

CIDADE E SAÚDE: UMA LEITURA GEOGRÁFICA SOBRE OS MODELOS DE COMBATE À MALÁRIA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA, 1930-1970

BARBOSA, Xênia de Castro; NASCIMENTO, Telma Cristina Nery;
PENHA, Maranei Rohers

Resumo: O artigo analisa os modelos de combate à malária vigente no atual Estado de Rondônia, no período de 1930 a 1970, em uma perspectiva geo-histórica. Para tanto, foram consideradas as políticas de colonização implementadas pelo Estado brasileiro, a formação dos núcleos urbanos e as transformações do meio ambiente no bojo desses processos. O método utilizado foi o bibliográfico-documental, no qual se considerou relatórios e estatísticas produzidos por órgãos oficiais, e artigos científicos que abordam a problemática em tela.

Palavras-chave: Geografia da Saúde; cidade; malária.

Abstract: The article analyzes the models of malaria in force in the State of Rondônia in the period from 1930 to 1970, in a geo-historical perspective. For both were considered colonization policies implemented by the Brazilian government, the formation of urban areas and the changing environment in the midst of these processes. The method used was the literature-documentary, in which it considered reports and statistics produced by government officials and scientific articles that address the problem at hand.

keywords: Geography of Health; city; malaria.

Introdução

A relação entre cidade e saúde é alvo de crescente interesse por parte da Geografia Médica ou da Saúde, do Urbanismo, da Epidemiologia e da Saúde Pública. Embora essa relação não seja causal, desde o século XIX se reconhece a necessidade de saneamento, planejamento urbano e a participação do Estado e dos indivíduos para a mitigação dos problemas de saúde.

A saúde passou a ser entendida para além da “ausência de doenças”, como condição de vida a ser produzida historicamente por meio da articulação de conhecimentos, técnicas e políticas, do cuidado de si e do cuidado do outro. Desse modo, entende-se por saúde a condição de bem-estar físico e mental resultante de um conjunto de fatores, dentre os eles, o espaço, com seus elementos físicos e simbólicos, desempenha papel relevante ao lado da genética e das condições de desenvolvimento humano. Whitehead e Dahlgren (1991) consideram como determinantes da saúde, fatores que atuam em cinco níveis: genéticos e biológicos (nível 1), comportamentos individuais e estilos de vida (nível 2), influências comunitárias e sociais (nível 3), condições de vida e de trabalho (nível 4) e condições ambientais, culturais, sociais e econômicas (nível 5).

A Carta de Ottawa (1986) estabeleceu, como condições para a saúde, fatores como justiça social, paz, educação, moradia e alimentação adequadas e ecossistema equilibrado, fatores estes que, como se sabe, estão longe de serem alcançada (o)s nas cidades da Amazônia. Isso porque, se de um lado, a integração global da economia é uma das características mais marcantes do processo de desenvolvimento capitalista recente, de outro, constata-se nesse processo o aumento das desigualdades (SANTOS, 1978; LIPIETZ, 1988). Portanto, o aumento das desigualdades sociais, seja no âmbito municipal, no âmbito interno a cada país, seja em escala internacional, contraria a crença de que, com o crescimento econômico, problemas de saúde relacionados a ambientes periféricos e de baixa urbanização deixariam “naturalmente” de ocorrer.

O conceito de cidade com o qual se opera no presente estudo a compreende como local da multiplicidade, das contradições, dos encontros e desencontros (BARBOSA, 2009). Na cidade, lógicas diversas atuam sobre um mesmo espaço, acirrando conflitos.

O espaço urbano é engendrado por sujeitos diversos: trabalhadores locais ou migrantes, agentes imobiliários, detentores dos meios de produção e pelo próprio Estado. No espaço urbano estão presentes camadas dos vários tempos, virtualidades que se cristalizam nos objetos geográficos e arquitetônicos, indiciando ideais, concepções estéticas e políticas, lutas de classes (CORREIA, 2000).

Cidades saudáveis tornaram-se objetivo da Organização Mundial da Saúde – OMS, a partir de 1985, e resultados positivos foram constatados na Europa e no Canadá. Na América Latina, contudo, a vinculação de interesses dos dirigentes políticos com as elites agrárias e/ou industriais não logrou a esse projeto o êxito esperado e necessário.

