no trabalho, coadunando com a visão de Maricato (2002), segundo a qual, a construção de um novo paradigma urbano, pressupõe a luta por uma nova sociedade.

Os aspectos geográficos influenciam consideravelmente todos os fatores que estão presentes na relação saúde-doença, sendo necessário reconhecer que a desigualdade no âmbito da saúde é um sintoma da iniquidade social, que deve gerar implicações decisivas na atuação para a redução das desigualdades sociais em saúde, ou até mesmo estimular a formulação de diferentes estratégias visando à redução das injustiças (BATISTA e SCHRAMM, 2005).

Para Batista e Schramm (2005), várias investigações têm demonstrado a relação existente entre os agravos à saúde e o nível socioeconômico das pessoas atingidas, e são justamente os países mais pobres, que tendem a apresentar um pior desempenho sanitário, quando comparados aos mais abastados.

.2.3 Políticas Públicas no contexto das Arboviroses

Para Muller (2004), o Estado como fenômeno político do século XX e resultado da ampliação de suas estruturas, desde o final do feudalismo até à modernidade, constituiu-se em torno de um aparelho burocrático, tendo posteriormente se transformado profundamente, e hoje é percebido principalmente, através de sua ação.

Assim, é por meio desta ação estatal, seja ela positiva ou negativa, que o Estado se manifesta, e estudar a ação pública não consiste, apenas em pensar em sua legitimidade de ente político abstrata, mas especialmente em,

Compreender as lógicas implementadas nestas diferentes formas de intervenção sobre a sociedade, em identificar os modos de relação existentes entre atores públicos e privados e em compreender como a ação pública recobre as dinâmicas imprecisas e evolutivas da fronteira entre Estado e sociedade. (MULLER, 2004, p. 9/10).

Nesse sentido, as políticas públicas surgem como resultados das ações estatais, dentro da tríade, *polity* (esfera política), *politics* (atividade política) e *policies* (ação pública), podendo ser conceituadas como “o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública, isto é, dispositivos políticos administrativos coordenados em princípio em torno de objetivos explícitos” (MULLER, 2004, p. 13).

A política pública busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação, bem como analisar essa ação (variável independente), podendo também, propor mudanças curso dessas ações (variável dependente), quando necessário (SOUZA, 2006).

Nesse sentido, dois modelos se destacaram por tentarem explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas. O modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams*), de autoria de John Kingdon, que se tornou uma referência para os estudos voltados à análise de formulação de políticas governamentais e considera as políticas públicas, como um conjunto formado por quatro processos: o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas (agenda-setting), a consideração das alternativas para a formulação de políticas públicas (policy formulation); a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis, e a implementação da decisão (CAPELLA, 2007).

Já o modelo proposto por Frank Baumgartner e Brian Jones, denominado de equilíbrio pontuado (*punctuated equilibrium*), procurou explicar como se alternam momentos de rápida mudança e estabilidade, com base em dois eixos, o das estruturas institucionais e o processo de agenda-setting, pois, para este modelo, os processos políticos são estáveis e instrumentais, mas às vezes, produzem grandes mudanças (CAPELLA, 2007).

As questões de saúde pública inserem-se normalmente, dentro da agenda governamental, mas somente após o surto das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* e a

decretação da situação de emergência no país, no ano de 2015, as mesmas passaram a compor a agenda decisória, aptas à tonarem-se, novas políticas, como se mostrará mais adiante.

Para Souza (2006) política pública pode ser entendida um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, pôr o governo em ação e também, analisar essa ação (variável independente), ou propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente), quando necessário. A formulação das políticas, constitui-se como o estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e propostas de campanhas, através de programas e ações, que trarão resultados ou alterações no mundo real.

No tocante às arboviroses, o caráter das políticas federais, voltado mais para o combate ao vetor de transmissão das doenças, e a grande quantidade de focos encontrados nas residências, contribuiu para a atribuição de culpa e responsabilidade dos agravos, sobre a população. Tal discussão, desviou-se de questões-chave como, saneamento básico, acesso à água canalizada, coleta de lixo, mobilização, prevenção de doenças e promoção da saúde, cidadania, etc, o que merece atenção, especialmente quando da formulação de políticas públicas voltadas para a contenção do *Aedes Aegypti*.

2.4 O Direito à Saúde e ao Desenvolvimento

Historicamente no Brasil, o sistema de assistência à saúde era tipicamente excludente, voltado apenas para uma parcela da população, deixando de fora os menos favorecidos. Após a ditadura militar e com a redemocratização, ganhou destaque nos debates, a ampliação da participação social e do exercício da cidadania, que culminou com a promulgação da Constituição Federal, em 05 de outubro de 1988 (BATISTA e SCHRAMM, 2005).

O art. 3º da nossa Constituição Federal enumera os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, que deve buscar: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Nesse sentido, os objetivos fundamentais voltam-se, em sua essência, para os preceitos de igualdade, desenvolvimento, erradicação das desigualdades e de formas de discriminação, em todas as esferas sociais.

Dentro desse contexto, o art. 6º da carta cidadã preconiza acerca de alguns direitos, estabelecendo que, “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a

moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1998).

Assim, dentre os direitos sociais, constitucionalmente assegurados, o direito à saúde está presente, tendo disposição mais específica no art. 196, que estatui que, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A saúde passa a ser vista como direito do cidadão e dever do Estado, fato esse, que pode ser considerado inédito na história brasileira, tendo em vista que até então, a garantia da saúde estava atrelada a previdência social e vinha num processo crescente de privatizações. Os princípios norteadores do SUS são universalidade, integralidade e equidade. (FISCHBORN, 2015, pág. 203).

O direito à saúde traz a ideia de universalidade, por se tratar de um direito de todos, além de ser um dever do estado, através da instituição de políticas sociais e econômicas, visando a redução de riscos de doenças e outros agravos. Por outro lado, também refere-se ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Possui como pressuposto, inequívoco, a ideia de justiça social, no sentido de garantia de tal direito à sociedade como um todo.

Para operacionalizar tal direito e garantir a universalidade dos serviços, foi instituído o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), regulado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O foco da política de saúde na atenção primária, respaldada pelo SUS, culminou com programas, projetos e estratégias, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visaram aplicar o conceito ampliado de saúde e promovendo ações sociais, no sentido de fortalecer a cidadania da população (FISCHBORN, 2015).

Embora tenha significado um grande avanço ao sistema de saúde, eminentemente excludente, até então vigente, a implementação do SUS trouxe uma série de problemas, enumerados a seguir:

A tensão resultante da diretriz de proporcionar o acesso universal à saúde – isto é, a todas as pessoas – em um contexto de demandas cada vez maiores, por um lado, e de recursos cada vez mais limitados, por outro; o problema de assegurar o tratamento igualitário de indivíduos com inserções sociais tão díspares, muitos dos quais, na verdade, efetivamente não inseridos, como no caso dos milhões de excluídos no País; e, o desafio de compor os dois elementos anteriores em um ideal mais amplo de justiça – qual seria ele? – algo imprescindível, sobretudo para uma sociedade tão desigual quanto a brasileira, indicada pela feliz expressão “os muitos brasis” (BATISTA e SCHRAMM, 2005, p. 130-131).

