

organizadora
Luciane Pinho de Almeida

Saúde na Fronteira Brasil-Paraguai



territorialidades e intersetorialidades
nas estratégias de cuidado e educação em saúde



organizadora
Luciane Pinho de Almeida

Saúde na Fronteira Brasil-Paraguai

territorialidades e intersetorialidades
nas estratégias de cuidado e educação em saúde



| São Paulo | 2024 |



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S255

Saúde na Fronteira Brasil-Paraguai: territorialidades e intersectorialidades nas estratégias de cuidado e educação em saúde / Organização Luciane Pinho de Almeida. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2024.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-969-7

DOI 10.31560/pimentacultural/2024.99697

ISBN 978-65-87890-19-7 (Coeditora)

1. Intersetorialidade 2. Saúde 3. Fronteira. 4. Territorialização.
5. Educação. I. Almeida, Luciane Pinho de (Org.). II. Título.

CDD 614.370

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde

II. Educação

Simone Sales – Bibliotecária – CRB: ES-000814/0

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright © UCDB, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2024 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2024 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons:

Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0).

Os termos desta licença estão disponíveis em:

<<https://creativecommons.org/licenses/>>.

Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural.

O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Biegling Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Biegling
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente Editorial	Júlia Marra Torres
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Edição eletrônica	Andressa Karina Voltolini Milena Pereira Mota
Imagens da capa	Freepik - rawpixel.com, Carla Cristina de Souza
Tipografias	Acumin, Trade Gothic Next, Sofia Pro, Gimlet Display
Revisão	Os autores
Revisão do Português	Maria Stela Lopes Bonfim
Organizadora	Luciane Pinho de Almeida
Coeditora	Universidade Católica Dom Bosco

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO**

Campo Grande - MS
+55 (67) 3312-3300
<https://site.ucdb.br/>



PIMENTA CULTURAL

São Paulo • SP
+55 (11) 96766 2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com



2 0 2 4

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski

Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt

Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva

Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosangela Colares Lavand

Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah

Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes

Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadéte Beber

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos

Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos

Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa de Amaral Caffagni

Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins

Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva.

Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein

Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues

Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva

Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabrcia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handerson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos
e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Mauricio José de Souza Neto
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patrícia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taíza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade Estadual de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabeth de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

CONSELHO EDITORIAL UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO - UCDB

Carina Elisei de Oliveira

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Fernando Jorge Correa Magalhães Filho

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Gisele Braziliano de Andrade

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Heitor Miraglia Herrera

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Rosimeire Martins Régis dos Santos

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Sonia Grubits

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Ruth Pavan

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Josemar de Campos Maciel

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Rodrigo Lopes Miranda

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Nadia Bigarella

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Octavio Luiz Franco

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Debora Cardozo Bonfim Carbone

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Lucélia da Costa Nogueira Tashima

Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

José Angel Vera Noriega

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, México

Paulo Eduardo Benites de Moraes

Universidade Federal de Rondônia, Brasil

Maria Geralda de Miranda

Centro Universitário Augusto Motta, Brasil

Marcelo Marinho

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Brasil

Luis Eduardo Roland Tavares

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil





*"Aqueles que passam por nós, não
vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós."*

(Antoine de Saint-Exupéry)



A Nelson de Almeida (in memorian)

Não há ponto final para o amor.

Porque o amor é vida e vida é eternidade.

Saudades eternas...

À população de Porto Murtinho/MS
Cidade Fronteiriça da Acolhida



O conhecimento é o mais potente dos afetos.
Espinosa

AFETOS E LAÇOS DA PESQUISA: A POTÊNCIA DOS BONS ENCONTROS

Equipe de Pesquisadores

Ana Maria de Vasconcelos Silva

Anita Guazzelli Bernardes

Arlinda Cantero Dorsa

Carla Cristina de Souza

Érika Rejane R. de S. Fideles

Fabricia Santina de Oliveira Carissimi

Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura

Francisca Bezerra de Souza

Gabriel Luis Pereira Nolasco

Luciane Pinho de Almeida

Sandra Maria Rebello de Lima Francellino

Sofia Frigo Urt



ALINHAVOS E APOIOS - LAÇOS E AFETOS

Agradecemos os afetos de parceria, que colhemos em nosso caminho de pesquisa. Foram alinhavos de construção conjunta e de partilha contínua.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul - SES/MS

Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Karine Cavalcante da Costa

Coordenação de Saúde da Mulher, da Criança e Maternidade nos serviços

Andriely Gomes de Souza

Serviço de atenção às pessoas em situação de violência

Jadir Dantas

Gerência de saúde da criança e adolescente

Cristiana Schulz

Liliane Dias Tenório Rodrigues

CATSM - Coordenadoria de Áreas Temáticas e Saúde Mental

Michele Scarpin Ramos - Coordenadora

Everton Stringheta Junior

Renata Alavarse Delfino de Lacerda

Liliane Pinho de Almeida



ALINHAVOS E APOIOS - LAÇOS E AFETOS

Agradecemos os afetos de parceria, que colhemos em nosso caminho de pesquisa. Foram alinhavos de construção conjunta e de partilha contínua.

Escola de Estado de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser de Mato Grosso do Sul

André Vinicius Batista de Assis

Inara Pereira da Cunha

Raquel Silva Barretto

IBISS CO - Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro Oeste

Clemência Bitancourt Donatti

Núcleo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Extensão em Luto (NEPAL) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Humap-UFMS/Ebserh)

Edilson dos Reis

Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos - SEAD/MS

Patrícia Elias Cozzolino de Oliveira

Secretaria-Executiva de Assistência Social - SEAS

Taciana Afonso Silvestrini Arantes

Secretaria-Executiva de Direitos Humanos - SEDH

Eurídio Ben-Hur Ferreira

FLORES & AFETOS

Para quem conosco esteve em todos os momentos acompanhando e zelando pelo bom desenvolvimento das estratégias de pesquisa.



Policarpa Estigarríbia

AFETOS & BRINDES DO CAMINHO

**Agradecimento à quem nos acolheu
e acompanhou a jornada.**

À Prefeitura de Porto Murtinho

Nelson Cintra

Prefeito de Porto Murtinho

Maria Lucia Barbosa Ribeiro

Secretária Municipal de Assistência Social

Josiane Abadie Arguelho

Secretária Adjunta Municipal de Assistência Social

Moacir Gomides

Secretário Municipal de Saúde
Gestão 2020-2023

Rita de Cássia Padilha

Secretária Municipal de Saúde
Secretária Municipal de Educação

Vilson Rolon

Diretor do Hospital Municipal "Oscar Ramires"



AFETOS & TERRITORIALIDADES

Às pessoas do território em suas culturalidades & saberes, agradecemos a partilha e a sabedoria.

Porto Murtinho - Brasil

Secretaria Municipal de Saúde
Unidades de Saúde de Porto Murtinho/MS
Hospital de Porto Murtinho/MS
Secretaria Municipal de Assistência Social
Secretaria Municipal de Educação
Escola Municipal Thomaz Larangeira
Mulheres da Região do Bairro Matadouro

Carmelo Peralta - Paraguai

Prefeitura de Carmelo Peralta
Etnia Adyreo
Unidades Municipais de Saúde
Colégio Nacional Capitán Marcial Ramirez

AFETOS & GRATIDÃO

*Na construção da pesquisa recebemos
o apoio financeiro de várias Instituições.*

Aos órgãos financiadores:

FUNDECT – Fundação de apoio ao desenvolvimento do Ensino,
Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul
Ministério da Saúde - Governo Federal
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico
CAPES - Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior

**À SES - Secretária de Estado
de Saúde de Mato Grosso do Sul**
Secretaria Municipal de Saúde

AGRADECIMENTOS DE AFETO E APOIO À PESQUISA CIENTÍFICA

*Às Instituições de Ensino
Superior/Instituições dos Pesquisadores*

Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Curso de Psicologia - Campus Pantanal
Curso de Pedagogia - Campus Aquidauana

**Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
da Universidade Federal de Mato Grosso
do Sul, filial da Empresa Brasileira
de Serviços Hospitalares (Humap-UFMS/Ebserh)**

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS

Curso de Enfermagem - Campus Dourados

Instituto Federal de Mato Grosso do Sul - IFMS

Setor de Psicologia - Campus Três Lagoas

SUMÁRIO

Prefácio 25

Luciane Pinho de Almeida

**Notas acerca das estratégias
metodológicas para o programa
pesquisa para o SUS:**

saúde na fronteira pela voz, olhares
e construção de seus atores..... 32

Luciane Pinho de Almeida

**Território e territorialidades
na fronteira Brasil-Paraguai:**

singularidades dos municípios
de Porto Murtinho-Carmelo Peralta 44

Ministro João Carlos Parkinson de Castro

**O Corredor Rodoviário Bioceânico
e o impacto no território.....**

64

PARTE I

AFETOS DA TERRITORIALIDADE FRONTEIRIÇA 69

CAPÍTULO 1

Luciane Pinho de Almeida

Saúde na fronteira:

A intersectorialidade das políticas
públicas na fronteira Brasil - Paraguai..... 70

CAPÍTULO 2

Raquel Silva Barretto

Arthur Duarte Fantesia Costa Cruz

Paola Carvalho dos Santos

Newton Gonçalves de Figueiredo

Inara Pereira da Cunha

André Vinicius Batista de Assis

Formação em saúde transfronteiriça:

perspectivas contemporâneas

para as escolas do SUS 115

PARTE II

SAÚDE MENTAL NA FRONTEIRA:

AFETOS E CUIDADOS 144

CAPÍTULO 3

Gabriel Luis Pereira Nolasco

Everton Stringheta Junior

Carla Cristina de Souza

Anita Guazzelli Bernardes

Produções de saúde mental na fronteira:

política, colonialidade e estratégias de cuidado 145

CAPÍTULO 4

Liliane Pinho de Almeida

**Construção da rede de cuidado do autismo
em municípios de fronteira:**

uma necessidade para a Política Nacional de Saúde Mental 170

CAPÍTULO 5

Fabricia Santana de Oliveira Carissimi

Edilson dos Reis

Renata Alavarse Delfino de Lacerda

**Diálogos para uma política de saúde
mental e o suicídio na região de fronteira**

entre Brasil-Paraguai 197

CAPÍTULO 6

Sofia Urt Frigo

**Saúde mental do trabalhador
do SUS na fronteira:**

apontamentos a partir de uma pesquisa de clima organizacional com trabalhadores de unidades de saúde do município de Porto Murtinho - MS, Brasil 232

PARTE III

**AFETOS, INQUIETAÇÕES & DILEMAS:
MATERNIDADE, PREVENÇÕES E VIOLÊNCIAS 253**

CAPÍTULO 7

Flavianny Aparecida Piccoli Fontoura

Cristiana Schulz

Liliane Dias Tenório Rodrigues

Raíssa Piccoli Fontoura

**Educação em saúde para
promoção da saúde da mulher:**

experiências na região fronteiriça Brasil/Paraguai 254

CAPÍTULO 8

Alessandro Luiz Pereira

Francisca Bezerra de Souza

**O ciclo geracional de gravidez
na adolescência:**

a realidade na fronteira na cidade de Porto Murtinho/MS 285

CAPÍTULO 9

Érika Rejane Rodrigues de Souza Fidélis

Jadir Dantas

**Saúde, desigualdade e violência
contra mulheres em território fronteiriço 320**



CAPÍTULO 10

Francisca Bezerra de Souza

Jadir Dantas

**Mulheres, adolescentes e crianças
vítimas de violência sexual:**

reflexões sobre a realidade do atendimento na política
pública de saúde em Mato Grosso do Sul

353

PARTE IV

AFETOS & CULTURAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE 384

CAPÍTULO 11

Arlinda Cantero Dorsa

O diálogo com saberes e comunidades tradicionais:

caminhos da saúde

385

CAPÍTULO 12

Sandra Maria Rebello de Lima Francellino

Saúde e o movimento pendular estudantil

na fronteira Brasil e Paraguai

416

CAPÍTULO 13

Ana Maria de Vasconcelos Silva

**Interculturalidade e a educação em saúde
na escola de fronteira Brasil/Paraguai:**

Sob o olhar de alunos, pais e professores

446

CAPÍTULO 14

Luciane Pinho de Almeida

Estratégias de educação intersetorial

em saúde na fronteira Brasil-Paraguai

479

Afetos & pesquisa

504

Autores e autoras

504

Álbum de memórias investigativas.....

513

Índice remissivo..... 545

PREFÁCIO

Uma das situações que mais me empolgam na vida profissional são os desafios. Eles sempre vêm de forma inesperada ou provocada. Aceitar escrever este prefácio foi um desafio, além de ser uma honra, considerando que os autores são todos de alto gabarito intelectual e competência profissional.

Particpei do Seminário Intersetorialidade e Saúde na Fronteira, realizado no Município de Porto Murtinho/MS, no mês de outubro de 2023. Ali foram apresentados os resultados do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas, desenvolvidos por algumas instituições de educação superior do estado de Mato Grosso do Sul, e pude constatar a importância desse trabalho para esse município que faz fronteira com o Paraguai, bem como para todas as áreas fronteiriças do Brasil.

A execução desse Projeto reuniu instituições de ensino de Campo Grande, do Estado de Mato Grosso do Sul (Universidade Católica Dom Bosco; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; e Instituto Federal de Mato Grosso do Sul), e profissionais da educação superior, que, coordenados pela Dra. Luciane Pinho de Almeida, empenharam-se com grande dedicação para que os trabalhos fossem concluídos no prazo determinado pelo órgão provedor da pesquisa.

Durante parte do Projeto, a Dra. Luciane Pinho de Almeida teve o cuidado de se deslocar, diversas vezes, com a sua equipe, de Campo Grande até Porto Murtinho; com dedicação realizaram encontros com pessoas da comunidade e profissionais das unidades de Saúde e da Educação, buscando informações e dados fidedignos em relação à realidade do município e da dinâmica existente naquele espaço fronteiriço. Trata-se, realmente, de um trabalho magnífico, do

qual me sinto privilegiada de ter tido conhecimento e participado, ainda que apenas ao final.

As fronteiras do Brasil com os outros países latino-americanos abrangem mais de 16 mil km de extensão e perpassam onze estados brasileiros: Amapá, Pará, Roraima, Amazonas, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Dos doze países da América do Sul, dez deles fazem fronteira com o Brasil: Bolívia, Peru, Venezuela, Colômbia, Guiana, Paraguai, Argentina, Uruguai, França e Suriname, excetuando-se, apenas, o Chile e o Equador.

A fronteira internacional consiste em um espaço de interação entre a população dos países vizinhos, que, muitas vezes, são separados por um rio, uma rua, uma ponte etc. Nos municípios fronteiriços existe uma realidade social e de saúde muito complexa proveniente das distintas estratégias políticas dos países limítrofes.