Na Amazônia brasileira, a Malária, uma doença que desde a Antiguidade vem causando vítimas em todo o mundo, é um dos principais desafios para a constituição de cidades saudáveis. Apesar de possuir distribuição universal, a Malária é endêmica em regiões tropicais ou subtropicais. No Brasil, sua maior incidência se dá na região Norte e os índices de positividade variam no tempo, indicando ora retrocessos, ora avanços.

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

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

Na região Amazônica, a Malária tem sido uma constante desde seus primeiros registros, no século XIX, quando para ela migraram os primeiros trabalhadores nordestinos, retirantes da grande seca que assolou o Nordeste brasileiro, entre 1877 e 1880. Desde então, suas grandes obras têm sido marcadas pela febre terçã.

Os danos que essa doença causa no indivíduo e na sociedade são tão graves que cientistas, como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, quando estiveram em Porto Velho, em

1912, a denominaram de “o duende da Amazônia”, representando-a como figura enigmática e maléfica, que impede o progresso e a plena realização do destino humano. Em seus escritos, estabeleceram também uma “topografia” do inferno: Santo Antonio do Madeira, hoje um dos bairros do município de Porto Velho.

Passados cem anos e experimentados três modelos diferentes de controle da Malária¹, o “duende da Amazônia” persiste zombeteiro e cruel: “decifra-me ou devoro-te”.

Com a pesquisa “Cidade e Saúde: políticas públicas de combate à Malaria em Porto Velho – RO” pretendeu-se investigar por que a Malária, apesar de todo o aparato técnico-científico-informacional disponível, continua sendo um problema no tempo atual, que relações são possíveis estabelecer entre ela, as condições de urbanização e as políticas públicas voltadas ao setor.

Entende-se que problemas de saúde, como doenças transmissíveis e epidemias, só podem ser entendidos e explicados corretamente considerando-se a forma como as sociedades humanas são organizadas (TELAROLLI JUNIOR, 1995). Quando se considera tal fator, as relações entre saúde, sociedade e meio ambiente mostram-se mais evidentes, indicando as desigualdades socioeconômicas existentes e possibilitando desvendar posicionamentos políticos.

Teoria Geográfica e Geografia da Saúde: uma introdução à Análise dos desafios ambientais no espaço vivido

Para explicar a organização do espaço e as relações que o compõem, Santos (1985) utiliza-se de conceitos como *forma*, *função*, *estrutura* e *processo*. A *forma* é o aspecto visível do objeto, referindo-se, ainda, ao seu arranjo, que passa a constituir um padrão espacial; a *função* constitui uma tarefa, atividade ou papel a ser desempenhado pelo objeto; a *estrutura* refere-se à maneira pela qual os objetos estão interrelacionados; não possui uma exterioridade imediata - ela é invisível, subjacente à forma, uma espécie de matriz na qual a forma é gerada. O *processo*, por sua vez, é uma estrutura em movimento de transformação, ou seja, uma ação que se realiza continuamente visando a um resultado qualquer, implicando tempo e mudança. De modo sintético, para Santos (1985, p.23), “o espaço geográfico é um sistema de objetos e um sistema de ações”. Esta caracterização objetiva contrapor os elementos de composição do espaço (os objetos geográficos) aos condicionantes de modificação deste espaço (as ações humanas e os processos físicos ao longo do tempo).

Embora a questão saúde e suas relações espaciais não se constitua objetivo analítico central da obra de Milton Santos (2009), sua teoria espacial é relevante para se pensar as relações entre saúde e doença, uma vez que as características do espaço, seus processos de produção e níveis de urbanização repercutem nos níveis de saúde e doença da população. Recentemente, de modo particular, os estudiosos da Geografia da Saúde têm-se apropriado da obra de Santos (1977), na medida em que a mesma possibilita uma leitura da distribuição espacial das patologias enquanto objeto da organização social do espaço, enquanto objeto da “segunda natureza”.