Como se observa, vários problemas decorrentes dos próprios postulados do direito à saúde surgiram, o que leva ao questionamento acerca da aplicabilidade prática dos ideais de universalidade e igualdade, a serem assegurados pelo Estado, conforme preconiza a Carta Cidadã.

Entre o princípio de que a saúde seja um direito de todos – como reza a Constituição brasileira (Brasil, 2000) – e a garantia de seu cumprimento, interpõe-se uma distância considerável, visto que não basta preconizar as mesmas bases sanitárias para toda sociedade, uma vez que as demandas pessoais são deveras abrangentes, podendo, neste caso, se produzir um aguçamento das disparidades (BATISTA e SCHRAMM, 2005, p. 138).

No ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que mais tarde fora substituído conceitualmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que mostrou-se como uma estratégia governamental para reorganizar o sistema de saúde e o modelo de atenção à saúde, desvinculando-se do modelo puramente biomédico e curativo, e voltando-se para um novo conceito de saúde, contemplando visitas domiciliares, atendimento diferenciado ao usuário, com foco na prevenção e promoção a saúde, sendo esta uma forma de cidadania e democracia, já que abarca um conjunto de fatores, como habitação, alimentação, educação, ambiente, trabalho, etc (FISCHBORN, 2015).

A atuação da Estratégia de Saúde da Família visa fortalecer o vínculo entre a comunidade e a equipe, via atendimento periódico as famílias, objetivando: a promoção da saúde e prevenção da doença de forma permanente e no *locus* residencial; as discussões dos casos de saúde das famílias, sob a ótica interdisciplinar, de vários integrantes da equipe; a facilitação ao acesso do usuário ao serviço de saúde, já que cada equipe fica responsável por um número limitado de famílias, em uma área geográfica definida; a estimulação da educação em saúde da população, visando a autonomia individual e coletiva; o incentivo as ações de gestão local e controle social por parte da população; e vários outros objetivos que visam a qualidade de vida dos usuários (FISCHBORN, 2015).

Para Morosini, Fonseca e Pereira (2008) o conceito de saúde deve ser visto na perspectiva ampliada, não sendo suficiente apenas a garantia do acesso ao usuário aos serviços, sendo essencial, sobretudo, a garantia de condições de vida dignas àquele, estando, portanto, totalmente vinculados, a saúde e os direitos sociais. Sob o prisma da autonomia individual e coletiva, preconizada pelo novo modelo de atenção básica, o indivíduo saudável, não é apenas aquele livre de doenças, mas uma pessoa autônoma, participativa e protagonista das ações que regem a sua vida.

Embora esteja ligado aos princípios de igualdade e universalidade, o direito à saúde no Brasil, mesmo após a implementação do SUS, fez com que surgisse uma série de problemas politicamente relevantes. Dentre eles, destaca-se a tensão gerada entre a necessidade de garantir o acesso universal a todos e a grande quantidade de demandas, cada vez maiores e com recursos limitados, bem como, o problema de assegurar o tratamento igualitário a indivíduos com inserções sociais, tão dispares (BATISTA e SCHRAMM, 2005).

A operacionalização do direito à saúde pressupõe a convergência de uma série de fatores, relacionados ao desenvolvimento, como equidade, injustiças socioambientais e políticas públicas. Tais aspectos vinculam-se à premissa de que o adoecimento pode transmutar-se em um gargalo para o desenvolvimento, o que denota a importância de analisá-las, como será visto mais adiante.

3. METODOLOGIA

3.1 O Desenho da Pesquisa

Trata-se de pesquisa de levantamento, exploratória e descritivo-analítica,² e tem como foco a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), nos municípios do Consórcio São Saruê, como se mostrará adiante. A investigação toma como suporte teórico as discussões sobre a relação saúde e desenvolvimento apresentadas no capítulo anterior e como parâmetro para a análise dos resultados, o Direito à Saúde nos termos da Constituição Federal; o conceito de injustiças socioambientais, referenciado pelo campo da ecologia política (CASTRO, 2016; ALVES e SANTOS, 2017 e BALIN et. al., 2014); e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen (2002) e Nogueira (2012), também discutidos no capítulo I.

No tocante ao direito à saúde, a pesquisa, se voltará para analisar as questões da universalidade do acesso aos serviços e a inserção das políticas, nas três dimensões de promoção, proteção e recuperação da saúde, dispostas no art. 196 da Constituição Federal. A promoção, como descrita na Carta Magna, refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou agravo, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral do ser humano, possuindo claramente um caráter profilático. A proteção, por sua vez, diz respeito a tutela de bens jurídicos conexos como vida, integridade física, ambiente, Saúde Pública e por normas administrativas do campo da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e da Saúde do Trabalhador (DE SETA, et. al, 2017). E a recuperação, finalmente, está relacionada às práticas adotadas para tratar as doenças e sequelas deixadas, através de avaliações médicas, consultas, exames e medicações, adotados por médicos e profissionais da saúde, para o restabelecimento do paciente e a volta ao status anterior à instalação da doença. Quanto as injustiças socioambientais, a preocupação é identificar as políticas voltadas para as situações de danos e riscos ambientais, que vitimizam, sobretudo, as populações mais pobres dos municípios estudados. Em relação à equidade, a investigação se voltará para as políticas que se destinem a desenvolver mecanismos compensatórios para os vitimados por desigualdades, das quais não podem ser responsabilizados. Assim, objetivamente, se buscará identificar, nos municípios, por exemplo, as medidas voltadas para o atendimento aos sequelados por

² Este trabalho está inserido no contexto do Projeto Zika, Edital MCTIC/FNDCT-CNPq/ MEC-CAPES/ MS-Decit / Nº 14/2016.

arboviroses (e seus resultados), destacando-se, dentre elas, pela gravidade, Zika e Febre Chikungunya.

Para identificar as políticas públicas implementadas e/ou executadas nos municípios, (primeiro objetivo específico da pesquisa) foram adotados seguintes procedimentos: consulta ao banco de dados do Projeto Zika UEPB³, relatos de escutatórias (rodas de conversas) com profissionais e gestores da saúde e da educação dos três municípios em questão, sobre a tríplice epidemia (entre setembro de 2016 a setembro de 2018); participação em seminários e processos formativos no âmbito do projeto; contatos e diálogos dirigidos (por meio de dispositivos tecnológicos como e-mail, whatsapp, telefone celular) com gestores para obtenção de informações e/ou encaminhamento de pedido de informação; levantamento documental junto às Secretarias de Saúde e Infraestrutura e Meio Ambiente da Paraíba e dos municípios estudados, sites e portais das prefeituras, boletins epidemiológicos, relatórios técnicos, além de sites como Trata Brasil, SNIS – Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, IBGE, DATA SUS, dentre outros. Essas mesmas fontes e atores contribuíram, também, para a construção de uma leitura crítica da natureza de tais políticas e, sobretudo, para a conformação de um quadro das chamadas injustiças socioambientais (segundo objetivo específico). Quanto à questão da equidade, além do material já coletado, foram realizadas, ainda, entrevistas semi-estruturadas com sequelados (famílias atingidas pela microcefalia) e também com gestores. Os municípios alvo desta investigação são os únicos do Consórcio São Saruê a registrarem casos confirmados de microcefalia, no intervalo de 2015-2018.

3.2 A caracterização do campo do estudo

O lócus da pesquisa situa-se nos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, que compõem o Consórcio intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável São Saruê.