Trata-se, portanto, de realidades complexas, específicas e dinâmicas pelo fato de haver trocas entre nacionalidades diferentes e, muitas vezes, com pessoas de outros estados do Brasil que vão residir nesses locais por vários motivos. Nos espaços do limite internacional as pessoas de países diferentes vão e vêm o tempo todo, a depender das suas necessidades de saúde, educação, trabalho, entre outras. Por isso, necessitam de um olhar atento para que toda a população seja contemplada pelos serviços públicos das áreas trabalhadas neste projeto, que são setores de grande importância para a população brasileira e para aqueles que aqui buscam apoio. Considerando que diante da legislação brasileira todos os indivíduos que adentram ao nosso país têm que receber dos serviços públicos tratamento igualitário, os órgãos públicos e privados devem estar atentos para não deixar que a população brasileira seja prejudicada ou desassistida por esses serviços básicos.

Nesse sentido, torna-se necessário um olhar atento e diferenciado aos municípios que estão no espaço limítrofe da fronteira brasileira, que, no total, são 125, bem como aqueles que estão situados na faixa de 150 km paralela à linha divisória internacional, que são mais 463 cidades. No total, o Brasil tem 588 municípios que estão na faixa de fronteira; desse modo, é possível imaginar a complexidade para atender a essas populações locais.

No desenvolvimento dos trabalhos do Projeto Rede Intersectorial de Políticas Públicas pelas instituições anteriormente citadas, bem como na apresentação dos resultados ocorrida na fronteira do Brasil-Paraguai, mais especificamente no Município de Porto Murtinho que também foi o alvo dos estudos, pude observar a participação intersectorial de três áreas distintas, como já mencionei anteriormente. No setor Saúde, a integração de áreas da Vigilância em Saúde como, por exemplo, o Programa Nacional de Imunização do município com a atenção primária, ao abordarem as questões relacionadas à saúde pública foi, de fato, algo que me impressionou e que demonstra que é possível trabalhar de forma integrada e contínua a fim de obter melhorias nos serviços públicos de saúde nas fronteiras.

Chamo a atenção para o entendimento de que a intersectorialidade também consiste em um desafio na gestão das políticas públicas para os três entes federados do Brasil. No entanto, é uma necessidade para que ações de proteção à saúde da população sejam concretizadas, além dos outros dois campos abordados pelo projeto. É importante ter em mente que a intersectorialidade deve ser construída por várias mãos e pode, também, incluir outros setores para além do público, organismos privados engajados em resolver questões da população brasileira.

Nas fronteiras do nosso Brasil o setor saúde é uma área essencial para a população que reside nesses locais. A educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se essencial para a preparação dos profissionais, a fim de que executem com eficiência

os seus trabalhos e contribuam para a saúde dos indivíduos que ali residem, sejam brasileiros ou de outras nacionalidades.

O SUS proporciona vários momentos de capacitação e aprendizagem para seus trabalhadores nas três esferas de governo, por meio de oficinas, seminários, cursos etc. Essas estratégias têm contribuído de fato para o aperfeiçoamento nos serviços prestados. Chamo a atenção, por exemplo, para as questões relacionadas à Vigilância em Saúde por meio da Epidemiologia.

A Epidemiologia estuda a dinâmica da saúde em populações, por meio de conceitos e técnicas amplas e essenciais para o exercício qualificado da avaliação em saúde, bem como para a elaboração de estratégias que possibilitem ações de saúde pública de prevenção e controle das doenças e agravos. São responsáveis por essas ações os três níveis federados: municipal, estadual e federal.

Com o intuito de proporcionar aprendizagem e aprofundamento no conhecimento da Epidemiologia no SUS, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), desenvolve o Projeto de Fortalecimento da Epidemiologia nos Serviços de Saúde (Profepi). Esse programa consiste em cursos divididos em três níveis: básico, intermediário e avançado. O nível básico é constituído de três cursos: o Curso de Epidemiologia Descritiva Aplicada à Vigilância em Saúde, com vagas ilimitadas, disponível online; o Curso de Estudos Epidemiológicos, com vagas ilimitadas, disponível online, também; e o Curso de Introdução ao uso do "R" aplicado à Vigilância em Saúde, com vagas limitadas. No nível intermediário há o Curso de Análise de Séries Temporais, que é um curso semipresencial, com vagas limitadas. No nível avançado há o Curso de Regressões Aplicadas à Vigilância em Saúde, cujas vagas também são limitadas e é semipresencial. Esses cursos fortalecem as ações de Vigilância em Saúde no SUS, pautadas na Epidemiologia.

Este livro vem contribuir com a Epidemiologia na fronteira Brasil – Paraguai, ao abordar temas relevantes para a saúde da população ali residente. Além de apontar problemas existentes no setor saúde, educação e assistência social, traz a reflexão sobre dificuldades que poderão vir - e virão - com a construção da ponte entre Porto Murtinho/MS-Brasil e Carmelo Peralta-Paraguai, que constituirá o Corredor Rodoviário Bioceânico. Provavelmente, essas consequências já estejam acontecendo e foram apontadas por esta pesquisa tão rica nos seus resultados.

O conteúdo deste livro reforça o que já é do nosso conhecimento e que, porém, exige muita disposição e paciência para que seja concretizado - a intersetorialidade das políticas públicas de forma a se complementarem, a fim de buscar um objetivo final e único que atenda a população. Se nas fronteiras os serviços dos setores saúde, educação e assistência social enfrentam barreiras, podemos imaginar que essas barreiras crescerão e que poderemos ter outros desafios bem maiores. Lembro a todos que os desafios fazem parte dos nossos trabalhos e que eles existem para serem vencidos e, talvez, para nos incentivar. Jamais devem servir de justificativa para ações não realizadas em prol da população, seja na saúde pública, na educação ou na assistência social. Ressalto a grande importância da assistência social, que tem o papel de apoiar e de demandar as outras duas áreas desta pesquisa.

Este livro também representa uma importante contribuição ao tema da saúde mental, problema relevante para todo o mundo e, com certeza, ainda mais dificultoso de ser trabalhado nas fronteiras. Porém, é uma pauta que devemos cuidar com muita atenção e dedicação, não só com relação aos denominados pacientes, mas, também, com relação a toda a comunidade. Traz um recorte importante para o autismo e seus diversos níveis e apresenta a necessidade de uma política nacional voltada para a saúde mental.

Outra questão que nosso país e o mundo enfrentam, relacionada à saúde mental, é o suicídio. Temos a obrigação, como profissionais das áreas abordadas nesta pesquisa, de falar sobre esse tema, apesar de nos entristecer, às vezes assombrar e nos amedrontar; precisamos elaborar e colocar em prática estratégias que, pelo menos, amenizem esse problema de saúde pública. Inseridas no tema saúde mental, também, este livro aborda as questões dos trabalhadores em Porto Murtinho/MS – Brasil, um tema delicado que precisa ser discutido e para o qual temos que buscar soluções, a fim de que cause menos impacto na saúde da população trabalhadora. O trabalhador, muitas vezes - e na fronteira é mais frequente -, sofre com a necessidade de buscar trabalho em lugares distantes da sua família.

Os conteúdos aqui contidos abordam ainda outros temas de saúde pública, essenciais, como a saúde da mulher, gravidez na adolescência, a desigualdade e a violência contra a mulher. Aponta que o diálogo fundamentado em saberes contribui para a melhoria da saúde. Destaca a importância da educação no cenário de fronteira, o que, aliás, é de grande valor em todo o território brasileiro. Enfim, convido a todos à leitura deste material tão importante para a evolução de ações de saúde, educação e assistência social nas fronteiras, e para outros locais do nosso Brasil, que tem dimensões continentais.

Não poderia deixar de parabenizar a todos que participaram desta pesquisa e agradecer a contribuição que cada um deixou para que possamos continuar a busca por melhorias para a população brasileira, agora, com um cenário que foi descortinado e que pode nos servir de exemplo para outros pesquisadores e gestores.

Boa leitura a todos!



Heloiza Helena Casagrande Bastos

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/
Departamento de Articulação Estratégica de
Vigilância em Saúde e Ambiente (DAEVS)

Coordenação Geral de Desenvolvimento da
Epidemiologia nos Serviços (CGDEP)

NOTAS ACERCA DAS ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA O PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: SAÚDE NA FRONTEIRA PELA VOZ, OLHARES E CONSTRUÇÃO DE SEUS ATORES

Luciane Pinho de Almeida

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

lpinhoa@hotmail.com

Essa publicação tem por objetivo apresentar os resultados do Projeto de Pesquisa “Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”, que atendeu ao Edital n. 08/2020 do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS, respondendo aos eixos de trabalho da chamada “Saúde nas Fronteiras” e “Estudos sobre estratégias de educação em saúde no SUS em áreas de fronteira”.

O PPSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com vistas à descentralização de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, cujo objetivo é atender especificidades e necessidades de saúde, além de contribuir para a redução das desigualdades regionais. Trata-se de uma iniciativa vinculada ao Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Decit/SCTIE do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

O Programa PPSUS mantém parcerias com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e, em âmbito estadual, com a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul – FUNDECT e a Secretaria Estadual de Saúde – SES.

Os objetivos do Programa visam, principalmente: a) financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; b) promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais; c) reduzir as desigualdades regionais na ciência, tecnologia e inovação em saúde e promover a equidade (BRASIL, 2023).

Enquanto estratégias de investigação e construção do conhecimento em saúde frente às suas regionalidades, o PPSUS tem se constituído ferramenta potencialmente direcionada aos principais problemas de saúde das populações locais (BRASIL, 2023). Em atendimento a esse princípio, construíram-se as estratégias de pesquisa científica do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS.

A proposta do PPSUS pauta-se em envolver pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e representantes da sociedade civil na busca de soluções para as questões locais. Nesse sentido, o Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas, por entender a realidade local, propôs uma pesquisa participante na qual foram ouvidos profissionais e agentes públicos da área da saúde no município em questão, para a construção conjunta de possíveis encaminhamentos às principais questões de saúde da fronteira.

Como objetivo geral do projeto, buscou-se compreender as principais questões decorrentes de condições sociais enfrentadas pelas populações locais que habitam a fronteira Brasil (Porto Murtinho) – Paraguai (Carmelo Peralta) e o modo como a rede

intersetorial de políticas públicas no campo da saúde constrói estratégias de práticas voltadas à promoção, proteção e educação em saúde, a partir da diversidade de saberes e produção de conhecimentos, como respostas às demandas locais.

A equipe executora da proposta constituiu-se de 11 pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento vinculados a quatro Instituições de Ensino Superior: Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS e Instituto Federal de Mato Grosso do Sul - IFMS. O projeto é vinculado ao Laboratório de Estudos Psicossociais em saúde frente a contextos de desigualdade social - LEPDS, cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil - CNPq desde 2016.

O projeto assumiu uma vertente transdisciplinar, na medida em que as várias áreas de conhecimento dos pesquisadores dialogaram permanentemente em prol da articulação e desenvolvimento da proposta de pesquisa, entre elas, as de ciências humanas, sociais e da saúde, com profissionais formados em Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Antropologia e Letras. Entende-se a transdisciplinaridade como uma potente alternativa para se romper com o isolamento e a fragmentação do conhecimento, possibilitando discutir a saúde dos sujeitos sob a perspectiva da sua constituição complexa, que demanda compreensão da sua totalidade.

O apoio da Prefeitura de Porto Murtinho foi essencial para o desenvolvimento desse trabalho, através do prefeito Nelson Cintra, que abriu a cidade à iniciativa da pesquisa. E, portanto, o projeto foi apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do então Secretário Moacir Gomide (2021-junho/2023) e da atual Secretária Rita de Cássia Padilha (julho/2023), que, na transição de gestão entre secretários, acolheu a proposta plenamente.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa obteve-se apoio de muitos segmentos, bem como foram construídas parcerias, conforme mencionadas a seguir: Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul – SES/MS por meio dos setores Superintendência de Promoção Primária à Saúde e Coordenação de Saúde da Mulher, da Criança e Maternidade, nos serviços de atenção às pessoas em situação de violência e gerência de saúde da criança e adolescente; Coordenadoria de Áreas Temáticas e Saúde Mental - CATSM; Instituto Brasileiro de Inovações Pró-Saudáveis – IBISS CO e Núcleo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Extensão em Luto - NEPAL do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Humap-UFMS/Ebserh) e da Escola Thomaz Laranjeira de Porto Murtinho/MS. Já ao final do trabalho somou-se a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos - SEAD/MS e a Escola de Estado de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser de Mato Grosso do Sul.

Logo no início de todos os trabalhos, o grupo recebeu o acompanhamento da funcionária da Secretaria Municipal de Saúde, Policarpa Estigarribia, que foi essencial na articulação com os órgãos públicos e privados participantes desta pesquisa.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e participante, de grande proximidade com os setores do SUS local, envolvimento da Secretaria de Estado de Saúde e pesquisadores, e ainda colaboração da ONG IBISS, do NEPAL e da Escola Thomaz Laranjeira de Porto Murtinho/MS, que foram essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

A estratégia metodológica da pesquisa qualitativa e participante teve grande relevância para o sucesso da proposta, na medida em que propiciou conhecer com profundidade a população e identificar as principais questões da saúde do território.

Um ponto a ser destacado foi a subnotificação sócio epidemiológica identificada, durante a pesquisa inicial, pois os dados encontrados representavam parcialmente a realidade local. Desse modo, as estratégias qualitativas foram essenciais à produção de conhecimento sobre a realidade social do território e de sua territorialidade¹.

Uma pesquisa qualitativa não se preocupa com dados quantitáveis ou mensuráveis, embora considere-se esses importantes, esse tipo de pesquisa considera a compreensão das relações sociais como essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que só pode ser apreendida no cotidiano da vida, nas vivências humanas e nas explicações que o senso comum dá à realidade social de determinado tempo.

Minayo (1998, p. 10) aponta que as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas; portanto, trata-se de uma tipologia de pesquisa capaz de apreender o real e responder à constructos teóricos e práticos.

Para Minayo (1998), a pesquisa qualitativa trabalha com um nível da realidade não quantificável, um conjunto de fenômenos humanos que não é visível, portanto, precisa ser exposta e interpretada pelos próprios pesquisadores. Como tal, esse tipo de pesquisa responde questões particulares e trabalha com um universo de múltiplos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que são questões fundamentais (MINAYO, 1994), no caso desta pesquisa, para se compreender a saúde, em sua totalidade, e a complexidade de todas as questões que a envolvem.

1 Territorialidade entendida como constructos de cada território, ou seja, a territorialidade se dá através das relações sociais na construção da identidade, da cultura e da organização da vida cotidiana de uma determinada comunidade em determinado espaço territorial.

Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”; portanto, pensar saúde em um território de fronteira denota refletir as complexidades e especificidades próprias deste território.

Assim, a pesquisa de referência, aqui, é qualitativa de cunho interdisciplinar e participativo, pois se atém, especialmente, ao universo dos sentidos e dos significados e se mostra relevante, no campo da investigação e intervenção em saúde, uma vez que considera a complexidade do indivíduo inserido em uma dada realidade social. Nesse sentido, desenvolver esta investigação representou um processo desafiante, na medida em que buscou a aproximação das vivências sociais e da territorialidade sob o olhar da saúde das populações do local, alinhando-se a uma vertente de cunho participativo e de envolvimento com a comunidade local.