¹ Modelo Ecológico Ambientalista (1930 a 1950), Modelo Técnico-Campanhista (1950 a 1970), Modelo Focal-Preventivista (1970 a 1990).

Se o conceito de espaço é indispensável para se pensar os desafios da saúde pública, não menos importante é o conceito de território, entendido como espaço empírico, apreendido pela vivência cotidiana das relações de poder (RAFFESTIN, 1993).

No território se evidenciam os conflitos quanto à gestão, o planejamento, as políticas, a diversidade de concepções e de enfrentamentos dos problemas da vida. Emblemático desses conflitos territoriais em Rondônia, é a resistência de determinados moradores à dedetização de suas residências e mesmo à entrada dos agentes de saúde e endemias em suas propriedades.

Conflitos como os citados acima são inerentes ao próprio território, pois este é constituído por diversos agentes em suas relações culturais, de sociabilidade e de produção. No território destacam-se a presença do Estado, com sua organização central do Poder, e os homens e mulheres ditos “comuns”, com seus trabalhos, sonhos, necessidades, visões de mundo e desejos de poder.

O território se forma a partir de uma base espacial, e sistemas de objetos e de ações também se fazem presentes nele. Pode-se afirmar que todo território é um espaço (nem sempre geográfico, pois pode ser social, político, cultural, cibernético etc.). Por outro lado, é evidente que nem sempre e nem todo espaço é um território.

Os territórios se movimentam e se fixam sobre o espaço geográfico. A mobilidade dos territórios imateriais sobre o espaço geográfico, por meio da intencionalidade, determina a construção de territórios concretos.

A geografia da saúde resulta da interligação dos conhecimentos geográficos e médicos voltados aos efeitos das relações entre o homem e o meio. Constitui-se num campo do saber aberto ao diálogo interdisciplinar, especialmente com as ciências sociais e biológicas, e demonstra a importância do meio geográfico no aparecimento e distribuição de determinadas doenças, com estudos em regiões distintas e condições estruturais e socioeconômicas diferentes. A Geografia da Saúde tem se destacado também por produzir análises sistemáticas sobre a distribuição dos serviços de saúde no espaço e suas relações com os níveis de saúde e de doença de sua população, taxas de natalidade e mortalidade, bem como análises sobre a qualidade de vida no meio rural e urbano. É nesse contexto que noções, como a de população, interessam-nos.

Atribui-se a Hipócrates a formação inicial da Geografia Médica, quando, por volta de 480 a.C., publicou a obra *Dos ares, das águas e dos lugares*, demonstrando a relação entre os fatores ambientais e o surgimento das doenças. Hipócrates dizia que o médico deveria investigar a origem das enfermidades no ambiente vivido pelo homem. Assim, conhecer o lugar onde ocorrem as doenças seria o primeiro passo para entendê-las (MARZULLO; VIEIRA, 2009), enfatizado por Lacaz (1972).

Atualmente, prefere-se o termo Geografia da Saúde ao termo Geografia Médica, uma vez que este campo transcende as questões médicas, ampliando o foco para questões da Saúde Pública, da Epidemiologia e mesmo dos saberes e terapêuticas populares, nos diversos territórios, em diálogo com as Ciências Humanas, Biológicas e da Saúde.

Desafios da Saúde Pública em Rondônia

Em Rondônia, os desafios da saúde pública têm suas raízes no período em que vigoraram políticas públicas do Governo Federal, específicas para esse espaço, por meio de instituições, planos e programas, como a Superintendência do Plano de Valorização

da Amazônia - SPVEA, Grupo de Trabalho para Integração da Amazônia- GTINAM, Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia- SUDAM, Instituto Brasileiro de Reforma Agrária- IBRA, Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário-INDA, Banco de Desenvolvimento- BNDS, Banco da Amazônia S/A - BASA, Zona Franca de Manaus e a Superintendência da Zona Franca de Manaus-SUFRAMA, Programa de Integração Nacional- PIN, Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia-POLAMAZÔNIA (SANTOS, 2007).

Tais planos e programas estimularam o fluxo migratório para Rondônia, evidenciando um comportamento do Estado brasileiro como agente regulador de práticas que contribuíram para a deterioração do meio ambiente, através de regulamentações federais que se verticalizaram em normatizações e práticas específicas para a região.