O Consórcio São Saruê foi fundado no dia 08 de maio de 2015, quando foi aprovado o seu estatuto social e eleitos os membros, após assembleia geral realizada no município de Livramento (PB). Com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica, o consórcio é composto atualmente por 12 municípios do Cariri Paraibano: Assunção, Juazeirinho, Junco do Seridó, Livramento, Pocinhos, Olivedos, Santo André, Tenório, Taperoá, Soledade, Salgadinho e São José dos Cordeiros.

³ Projeto Tecnologias Sociais e Educação Ambiental para o Controle Vetorial de Arboviroses: promovendo a saúde e a qualidade de vida no Semiárido Paraibano (MCTIC/FNDCT -CNPq / MEC-CAPES/ MS-Decit Nº 14/2016 – Prevenção e Combate ao vírus Zika)

Sua criação visou a articulação de parcerias para a construção de políticas inovadoras, referentes à política de saneamento básico e resíduos, tendo como objetivo a promoção do desenvolvimento sustentável na sua área de atuação.

As principais finalidades do consórcio são as seguintes: a elaboração de propostas para o desenvolvimento regional, inclusive realizando debates e executando estudos; a gestão associada de serviços públicos de saneamento básico, de transporte urbano ou intermunicipal, construção, manutenção de estradas, abatedouros e frigoríficos; a implantação e manutenção de infraestrutura e equipamentos urbanos; a promoção do turismo, cultura, esporte, lazer e infraestrutura; a disciplina do trânsito urbano; a execução de ações de desenvolvimento rural, inclusive com apoio à agricultura familiar; ações de assistência social e de segurança alimentar e nutricional; o planejamento e a execução descentralizada da política estadual de desenvolvimento urbano; a participação na formulação da política estadual de planejamento e ordenamento territorial e a execução das ações relativas; a aquisição de bens ou a execução de obras para uso compartilhado ou individual dos consorciados, e a administração desses bens ou outros que sejam de gestão do consórcio.

O critério de escolha dos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, deu-se primordialmente, por apresentarem os elevados percentuais obtidos nos últimos Levantamento Rápido de Índices para o Aedes Aegypti – LIRAA, entre os demais componentes do Consórcio, conforme os dados da tabela abaixo:

LIRAA'S E LIA'S DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM O CONSÓRCIO SÃO					
SARUÊ – Jan/2017 a Jan/2018					
	<i>Jan/17</i>	<i>Abril/17</i>	<i>Jul/17</i>	<i>Out/17</i>	<i>Jan/18</i>
TENÓRIO	0,7	0,9	2,2	0,7	0,2
JUAZEIRINHO	16,5	17,1	16,3	9,3	11,5
TAPEROÁ	0,4	2,4	4,3	2,5	3,2
ASSUNÇÃO	1,9	3,3	4,1	3,5	3,5
SOLEDADE	6,3	4,8	4,7	3,7	7,9
LIVRAMENTO	1,0	2,4	2,5	1,4	2,4
SANTO ANDRÉ	1,5	0,9	1,6	0,9	1,2
OLIVEDOS	2,1	1,8	2,5	3,9	4,8
SALGADINHO	2,0	1,9	3,8	4,5	2,5
POCINHOS	13,2	6,3	18,5	6,1	5,3
SÃO JOSÉ DOS CORDEIROS	0,8	1,3	0,2	0,8	0,2
JUNCO DO SERIDÓ	2,2	2,6	1,7	2,6	2,6

Tabela 1. LIRAAAs e LIAs dos municípios do Consórcio São Saruê (Jan/2017 a Jan/2018)

Como se observa pela tabela supra, os municípios de Juazeirinho, Soledade e Pocinhos, sempre apresentaram a média dos LIRAs, acima dos demais municípios do consórcio, o que justifica o critério de escolha dos mesmos, para a serem objetos de investigação do presente estudo.

O município paraibano de Pocinhos, originou-se em torno de uma fonte e de um campanário, tendo o seu nome surgido, em razão da existência de diversos pequenos poços, contendo água potável. A povoação da cidade teve início no século passado, quando o fazendeiro José Aires Pereira, firmou a sede de suas fazendas, num pequeno morro, próximos aos poços e construiu, entre os anos de 1815 e 1817, uma capela em homenagem a Nossa Senhora da Conceição.

Após o Decreto Diocesano de 08 de dezembro de 1908, quando foi criada a Paróquia de Nossa Senhora da Conceição, desmembrada de Campina Grande, tendo tornado-se distrito de Campina, com o nome de Pocinhos, depois Joffily e depois, voltou a chamar-se Pocinhos. Sua emancipação política, deu-se no dia 10 de dezembro de 1953, quando então passou a ter status de município.

Segundo o último censo, realizado em 2010, pelo IBGE, possui população de 17.032 pessoas, mas atualmente estima-se que esse número seja superior a 18.500 (IBGE, 2010). Com densidade demográfica de 27,12 hab/km², a gestão do município está à cargo do prefeito Claudio Chaves Costa, que inclusive atualmente, exerce as funções de presidente do Consórcio São Saruê.

Ainda segundo o IBGE (2010), Pocinhos apresenta 37.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 78% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). No tocante à saúde, a cidade destaca-se nos dados oficiais, em virtude da taxa de mortalidade infantil, que apresenta média de 3.34 para 1.000 nascidos vivos, e ainda pelas internações devido a diarreias, que são de 0.8 para cada 1.000 habitantes.

No que diz respeito às arboviroses, Pocinhos apresentou os seguintes percentuais nos últimos LIRAAa, 13,2% (janeiro/17), 6,3% (abril/17) e 18,5% (julho/17), 6,1 (outubro/17) e 5,3 (janeiro/18), demonstrando um significativo aumento, entre os meses de abril e julho de 2017 e mais recentemente, uma diminuição de tal índice. A maior quantidade de focos do mosquito

é encontrado no interior das residências, e o município utiliza-se do controle químico, através do uso de larvicidas, pelos agentes de controles às endemias, e muitas vezes a população faz usa desta água, inclusive, para beber.

O município de Juazeirinho, localiza-se na região em que fazia parte das sesmarias dos Oliveira Ledo, que desbravaram o Cariri e o Sertão do estado da Paraíba. A família Oliveira Ledo, fixou suas residência na Fazenda “Joazeiro”, que foi um das responsáveis pelo povoamento do lugar.

Na época existiam poucas propriedades, sendo o restante, terras devolutas, que aos poucos, foram sendo habitadas por colonos, que fixaram residência, com suas famílias, seus hábitos e costumes.

Segundo o último censo realizado no ano de 2010, o município de Juazeirinho possui uma população de 16.776 pessoas e densidade demográfica de 35,88 hab/km², mas atualmente, estima-se que a população chegue a cerca de 18.213 habitantes (IBGE, 2010). A gestão municipal de Juazeirinho está à cargo do prefeito Bevilacqua Matias Maracajá.

Segundo os últimos dados do IBGE, o município apresenta 57.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, caracterizada pela presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio. Apresenta 57.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Em relação à saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.75 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.7 para cada 1.000 habitantes, segundo os dados da última pesquisa do IBGE, em 2010.