A proposta buscou, portanto, envolver a comunidade na análise de sua própria realidade, e se concretizou por meio da interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determinado pela Resolução CNS 466/12, a qual considera que o desenvolvimento da ciência deva levar em conta o respeito pela dignidade humana e a proteção em relação à participação em pesquisas que envolvam seres humanos². Este projeto respeitou a normatização ética preconizada na resolução vigente. Os participantes da pesquisa foram informados quanto ao objetivo e justificativa da pesquisa, bem como sobre os procedimentos; assim, participaram de livre e espontânea vontade, conforme preceitos da ética em pesquisa.

A principal estratégia utilizada foram as rodas de conversa com os trabalhadores da política de saúde, e também com usuários do SUS. As rodas de conversa ou grupos focais se caracterizam como “[...] bom instrumento de levantamento de dados para investigações em ciências sociais e humanas, mas a escolha de seu uso tem de ser criteriosa e coerente com os propósitos da pesquisa” (GATTI, 2005, p. 8), além de favorecer a troca de experiências e o diálogo interativo do grupo.

No primeiro momento foi apresentada a proposta ao Secretário de Saúde do Município e sua equipe. Em seguida, foi marcada a primeira visita *in loco*, na qual se apresentou a proposta ao Prefeito, que concordou em se desenvolver o trabalho. O ato de conhecer já se fez presente no momento da abertura do diálogo e da articulação com o território e comunidade.

Ao mesmo tempo, o grupo de pesquisadores realizou encontros semanais de trabalho por meio do *google meet* para estudos, planejamento, discussões e encaminhamentos do desenvolvimento da pesquisa. Também foi aberto um *drive* comum com documentos, relatórios, referências bibliográficas para consulta sobre a temática, fotos e apontamentos referentes à pesquisa. A equipe realizou um ciclo de debates entre os próprios pesquisadores, a fim de proporcionar troca de informações, estudos e reflexões sobre a temática.

Para uma segunda visita à cidade, fez-se um planejamento para a realização da primeira roda de conversa com mulheres grávidas, no território lócus da pesquisa; no entanto, para grande surpresa da equipe de pesquisadores, nenhuma mulher compareceu. Essa experiência traduziu-se no sentimento de grande frustração, todavia, de grande aprendizado, na medida em que se pôde entender quais eram, de fato, os caminhos de mobilização junto aos usuários e equipes do SUS.

A terceira e a quarta visitas ao município foram essenciais para uma maior aproximação das equipes das Unidades de Saúde e do Hospital. Nessas visitas, somaram-se à equipe de pesquisadores técnicos da Secretaria de Estado de Saúde, que acompanharam as visitas a diversos técnicos e o apoio essencial do IBISS CO. Nesse momento, identificou-se o território e os principais determinantes sociais de sua população, assim como a constituição e organização da saúde local, seus equipamentos e equipes.

A partir daí, a equipe de pesquisadores definiu temáticas de saúde que respondiam a questões específicas da saúde na fronteira, de forma que cada pesquisador se comprometeu com as reflexões de cada questão³. Sendo estas: 1. Saúde na Fronteira: questões de saúde na fronteira; 2. Saúde Mental – Álcool e drogas, suicídio e autismo; 3. Violências e seus ciclos, Violações de direitos: violência contra a mulher, contra a criança e adolescente (gravidez na adolescência, exploração sexual de crianças e adolescentes); 4. Saúde Primária: Saúde da mulher e materna; 5. Saúde Popular, cultura e crenças; 6. Saúde de escolares, fluxos na fronteira e movimento pendular; 7. Educação em saúde frente aos determinantes sociais. Como resultados podemos citar que as rodas de conversa com a população local e com os agentes públicos locais levantaram os problemas sociais emergentes do território construídos com a participação da população local.

Foram realizadas visitas, rodas de conversa, entrevistas semiestruturadas e um questionário aos trabalhadores do SUS. As entrevistas tiveram o objetivo de coletar dados a respeito das ações quanto ao atendimento das políticas públicas no município. As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, desse modo, os entrevistados tinham a oportunidade de discorrer livremente sobre o tema em questão (MINAYO, 2010).

3 Cada pesquisador foi e é responsável pelo desenvolvimento da reflexão de sua temática e das discussões resultantes de seu trabalho.

Além das rodas de conversa e entrevistas, também foram realizadas visitas ao município de Carmelo Peralta/Paraguai. Nesta cidade, a equipe conheceu as unidades de saúde, uma escola pública na qual realizou uma roda de conversa com professores paraguaios, duas visitas à aldeia Adyreo, por meio das quais se conheceram as lideranças locais, e, ainda, três visitas à obra de construção da ponte do Corredor Rodoviário Bioceânico.

As principais dificuldades enfrentadas no desenvolvimento da pesquisa dizem respeito às articulações da agenda dos pesquisadores e participantes. Planejar agendas comuns não foi tarefa simples; em muitos momentos surgiram grandes obstáculos para o desenvolvimento de uma pesquisa de curto prazo como esta.

A maior dificuldade foi a de articular as agendas de pesquisadores de quatro universidades diferentes com as dos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e seus trabalhadores. Além disso, na sexta visita ao município, houve necessidade de conciliar agendas específicas com as secretarias municipais de Assistência Social e de Educação. Por certo, foi um trabalho bastante desafiador, porém, construíram-se redes de afeto e trabalho em prol de um SUS que responda aos anseios da comunidade local.

Outra dificuldade importante a ser mencionada refere-se ao envolvimento do Paraguai na discussão. Devido à escassez de tempo e de recursos, o projeto não alcançou a aproximação desejada com a população de Carmelo Peralta/Paraguai. Todavia, ressalta-se que a equipe realizou diversas visitas de campo ao território paraguaio, envolvendo rodas de conversa, visitas às unidades de saúde, conversas com profissionais da saúde nos mais diversos locais, visitas e atividades em escolas do município. Pode-se apontar a boa receptividade e acolhida aos pesquisadores dos profissionais e da população local de Carmelo Peralta.

Na quinta e na sexta visita, as rodas de conversa já eram recorrentes e esperadas pela população de Porto Murtinho, que já reconhecia a equipe de pesquisadores e sua proposta. De posse das informações locais, pesquisadores e técnicos da SES, juntamente com os trabalhadores do SUS iniciaram discussões sobre o campo da educação em saúde e buscaram construir propostas de soluções viáveis às problemáticas identificadas no território. Nesse sentido, a pesquisa tornou-se um campo fecundo à afetividade e envolvimento comunitário - equipe de pesquisadores, comunidade local, técnicos SES e trabalhadores SUS.

De forma mais específica, as rodas de conversa, na sexta visita, realizada em julho de 2023, propiciaram uma discussão mais ampla e muito satisfatória com a proposta do Projeto Rede Intersectorial de Políticas Públicas, favorecendo um diálogo da saúde com a assistência social e a educação. Deflagrou-se um processo de construção conjunta de todos os envolvidos, na construção coletiva de indicativos para erigir um Plano Intersectorial de Educação em Saúde na Fronteira, o qual envolveu as políticas de assistência social e educação. Esses indicativos foram aprofundados por meio de um diálogo ampliado e do convite estendido a outras instituições públicas, privadas e organismos da sociedade civil, que ainda não haviam participado das rodas de conversa, a participarem no Seminário “Intersectorialidade e Saúde na Fronteira”, realizado em outubro de 2023, finalizando os trabalhos desenvolvidos por este Projeto de Pesquisa.

Portanto, a sétima visita ao município foi realizada no período de 25 à 28 de outubro de 2023, encerrando o trabalho de pesquisa com a realização do Seminário “Intersectorialidade e Saúde na Fronteira” apresentando os resultados finais do trabalho, que fora construído em múltiplas “mãos” demonstrando o potencial de inovação que o próprio município possui, através da articulação entre pesquisadores, gestores e trabalhadores das políticas públicas de saúde, educação e assistência social e população local. A política de saúde

tornou-se o eixo impulsionador e desencadeador de um diálogo conjunto e promotor da articulação entre os eixos das políticas em prol da construção de respostas às demandas do município.

Participaram deste Seminário, o Prefeito de Porto Murtinho, vereadores, representantes de ONG's, lideranças locais, prefeito, secretários municipais, técnicos de educação superior das políticas de saúde, educação e assistência social, marinha, exército, conselheiros tutelares entre outros, como representação local. E ainda, 01 representante da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/ Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente (DAEVS), Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia nos Serviços (CGDEP) do Ministério da Saúde, 07 técnicos da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, 01 representante da Escola de Saúde Pública do Estado de MS, 03 técnicos da Secretaria de Assistência Social do Estado de MS, 01 técnica da Secretaria Estadual de Direitos Humanos de MS e o Secretário-Executivo de Direitos Humanos do Estado de MS.

Ao final do Seminário, foi composto conjuntamente com a Prefeitura de Porto Murtinho/MS um grupo de técnicos representantes das Secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação formando um grupo intersetorial da cidade de Porto Murtinho/MS, participam deste grupo também um representante da SES/MS e da SEAD/MS. Este grupo está sendo formalizado através de um decreto municipal a ser assinado pelo Prefeito de Porto Murtinho/MS.

Os resultados da pesquisa foram satisfatórios; destacam-se, principalmente, a construção de fluxos de atendimento e discussões desencadeadas sobre a saúde na fronteira e, mais especificamente, a construção de um planejamento coletivo e articulações para a educação em saúde, a partir da rede de políticas públicas.

Assim, na finalização da proposta de investigação, apresentou-se, como produto final, um documento com indicativos para a construção de um Plano Intersetorial de Saúde na Fronteira, uma

síntese dos trabalhos desenvolvidos pela equipe de pesquisadores. Esta publicação que o leitor tem agora em mãos é fruto de uma construção coletiva, participativa e articulada da comunidade de Porto Murtinho, com pesquisadores, trabalhadores SUS, técnicos da SES e ONGs, que entendem a importância do diálogo comum na solução de propostas viáveis para as comunidades de regiões de fronteira.

Um trabalho de pesquisa desenvolvido juntamente com a comunidade é desafiador, mas a experiência é de grande alcance, significância e, ao mesmo tempo, gratificante!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/ppsus>. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Distrito Federal, 2005. (Série Pesquisa em Educação, v. 10).

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Coord. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5. ed. São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ: Hucitec- Abrasco, 1998.

TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADES NA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI: SINGULARIDADES DOS MUNICÍPIOS DE PORTO MURTINHO-CARMELO PERALTA

Luciane Pinho de Almeida

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

lpinhoa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A fronteira, hoje, assume uma importante dimensão no cenário latino-americano, na medida em que denota tensões de limites entre territórios de diferentes Estados – Nações e se apresenta como palco de novos protagonismos para a história desse continente. Assim, para se discutir fronteira, não se pode perder de vista o conceito de território, que vai além da sua demarcação, na medida em que expressa uma territorialidade e, desse modo, não se pode confundir fronteira com o simples limite de uma linha imaginária que divide nações.

Para Hissa (2002), a ideia de limite envolve um conceito vinculado a separação, e remete à discussão de poder e demarcação de territórios. Por sua vez, a fronteira remete à ideia de dinamicidade, de contato e de integração; desse modo, esta discussão propõe não apenas superar esse conceito sob o viés de espaço territorial,

mas sim superar dicotomias, negações e refletir o território em sua multidimensionalidade.

Para Raffestin (1993, p. 158), o conceito de territorialidade denota a multidimensionalidade do espaço; nesse sentido, Haesbaert (2004, p. 3) também afirma que:

[...] a territorialidade, além de incorporar uma dimensão mais estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar.

Sendo assim, o conceito de territorialidade utilizado nesta reflexão explícita como se dão as relações sociais constitutivas de um determinado espaço geográfico no qual se forma a identidade de uma determinada população. Trata-se, portanto, de um importante espaço para que se compreenda a saúde, pois nos permite conhecer a identidade, a historicidade e a cotidianidade de uma determinada população.

Destarte, o território da fronteira deve ser pensado em sua dinamicidade e particularidade, portanto, como fronteira singular, todavia sem anular, o conjunto plural de suas relações e similaridades presentes. Nesse sentido, Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018, p. 106) afirmam que os territórios de fronteira podem ser considerados como uma “espécie de terceiro espaço” decorrente dessas interações e integrações, no qual se observa uma identidade diferente do contingente restante dos países aos quais pertencem. São espaços territoriais diferentes e delimitados que, contraditoriamente, tornam-se uno na medida da expressão de sua territorialidade⁴. Portanto, falar de território de fronteira é superar a noção da divisa entre dois países,

4 Considera-se territorialidade um espaço geográfico único, no qual as relações sociais e familiares constituem o território independente de seus respectivos Estado-Nações, muito embora estes regulam de forma diversa a normatização da vida em cada território.

é compreender que a noção de territorialização supera essas dicotomias, no uno e no múltiplo, nas contradições e nas tensões desses territórios e indica a possibilidade de construções coletivas comuns.

A noção de territorialidade demarca as interações de pessoas, relações sociais, negócios, trocas, intercâmbios, fluxos econômicos, sociais e políticos, culturas, tradições, ou seja, um conjunto de especificidades que ocorrem somente nos territórios fronteiriços e que expressam suas singularidades, ao mesmo tempo em que são considerados plurais, complexos e contraditórios.

Essa concepção carrega elementos centrais, conforme assinalados por Martins (2012, p. 11), da totalidade e da singularidade dessas regiões, de uma fronteira das múltiplas fronteiras. Reconhecem-se, nesse campo, as muitas potencialidades, constituindo identidades e sociabilidades muito peculiares; no entanto, reconhecem-se, também, fragilidades, uma das quais a distância dos grandes centros urbanos, que gera precariedades e vulnerabilidades acentuadas nos territórios fronteiriços.

A fronteira Brasil-Paraguai constitui, assim, palco articulador das culturas brasileira e paraguaia; ambas se misturam na dinâmica das vivências de suas populações e na constituição de sua identidade e sociabilidades. Muitas famílias paraguaias e brasileiras possuem parentes nos dois territórios, que coexistem no âmbito familiar, espaço articulado e compartilhado, no qual a constituição cultural de cada povo denota as especificidades dessa população.

Além disso, existe um constante fluxo de fronteira com deslocamentos de idas e vindas, seja para o trabalho, para os estudos e/ou com outro objetivo. A esses deslocamentos nomeamos de migrações pendulares⁵. As sociabilidades também se entrelaçam no sentido de

5 Por migração pendular denominam-se os deslocamentos diários de pessoas entre os países de fronteira, em um movimento de ida e retorno cotidiano para realizar alguma ação: trabalhar, estudar, lazer entre outros.

necessidades, demandas e acessos a bens e serviços sociais, que ocorrem em ambos os territórios, por vezes, separados por barreiras burocráticas, administrativas e legais, que demandam estratégias de sobrevivência e vivências muito específicas.