Nesse contexto, por meio do Instituto Nacional de Reforma Agrária- INCRA, foram viabilizados, em Rondônia, os Projetos Integrados de Colonização - PIC de Ouro Preto do Oeste e Jaru, Guajará-Mirim (Sidney Girão), Gy Paraná, Colorado do Oeste (Paulo de Assis Ribeiro), e o Projeto de Assentamento Dirigido - PAD Burareiro e Marechal Dutra na região de Ariquemes (OLIVEIRA, 2001). Esses projetos, todavia, não demonstraram preocupações com as questões socioambientais, pois as mesmas não possuíam influência direta no desenvolvimento econômico e na integração nacional, que eram os principais objetivos da época.

Segundo Paraguassu-Chaves (2001, p.27)

a estratégia de colonização adotada, caracterizada por sistemas de elevada complexidade ambiental e socioeconômico, promoveu conflitos, fez com que os objetivos não fossem alcançados, trazendo severos custos sociais como o desmatamento incontrolado, a persistência da migração desordenada, a instabilidade dos assentamentos de grupos humanos, a especulação de terras e a insustentabilidade ambiental das atividades econômicas.

A estratégia adotada na época revela o processo que resultou na realidade enfrentada pela população em Rondônia, na qual, 75,27% das residências particulares têm acesso à coleta de lixo, das quais 39,84% destas residências possuem distribuição regular de água tratada, e somente 4,45% estão contempladas na rede coletora de esgoto (IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, PNAD 2008-2009). A extensão territorial desse Estado, somado a fatores, como os baixos índices de saneamento básico, a mobilidade populacional e a carência de infraestrutura e recursos de saúde, ao lado de fatores de ordem ambiental, como o clima, os níveis de umidade e a destruição de grande parte da cobertura vegetal, contribuem para formar um quadro complexo de saúde e doença.

Do ponto de vista da Saúde Pública, diversas ações têm sido desenvolvidas pelas secretarias responsáveis por essa pasta, dentre as quais se destacam a vigilância epidemiológica, as campanhas preventivas, as vacinações e os programas de planejamento familiar. No que tange aos cuidados de saúde, propriamente ditos, a atenção primária pode ser encontrada em todos os municípios do Estado, nos postos de saúde da rede municipal e nos hospitais distritais. A atenção secundária e terciária à saúde é encontrada na Capital e nos municípios de maior porte, como Ji-Paraná e

Vilhena, todavia, nem todos os serviços e tratamentos estão disponíveis, obrigando o paciente, em alguns casos, a se deslocar para outras unidades da federação.

Problemas, como os citados acima, não se limitam, contudo, ao espaço de Rondônia, mas configuram a realidade da maioria dos países em desenvolvimento. No ensinamento do professor Carlos Paraguassu,

[...] o precário sistema de atenção médica e de saúde, a ampla desigualdade social, a instabilidade econômica, a insegurança alimentar, o limitado acesso à educação e o desemprego são alguns dos principais fatores que incidem no acelerado incremento de milhões de pessoas que vivem em precárias condições de pobreza e incertezas a nível mundial (PARAGUASSU-CHAVES, 2001, p. 25)

No que reporta aos recursos de saúde, especificamente, há, em Rondônia, 1.327 (um mil, trezentos e vinte e sete) estabelecimentos de saúde, sendo que, desse total, 29,33% são de natureza pública e 69,33%, de natureza privada e filantrópica (CONAAS, 2011).