No que concerne às arboviroses, Juazeirinho, também possui atualmente o elevado LIRAA de 11,5%, segundo o último levantamento, realizado em janeiro de 2018. Durante todo o ano de 2017, a situação do município foi crítica, tendo apresentado o número de 16,5% no mês de janeiro, 17,1% em abril, 16,3 em julho e 9,3 em outubro. A visão de que a responsabilidade com a disseminação do mosquito é exclusivamente da população, pelo armazenamento inadequado de água em casa, permeia o discurso de vários profissionais da saúde do município, que também utiliza-se do controle químico, via inseticidas, como principal forma de combate ao vetor de transmissão das doenças.

O município de Soledade teve seu primeiro marco com a antiga fazenda do português João Gouveia e Sousa, chamada Malhada Vermelha, por causa da grande quantidade de barro, depois denominada de Malhadas das Areias Brancas. A fazenda situava-se em um dos lotes do Riacho do Padre e a primeira construção edificada na cidade foi um cemitério, que recebeu orientação do Padre Ibiapina e se destinava a enterrar os mortos da segunda epidemia da cólera-morbo, que assolou a Paraíba no ano de 1894. Mais tarde, uma capela foi construída naquele cemitério e depois, ampliada, ocupando toda área do local.

A população estimada de Soledade é de aproximadamente 14.987 pessoas, mas os números oficiais, registraram no último censo, o número de 13.739 pessoas (IBGE, 2010). O município possui densidade demográfica de 24,53 hab/km².

Segundo os dados da última pesquisa, o município possui 55,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 93,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, com bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2010).

Os dados relacionados à saúde, denotam taxa de mortalidade infantil média de na cidade é de - para 1.000 nascidos vivos, e as internações devido a diarreias são de 0.8 para cada 1.000 habitantes, segundo dados do ano de 2014.

Em relação às arboviroses, Soledade apresentou um aumento considerável no LIRAA, passando de 3,7% de outubro de 2017, para 7,9% para o mês de janeiro de 2018.

Em Soledade, apesar da existência de larvas do mosquito nas residências, destacou-se o elevado número de focos em áreas próximas aos terrenos baldios, que possuem uma grande quantidade de resíduos, tendo se diferenciado ainda em relação à Pocinhos e Soledade também, pela utilização do controle biológico, através do uso de peixes, do tipo piabas, e a consequente redução no uso de larvicidas químicos.

4. RESULTADOS PRÉVIOS E DISCUSSÕES

Nessa seção apresentaremos alguns resultados prévios do estudo, através de dados brutos, que fornecem uma ideia da situação dos municípios, locus da investigação. Tais dados ainda sofrerão análise e sistematização de avaliação, conjunta com os que forem sendo colhidos, durante o decorrer da pesquisa.

Após a instauração do quadro epidêmico arbovirótico no Brasil, algumas medidas foram adotadas pelo Governo Federal, visando o enfrentamento das doenças e agravos notificados, tendo em vista a situação de emergência decretada no país.

Tão logo foi descoberta a relação entre o Zika vírus e os casos de microcefalia, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, criado pelo Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional – GEI-ESPII, no qual foram envolvidos 19 órgãos e entidades, abrangendo três eixos: mobilização e combate ao mosquito; atendimento às pessoas; e desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa.

Segundo o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN será declarada, quando da ocorrência das seguintes situações: epidemiológicas, desastres; ou desassistência à população. Nesse sentido, segundo diploma legal, consideram-se situações epidemiológicas, os surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada, ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015, instituiu a Sala Nacional de Coordenação e Controle, para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus, objetivando, gerenciar e monitorar a intensificação das ações de mobilização e combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, para o enfrentamento das doenças. Para que possa cumprir os seus objetivos, a sala terá as seguintes atribuições: definir diretrizes para intensificar a mobilização e o combate ao mosquito no país; coordenar as ações dos órgãos federais de disponibilização de recursos humanos, insumos, equipamentos e apoio técnico e logístico, em articulação com órgãos estaduais, distritais, municipais e entes privados envolvidos; monitorar os procedimentos adotados para intensificar as ações de mobilização e combate ao mosquito *Aedes Aegypti*; apoiar e acompanhar a instalação das Salas Estaduais, Distrital e

Municipais de Coordenação e Controle; e propor aos órgãos competentes estudos e medidas para alcançar o objetivo principal do Decreto.

Já o Decreto nº 8.662, de 1º de fevereiro de 2016, dispôs sobre a adoção de medidas rotineiras de prevenção e eliminação de focos do mosquito *Aedes Aegypti*, no âmbito dos órgãos e entidades do Poder Executivo federal, através da realização de campanhas educativas, vistoria e eliminação de eventuais criadouros do mosquito, bem como e a limpeza de instalações públicas de funcionamento de órgãos e entidades do Poder Executivo federal, tendo sido instituído o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização, com a atribuição de acompanhar e avaliar periodicamente o cumprimento, pelos órgãos e entidades da Poder Executivo federal, das ações dispostas no referido Decreto.

A Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, trouxe uma série de medidas de vigilância em saúde, quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública, pela presença do mosquito *Aedes Aegypti*. Dentre as medidas dispostas, destacam-se as seguintes: instituição do dia de sábado, para a limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos e mobilização da comunidade; realização de campanhas educativas e de orientação à população, nos meios de comunicação, especialmente às mulheres em idade fértil e as gestantes; realização de visitas a todos os imóveis públicos e particulares, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, nas áreas que sejam identificadas como potencial locais de focos de transmissão; e ingresso forçado, nos imóveis públicos e particulares, que estejam em situação de abandono, ou quando haja, ausência ou recusa de pessoa, que não permita o acesso do agente público, que tenha sido designado para a contenção das doenças.

Os municípios, ao ganharem autonomia constitucional, para, concorrentemente, com a União, os Estados e o Distrito Federal, disporem sobre saúde e assistência pública, podem ser implementadores de ações e políticas, no âmbito local, que se relacionem à problemática das arboviroses.

4.1. As políticas públicas implementadas/executadas nos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade no contexto da tríplice epidemia

O lócus social da pesquisa se deu nos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, que compõem o Consórcio intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável São Saruê. O primeiro objetivo do estudo, visou identificar as políticas públicas implementadas e/ou

executadas nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, no contexto da tríplice epidemia.

Segundo Souza (2018), os dados sócio econômicos dos municípios que compõem o Consórcio São Saruê, apresentam desempenho de médio a baixo no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH⁴, seguindo o indicador do estado da Paraíba, que no ano de 2010, Paraíba foi de 0,658, estando com patamar de IDH médio.

Os municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, objeto da pesquisa, apresentam a seguinte caracterização socioeconômica:

Municípios	População/ 2017*	PIB per capita/2015	IDHM/2010	Classificação do IDHM	% receitas de fontes externas 2015
Pocinhos	18.622	R\$ 11.294,22	0,591	Baixo	95,6
Juazeirinho	18.213	R\$ 7.569,46	0,567	Baixo	93,8
Soledade	31.361	R\$ 22.180,98	0,631	Médio	92,3

Fonte: SOUZA (2018).

Tais dados, demonstram que a população dos três municípios, de uma forma geral, apresentam situações de vulnerabilidade econômica e social, com baixo produto interno bruto – PIB e IDH baixo (Pocinhos e Juazeirinho) e médio (Soledade).

As escutatórias realizadas nos mesmos e informações obtidas junto aos órgãos públicos dos municípios em análise, denotaram aspectos importantes em relação às políticas públicas ou a falta das mesmas, fornecendo subsídios elementares para a obtenção dos resultados iniciais da pesquisa.