Ressalta-se que, conquanto a fronteira apresente especificidades bastante marcantes referentes a cada país, ela se constitui com espaços delimitados, em sua faixa de fronteira⁶, principalmente na constituição de sua territorialidade, enquanto única, singular, representativa das formas culturais de cada um dos seus lados.

A FRONTEIRA BRASIL - PARAGUAI

O Brasil possui uma extensão de fronteira de 16.885,7 km, com 10 dos 12 países da América do Sul: Bolívia, Uruguai, Peru, Venezuela, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Argentina e Suriname. Somente Chile e Equador não possuem fronteira com o Brasil.

Destaca-se que a fronteira brasileira é dividida em três grandes arcos, sendo o primeiro o Arco Norte que compreende a faixa de fronteira dos estados do Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre; o segundo o Arco Central, que compreende a faixa de fronteira dos de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e o terceiro o Arco Sul, que é formada pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Desse modo, destaca-se que a faixa de fronteira brasileira abrange 11 unidades da federação e 588 municípios, dos quais 432 se situam dentro da considerada faixa de fronteira e 156 estão localizados de forma parcial, e ressalta-se que 29 municípios são considerados cidades gêmeas. Ressalta-se que o Arco Fronteiriço

6 A região da *Faixa de Fronteira* caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km, de acordo com o Decreto n. 6.634, de 2 de maio de 1979. "Art. 1º. - É considerada área indispensável à Segurança Nacional a faixa interna de 150 Km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, que será designada como Faixa de Fronteira".

Central Brasileiro está constituído de 09 cidades gêmeas, destas 07 se localizam no Estado de Mato Grosso do Sul.

De acordo com o Censo Demográfico 2022 (IBGE, 2022), o estado de Mato Grosso do Sul possui 2.756.700 habitantes, distribuídos em 79 municípios. A capital é Campo Grande e o estado faz fronteira⁷ com a Bolívia e o Paraguai, e divisa com cinco estados brasileiros (São Paulo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais e Paraná). Dos 79 municípios que constituem o estado, 44 encontram-se na faixa de fronteira.

A região sul-mato-grossense é marcada pela forte presença da população nativa indígena. Pelo Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2022), Mato Grosso do Sul possui 116,3 mil indígenas, sendo considerado o terceiro maior estado brasileiro, em número desses povos.

Todavia, a população do estado é também constituída por migrantes de outras regiões do Brasil, que vieram em busca de novas oportunidades a partir de 1977, ano em que ocorreu a divisão do estado - Mato Grosso-MT e Mato Grosso do Sul-MS - por meio da Lei Complementar nº 31. Mato Grosso do Sul, portanto, apresenta uma característica peculiar, a da "heterogeneidade cultural", a qual se forma a partir do entrelaçamento com os territórios de fronteira da Bolívia e do Paraguai, ocasionando grande influência nos perfis das populações locais.

A fronteira brasileira com o Paraguai se estende pelos estados do Paraná e de Mato Grosso do Sul. Sua extensão fronteiriça corresponde a 1.365,4 km, dos quais 928,5 km são de rios e 436,9 km por divisor de águas (CASTILHO, 2010). O Paraguai possui fronteira seca

7 A faixa de fronteira internacional é juridicamente distinta de outras regiões do país. É regulamentada pela Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira e altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970. Define em seu Artigo 1º que "é considerada faixa de fronteira, os municípios que compreendem a faixa interna de 150 Km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional" (BRASIL, 1979).

com as seguintes cidades sul-mato-grossenses: Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho e Sete Quedas. Dentre essas cidades, Ponta Porã é a maior em número de habitantes (estimativa de 95.320 pessoas, em 2021, segundo IBGE 2022).

Nos últimos anos, a fronteira Brasil – Paraguai vem ganhando protagonismo, devido à implantação do Corredor Rodoviário Bioceânico⁸. Porto Murtinho e Carmelo Peralta são as cidades escolhidas para a implementação do projeto da ponte que ligará os dois municípios e que vem sendo palco de incentivos à impulsão comercial e econômica do Centro Oeste brasileiro para a Ásia. O Projeto da implantação do Corredor Rodoviário Bioceânico teve início em 2015 e propõe passagem através do território paraguaio, passando pelo Chaco, Carmelo Peralta, Mariscal Estigarribia e Pozo Hondo (Paraguai), chegando ao território argentino pelas cidades de Misión La Paz, Tartagal, Jujuy e Salta (Argentina) e ingressando no território chileno por San Pedro de Atacama, Calama até alcançar os portos de Antofagasta, Mejillones e Iquique. Este é um projeto considerado estratégico para toda a região de Mato Grosso do Sul, mas também para todos os países envolvidos, pois essa nova via tem como objetivo implantar um Corredor Rodoviário Bioceânico para escoamento da produção regional com vistas à Ásia.

8 Com a implementação da proposta sonhada por gerações sul-mato-grossenses, o Itamaraty desencadeou esforços, juntamente aos Governos do Paraguai, Argentina e Chile, com vistas à construção de uma conexão física de escoação de grãos e outros produtos para o continente asiático. Foi constituído um Grupo de Trabalho (GT), composto por representantes dos quatro países, assim como cinco mesas de discussão para o desenvolvimento do projeto. Pelo Brasil, o grupo está liderado, desde o princípio, pelo Ministro João Carlos Parkinson de Castro, responsável por agregar os esforços do Governo Federal, do Estado de Mato Grosso do Sul e dos municípios ao longo do Corredor Rodoviário Bioceânico.

Figura 1 - Corredor Rodoviário Bioceânico Porto Murtinho-Portos Norte do Chile



Fonte: Viegas, 2017.

O projeto do Corredor Rodoviário Bioceânico Porto Murtinho - Portos do Norte do Chile consiste, portanto, num percurso que conectará os territórios de quatro países: Brasil, Paraguai, Argentina e Chile. Desse modo, considera-se importante que as políticas públicas e sociais, principalmente as de saúde, educação e assistência social compreendam as especificidades desses territórios e se preparem estrategicamente para responder às demandas locais.

A CIDADE DE PORTO MURTINHO/MS

O município de Porto Murtinho foi criado em 1911 e emancipado em 1912; a cidade possui, como atividade econômica mais representativa, a pecuária bovina, além de atividades como a exploração do quebracho e cal de pedra (PORTO MURTINHO, 2023). Tem como cenário principal a exuberância do Rio Paraguai e do Pantanal.

O município existe há mais de 100 anos e se destaca por ter sido palco de uma série de acontecimentos marcantes na história do nosso país, como a Guerra da Tríplice Aliança e a Revolução de Getúlio Vargas de 1932. Contribuiu, também, para o desenvolvimento de Mato Grosso do Sul, pois, devido ao Porto de Exportações, passou por ciclos econômicos importantes que, à época, impulsionaram a economia do estado (PORTO MURTINHO, 2023).

Assim, Porto Murtinho construiu uma identidade a partir das relações vindas da fronteira paraguaia, com a participação em conflitos históricos e influências, como a bebida tradicional chamada “tereré⁹” e outros aspectos de música, dança e culinária (PORTO MURTINHO, 2023). Além desses fatores culturais, a cidade abriga o Festival do Touro Candil, cuja origem consiste em uma lenda paraguaia, na qual os touros Bandido e Encantado disputam a descendência de Candil.

Porto Murtinho é uma cidade de cultura rica adquirida por meio de uma mescla entre as culturas brasileiras, paraguaia e as indígenas da região.

O município foi palco de grande desenvolvimento, em fins do século XIX, com a instalação da Empresa Matte Larangeira, que se deu pelo Decreto Imperial n. 8.799 de 09 de dezembro de 1881, o qual autorizava a exploração da erva-mate nativa. Thomaz Laranjeira trouxe da região sul do país pessoas que conheciam o manejo da erva mate, mas também foi utilizada a mão de obra paraguaia e indígena Kaiowá Guarani da região, iniciando o que foi chamado de ciclo de produção da erva-mate. Com o aumento da produção, no início de 1892, foi criado um porto fluvial, nomeado de Porto Fluvial Murtinho¹⁰, para o escoamento da exportação da produção da erva-mate (GIESBRECHT, s/d).

De acordo com os dados históricos, o então Porto Fluvial Murtinho foi elevado a distrito pela Resolução 225, de 10 de abril de 1900. Nesse tempo, a produção da erva-mate atingiu a exportação para o Paraguai, a Inglaterra, a França e a Itália. Em 1902, a companhia Matte Larangeira abriu falência e foi incorporada por outra empresa, passando a se chamar Larangeira Mendes e Companhia.

9 Tereré, ou tererê, é uma bebida típica paraguaia feita com a infusão da erva-mate em água fria, diferente do chimarrão, que é uma bebida quente. O tereré também comporta a mistura de ervas medicinais tais como limão, hortelã, erva-cidreira, cocú, salsaparrilha, pé-de-cabra, rabo de cavalo, taropé, verbena, entre outros.

10 Em homenagem a Joaquim Murtinho.

Em 1906 foi viabilizado o transporte ferroviário para facilitar a escoação do produto, mas, em 1910, o transporte passou a ser feito através do Rio Paraná. Em 1918 a Companhia Matte Larangeira foi transferida para a cidade de Caarapó (CAMPESTRINI; GUIMARÃES, 2002; GIESBRECHT, s/d).

O Porto Fluvial Murtinho foi elevado à categoria de vila pela Lei Estadual n. 560 de 20 de junho de 1911, recebendo o nome de Porto Murtinho; em 2 de abril de 1912 desmembrou-se de Corumbá. Foi elevado à condição de cidade somente pela Lei Estadual de 962 de 12 de julho de 1926 (CAMPESTRINI; GUIMARÃES, 2002; GIESBRECHT, s/d).

A cidade sofreu com enchentes, a partir do século XX; uma delas ocorreu em 1979, quando a cidade foi inundada até 5 Km da rodovia. As enchentes se repetiram de 1980 a 1983, fazendo com que a população se deslocasse até o Km 7, motivo por que foi construído um dique de contenção do rio, que permanece até os dias de hoje, protegendo a cidade das cheias do Rio Paraná.

O Censo Demográfico de Porto Murtinho, realizado em 2022 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), aponta que a cidade possui uma população de 12.859 pessoas; é considerada pouco populosa e, portanto, um município de pequeno porte.

Possui uma extensão territorial de 17.774,41 km², representando 4,97% da área do estado de MS. Situa-se a 440 km distante da capital, Campo Grande. Está localizada no Pantanal Sul-mato-grossense, possui atrativos turísticos naturais, com morros, cachoeiras e rios, sendo a pesca um dos principais atrativos da região (PORTO MURTINHO, 2023).

De acordo com dados do IBGE (2022), em 2021, o salário médio mensal em Porto Murtinho era de 2,4 salários mínimos, renda considerada baixa para o sustento de uma família. Os dados também indicam que a proporção de pessoas ocupadas, em relação à população total, é de 8,7%, índice que representa uma carência de vagas

de trabalho no município. O índice de pobreza também se mostra visível, considerando-se os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário por pessoa, condição de 40,4% da população.

O Índice de Gini¹¹ permite verificar o grau de concentração de renda de um país, estado-membro ou município (IPEA, 2004). Varia de zero a 1 - quanto mais próxima de zero, mais bem distribuída; quanto mais próxima de 1, pior distribuída. Segundo DATA-SUS (2012), que mostra a evolução (1991, 2000, 2010) dos 5 menores índices municipais (melhores, portanto), dos 5 maiores índices os piores, portanto) e do índice de Mato Grosso do Sul. Porto Murtinho está incluído no grupo dos municípios com maior concentração de renda de Mato Grosso do Sul, ou seja, está na 77ª posição entre os 79 municípios. A concentração verificada no município está aumentando: saiu de 0,5673, em 1991, para 0,6237, em 2010, um aumento de 9,94%. Destaca-se, também, que Mato Grosso do Sul passou de 0,6088 para 0,565, com uma redução da concentração de renda em 9,28% (FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) constitui uma medida resumida do progresso a partir de três dimensões do desenvolvimento da pessoa humana: renda, educação e longevidade/saúde. Cada uma dessas dimensões é composta por subíndices específicos, sendo o IDH-M calculado a partir da média aritmética das três dimensões. O objetivo é que seja um contraponto para os dados do PIB *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica.

11 "O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos. No Relatório de Desenvolvimento Humano 2004, elaborado pelo Pnud, o Brasil aparece com Índice de 0,591, quase no final da lista de 127 países. Apenas sete nações apresentam maior concentração de renda".

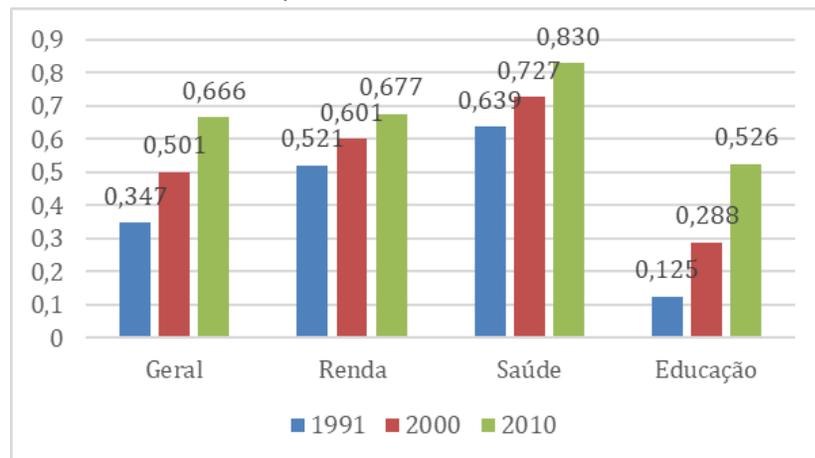
De acordo com a Associação dos Municípios de Mato Grosso do Sul (ASSOMASUL, 2023), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH[S1]) é de 0.698, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2019), o que corresponde à 54ª posição no ranking estadual). (FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021).

A saúde é medida pela expectativa de vida ao nascer, enquanto a dimensão educação é medida por: a) média de anos de educação de adultos (a partir dos 25 anos); e b) número total de anos de escolaridade que uma criança em idade escolar pode esperar receber. A dimensão Renda é medida através da Renda Nacional Bruta (RNB) *per capita* expressa em poder de paridade de compra (PPC) constante (PNUD, 2019) (FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021 FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021).

O IDH-M Geral de Porto Murtinho era, em 2010, de 0,666, considerado de médio desenvolvimento, enquanto que o IDH de MS (0,729) foi considerado de alto desenvolvimento. Entre 1991 e 2010, o IHD-M de Porto Murtinho teve uma taxa de crescimento de 91,93% acima da média estadual (49,39%) e nacional (47%). Por sua vez, em relação à dimensão longevidade, o IDH-M de Porto Murtinho era igual ao de Mato Grosso do Sul. A dimensão principal que permitiu um salto no IDH-M do município foi a Educação, que saiu de 0,125, em 1991, e chegou a 0,526, em 2010, um crescimento de 320,80% nos últimos 19 anos (FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021).

Esses dados podem ser visualizados por meio do gráfico constante na Figura 2.