Imagem 1: Quantidade e Perfil dos estabelecimentos de Saúde em Rondônia

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE REGISTRADOS NO CNES, POR TIPO DE UNIDADE E NATUREZA DO PRESTADOR. RONDÔNIA, 2010.				
Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado *	Total
Central de Regulação de Serviço de Saúde	3	0	0	3
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	0	0	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	15	0	0	15
Centro de Apoio à Saúde da Família	1	0	0	1
Centro de Parto Normal	0	0	0	0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	193	1	1	195
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	21	3	188	364
Consultório Isolado	3	0	361	364
Cooperativa	0	0	1	1
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	5	0	5	10
Hospital-Dia	0	0	1	1
Hospital Especializado	3	0	10	13
Hospital Geral	19	1	42	62
Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen	2	0	0	2
Policlínica	5	0	10	15
Posto de Saúde	140	1	1	142
Pronto Socorro Especializado	0	0	0	0
Pronto Socorro Geral	1	0	0	1
Secretaria de Saúde	17	0	0	17
Unid. Mista-atend.24 horas:atenção básica, intern/urg.	37	0	0	37
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1	0	0	1
Unidade de Serviço de Apoio Diagnose e Terapia	17	3	174	194
Unidade de Vigilância em Saúde	35	0	0	35
Unidade Móvel Fluvial	1	0	0	1
Unidade Móvel Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência	1	0	1	2
Unidade Móvel Terrestre	3	0	0	3
Tipo de estabelecimento não informado	0	0	0	0
Total	523	9	795	1.327

Fonte: TabNet/Data-sus – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil – CNES.

Acesso em setembro de 2010.

* Incluindo Sindicato.

Dentre os principais problemas de saúde em Rondônia, constam as doenças transmissíveis por vetores, como a malária, as derivadas de condições precárias de higiene e nutrição, as que poderiam ser prevenidas por vacinas e as relacionadas à migração (MOURA; ROSA, 1990, p. 159).

No que tange à vigilância epidemiológica, destaca-se, com relação à malária, que houve aumento da incidência dessa patologia no período de 2000 a 2005 e, deste ano até 2009, estabilização e diminuição dos níveis de incidência (CONAAS, 2011); nota-se, contudo, que as taxas desse Estado são sempre maiores que a média da Amazônia Legal. Nesta região a tendência é de diminuição das taxas até 2002, crescimento até 2005, nova queda até 2008 e estabilização em 2009, ano em que ocorreram 2.998 casos de malária por 100.000 habitantes em Rondônia, enquanto na Amazônia Legal a taxa foi de 1.250,4 casos por 100.000 habitantes, conforme análise do CONAAS, em 2011.

Nesse aspecto, por se tratar de um dos principais agravos à saúde da população de Rondônia, a malária merece considerações mais detalhadas, com vistas a compreendermos sua dinâmica, efeitos e as políticas públicas que provoca.

A Malária ou o Duende da Amazônia

Os efeitos da malária na vida individual e coletiva, bem como seu agente etiológico e modo de transmissão, são há muito conhecidos, embora não se tenha conseguido ainda controlá-la de modo satisfatório nas regiões de capitalismo periférico, como a África subsaariana e a América Latina e insular.

A malária tem como agente etiológico um protozoário do gênero *Plasmodium*. As espécies mais frequentemente associadas à malária são o *Plasmodium Vivax*, *Plasmodium Falciparum*, *Plasmodium Malariae* e *Plasmodium Ovale*. Conforme a espécie causal, a doença manifesta formas distintas, mas a principal tríade sintomática são febre alta, calafrio e sudorese. Também conhecida como Maleita e Impaludismo, é uma enfermidade de distribuição universal e endêmica em regiões tropicais ou subtropicais, refletindo as condições socioeconômicas e de urbanização dessas regiões.

Cerca de 300 milhões de pessoas contraem malária todo ano e, desse total, de 1,5 a 2 milhões chegam a óbito (CAMARGO, 2003). No Brasil, são registrados aproximadamente 300 mil casos/ano, contudo, no auge da epidemia, em 1989, foram registrados 577.520 casos, dos quais, 300 mil foram em Rondônia (CENEPI, 1994).

No Brasil, a maior incidência de malária ocorre, atualmente, na região Amazônica (99,5% dos casos de positividade) e o deslocamento de pessoas dessa região para outros Estados contribui para casos esporádicos de malária importada e para o risco de reintrodução da malária em áreas não endêmicas.

Em Rondônia, os maiores índices de incidência dessa doença podem ser relacionados com os períodos de empreendimento de grandes obras, como o cabeamento telegráfico e a construção da Ferrovia Madeira-Mamoré, nas primeiras décadas do século XX, o garimpo de ouro na década de 1980 e as hidrelétricas do Madeira, já no XXI. Ou seja, “a malária tem acompanhado a história da assimilação do território” (PARAGUASSU-CHAVES, 2001, p. 29).