No dia 20/04/2017, foi realizada visita ao município de Juazeirinho-PB e contando com a presença de 31 pessoas, vinculadas, principalmente, à Secretaria de Saúde do município, vislumbrou-se um diagnóstico preliminar da realidade local. Segundo o relatório da escutatória realizada, constante no acervo documental do Projeto Zika, verificou-se através do discurso de funcionários da saúde, a visão estatal de culpabilização da população, que segundo os relatos, armazenam água de maneira irregular e contribuem para a disseminação do mosquito e das doenças.

A própria gestão pública adota uma postura de combate ao vetor de transmissão das doenças, segundo a qual, transfere para os cidadãos, a responsabilidade em manter as

⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

residências livres do *Aedes Aegypti*. Para tanto, distribuí os adesivos contendo o slogan “esta casa não cria mosquito”, para serem colados na frente dos imóveis, onde não são encontrados focos do mosquito.



Figura 1. Adesivo distribuído em Juazeirinho-PB

Além disso, alegou-se também que a água já chega contaminada ao município, não tendo havido, um consenso entre os presentes, quanto a esta questão. Assim, a controvérsia estabelecida acerca da qualidade da água, denota a inexistência de qualquer política de gestão e tratamento da água.

Um ponto bastante importante, também detectado em Juazeirinho, foi a falta de um Programa de Saúde na Escola permanente, que se restringe a realização da “Semana de saúde na escola”, onde a temática das arboviroses é abordada, mas não há uma continuidade desta, na metodologia escolar de ensino. Ficou totalmente visível ainda, a falta de diálogo entre a Secretaria de Saúde e de Educação, que se engaja muito pouco, no processo de combate às arboviroses.

Outro ponto também verificado, foi a orientação que funcionários da vigilância epidemiológica da cidade recebem, para que omitam dados, gerando subnotificações no sistema, o que certamente influencia nas políticas de promoção e recuperação da saúde, das várias pessoas vitimizadas por alguma das doenças arboviróticas.

O município de Juazeirinho também realiza uma vez por ano, o chamado “Dia D” de combate ao *Aedes Aegypti*, no qual agentes de endemias, juntamente com os alunos das escolas, se dividem nas zonas da cidade, e realizam visitas nas residências, reforçando a questão do combate aos criadouros e a necessidade de armazenar a água de forma adequada, finalizando com a entrega do hipoclorídico, para ser colocado nos reservatórios de água. Participando *in loco*, deste dia de mobilização, constatou-se que esta medida é mais midiática do que realmente eficaz no aspecto preventivo, eis apenas reproduz o procedimento feito

costumeiramente pelos agentes de endemias, nas visitas que realizam nas residências durante todo o ano, não trazendo nada de inovador no aspecto preventivo propriamente dito.

Através de informações obtidas junto à Secretaria de Saúde, foram informadas quais as ações específicas, voltadas para a dengue, zika, chikungunya e microcefalia, adotadas em nível local, no antes durante e depois da doença.

Para a dengue, o município adota a política geral do controle de vetores, bem como ações educativas que incluem ações em escolas e mutirões, principalmente em áreas de maior risco, que são as que apresentam maior índice de focos do *Aedes Aegypti*. Durante o período em que a doença acomete o paciente, os cuidados ficam à cargo das Unidades Básicas de Saúde do município e hospital, para a volta ao status anterior, mas a vigilância ambiental mantém trabalho intensificado nas regiões mais acometidas. Antes o trabalho era feito apenas de casa em casa, mas hoje em dia já foi implementado o trabalho de informação e conscientização na rádio e educação nas escolas.

Já nos casos de Zika e Chikungunya, ante a similaridade com a dengue, as ações tem sido as mesmas, não havendo algo específico, restringindo-se a um controle geral do agente causador. As ações diretas voltadas para os doentes, segue a critério do atendimento médico dos hospitais e das UBSFs, com a avaliação e prescrição de remédios, mantendo ativo o trabalho de controle de vetores e informação casa a casa. Foi informado ainda, que desde o ano de 2014, quando do surgimento da doença, foi desenvolvido um trabalho mais intenso em cima da aparição da doença, tendo continuidade até hoje. No entanto, este trabalho restringe-se ao controle vetorial, do agente transmissor.

Em relação à microcefalia, a partir do momento que é identificado o problema ainda na gestação, o município de Juzeirinho informou que presta total assistência e realização de exames para as gestantes, acompanhadas pelos profissionais do Nasf, e após o parto continua com profissionais e o atendimento de fisioterapia para estimular as crianças. Os partos são direcionados para a maternidade Isea em Campina Grande (PB), e as famílias recebem apoio, após o nascimento a criança, com a realização de puericultura todo mês, até um ano de idade, que após esse período, são intercaladas as consultas.

Também foi informado pela Secretaria de Saúde, que as ações adotadas pelo município, em relação as arboviroses, atingem toda a população urbana e parte da população rural, onde são trabalhadas apenas as áreas mais povoadas. O trabalho preventivo, feito na rádio, através de informações e apelos pela colaboração dos moradores e informação dos riscos, tem alcance em todo o município. São feitas visitas casa à casa, buscando controlar o

aparecimento de focos do mosquito, tratamento foca e perifocal. Nas escolas as ações voltam-se para as que se localizam na zona urbana, através de palestras, seja em grandes reuniões ou nas salas de aula, desde o nível infantil ao ensino médio, com linguagem específica para as diferentes faixas etárias.

No dia 30/05/2017 foi realizada a escutatória no município de Soledade-PB, que contou com um público de 14 pessoas. Segundo o relatório das escutatórias, foi relatado um caso de microcefalia no município e de uma pessoa que foi vítima de Chikungunya e ante as sequelas, passou a se utilizar de cadeiras de rodas.

Foi afirmando ainda, que a maioria dos focos encontrados nas residências, são de pessoas com um grau de instrução mais baixo, relacionando as condições de renda ao armazenamento inadequado de água. No entanto, o grande foco encontrado na caixa d'água no PSF do município, leva a questionar esta relação entre renda x armazenamento de água, feita em relação às larvas encontradas nas residências.

O município faz uso de peixamento, através de piabas, coletadas no Equador-RN, numa média de duas por tanque, como forma de reduzir o uso de larvicidas, o que pode gerar um controle eficaz, biologicamente aceito, desde que sejam observadas as condições de utilização e armazenamento dos peixes. No entanto, no controle químico, os agentes de endemias só utilizam EPIs, em casos de aplicação intensa dos larvicidas, o que significa conduta de grande risco para a saúde dos trabalhadores, problemática recorrente em vários outros municípios do consórcio São Saruê.

Foi relatada também, o grande número de focos encontrados, em áreas próximas aos terrenos baldios, o que sugere uma atuação mais efetiva do poder público, no tocante a uma disposição ambientalmente adequada dos resíduos ali despejados, deixando clara a falta de uma política de resíduos sólidos, por parte do município.

Acerca de movimentos educativos nas escolas, afirmou-se o estímulo dos alunos a levarem informações importantes sobre a prevenção do mosquito, para suas casas, especialmente no tocante à questões de descarte adequado de resíduos e vedação de recipientes.