Figura 2 - Índice de Desenvolvimento Humano do Município de Porto Murtinho 1991, 2000, 2010



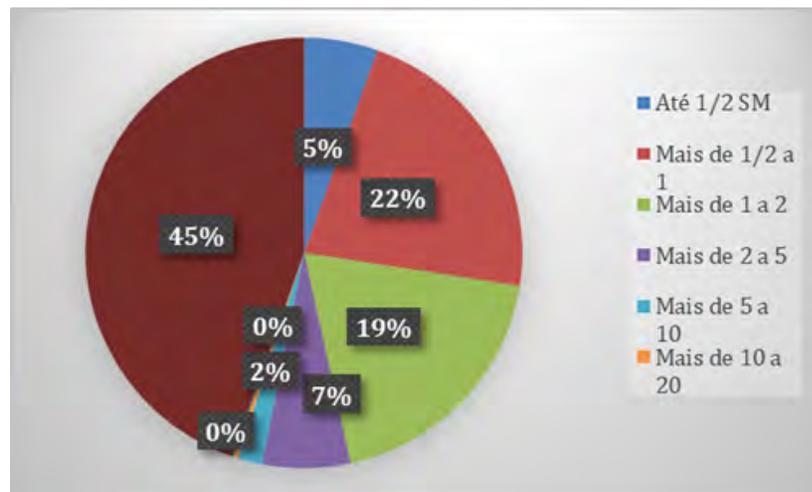
Fonte: PNUD, 2019.

Em 2010¹², a população de Porto Murtinho distribuída por classes de rendimento, segundo o IBGE (2020a), apresentava uma grande parcela “sem rendimento” (44,59%) acima da verificada em Mato Grosso do Sul (34,66%). Os grupos “sem rendimento” e de “até 1/2” salário mínimo representavam 50,06% da população do município (FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021), conforme é possível verificar através do gráfico da Figura 3. O gráfico exibe percentuais referentes à população não produtiva (0 a 14 anos e 65 anos ou mais) em contraste com o contingente potencialmente produtivo (15 a 64 anos).

12

Foram utilizados os dados de 2010 devido a demora do censo populacional que somente apresentou os primeiros resultados destes em 2022, e, portanto, outros índices importantes ainda não foram atualizados.

Figura 3 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por classes de rendimento nominal mensal (salário mínimo) de Porto Murtinho – 2010

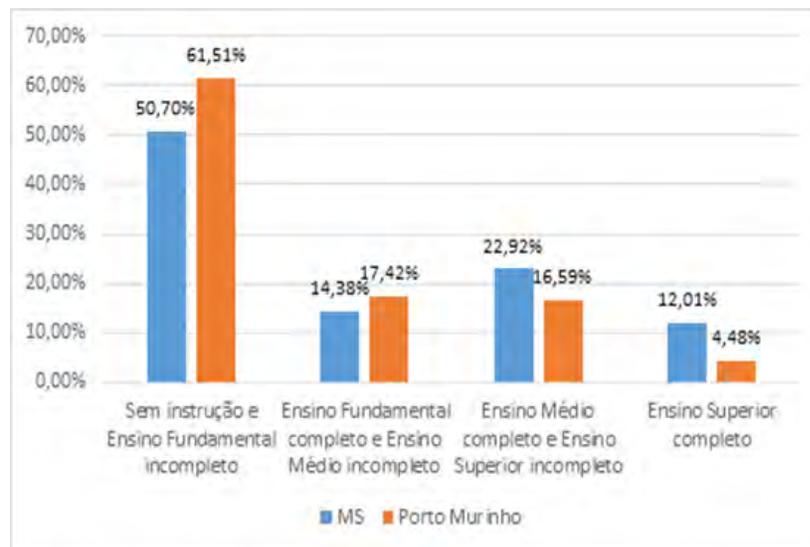


Fonte: IBGE, 2020.

Em relação à extensão territorial de Porto Murtinho, é necessário considerar uma realidade complexa, principalmente pelo fato de a maioria da população viver na área rural, em fazendas, pequenas propriedades e em comunidades indígenas. Por este motivo, as políticas públicas voltadas à saúde, educação e assistência social devem atender às especificidades e necessidades de cada contexto.

Observe-se o gráfico da Figura 4, por meio de cujos dados pode-se constatar que a população de Porto Murtinho sem instrução e ensino fundamental incompleto constitui a maior, em número. É notável a evasão evidenciada através dos índices “Sem instrução e ensino fundamental incompleto”, comparados aos do “ensino fundamental completo e ensino médio incompleto” (FILHO, ALMEIDA, SALES, SILVA, 2021).

Figura 4 - Proporção (%) de pessoas por nível de instrução em MS e Porto Murtinho - 2010



Fonte: IBGE (2020).

O MUNICÍPIO DE CARMELO PERALTA – PARAGUAI

A República do Paraguai é dividida em 17 Departamentos, com administração própria (Gobernación), e um Distrito Capital (Assunção). Os departamentos são subdivididos em 240 distritos, cada um dos quais com administração municipal (Municipalidad).

A cidade de Capitán Carmelo Peralta está localizada no Chaco paraguaio, Departamento¹³ do Alto Paraguay; tem uma população pequena, aproximadamente 5 mil pessoas, constituída de fronteiriços (brasileiros e paraguaios residentes no território) que vivem do trabalho realizado nas estâncias e fazendas locais, além da pesca

13

Corresponde a um estado brasileiro.

e da pilotagem de barcos que fazem os percursos de ida e volta aos dois territórios, e, ainda, por um grande contingente de indígenas da etnia Ayoreo¹⁴. É pertinente fazer-se referência à comunidade que reside na Isla Margarita¹⁵, uma pequena extensão de terra com população local muito reduzida, que possui um centro de artigos importados para compras.

O município de Carmelo Peralta foi reconhecido no dia 2 de maio de 2008; fica distante 730 km da capital Assunção, situa-se ao norte desta capital, no Departamento do Alto Paraguai.

Em Carmelo Peralta existem Unidades de Saúde, mas não há, hoje, um hospital equipado. De acordo com as informações colhidas durante a pesquisa, um grande número de mulheres paraguaias utiliza o hospital brasileiro em Porto Murtinho.

Não há água tratada no município, a população recorre ou à compra de água potável ou a métodos de purificação da água com a fervura, também não tem saneamento básico; devido a essas carências, as pessoas de Carmelo Peralta estão sujeitas às infecções de parasitas intestinais e diarreia. Ressalta-se, ainda, que em Carmelo Peralta não há proteção contra as cheias do rio Paraguai.

Grande vulnerabilidade e pobreza são visivelmente encontradas nas diversas comunidades indígenas Adyreo, que vivem às margens do rio Paraguai e se distribuem em pequenos grupos, e são encontradas, também, no território de Carmelo Peralta, em locais mais afastados do centro da cidade.

Não foram acharam, nos dados do censo paraguaio, informações detalhadas sobre Carmelo Peralta, principalmente com relação à pobreza e condições de vida da população local, todavia, há dados que retratam as comunidades indígenas e comunidades

14 Etnia proveniente da Bolívia, mas residente no Paraguai desde a guerra da Bolívia.

15 Ilha que compõe o território paraguaio do município de Capitán Carmelo Peralta.

paraguaias, de forma geral, com destaque para grandes departamentos¹⁶(INE, 2023).

Menciona-se, em relação a Carmelo Peralta, o POUT - Plano de Ordenamento Urbano e Territorial e o CES - Plano Estratégico de Ação e Cidades Emergentes Sustentáveis, este último aprovado pela instância governamental municipal em maio/2023. O Plano contou com o apoio de diversas agências de cooperação, como a União Europeia e o Banco Interamericano de Desenvolvimento. Também se ressalta que o município tem recebido apoio referente a ações de gestão territorial por meio do projeto Vida na Pantanal, uma iniciativa implementada de forma conjunta pela PCI - Pro Comunidades Indígenas e a WWF- Organização Mundial de Conservação - Paraguai.

Porto Murtinho e Carmelo Peralta, por constituírem um território fronteiriço, suas populações se entrelaçam, haja vista que são identificados tanto brasileiros que residem em território paraguaio quanto paraguaios que residem em território brasileiro; tanto indígenas Ayoreo que residem em território paraguaio quanto indígenas brasileiros que nasceram em Porto Murtinho, no Brasil (Porto Murtinho). Mencione-se, ainda, os casos de Ayoreo que são paraguaios, mas registrados, efetivamente, em solo brasileiro, reconhecidos, assim, como brasileiros residentes no Paraguai, brasileiros e paraguaios com dupla nacionalidade e/ou reconhecidos com carteira de transfronteiriço.

As duas cidades, Porto Murtinho e Carmelo Peralta são consideradas cidades gêmeas¹⁷ e compartilham de identidades muito próximas, a exemplo da cultura, da comida e de saberes populares.

16 Dados acessados no endereço do Instituto Nacional de Estatística do Paraguai - <https://www.ine.gov.py/> em agosto/2023.

17 Regulamentada pela Portaria nº 125, de 21 de março de 2014, que estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição.

Ressalta-se que a região de Carmelo Peralta ainda não possui água potável, sua população é bastante pequena e consideravelmente empobrecida, devido às condições socioeconômicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O território se potencializa no lugar e nas territorialidades; nesse sentido, Porto Murtinho e Carmelo Peralta constituem um só território, todavia singulares e múltiplos ao mesmo tempo, com características muito próprias de cada local. São comunidades essencialmente extraordinárias que muito têm para ensinar com saberes populares e vivências constituídas a partir da historicidade desse território. Refletir sobre a política pública de saúde, portanto, não pode ignorar esses conhecimentos e muito menos a identidade local que se potencializa na riqueza de sua cultura.

Nesse sentido, é importante considerar que as regiões fronteiriças são estratégicas para qualquer país que planeje o futuro. Portanto, as políticas das regiões de fronteira têm muito a contribuir com questões que lhe são próprias. É imprescindível que se reflita sobre as singularidades que se apresentam como características próprias de constituição da política de saúde de cada país, compreendendo uma amplitude de determinantes e condicionantes da saúde que influenciam na vida da população desses territórios.

REFERÊNCIAS

ASSOMASUL. **Porto Murtinho. História e dados**. Disponível em: <https://www.assomasul.org.br/project/porto-murtinho>. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto Imperial 8799 de 09 de novembro de 1881.** Concede permissão a Thomaz Larangeira para colher herva-matte na Província do Mato-Grosso. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8799-9-dezembro-1882-546038-publicacaooriginal-59643-pe.html>. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979.** Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6634.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Portaria nº 125 de 21/03/2014.** Conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/226680-conceito-de-cidades-gumeas-nacionais-os-criturios-adotados-para-essa-definiuuo-estabelece-o-conceito-de-cidades-gumeas-nacionais-os-criturios-adotados-para-essa-definiuuo-e-li.html>. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Portaria n. 213, de 19 de julho de 2016.** Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nessa condição. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2016. Disponível em: https://www.seducti.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/portaria_nº_213_de_19_de_julho_de_2016.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto Lei n.1135 de 03 de dezembro de 1970.** Dispõe sobre a organização, a competência e o funcionamento do Conselho de Segurança Nacional e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del1135.htm#:~:text=DECRETO%20LEI%20N%C2%BA%201135%2C%20DENacional%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 20 jul. 2023.

CAMPESTRINI, Hidelbrando; GUIMARÃES, Acyr Vaz. **História de Mato Grosso do Sul.** Campo Grande – MS, 1991.

CASTILHO, Eduardo Pereira. **Brasil – Fronteiras Terrestres.** 2010. Disponível em: <https://www.funag.gov.br/ipri/images/analise-e-informacao/fronteiras-terrestres-brasil-13052015.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

DATASUS. **Índice de Gini. Tabnet, 2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/b09ufc.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FILHO, Dario Oliveira Lima; ALMEIDA, Luciane Pinho de; SALES, Gabriel de Souza; SILVA, Gabriela Pereira; LAURA, Livia Elena Cunha. **Plano Diretor do Município de Porto Murtinho.** Campo Grande/MS: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Universidade Católica Dom Bosco: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, setembro/2021.

HAESBAERT, Rogério. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. **Anais - I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades.** Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRGS. Disponível em: /[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf](https://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf). Acesso em: 04 jun. 2023.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. **A Mobilidade das fronteiras: inserções da Geografia na crise da modernidade.** Belo Horizonte: UFMG, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. Cidades e Estados.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>. Acesso em: 2 jun. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 de Ponta Porã.** 2010 Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500660&search=mato-grosso-do-sul>. Acesso em: 20 abr. 2021.

INE. **Instituto Nacional de Estatística Paraguai.** Disponível em: <https://www.ine.gov.py/>. Acesso em: 5 set. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desafios do Desenvolvimento, 2004.** Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28>). Acesso em: 15 ago. 2020.

GIESBRECHT, Ralph M. **Mate Larangeira. Município de Porto Murtinho-MS.** s/d. Disponível em: http://www.estacoesferroviarias.com.br/ferroviaspart_sul/efmate-larangeiraptomurtinho.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

MARTINS, José de Souza. **Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano.** 2. ed. São Paulo: Contexto, 2012.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.** Desenvolvimento Humano e IDH, 2019. Disponível em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html> Acesso em: 20 nov. 2020.

PORTO MURTINHO. **Prefeitura de Porto Murtinho. História. Cultura e limites.** Disponível em: <https://portomurtinho.ms.gov.br/historia/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder.** São Paulo: Ática, 1993.

RCC. **Plan de Ordenamiento Urbano Territorial de Carmelo Peralta podrá orientar la gestión territorial para el desarrollo.** Setembro/2023. Disponível em: <https://rcc.com.py/chaco/plan-de-ordenamiento-urbano-territorial-de-carmelo-peralta-podra-orientar-la-gestion-territorial-para-el-desarrollo/>. Acesso em: 20 set. 2023.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari dos; ANDRADE, Selma Regina de; RUOFF, Andriela Backes. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 102-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800015> . Acesso em: 05 jul. 2023.

O CORREDOR RODOVIÁRIO BIOCEÂNICO E O IMPACTO NO TERRITÓRIO

Ministro João Carlos Parkinson de Castro

Coordenador Nacional do Corredor Rodoviário Bioceânico
Ministério das Relações Exteriores - MRE
joao.parkinson@itamaraty.gov.br

O Corredor Rodoviário Bioceânico, que conectará Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, aos portos do norte do Chile (Antofagasta, Iquique e Arica), num trajeto de 2.396 km, rompe com o isolamento físico de Porto Murtinho, integra a região do Pantanal a áreas mais dinâmicas do Centro-Oeste (Sorriso, Rondonópolis e outras), além do Paraguai (Chaco central). Ademais, concede forte impulso à atividade produtiva em municípios como Jardim e Ponta Porã, onde a potencialidade econômica encontrava resistência para se desenvolver plenamente.