O quadro alarmante de vítimas dessa doença em todo o mundo tem instigado estudos e modelos diferenciados de intervenção. De acordo com Barata (1998, p. 13),

A ampliação dos conhecimentos relativos à produção da malária evidencia paulatinamente a complexidade e o número de fatores envolvidos, seja em relação às diferentes espécies de plasmódios, seja em relação aos vetores e seus comportamentos extremamente variados, seja sem relação ao homem e a suas condições de vida. Progressivamente, vai sendo consolidada a concepção da malária como ‘doença local’, isto é, cujas condições de produção e reprodução variam, consideravelmente, de tal modo, que dependendo da configuração assumida pelos diferentes componentes a doença manifesta-se com diferentes padrões de ocorrência.

A progressiva compreensão dessa problemática e de suas especificidades locais tem mobilizado pelo menos duas correntes teóricas diferentes, a saber, a Teoria Americana e a Teoria Europeia. A primeira destaca-se pela ênfase na análise do comportamento do vetor, enquanto a segunda privilegia uma abordagem das condições socioeconômicas como determinantes do processo de distribuição da doença.

De acordo com Ayres (1994) e Barata (1998), vigoraram no século XX três modelos de intervenção sobre a malária no Brasil. No período que vai de 1930 a 1950, prevaleceu o modelo “ecológico-ambientalista”, segundo o qual a malária é compreendida como problema local complexo, determinado por inúmeras variáveis, dentre as quais as ambientais detêm o maior peso. Nesse modelo a ênfase recaiu sobre a destruição e/ou diminuição dos criadouros de anofelinos.

O modelo que vigorou no período que compreende os anos 1950 a 1970, denominado modelo “técnico-campanhista” teve como principal estratégia as grandes campanhas públicas e como principais medidas a borrifação de produtos químicos, como o DDT, nas residências e em seu entorno. Atualmente, questiona-se a eficácia desse método e seus impactos ambientais e na saúde humana, inclusive na saúde dos próprios agentes de endemia que atuaram na época. Por outro lado, as campanhas realizadas sob a égide desse modelo contribuíram para eliminar a malária em diversas regiões do país.

Os anos de 1970 a 1990 viram nascer um novo modelo que, de certa forma, estende-se até os dias de hoje. Segundo esse modelo, que recebeu a nomenclatura de “focal-preventivista”, a malária é vista com uma doença focal ligada a circunstâncias particulares e seu controle deve basear-se em medidas preventivas dirigidas, principalmente, aos homens expostos. As principais críticas a esse modelo dizem respeito a uma redução do papel do Estado no trato da problemática e a transferência de responsabilidade para o indivíduo. Nesse modelo, o Estado fornece tratamento médico, pontual, mas a prevenção, a conscientização e as intervenções ambientais não são mais o seu foco, cabendo ao indivíduo a responsabilidade de prevenir a doença, a partir de medidas domésticas, como o uso de mosquiteiros, a limpeza do quintal e o afastamento das áreas de risco.

Contudo, se os problemas de ordem cultural e econômica que caracterizam cada sociedade não são devidamente considerados no modelo focal-preventivista, por outro ângulo, é positiva a atenção conferida ao diagnóstico precoce, ao tratamento imediato do enfermo e ao aprimoramento do sistema de informação sobre malária.

O novo Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a partir de 2003, visa intensificar as ações de controle da malária na Amazônia Legal e tem como principais objetivos reduzir a incidência da malária, reduzir a mortalidade por malária, reduzir as formas graves da doença, eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais e manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida. Nesse sentido, a articulação com os Estados e municípios e com ministérios como os do Meio Ambiente e da Reforma Agrária são relevantes para que se alcance bons resultados.