No município de Pocinhos-PB, a escutatória foi realizada no dia 05/07/2017, com a presença de 19 pessoas, e foi unânime a informação de que a maior quantidade de focos do mosquito, são encontrados dentro das residências. Conforme acervo do relatório da escutatória realizada, restou clara também a política voltada para o controle químico, através dos inseticidas, que segundo a coordenação da vigilância sanitária, vem em número muito

pequeno e não atende a toda a demanda. A própria população só permite a entrada dos agentes de endemias, caso estes estejam portando o inseticida, que é colocado, levando em consideração a capacidade total do reservatório e não a quantidade de água existente no momento, sendo utilizado inclusive na água de beber.

Esta constatação é preocupante, visto que o uso do controle químico indiscriminado, pode trazer outros agravos à saúde, tendo chamado a atenção, a situação de um agente de endemias, que teve alterações importantes nas taxas sanguíneas e afastou-se algum tempo de suas atividades. Houve o relato de outros sintomas, como dores de cabeça, dores nas juntas e nos ossos, ardência na pele e tosse seca, o que denota uma grande omissão do poder público no tocante a segurança do trabalho de seus agentes de endemias, que passam até quatro anos sem realizarem exames.

Ainda segundo o relato em Pocinhos, o controle biológico através do uso de piabas, não é mais realizado na cidade, em razão da dificuldade em adquirir os peixes, no período de estiagem e pelo fato da grande quantidade de cloro na água, ser responsável por matá-los.

Dentre outras estratégias já realizadas na cidade, está a distribuição de material educativo, a identificação das casas que não possuem larvas, com adesivos, de caráter estimulante, grupos de apoio às gestantes, Dia D, atividades educativas nas escolas, e trabalho em conjunto com a Secretaria de infra-estrutura sobre a questão do lixo, mas sem muito sucesso.

A Secretaria Municipal de Pocinhos no ano de 2017, instituiu o Plano municipal de contingência dos agravos transmitidos pelo *Aedes Aegypti*, com base na situação epidemiológica do município, que teve as seguintes notificações de arboviroses, de janeiro a julho de 2017:

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM RELAÇÃO À NOTIFICAÇÃO DA TRÍPLICE								
EPIDEMIA – Janeiro a Julho de 2017								
AGRAVOS NOTIFICADOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL
DENGUE	00	03	01	00	00	00	02	06
ZIKA	00	00	01	00	00	00	00	01
CHIKUNGUNYA	02	00	00	01	01	00	00	04

Fonte: Secretaria de Saúde de Pocinhos (PB)

Assim, foi consolidado no município, o plano de ação contra o Aedes Aegypti, contendo objetivos, ações, metas, os atores envolvidos e o lapso temporal em que as ações contingenciais, seriam realizadas, conforme quadro abaixo:

Objetivos	Ações	Metas	Atores Envolvidos	Datas
- Realizar o peixamento em todos os depósitos de grande porte do município.	- Indicar e remunerar uma pessoa para pescar as piabas. - Disponibilizar um transporte para levar as piabas ao ponto de entrega.	- Eliminar 100% das larvas e pulpas dos grandes reservatórios de água.	- Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos.	01 de setembro a 31 de outubro
- Ampliar a coleta de lixo nos bairros recém formados do município.	- Divulgação com a comunidade dos dias de coleta de lixo. - Panfletagem	- Sensibilizar a população para manter seus terrenos e arredores limpos. - Coletar o lixo em 100% das ruas do município e fazer a destinação adequada.	- Secretaria de infra-estrutura. - Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos	01 de outubro a 31 de outubro
- Eliminar os focos nos domicílios fechados.	- Visitas frequentemente e sensibilização do proprietário.	- Eliminar 100% dos criadouros do mosquito nos domicílios fechados.	- Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos.	01 de setembro a 31 de outubro
- Combater a negligência da população sensibilizando-os aos riscos á saúde dos mesmos e familiares.	- Mapeamento e monitoramento das áreas de riscos.	- Sensibilizar a população para manter seus terrenos e arredores limpos.	- Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos.	01 de setembro a 31 de outubro

Fonte: Secretaria de Saúde de Pocinhos (PB)

Apesar das ações estipuladas no plano de contingência, que ainda continuam sendo praticadas em Pocinhos, o município também adotou medidas complementares como,

distribuição de repelentes para as regiões que possuem mais casos confirmados e para as gestantes, realização constante de exames laboratoriais, e mutirões, pela Vigilância Ambiental, visitando as áreas de risco, com o intuito de eliminar os focos do mosquito e realizar ações educativas com a população, para prevenir novos focos.

4.2. A natureza das políticas - Direito à saúde, injustiças socioambientais e equidade

O segundo objetivo proposto do estudo, procurou analisar a natureza das políticas públicas, tomando como parâmetros o Direito a Saúde, nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais, referenciado pelo campo da ecologia política, e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde caracteriza-se como um gênero dos direitos sociais, capitulados no art. 6º do texto constitucional e englobam, além da saúde, os direitos à educação, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, e à assistência aos desamparados. Assim, a saúde no Brasil articula-se a uma série de outras garantias sociais, que devem ser destinadas a todos os cidadãos.

Segundo o art. 23 da Constituição, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras atribuições, cuidar da saúde e assistência pública, cabendo a estes entes, formularem políticas a serem implementadas. De forma específica, o art. 30, inciso VII, estatui que, cabe aos municípios, prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988). Assim, aos municípios é destinada a obrigação constitucional de atender às pessoas, nas demandas voltadas à saúde.

O art. 196 da Constituição Federal, conceitua o direito à saúde, como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, as políticas públicas a serem criadas pelo Estado, através da União, Estados e Municípios, devem visar a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Observou-se primeiramente em Juazeirinho, que as ações voltadas para as arboviroses são destinadas à totalidade da população urbana. No entanto, a zona rural do município não é totalmente atendida, ficando o trabalho restrito apenas às áreas mais povoadas, o que afeta negativamente à universalidade do direito à saúde, capitulado no art. 196 da Constituição Federal.

Quanto às políticas, que visem a redução do risco de doença e outros agravos e busquem a promoção, proteção e recuperação da saúde, pode-se afirmar que o município adota algumas ações específicas voltadas para as arboviroses. Dentre elas e tomando por base as três dimensões do direito à saúde, as enumeramos de acordo com a natureza, de promoção, proteção e recuperação da saúde, na forma da tabela a seguir:

Direito à Saúde – Juazeirinho		
Promoção	Proteção	Recuperação
- Semana de Saúde na Escola	- Dia D de combate ao Aedes Aegypti	- Cuidados médicos aos doentes nas UBSs e hospitais
- Ações educativas nas rádios, escolas e mutirões em áreas de maior risco		
	- Assistência às gestantes de bebês com microcefalia e nos pós-parto	
	- Apoio às famílias dos bebês com microcefalia, com a realização de puericultura todo mês, até 1 ano de idade, intercalando, após esse período	

Tabela 2. Direito à Saúde - Juazeirinho

As ações elencadas acima, possuem vinculação com as três dimensões do direito à saúde, representando políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas pelo município de Juazeirinho.

No entanto, alguns pontos verificados, conforme informações obtidas junto à Secretaria de Saúde do município e na escutatória realizada, podem representar óbices ao direito investigado, como a política geral de combate e controle ao vetor de transmissão das doenças, não atentando para as causas estruturais, que influenciam consideravelmente no aparecimento de focos do mosquito. Além disso, a inexistência de uma política de gestão e

tratamento da água, denota um fator negativo à promoção e a proteção à saúde das pessoas, que fazem uso da água no ambiente doméstico.