O Corredor Rodoviário Bioceânico, ao oferecer aos operadores comerciais - nacionais e estrangeiros - uma alternativa logística para o ingresso em território brasileiro, pois deixa de ser exclusivamente por São Borja, Uruguaiana ou Foz do Iguaçu, no sul do País, e passa a incluir a variante de Porto Murtinho, no Centro-Oeste, permite que o produto importado do Chile, Argentina e Paraguai acesse os mercados do Mato Grosso do Sul e do Norte e Nordeste. Com o corredor, portanto, novos segmentos do mercado brasileiro se abrem para os produtores da América do Sul e de outros continentes.

As reduções expressivas de tempo e custo, decorrentes de uma nova logística, mais eficiente e regional, atrairão o investidor privado-seja nacional ou estrangeiro - interessado em explorar os benefícios comerciais decorrentes da abertura desses novos segmentos de mercado. A motivação empresarial e o novo ambiente econômico, com boa perspectiva de crescimento, incentivam a realização de investimentos e a abertura de mais negócios. O empreendedorismo local e a inovação ganham força. O empresário de Mato Grosso do Sul deixará de ser apenas receptor e vendedor da carga oriunda do Sul para se transformar em produtor e redistribuidor da mercadoria movimentada pelo corredor e que poderá ser consumida localmente ou nos mercados do Norte e Nordeste.

No caso de produtos paraguaios, procedentes de Mariscal Estigarribia e que tenham como destino a cidade de Campo Grande, se ingressassem por Foz do Iguaçu, como o fazem hoje, teriam que percorrer 1.512km para serem armazenados e, posteriormente, comercializados. Se tivessem ingressado por Ponta Porã, seria necessário cobrir 922 km. No entanto, quando a ponte Porto Murtinho-Carmelo Peralta estiver concluída, no primeiro semestre de 2025, a distância se reduzirá para 730 km. Menos da metade da distância, hoje percorrida. O produto paraguaio chegará, portanto, mais barato às mãos do consumidor sul-mato – grossense. Devido à proximidade geográfica, Loma Plata poderá, por exemplo, se transformar em fornecedora de produtos hortifrutigranjeiros da cidade de Porto Murtinho, atualmente abastecida a partir de Campo Grande.

O Corredor Rodoviário Bioceânico proporcionará ao produtor importantes ganhos de competitividade, o que se traduzirá em forte incentivo às atividades econômicas latentes (por exemplo, construção de novos moinhos e produção de farinha em Campo Grande). Como resultado, promoverá a geração de novos fluxos de comércio (trigo poderá ser importado de Tucumán, na Argentina, por empresário local) e o conseqüente desenvolvimento do setor de serviços (armazenagem e comercialização de diversos tipos de farinha a

partir de Campo Grande). Como o diferencial do custo de transporte entre a exportação de trigo a partir de Tucumán por Foz do Iguaçu/ São Paulo e por Porto Murtinho é da ordem de 20%, é bem provável que investimentos no setor sejam realizados, tão logo a ponte Porto Murtinho-Carmelo Peralta esteja concluída.

Como assinalado, o Corredor Rodoviário Bioceânico incentivará a exploração de uma nova logística nacional e regional, muito mais favorável ao consumidor do Centro-Oeste. Este terá acesso ao vinho argentino ou às frutas chilenas sem a intermediação do Sul e Sudeste. O forte impulso que a atividade turística receberá com o advento do corredor levará ao aumento da capacidade hoteleira do Mato Grosso do Sul e à criação de novos destinos turísticos em Bodoquena e Jardim.

O corredor é uma plataforma de desenvolvimento capaz de provocar profundas mudanças, podendo afetar inclusive o próprio indivíduo. A maior internacionalização da economia e, sobretudo, o fortalecimento do multiculturalismo induzirão as autoridades sul-mato-grossenses a conhecerem melhor seu entorno regional, bem como a terem uma postura mais internacional. Em paralelo, o indivíduo será exigido a que se expresse em mais de um idioma e aprenda a conviver com outras culturas e nacionalidades.

Como o Corredor Rodoviário Bioceânico não deve ser visto como um corredor de transporte, mas como um corredor de desenvolvimento, ou seja, como uma plataforma de desenvolvimento local, entende-se que os territórios serão diretamente impactados. Isso se dará não só pela melhoria da infraestrutura física ou da logística. Com efeito, a BR-267 tenderá a ser duplicada em alguns trechos; pontos de apoio aos viajantes serão construídos para acolher o caminhoneiro e o turista em trânsito; e alguns trechos ferroviários (Ponta Porã-Porto Murtinho) serão construídos para facilitar o acesso e o escoamento da carga do corredor. Esses são exemplos de investimentos que impactarão o território, na medida em que

facilitam o movimento de pessoas e carga nos espaços localizados dentro da área de influência do corredor.

Mas outras mudanças- menos visíveis- também deverão ocorrer. Por exemplo, o investimento da Suzano Papel e Celulose, em Aparecida do Tabuado, ou da Arauco, empresa chilena de celulose, no Município de Inocência, modificou profundamente as áreas urbanas dessas cidades e impactou as populações. Os proprietários de imóveis viram suas propriedades rapidamente se valorizarem. As moradias para aluguel se escassearam. O preço da terra sofreu aumento expressivo. Novos empregos foram gerados. E o nível de renda da população se elevou. A Prefeitura, ao assegurar aumento da receita tributária (ISS), melhorou sua situação fiscal e pôde investir nos serviços locais de saúde e educação e em obras de infraestrutura. O território se transformou profundamente e o cidadão se beneficiou.

O Corredor Rodoviário Bioceânico, ao impactar o território, por meio da construção de portos secos, condomínios logísticos ou simples armazéns, faz com que as atividades produtivas locais se integrem a outros pólos de produção, localizados mais distantes. O empresário deixa de pensar apenas no seu entorno mais imediato e passa a identificar novas oportunidades de negócios dentro de um mercado ampliado, graças aos vínculos logísticos que se estabeleceram com outros centros de produção, inclusive de fora do País.

As demandas do mercado e as exigências dos compradores nacionais e internacionais obrigam o produtor a buscar soluções tecnológicas mais inovadoras e a empregar mão de obra especializada, por vezes, atraída de outros centros urbanos. O jovem, desde que capacitado, encontrará mais motivações para não deixar sua cidade natal. Permanecerá no local e buscará desenvolver seu próprio negócio.

Mas nem sempre as mudanças provocadas pelo Corredor Rodoviário Bioceânico serão positivas. Investimentos de grande porte são bem-vindos, mas não deixam de impactar o sistema local de saúde e a oferta existente de moradia, incapazes, por vezes, de se expandirem com a mesma rapidez do aumento da demanda. É o que ocorreu em Inocência e deverá se registrar em outras cidades de Mato Grosso do Sul.

As prefeituras estão sendo pressionadas a reagir, com agilidade e eficiência, às transformações de seus territórios. No entanto, deficiências técnicas, insuficiências de recursos ou mero imobilismo político fazem com que as instituições locais nem sempre consigam promover as mudanças requeridas no tempo desejado. Cabem aos Governos federal e estadual, por meio de políticas públicas e mecanismos assistenciais, identificar as transformações e entender como elas impactam os territórios e os indivíduos. Quando for o caso, empreender ações neutralizadoras e prestar a assistência cabível para que as mudanças locais não se atrasem e acompanhem o ritmo determinado pelo impacto do corredor e o desenvolvimento gerado.



Parte

I

**AFETOS
DA TERRITORIALIDADE
FRONTEIRIÇA**

1

Luciane Pinho de Almeida

SAÚDE NA FRONTEIRA:
A INTERSETORIALIDADE
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
NA FRONTEIRA BRASIL - PARAGUAI

INTRODUÇÃO

A América do Sul vem passando por processos de transformação social intensos, decorrentes da expansão econômica-comercial de suas regiões. Essas modificações societárias são fruto dos avanços capitalistas em regiões ainda pouco exploradas, como aquelas que estão afastadas dos grandes centros urbanos desses países. Uma das transformações que hoje já se pode constatar se trata dos corredores de integração regional¹⁸, que estão sendo construídos em toda a América Central e Latina, com vistas à promoção do desenvolvimento entre as regiões e serão consolidados para um futuro próximo.

Desse modo, as fronteiras brasileiras têm se mostrado propícias à abertura de novas demandas, provocando a reflexão sobre a regionalidade e a interiorização dos países sul-americanos¹⁹. Há, por certo, uma tendência da eliminação do isolamento e dos espaços, que foram no passado marginalizados. Em nossa análise essa ocupação fará com que a região tenha maior protagonismo mundial nos próximos anos.

18 Pode-se citar o Corredor Rodoviário Bioceânico que deverá ligar o Mato Grosso do Sul, saindo da cidade de Porto Murtinho aos portos do Norte do Chile (nas cidades de Antofagasta e Iquique), passando pelo Chaco Paraguai (cidades de Carmelo Peralta, Loma Plata, Mariscal Estigarribia, Pozo Hondo), na Argentina (cidades de Tartagal, Jujuy), no Chile (Calama e San Pedro de Atacama). Esse, se transformará num corredor de escoação de grãos, diminuindo os custos de transporte para o estado de MS e tornando-o protagonista na dinâmica comercial nacional e internacional. Mencionam-se também outros corredores rodoviários e ferroviários que porventura estão surgindo na região latino-americana, como: Ilha das Guianas (Roraima, Amapá e Pará); Amazonas (Amazonas); Quadrante Rondon (Acre, Rondônia, Mato Grosso); Capricórnio (Mato Grosso do Sul, Paraná e Santa Catarina); Porto Alegre – Coquimbo (Rio Grande do Sul).

19 Pode-se dizer que há um processo de deslocamento do sul para regiões pouco exploradas. Até os dias atuais os territórios mais explorados foram aqueles pertencentes do sul desses países, cita-se Santiago no Chile, Buenos Aires na Argentina e São Paulo-Rio de Janeiro no Brasil. Acredita-se que estão surgindo novas áreas econômicas e comerciais, como o norte do Chile, o norte da Argentina e o centro-oeste brasileiro. Estes farão parte do novo cenário estratégico desses países.

Para a Comisión Económica para a América Latina y el Caribe -CEPAL, a integração entre os países da região é fundamental para responder às novas demandas mundiais e à mudança estrutural na América Latina (2014a e b). Contudo, a integração não se pauta apenas na infraestrutura local, mas também no diálogo regional e na construção de políticas públicas transfronteiriças²⁰.

As políticas públicas surgem como respostas do Estado para as denominadas expressões da questão social, tais como pobreza, desigualdades, violências, violação de direitos e outras. Porém, normalmente, elas respondem às demandas que já se constituem realidades locais, ou seja, não se antecipam na prevenção às questões sociais que estão na esteira do desenvolvimento capitalista, e acabam buscando resolver as situações quando estas já se encontram evidenciadas, dificultando a efetividade de respostas e soluções. Desse modo, destaca-se a importância da reflexão sobre as questões advindas das regiões de fronteira.

No Brasil, as discussões sobre as políticas públicas voltadas para as populações mais necessitadas em região de fronteira ainda são pouco discutidas, mas extremamente necessárias num momento em que os países da América do Sul voltam seus olhares para os processos de integração da região. Desse modo, refletir sobre políticas públicas de fronteira se faz não só necessário, mas se trata principalmente de propor uma visão estratégia para a região e, por certo imprescindível para os próximos anos. Desse modo, considera-se que a experiência vivenciada na fronteira Porto Murtinho – Carmelo Peralta sugere que o desenvolvimento local se expandirá para além dessas cidades, impactando direta ou indiretamente outras cidades de fronteira.

Nesse contexto, o Projeto de Pesquisa “Rede Intersetorial de Políticas Públicas”²¹ (ALMEIDA, 2020), desenvolvido no território de Porto Murtinho/Carmelo Peralta foi realizado por meio de uma pesquisa participante, e propiciou refletir sobre as fronteiras brasileiras como territórios fundamentais para os países da região sul-sul. A fronteira, nesse sentido, tem muito a nos ensinar, pois esta apresenta singularidades, que demandam respostas às vulnerabilidades e riscos, que devem ser observados e enfrentados pelas políticas públicas locais e regionais. Daí o importante papel que deverá adquirir o Mercosul para um futuro próximo, enquanto desafios que a regionalização deverá provocar, principalmente no âmbito das políticas de saúde, assistência social e educação.

O desenvolvimento desse projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas teve por escopo a discussão da importância e protagonismo das políticas públicas, a partir da política de saúde, promovendo a reflexão, por parte das lideranças e população local sobre a intersectorialidade destas no território de fronteira.

A definição do conceito de intersectorialidade é bastante recente e sua discussão tem se tornado pauta atual das políticas públicas, em busca de ações mais efetivas voltadas para as populações, principalmente aquelas que vivenciam situação vulnerável e de risco social que apresentam realidades com características mais complexas e multifacetadas.

Um olhar intersectorial permite observar a mesma questão social sob diferentes perspectivas, afinal os usuários do SUS²², muitas vezes, são os mesmos do SUAS²³ e da Educação e de outras políticas. Entretanto, é importante destacar que a intersectorialidade não

21 Projeto financiado pela Fundect – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul, com recursos do Ministério da Saúde e CNPq – Programa de Pesquisa para o SUS.

22 Sistema Único de Saúde.

23 Sistema Único da Assistência Social.

tem como objetivo compor uma só política, mas resguardar as especificidades de cada política preservando-as em sua função setorial²⁴. A intersectorialidade desafia as políticas a um diálogo estratégico e democrático, pressupondo decisão política com um olhar de totalidade e compartilhamento de responsabilidades e atribuições.

A relevância de se refletir sobre a proposta do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas foi, principalmente pautar e fomentar práticas a partir da política municipal de saúde, favorecendo uma experiência na intersectorialidade das políticas com vistas à territorialidade na fronteira Brasil - Paraguai, promovendo o diálogo entre os diversos atores e promovendo melhor acesso e atendimento à população transfronteiriça local. "A região é, portanto, uma dimensão real da vivência dos indivíduos e dos grupos, e é a partir dela que se cria uma base territorial comum para um dado quadro de referência de pertencimento e identidades" (HAESBAERT, 2004).

Essas práticas foram discutidas através de rodas de conversa com a população local e trabalhadores do SUS, do SUAS e da Educação, buscando entender os principais determinantes sociais da saúde na fronteira e possíveis respostas às demandas locais construídas a partir de uma proposta intersectorial.

Este capítulo busca sintetizar essa proposta de pesquisa, apontando as principais questões identificadas ao longo do percurso, as estratégias de pesquisa-intervenção utilizadas e os principais resultados obtidos, assim como apontar propostas e sugestões de indicativos que possam compor ações intersectoriais para a educação em saúde na fronteira Brasil - Paraguai.

O capítulo divide-se em três subitens que se dialogam entre si, sendo que o primeiro busca retratar a saúde no território da fronteira Brasil - Paraguai e as principais temáticas que foram selecionadas

pela equipe de pesquisadores para a intervenção. O segundo subitem trata da proposta da intersectorialidade e sua importância em regiões de fronteira e o terceiro subitem aponta a necessidade de se construir políticas transnacionais como movimento estratégico para a garantia de direitos às populações transfronteiriças.