Considerações Finais

Os desafios socioambientais e de controle de endemias na Amazônia, à semelhança do que ocorreu em Rondônia, são derivados, em grande parte, das décadas de 1960 e 1970, em que se viu prevalecer uma política de “desenvolvimento” econômico, pautada no desmatamento associado ao estímulo da implantação de áreas de pastagem, exploração madeireira e mineral, sob a ótica da não limitação de tais recursos.

Na prática, a colonização em Rondônia foi fundamentada em uma política fundiária distributivista para os agricultores sem terra, especialmente os migrantes do centro-sul do país, porém, não houve planejamento para tratar os impactos socioambientais decorrentes do processo e os incentivos para fixar as famílias lavradoras no campo foram insuficientes. A falta de financiamentos bancários, de escolas e hospitais foram alguns dos fatores que contribuíram para inserção dessas famílias em novos processos de deslocamento (campo/cidade, cidade/campo) ou em aventuras que lhes prometiam o enriquecimento “fácil” (como a atividade garimpeira e as explorações madeireira e pecuária).

Durante esse processo de colonização orientada, surgiram núcleos urbanos ao longo das vias de penetração, evidenciando uma urbanização crescente, que daria suporte ao mercado de trabalho, socializando a mão de obra e permitindo a organização territorial, tanto pelo Estado como pela iniciativa privada.

Observa-se, contudo, que essa ocupação não gozou de planejamento adequado, seja no espaço urbano, seja no rural, o que contribuiu para agravar determinados problemas de saúde decorrentes da ocupação de áreas inadequadas; da interferência irracional no meio ambiente; do incremento populacional, que não foi acompanhado pela taxa de urbanização; e do devido incremento dos serviços e infraestrutura de saúde pública, que terminou refletindo no contexto atual no qual convivemos com a permanência insistente da malária nos espaços geográficos da Amazônia brasileira.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. **A epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde: a crítica da razão instrumental na constituição histórica da ciência epidemiológica.** Hist. cienc. saude-Manguinhos. Vol.1, n.1, Rio de Janeiro July/Oct.1994. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 17/08/2012.

BARBOSA, X. C. **Experiências de Moradia: história oral de vida familiar**. FFLCH, USP, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-30092009-143647/pt-br.php>. Acesso em 12/07/2012.

CAMARGO, E. P. **Malária, Maleita, Paludismo**. Cienc. Cult.vol.55 n.1 São Paulo Jan./Mar 2003.

CENEPI. **Malária**. 1994. In: Boletim Epidemiológico (Edição Especial), ano III, 1999.

CORRÊA, R. L. **O Espaço Urbano**. São Paulo: ed. Ática, 2000.

LACAZ, C. S. (org). **Introdução à geografia médica do Brasil**. São Paulo: Ed. Edgard Blücher/Edusp, 1972.

LIPIETZ, A. **O capital e seu espaço**. São Paulo: Nobel, 1988.

MENDONÇA, F.; SOUZA, A. V.; DUTRA, D. **Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil**. Sociedade & Natureza, Uberlândia, **21** (3): 257-269, dez. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária – PNCM. Brasília: 2003.

OLIVEIRA, O. A. **História desenvolvimento e colonização do estado de Rondônia**: Edição do autor, Porto Velho, 2001.

OMS. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 19/02/2012.

PARAGUASSU-CHAVES, Carlos Alberto. **Geografia médica ou da saúde – espaço e doença na Amazônia Ocidental**. Porto Velho: EDUFRO, 2001.

SANTOS, M; WESTPHAL, J. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. Estudos Avançados 13(5): 71-88. 1999.

SANTOS, C. **A fronteira do Guaporé**. Porto Velho: EDUFRO, 2007.

SANTOS, M. **O trabalho do geógrafo no Terceiro Mundo**. São Paulo: Edusp, 2009.

_____, M. **Sociedade e Espaço: a formação social como teoria e como método**. Boletim Paulista de Geografia, n. 54, 1977.

_____, M.. **Espaço e Método**. São Paulo, Nobel, 1985.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo. Editora Ática. 1993.

TELAROLLI JUNIOR, R. **Epidemias no Brasil: uma abordagem biológica e social.** São Paulo: Ed. Moderna, 1995 (Col. Desafios).

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO-Europe.** Disponível em: http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf. Acesso em 12/07/2012.