A falta de integração entre as secretarias do município de Juazeirinho, o pouco engajamento da Secretaria de Educação, nas ações preventivas e a inexistência do Programa de Saúde na escola, de caráter permanente, mostram-se como pontos desfavoráveis à promoção e proteção do direito à saúde.

Denota-se ainda, uma ausência de políticas específicas voltadas para as pessoas sequeladas pela Chikungunya e Microcefalia, o que afeta o direito à saúde, nas dimensões proteção e recuperação.

Finalmente, a idéia de culpabilização da população, que norteia o discurso da gestão do município de Juazeirinho, e a constatação de subnotificações dos agravos, como fora alegado por vários profissionais de saúde, na escutatória realizada, prejudicam consideravelmente as políticas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Já em Pocinhos, observaram-se algumas ações, que relacionam-se com as três dimensões do direito à saúde, quais sejam:

Direito à Saúde – Pocinhos		
Promoção	Proteção	Recuperação
- Ampliação da coleta de lixo	- Realização de Dia D de combate ao Aedes Aegypti	- Realização de exames nos pacientes
- Material educativo e adesivos distribuídos nas residências	- Grupo de apoio às gestantes de bebês com microcefalia	
- Trabalho educativo no ambiente escolar	- Uso de peixamento em todos os depósitos de grande porte da cidade para eliminação de larvas	
- Trabalho de sensibilização da população para manter os terrenos e arredores limpos	- Eliminação de focos nos domicílios fechados	
- Integração da Secretaria de infraestrutura na questão do lixo		
- Distribuição de repelentes à gestantes e às áreas mais afetadas		
- Mutirões realizados pela vigilância ambiental		

Tabela 3. Direito à Saúde - Pocinhos

Com base no quadro acima, o município de Pocinhos apresenta ações voltadas para as dimensões de promoção e proteção da saúde, predominando o caráter profilático, restringindo-se à recuperação, ao setor médico hospitalar, com a realização de exames, não tendo sido informada qualquer política voltada para as pessoas que apresentem sequelas das arboviroses e, principalmente, as afetadas pela microcefalia.

Constatou-se em Pocinhos, a utilização do controle químico, através do intenso uso de inseticidas, o que pode vir a afetar consideravelmente a saúde, tanto da população, como dos agentes de endemias, visto ter sido relatado por um deles, sintomas, como dores de cabeça, dores nas juntas e nos ossos, ardência na pele, tosse seca e importantes alterações nas taxas sanguíneas.

Já no município de Soledade, foram relatadas algumas ações desenvolvidas, conforme quadro abaixo:

Direito à Saúde – Soledade		
Promoção	Proteção	Recuperação
- Ações educativas com os alunos, com o intuito de levarem informações aos pais.	- Controle biológico, através de piabas.	- Assistência médica durante e depois do adoecimento. - Tratamento psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico às vítimas da microcefalia, e encaminhamento aos centros especializados, quando necessário.
- Conscientização das pessoas na atenção básica	- Tratamento nas residências das pessoas doentes.	

Tabela 4. Direito à Saúde - Soledade

O quadro acima demonstra que as ações desenvolvidas em Soledade, enquadram-se nas três dimensões do direito à saúde. Apresenta um diferencial, em relação aos outros dois municípios, na dimensão recuperação, tendo em vista que, além da assistência médica, também prestada pelos demais, destina um apoio direcionado às vítimas da microcefalia, através de tratamento psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico, assim como encaminhamento aos centros especializados, quando se faz necessário. Embora a microcefalia não seja possível de recuperação ou cura, os tratamentos direcionados aos doentes, é fundamental, para a melhoria da qualidade de vida e bem-viver. Observamos a inexistência de

(83) 3322.3222

contato@conadis.com.br

www.conadis.com.br

ações voltadas para as pessoas que tiveram sequelas de Chikungunya, especialmente considerando que há registro no município, do caso de uma pessoa, que foi vítima de Chikungunya e ante as sequelas deixadas, passou a utilizar-se de cadeiras de rodas.

A informação obtida de grande quantidade de focos encontrados em terrenos baldios, denotam uma ausência de política de resíduos sólidos e que afetam negativamente o direito à saúde e o meio ambiente, prejudicando consideravelmente à população que vive no entorno desses locais, acentuando ainda mais as suas vulnerabilidades.

Outras constatações que representam óbices ao direito à saúde em Soledade, decorrem do controle químico, feito no combate ao mosquito, através de inseticidas e afins, agravados pelo fato dos agentes de endemias terem relatado, de forma unânime, o não uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, o que traz sérios riscos à saúde dos mesmos, no desempenho de suas funções laborais.

Observam-se, portanto, com base nos resultados iniciais, que as ações dos municípios, identificadas neste momento, voltam-se para medidas, que procuram coibir apenas o vetor de transmissão diretamente, não eliminando as causas estruturais que propiciam o nascedouro dos focos e criadouros do mosquito, que se mostram ineficazes, tendo em vista a continuidade do elevado índice do LIRAa, recorrente nos municípios estudados.

Verificamos a pouca ou inexistente atuação conjunta entre saúde e educação, o que certamente desfavorece o processo instrutivo e didático, especialmente das ações de promoção e de caráter profilático às arboviroses.

Pode-se atestar ainda, que até o momento, não foi identificada nenhuma política pública, que tenha sido implementada, de forma inédita, por nenhum dos três municípios pesquisados, que se limitam a reproduzir os protocolos e as ações já executadas, atuando de maneira bem generalista, quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem ações específicas e inovadoras, capazes de trazer resultados efetivos para a realidade local.

5. PROJEÇÃO DOS CAPÍTULOS RESTANTES E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

A pesquisa caminha satisfatoriamente para atingir o seu propósito principal. Já obteve uma parte dos dados referentes ao primeiro objetivo específico, identificando algumas políticas públicas executadas pelos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, no contexto da tríplice epidemia.

Em relação ao segundo objetivo específico, com base nas informações já coletadas, foi possível analisar a natureza das políticas públicas, com base no direito à saúde, dos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, faltando ainda a análise das ações executadas/implementadas nos três municípios, sob o ponto de vista das injustiças socioambientais e da equidade, cujos dados já estão em fase de coleta.

Assim, finalizar-se-á o estudo, com o refinamento e avaliação dos dados brutos, já obtidos, para que se atinja o terceiro objetivo proposto, onde, a partir dos indicadores disponíveis, serão analisados os resultados e impactos das políticas identificadas, para a redução das vulnerabilidades nas cidades em estudo.

Deste modo, os capítulos restantes da dissertação, dentro do subitem 4.2. exposto anteriormente, trarão a análise das políticas sob a ótica das injustiças socioambientais e a análise das políticas pelo conceito de equidade de Amartya Sen. Após tais resultados, apresentaremos os impactos das políticas verificadas, concluindo o trabalho com as considerações finais.

Quanto ao cronograma de execução das tarefas restantes, espera-se concluir o estudo até março de 2019, quando será apresentada a versão final da dissertação.