A SAÚDE NO TERRITÓRIO DA FRONTEIRA BRASIL – PARAGUAI E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

O significado do território supera uma simples noção de espaço, tendo em vista que indica suas múltiplas dimensões, num entendimento de totalidade e contradição que se expressam a partir das relações sociais cotidianas. Assim, conforme considerado por Santos (2000, p. 47), pode-se apontar que território é o “chão”, o espaço territorial constituído de materialidade concreta e objetiva, mas também das relações de uma determinada população, ou seja, na noção de territorialidade, é representada pelas relações sociais dessa população, sua cultura, sua identidade, sua forma de expressão, e por meio do sentimento do pertencimento àquele território. O território é, portanto, a base do trabalho da moradia/residência, das trocas materiais e espirituais e da vida sobre os quais ele influi (SANTOS, 2000, p. 47). “A territorialidade é compreendida como relacional e dinâmica, mudando no tempo e no espaço, conforme as características de cada sociedade” (RAFFESTIN, 1978 *apud* SAQUET e SPOSITO, 2009, p.78).

Pensar acerca do território de fronteira é possibilitar a compreensão dos fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, mas, além disso, a fronteira é lugar de encontros e de contradições, nos

quais culturas diferentes dialogam e ao mesmo tempo constroem novas identidades. Trata-se, portanto, de uma cultura híbrida e contraditoriamente “una”, formada por um contexto de interlocução que se constrói nas relações sociais permanentes do cotidiano de sua população. Portanto, a fronteira entre países deve ser pensada como território múltiplo, mas ao mesmo tempo “uno”. A discussão sobre “saúde na fronteira”, deve partir da contextualização dessa fronteira, formada por um território que ultrapassa o limite nacional, demonstrando que a totalidade dos territórios é significativa e identitária e dialoga na complexidade das relações que se dão em sua territorialidade. Desse modo, a saúde na fronteira Brasil – Paraguai, é permeada de complexidade referente a essa área na região e na identificação dos determinantes sociais inerentes às comunidades locais.

Para Santos (1996), os lugares se expressam pelas horizontalidades e pelas verticalidades. As relações de horizontalidades podem ser lidas nos serviços que a cidade presta em seu entorno e que exigem deslocamentos periódicos da população: saúde, educação, comércio especializado, serviços públicos e bancários, dentre outros. Já a verticalidade insere os espaços em graus e em formas variadas neste contexto global, os quais se utilizam dos benefícios da informação, haja vista a capacidade que possuem de unir em redes os diferentes espaços (SOUZA e GEMELLI, 2011, p. 102).

Como território fronteiro, as cidades de Porto Murtinho/MS-Brasil e Carmelo Peralta/Paraguai são consideradas cidades-gêmeas²⁵, pois são entrecortadas pelo rio Paraguai²⁶. Esse rio torna-se, portanto, confluyente das relações sociais travadas entre as duas cidades, mas é também de onde muitos trabalhadores de ambas as

25 São consideradas cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de interação econômica e cultural.

26 Confira-se a descrição no capítulo “Território e Territorialidades na fronteira Brasil - Paraguai: Singularidades dos municípios de Porto Murtinho -Carmelo Peralta.”

cidades, tiram seu sustento por meio da pesca, seja pelo traslado de pessoas nos deslocamentos pendulares ou outros.

Ressalta-se que em ambas as cidades passará a Ponte do Corredor Rodoviário Bioceânico²⁷, cujo término está previsto para o ano 2025, e deverá ligar ainda mais o território, intensificando as relações entre os países. Esse Corredor também servirá de deslocamento de populações, hoje de caminhoneiros e população local, num futuro próximo será de turistas, de migrantes e outros. “Esses movimentos acontecem face à dinâmica e à organização do território de fronteira, às assimetrias econômicas, jurídicas, ambientais, políticas, sociais e culturais existentes entre os países fronteiriços, os quais, de maneira contraditória, as distanciam e as aproximam” (ALMEIDA E CARISSIMI, 2023, p. 07).

Para se empreender qualquer discussão sobre Política Pública de Saúde na fronteira, é necessário em primeiro lugar compreender o conceito de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como ausência de doença, mas como um completo e permanente bem-estar físico, mental e social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020). A saúde então se revela nas condições que permeiam a vida cotidiana de todo cidadão e, assim também é importante considerá-la em relação aos seus determinantes sociais. As questões sociais, a questão econômica, o acesso a um trabalho digno e de qualidade, educação, entre outros, são, portanto, temas que englobam uma só realidade - a do bem-estar físico, mental e social das pessoas que residem em determinado local e determinam as questões de saúde dessa população.

A Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, intensifica-

27

A ponte que está sendo construída e ligará o Brasil ao Paraguai, via Porto Murtinho-Carmelo Pe-
ralta foi iniciada após a licitação realizada pelo consórcio binacional Itaipu de administração pa-
raguaia, responsável pelo empreendimento. O investimento é de R\$ 575,5 milhões. Sua estrutura
está composta de 1.310 metros de comprimento e 20,10 metros de largura.

ram debates já existentes acerca do conceito de saúde. Entende-se, portanto, que saúde não se limita apenas à ausência de doença, e considera-se, sobretudo, como qualidade de vida de uma determinada população, decorrente das condições de vida e assistidas também por outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e do desenvolvimento econômico e social.

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF-88), assume que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim, ele é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país e suas diretrizes que são Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, com a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social. Assim, a saúde pública torna-se um grande diferencial no que tange ao acesso e à qualidade de vida para os brasileiros e, desse modo, passa a ser elevada como direito à cidadania de toda e qualquer pessoa, considerada como um dever do Estado.

A saúde constitui um importante e vital vetor de integração entre a sociedade e os cidadãos que moram na fronteira e além disso, possui papel estratégico a todo bom gestor, de tal forma que o sucesso de ações da política de saúde na fronteira depende, essencialmente, das articulações municipais, estaduais e federais, no que tange ao fortalecimento da articulação política e institucional entre os países. Nesse sentido, atrela-se à questão da saúde a uma política territorial para a região de fronteira, na medida em que os países que compartilham a fronteira, na maioria das vezes vivenciam as mesmas problemáticas na busca de melhores condições e qualidade de vida.

A população do município de Porto Murtinho/MS, segundo dados atuais do IBGE - 2021 (2023), possui, aproximadamente, 12.859

mil habitantes; destes, segundo dados do CadÚnico²⁸ (Assistência Social de Porto Murtinho), 7.143 pessoas constavam no cadastro e 2.779 famílias estavam sendo atendidas em janeiro/2022 (MATOS, 2022), dados que sugerem que mais de 50% da população do município vivem em situação de pobreza nessa região. Trata-se, também, de uma população bastante diversificada, visivelmente constituída de dois tipos de população, conforme são descritas a seguir:

1. Na região da fronteira Porto Murtinho–Carmelo Peralta existe uma **população essencialmente urbana**, residente nas duas cidades, às margens brasileira e paraguaia do rio Paraguai. A população transfronteiriça²⁹ do Brasil-Paraguai é formada de:
 - ✓ Brasileiros que se estabeleceram em território paraguaio, em Carmelo Peralta e proximidades.
 - ✓ Pessoas de origem paraguaia que nasceram no Brasil (por terem nascido no Hospital de Porto Murtinho³⁰ e residem no Paraguai.

28 O Cadastro Único para Programas Sociais ou CadÚnico do Sistema Único de Assistência Social (Brasil) é um instrumento de coleta de dados e informações que objetiva identificar as famílias de baixa renda existentes no país com vistas à inclusão em programas de assistência social e redistribuição de renda.

29 Nomenclatura utilizada para designar a população que reside na faixa de fronteira. Pela legislação a faixa de fronteira é tratada pela Lei n° 6.634, de 02 de maio de 1979 e regulamentada pelo Decreto n. 85.064 de 26 de agosto de 1980, cujo teor foi ratificado pela Constituição Federal de 1988, artigo 20, sendo considerada Faixa de Fronteira um total de 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional.

30 Único hospital do território. O hospital mais próximo de Carmelo Peralta fica, aproximadamente, a 400 km distante. Esse fato, já provocou muitos óbitos de gestantes e nascituros com complicações no parto.

- ✓ Indígenas da etnia Ayoreo³¹ que são paraguaios, mas nascidos e registrados efetivamente em solo brasileiro³², sendo reconhecidos como brasileiros, mas que residem e vivem em Carmelo Peralta - Paraguai. Esta singularidade também é retratada no Sistema Escolar de Porto Murtinho/MS.
- ✓ Paraguaios que residem de fato em território brasileiro e, portanto, são atendidos também pelas Políticas Públicas Brasileiras. É importante salientar que muitos destes não possuem a cidadania brasileira, mesmo residindo há anos no Brasil. A pesquisa também identificou paraguaios que não possuem documentação nem brasileira e nem paraguaia, denotando uma população que não existe nas estatísticas dos países e, portanto, despossuída de direitos e de cidadania.³³
- ✓ Brasileiros e Paraguaios com dupla nacionalidade, residentes tanto em solo brasileiro como também em solo paraguaio.

Salienta-se que, hoje, a legislação brasileira já reconhece o fronteiriço. Urge que se ofereça maior conhecimento de toda população brasileira sobre esta condição, principalmente no âmbito dos serviços públicos.

O acesso do fronteiriço, ou seja, do estrangeiro domiciliado em localidade contígua ao território nacional, é facilitado pela sua condição de fronteiriço, previsto na Lei nº. 6.815/80 (Brasil, 1980). Essa lei prevê em seu artigo nº. 21, que a pessoa natural de país limítrofe domiciliado

- 31 Trata-se de várias comunidades indígenas da etnia Adyreo (etnia migrada da Bolívia, também chamados de morotocós ou morros, corazo o kursu). Vivem na fronteira Paraguai e Bolívia. As comunidades indígenas adyreos que se encontram à margem do Rio Paraguai, Carmelo Peralta, são um subgrupo que vivem no Chaco Paraguaio. Distribuem-se em pequenas comunidades cada qual com uma dinâmica própria e sobrevivem da agricultura, da caça e da coleta de alimentos.
- 32 Mesma situação citada no item anterior. Gestantes paraguaias que em trabalho de parto, atravessam o rio, para buscar atendimento no Hospital Oscar Ramires em Porto Murtinho/MS
- 33 Durante a pesquisa constatou-se essa situação e, ao consultar órgãos como Defensoria Pública Estadual averiguou-se que se trata de um fato recorrente em regiões de fronteira.

em cidade contígua ao território nacional pode entrar nos municípios fronteiriços ao seu país apresentando somente documento de identidade. Portanto a população fronteiriça tem seu acesso facilitado pela sua condição (BRANCO, 2013, p. 04).

Muitos gestores das políticas públicas de saúde em municípios de fronteira reclamam do fluxo de pessoas que buscam atendimento e não estão computadas na base de cálculo dos recursos provenientes do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRANCO, 2013, p. 03).

2. Destaca-se, ainda, o segundo tipo de população da fronteira Porto Murtinho/Carmelo Peralta. Tem-se a **população rural** do município de Porto Murtinho formada por ribeirinhos, pequenos e grandes produtores rurais da região do Baixo Pantanal³⁴; além destes, existem as comunidades indígenas das etnias Chamacoco³⁵, Kadiwéu³⁶, Kinikinau³⁷ e Terena³⁸, que estão divididas em seis aldeias: a) Alves de Barros, que é a maior de todas e de mais difícil acesso; b) Campina; c) Córrego de Ouro; d) Tomázia; e) Barro Preto; e f) São João, todas localizadas a mais de 300 km da área urbana da cidade

34 A região do Baixo Pantanal é uma das duas regiões que compõem o Pantanal do Estado de Mato Grosso do Sul e é formada pelos municípios de Corumbá, Ladário e Porto Murtinho.

35 Os Chamacocos são um grupo indígena que se localiza em território brasileiro, na reserva Indígena Kadiwéu. Indígenas paraguaios que foram no passado capturados e serviram os Kadiwéu.

36 São índios cavaleiros, integrantes de única comunidade sobreviventes dos Guiakurus, indígenas que lutaram ao lado dos brasileiros na guerra do Paraguai. Conhecidos pelo seu artesanato que apresenta um grafismo único elaborado com elementos geométricos singulares.

37 A etnia dos kinikinau é constituída de comunidades indígenas que vivem atualmente espalhados por aldeias da porção ocidental do estado de Mato Grosso do Sul. Hoje, sua maior concentração vive na comunidade São João, no sudeste da Reserva Indígena Kadiwéu, município de Porto Murtinho.

38 Os Terena é uma comunidade indígena que está espalhada no estado de Mato Grosso do Sul (áreas indígenas Aldeinha, Buriti, Dourados, Lalima, Limão Verde, Nioaque, Pilade Rebuá, Taunay/Ipegue e Terras Indígenas Água Limpa e Cachoeirinha, Umutina, à lesta do Rio Miranda e também à oeste da Reserva Indígena Kadiwéu) e São Paulo. Possuem a cultura do plantio e têm grande integração com as populações urbanas locais.

de Porto Murtinho, muito próximas aos municípios de Bodoquena, Jardim e Bonito.

Destaca-se, também, a população rural de Carmelo Peralta, formada pela população do Chaco Paraguai e de pequenos agricultores indígenas adyreos e grandes produtores rurais. Trata-se de uma região de pequena densidade populacional.

É importante mencionar que 9% a 10% da população do município de Porto Murtinho são de indígenas, da mesma forma que em Carmelo Peralta, com alta taxa de indígenas Adyreos.

No que tange ao atendimento à saúde na área indígena, do lado brasileiro existe parceria com órgãos de atendimento de Saúde dos Municípios de Jardim, Bodoquena e Bonito, além de órgãos como a Fundação Nacional do Índio - FUNAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI e o Distrito Sanitário Indígena. Majoritariamente, o atendimento à população indígena é realizado nos municípios de Jardim e Bodoquena, devido à localização mais próxima a esses municípios do que a própria área urbana da cidade de Porto Murtinho, cuja distância calculada é de 350 km, permeada por estradas ruins e de difícil acesso. Ressalta-se que a atenção à saúde da população indígena é competência da União³⁹, mas as campanhas de vacinação, entre outras, são de responsabilidade do município.

Com relação à saúde e à organização dessa área na região de Porto Murtinho e Carmelo Peralta, por se tratar de municípios de pequeno porte, possuem as respectivas estruturas predominantemente na Atenção Primária em Saúde. Ressalta-se, porém, que

39

Conforme PORTARIA Nº 70, DE 20 DE JANEIRO DE 2004, do Ministério da Saúde, compete a esse ministério as ações integrais de saúde das pessoas indígenas (Art. 6º - Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI): I - Planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena). Ver: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0070_20_01_2004.html.

Porto Murtinho possui um pequeno hospital⁴⁰ com uma sala para realização de pequenas intervenções cirúrgicas e partos (ALMEIDA, FILHO, SALES, SILVA, 2021).