REFERÊNCIAS

ALVES, Stevam Gabriel. **Injustiças socioambientais e interferências na saúde de populações localizadas na área do complexo industrial portuário de Suape**. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em desenvolvimento e meio ambiente – PRODEMA, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

ALVES, Stevam Gabriel; SANTOS, Solange Laurentino. **Injustiças e conflitos socioambientais: o que são e como surgem?** In: Revista Gestão & Sustentabilidade Ambiental, v. 6, n. 2, p. 216 - 226, jul./set. 2017.

AZEVEDO, Flauto Faraco de. **Do combate ao Aedes Aegypti e a liberdade do proprietário ao Direito à Saúde**. Revista de Direito Sanitário. Vol. 3. n. 2. Julho de 2002.

BALIM, A. P. C; MENDES, C. M. da R.; MOTA, L. R. **O despertar da justiça ambiental: dos movimentos ambientais aos socioambientais**. VII Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos no XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. 2014.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. **Aedes Aegypti: histórico do controle no Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-118, jun. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000200006>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Senado Federal: 1990.

_____. **Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015**. Institui a Sala Nacional de Coordenação e Controle, para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Senado Federal: 2015.

_____. **Decreto nº 8.662, de 1º de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas rotineiras de prevenção e eliminação de focos do mosquito Aedes Aegypti, no âmbito dos órgãos e entidades do Poder Executivo federal, e cria o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização para a prevenção e eliminação de focos do mosquito Aedes Aegypti. Senado Federal: 2016.

_____. **Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016**.

Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977. Senado Federal: 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Orientação e Prevenção**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/301-dengue/14610-curiosidades-sobre-o-Aedes-Aegypti>>. Acesso em: 01. Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):129-142, 2005.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **O colapso de uma aliança de classes**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CAPELLA, Ana Cláudia C. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. In: HOCHMAN, G. ARRETCHE, M. Marques, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CASTRO, Jose Esteban. **Desigualdad estructural y determinación social**. In: WATERLAT-GOBACIT Network Working Papers Thematic Area Series SATAGSA – TA5 - Water and Health – Vol. 3, nº 9, 2016.

CASTRO, J. E.; CUNHA, L. H.; FERNANDES, M.; SOUSA, C. M. **Tensão entre justiça ambiental e justiça social na América Latina: o caso da gestão da água** [livro eletrônico]. Campina Grande: EDUEPB, 2017. 21600 KB. 456 p.

CATÃO, Rafael de Castro. **Dengue no Brasil: abordagem geográfica na escala nacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

CONSOLI, Rotraut A. G. B. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DE SETA, Marismary Horsth; OLIVEIRA, Catia Veronica dos Santos; PEPE, Vera Lúcia Edais. **Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3225-3234, 2017.

DUPAS, Gilberto. **O mito do progresso, ou progresso como ideologia**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

ENRÍQUEZ, Maria Amélia. **Trajetórias do desenvolvimento: da ilusão do crescimento ao imperativo da sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

FREYRE, Gilberto. **Sobrados e Mucambos: Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano**. 1. ed. digital, São Paulo: Global Editora, 2013. Disponível em: <<https://gruponsepr.files.wordpress.com/2016/10/livro-completo-sobrados-e-mucambosgilberto-freyre-1.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

- FURTADO, Celso. **Brasil a Construção interrompida**. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- _____. **Dialética do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1964.
- _____. **Teoria e política do desenvolvimento econômico**. 4ª edição. São Paulo: Editora Nacional, 1971.
- _____. **Essencial de Celso Furtado**. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2013.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa**: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995.
- HALL, Peter. **Cidades do amanhã**: uma história intelectual do planejamento e do projeto urbanos no século XX. 2. ed. São Paulo: Perspectivas, 2011.
- HUNT, E. K. **História do pensamento econômico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1981.
- LOPES, N.; LINHARES, R. E. C.; NOZAWA, C.. **Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil**. 2014. Disponível em:
<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v5n3/v5n3a07.pdf>. Acesso em: 22. Jul. 2017.
- MARICATO, Ermínia. As idéias fora do lugar e o lugar fora das idéias: Planejamento urbano no Brasil. In: ARANTES, Oflíia; VAINER, Carlos; MARICATO, Ermínia (Orgs.). **A cidade do pensamento único**: desmanchando consensos. 3. ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
- MARQUES, A. D; OLIVEIRA, R. L. de; RAMALHO, A. M. C; SOUSA, C. M. de. **Análise das privações geradas pela síndrome congênita do Zika Vírus**. 2017.
- MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- MULLER, Pierre e SUREL, Yves. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2004.
- NABUCO, Maria Regina. **A (des)institucionalização das políticas regionais no Brasil**. Revista eletrônica de ciências humanas e sociais e outras coisas. ISSN 1981-3732. Nº 2, (6), vol. 1. 2007. Disponível em <http://www.uff.br/etc>.
- NISBET, Robert. **History of ideia of progress**. New York: Transaction Publishers, 1980.
- O GTDN**: da proposta à realidade. ensaios sobre a questão regional: o Nordeste do Brasil. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 1994.
- PRZEWORSKI, Adam. **Capitalismo, desenvolvimento e democracia**. 2002. Disponível em:
< <http://www.bresserpereira.org.br/books/embuscadonovo/23-Capitalismo-Desenvolvimento-e-Democracia.pdf>> Acesso em: 01. Mar. 2018.

RIBEIRO, Carlos Dimas. **Justiça social e equidade em saúde**: uma abordagem centrada nos funcionamentos. In: Saúde Soc. São Paulo, DOI 10.1590/S0104-12902015137819, v.24, n.4, p.1109-1118, 2015.

_____, Nelson Rosas. **A crise econômica**: uma visão marxista. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2008.

ROLNIK, Raquel. **A cidade e a lei**: legislação, política urbana e territórios na cidade de São Paulo. 3. ed., São Paulo: FAPESPQ - Studio Nobel, 2013.

SACHS, Ignacy. **O desenvolvimento enquanto apropriação dos direitos humanos**. Acesso em: 03 Dez. 2016. Estud. av. [online]. 1998, vol.12, n.33, pp.149-156. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141998000200011>.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. 2. ed. São Paulo: Nova cultural, 1985.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

_____. **¿Por qué la equidad en salud?** In Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.

SILVA, J. S; MARIANO, Z. de F; SCOPEL, I. **A dengue no Brasil e as políticas de combate ao Aedes Aegypti: da tentativa de erradicação às políticas de controle**. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - www.hygeia.ig.ufu.br/ ISSN: 1980-1726, 2008.

SILVEIRA COSTA, Laís; BAHIA, Ligia; SEIXAS DA COSTA BRAGA, Patrícia. **Saúde e desenvolvimento**: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julho, 2017, pp. 2119-2127 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil.

SOMEKH, Nadia. **A construção social da cidade**: desenvolvimento local e projetos urbanos. In: Políticas para o desenvolvimento local. Organizadores Ladislau Dowbor Marcio Pochmann. 2010. Disponível em <http://dowbor.org/blog/wp-content/uploads/2012/06/10PochmannLivroLocalPolíticas-1.pdf>. Acesso em 03 de Dez 2016.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. In: Sociologias, ano 8, nº 16. Porto Alegre: 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso em: 28. Jul. 2017.

SOUZA, Jessé. **A gramática Social da Desigualdade**. Revista de Ciências Sociais. Vol. 19, nº 54, São Paulo: 2004.