Do lado paraguaio, a cidade de Carmelo Peralta possui uma população aproximada de 5 mil habitantes. A cidade até bem recentemente não possuía asfalto, mas, com a proposta da passagem do Corredor Rodoviário Bioceânico, o governo paraguaio passou a investir tanto na infraestrutura da cidade como também nas políticas públicas de atendimento à população.

De acordo com Mondardo e Staliano (2020, p. 12) ao se reportar à fronteira Brasil-Paraguai em geral, afirmam que ... “...a fronteira com o Paraguai é marcada pela degradação do meio ambiente em função das monoculturas da soja e milho, da pecuária e dos conflitos de fazendeiros com comunidades indígenas que lutam por territórios tradicionais”, e, mais: “... a presença do crime organizado internacional, comércio ilegal, exploração sexual, tráfico de seres humanos, de drogas e de armas” (p. 12).

Como questão importante de saúde pública, Carmelo Peralta ainda não possui um sistema de saneamento básico e nem de acesso da população à água potável. A população que tem poder aquisitivo compra água mineral para consumo; aqueles não podem comprá-la, recolhem a água do rio. Há alguns anos passados, tentou-se implementar um sistema de acesso à água tratada, todavia, sem sucesso (ALMEIDA, 2021).

Os serviços e equipamentos de saúde são ainda deficitários, embora estes já tenham sido reformados e haja uma boa equipe de profissionais da saúde, principalmente de médicos clínicos gerais.

40 Hospital Oscar Ramires Pereira de Porto Murtinho foi reformado durante o desenvolvimento desta pesquisa, expandindo a capacidade de leitos e atendimento. Foi criado pela Lei Municipal n. 1499, de 23/05/2012. Ver: <https://sapl.portomurtinho.ms.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2012/52/52_texto_integral.pdf>

Carmelo Peralta não possui hospital, mas realiza, com frequência, partos normais em uma das salas de atendimento de sua Unidade de Saúde na região central da cidade. Situações de saúde que exigem maior complexidade, como a necessidade de uma sala cirúrgica adequada e/ou atendimento hospitalar são encaminhadas para Assunção – capital do país, distante 645 km. Por esse motivo, alguns pacientes cruzam o rio nos pequenos barcos em direção a Porto Murtinho em busca de atendimento dos serviços de saúde brasileiro. As urgências são atendidas e, posteriormente, transferidas em ambulância paraguaia que fica disponível em Porto Murtinho. O trajeto terrestre de Porto Murtinho para Assunção é realizado pelo território brasileiro Porto Murtinho/Brasil - Ponta Porã/Brasil - Pedro Juan Caballero/Paraguai - Assunção/Paraguai (ALMEIDA, DORSA, FIDELES, CARISSIMI, SOUZA, FRANCELINO, 2022). Para Giovanella *et al.* (2007), potencialmente, os municípios de divisa internacional, principalmente as cidades gêmeas, são espaços de maior procura dos serviços de saúde por paraguaios e brasileiros não residentes, devido à dificuldade de acesso à saúde do município Carmelo Peralta, decorrente da distância de sua capital e da demanda de sua população.

Um aspecto bastante relevante, em relação às duas cidades, tanto a brasileira quanto a paraguaia, é a ausência de mão de obra qualificada. São municípios constituídos por uma população local com baixa escolaridade, com acentuada evasão escolar e com poucas oportunidades de trabalho e melhoria de renda. Pode-se apontar que grande parte da população local não possui renda adequada às suas necessidades básicas (ALMEIDA, 2019).

As cidades gêmeas⁴¹ de Porto Murtinho e Carmelo Peralta se caracterizam por deslocamentos - inclusive pendulares - intensos

41 São considerados adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira entre países (terrestre ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura), com grande potencial de integração econômica e cultural. (Brasil, 2016).

entre sua população, que fazem parte da dinâmica dessas cidades. Estes são realizados por escolares⁴² que residem no Paraguai e estudam no Brasil, assim como brasileiros que estudam no Paraguai. Também se apontam fluxos de trabalhadores entre os países ou de trabalhadores temporários.

Com relação aos deslocamentos humanos na região, embora algumas pesquisas assinalem uma migração entre os países, esta não ocorre, de fato, como tal⁴³, pois a referida fronteira ainda não constitui um local de fluxos migratórios e de refúgio para o Brasil, diferentemente, por exemplo, da cidade fronteira sul mato-grossense de Corumbá (que já se constitui corredor migratório).

Um fator importante a se considerar, dada a realidade do momento em que a pesquisa foi desenvolvida, é a intensificação de uma população flutuante nas cidades de Porto Murtinho e Carmelo Peralta. Mencionem-se, como fatores influentes, os seguintes:

1. **Turismo de Pesca** - Ressalta-se que a região já possui, há tempos o turismo de pesca praticado normalmente por pessoas do sexo masculino. Essa população movimenta recursos, barcos de pesca, restaurantes, rede hoteleira de ambas as cidades.
2. **Trabalhadores da Ponte** - Os trabalhadores que estão construindo a Ponte do Corredor Rodoviário Bioceânico, fixaram moradia em Carmelo Peralta, já que o ganho da licitação para a sua construção se deu por uma empresa brasileira, mas sua contratação foi realizada pelo Paraguai. Os trabalhadores são majoritariamente paraguaios, com contratos regulamentados pela lei paraguaia.

42 Esses escolares são crianças/adolescentes paraguaios que possuem documentação brasileira, mas pertencem às famílias paraguaias e residem em Carmelo Peralta. A maioria destes são da comunidade indígena Adyreo.

43 Provavelmente deverá ser um ponto de passagem em um futuro breve, a partir da construção da ponte do Corredor Rodoviário Bioceânico.

3. **Caminhoneiros** que cruzam o território para o transporte de grãos. Hoje o fluxo normal é de 300 caminhões/dia e de 600 veículos em períodos de “pico” de safra.

Por se tratar de fluxos e deslocamentos intensos de uma população flutuante, ressaltamos a importância de ações vinculadas à vigilância epidemiológica e saúde primária, entre outras. A mobilidade humana e fluxos flutuantes é um fator importante a ser analisado, em relação a políticas públicas de saúde e assistência social das populações locais.

Conforme assinala Peiter (2020), a mobilidade transfronteiriça pode ser vista como uma estratégia das populações de fronteira para buscarem melhores condições de vida, como trabalho, estudo e outros. No entanto, essa mobilidade pode significar um problema para os serviços de saúde locais, na medida em que dificulta as ações de prevenção, atenção e a vigilância em saúde. A mobilidade transfronteiriça e a presença de populações flutuantes nas zonas de fronteira podem dificultar: os registros de saúde; impedir o acompanhamento do tratamento de pacientes de passagem pela fronteira ou que vivem em país limítrofe; impactar o planejamento e a implementação de ações de prevenção, controle e monitoramento de doenças; mascarar o dimensionamento dos serviços e a efetividade das ações de imunização; e tornar pouco efetivas as ações locais de saúde, como o controle de vetores e o controle ambiental (*apud* ALMEIDA; CARISSIMI, 2023, p. 09).

Por sua vez, os deslocamentos transfronteiriços são movimentos singulares dessas regiões, pois as mesmas traduzem movimentos territoriais importantes a serem considerados, já que se entende o território com características particulares. Considera-se que essa população também deverá ser atendida pelas políticas públicas locais, principalmente no que tange à política de saúde. Isso pode vir a sobrecarregar o Sistema Único de Saúde, na medida em que desencadeia novas demandas, como, por exemplo, pedidos de assistência médica provenientes de acidentes de trabalho, entre

outros. As situações decorrentes de acidentes de trabalho não estão entre as especialidades atendidas pelo Hospital de Porto Murtinho e nem pela Unidade de Saúde de Carmelo Peralta e/ou pela Unidade de Saúde responsável pelo atendimento a acidentes de trabalhadores na ponte. Em casos de emergência, os trabalhadores são transportados para as cidades que têm maiores recursos médico-hospitalares, nesses casos, Campo Grande e Assunção.

Considera-se importante mencionar também que os fluxos flutuantes de população majoritariamente masculina, a qual deverá merecer a atenção ao controle e ao manejo de doenças associadas às populações móveis⁴⁴ (ALMEIDA; CARISSIMI, 2023, p. 9).

A pesquisa desenvolvida no Projeto “Rede Intersetorial de Políticas Públicas” buscou construir um diagnóstico socio-territorial dos determinantes sociais de saúde, para tanto, pesquisaram-se dados indicadores. Muito embora se tenha despendido esforço junto à Secretária de Estado de Saúde, os dados e indicativos apresentados não correspondem à realidade local.

No âmbito da saúde no município de Porto Murtinho, os dados apresentam-se insuficientes para de fato se conhecer e analisar as condições de acesso e demandas por serviços no SUS, principalmente no que se refere a questões polêmicas como álcool e drogas, suicídio e situações decorrentes de violências em geral (ALMEIDA, 2020). Desse modo, observou-se a subnotificação dos dados no município denotando a importância de reforço no que tange à vigilância em saúde. A subnotificação pode ser apontada por uma conjuntura de razões, dentre essas: 1. A rotatividade de profissionais no

44

Exemplos: UIV, AIDS e DSTs; Infecções sexualmente transmitidas (ISTs) e vírus da imunodeficiência humana (HIV) causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

município⁴⁵, questão importante para se refletir sobre a gestão da saúde pública; 2. Falta de conhecimento dos sistemas de notificação ou descompromisso com os sistemas de notificação; 3. Algumas notificações se referem às situações de violência e/ou agravos contra os direitos humanos, como violências diversas, nesse caso, notou-se o não reconhecimento do ato e/ou medo do agressor e de uma possível retaliação.

A questão da subnotificação apresenta-se essencialmente mais evidente quando se trata de questões relacionadas aos dados primários de pessoas não nacionais e brasileiros, demonstrando que pouco se conhece das estratégias locais de respostas às pressões específicas por atenção à saúde nas regiões das fronteiras brasileiras. Trata-se de uma questão observada em toda a extensão da fronteira brasileira, que denota a sua complexidade, principalmente no que tange aos fatores condicionantes do perfil de utilização e nas características intrínsecas dos Sistemas de Saúde de cada Estado-Nação. Nesse sentido, observa-se que seria necessária a realização também de um diagnóstico do município de Carmelo Peralta, no Paraguai, a fim de garantir maior conhecimento do local.

No âmbito do território paraguaio, nota-se a ausência de sistemas computadorizados de informação, haja vista que os registros comprobatórios dos atendimentos realizados são feitos de forma manual pelas equipes das Unidades de Saúde de Carmelo Peralta.

Outro ponto importante a se considerar é a necessidade de ampliação no atendimento de algumas especialidades médicas possíveis de se tratar em Porto Murtinho ou municípios próximos. Durante todo o percurso da pesquisa ouviu-se sobre a regionalização

45 Apontado como um fator importante na pesquisa realizada, a rotatividade de profissionais de saúde se deve à frágil permanência de profissionais de saúde, principalmente médicos, enfermeiros e outros profissionais especializados na localidade. Mesmo identificando que o município apresenta uma remuneração acima da média, a rotatividade de profissionais ainda se apresenta como fator primordial para a boa execução do serviço de saúde no município.

da saúde por parte do governo do estado de Mato Grosso do Sul e a possibilidade de se criarem atendimentos específicos no município de Jardim, o que encurtaria 50% do percurso; todavia, nada foi concretizado, ainda. Mencionem-se, nesse sentido, os pacientes renais crônicos. Para receberem diálise, esses pacientes renais têm que viajar, de acordo com seu tratamento e em alguns casos, todos os dias da semana, para Campo Grande (443 km), percorrendo essa distância na ida e na volta, totalizando a média de 900 km, o que dificulta o tratamento ou causa sofrimento ainda maior ao doente. Se fossem atendidos no hospital na cidade de Jardim/MS, a distância seria encurtada em 205 km, distância de Porto Murtinho a Jardim. Assim, seria importante instaurar um serviço de atendimento e tratamento dos pacientes renais crônicos, de forma a minimizar a situação.

Outro ponto a ressaltar é que embora o município pratique políticas de incentivo e de remuneração capazes de garantirem a permanência de profissionais na cidade de Porto Murtinho, ainda assim há uma grande rotatividade de profissionais que acabam não permanecendo no município. Acredita-se que com a implementação do Corredor Rodoviário Bioceânico a tendência é de diminuir essa rotatividade e de tornar a cidade mais atraente para a permanência de profissionais. Entretanto, ainda hoje se observa a necessidade de profissionais especializados, como enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos de algumas especialidades, entre outros, recursos humanos para cuja captação o município encontra dificuldades.

Com a pesquisa realizada por meio do Projeto Rede Intersectorial de Políticas Públicas, levantaram-se temáticas importantes a serem refletidas junto à população local, em questões sociais referentes às cidades de Porto Murtinho e Carmelo Peralta. Desse modo, considerou-se importante que a equipe de pesquisadores atuasse nos seguintes temas, que são discutidos nesta publicação, ao longo dos capítulos que a constituem: 1. Saúde na Fronteira: questões de saúde na fronteira; 2. Saúde Mental – Álcool e drogas, suicídio e autismo; 3. Violências e seus ciclos: violência contra a mulher e contra

a criança e ao adolescente; 4. Saúde Primária: Saúde da mulher e materna, gravidez na adolescência; 5. Saúde Popular, cultura e crenças; 6. Saúde de escolares e fluxos na fronteira (movimento pendular); 7. Educação em saúde frente aos determinantes sociais.

Essas temáticas foram essencialmente pauta dos debates impulsionados nas rodas de conversa realizadas junto à população local, assim como pauta das entrevistas realizadas. Desse modo, a equipe de pesquisadores propôs-se a ouvir atentamente a população local e buscar construir possíveis respostas necessárias para a promoção da educação em saúde. A partir desse debate, tentou-se, então, que as questões fossem atenuadas com soluções que emergissem através de discussões ampliadas intersetoriais entre as políticas.

INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS A INTERFACE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, a atual política de saúde surgiu a partir da Constituição Federal de 1988, e na efetividade do Sistema Único de Saúde com os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

O Paraguai teve sua saúde pública instituída em 1936 com a criação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social e a implementação dos serviços de saúde. A partir de 1992 com a promulgação da Constituição Nacional da República do Paraguai, em seus art. 68 e 69, tratou do direito à saúde e estabeleceu que o Estado deve proteger e promover a saúde como direito fundamental da pessoa e da comunidade. (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUA, 1992).

De acordo com o Documento OPAS “Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai” (2013, p. 16), a criação, em 1994, do Instituto Nacional de Saúde e, em 1996, a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) pela Lei 1.032/Paraguai, reiterou-se a garantia de atenção da saúde para todos de maneira equitativa e sem discriminação de nenhuma natureza, contudo, ainda foi mantido um modelo fragmentado e segmentado. Somente em 1998 foi constituída a Regulamentação da descentralização sanitária e a Regulamentação da superintendência de saúde, e, em 1999 foi Reestruturado o Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social.

Em 2009 o Conselho Nacional de Saúde do Paraguai entregou recursos para administração e distribuição aos Conselhos Locais de Saúde de todo o país, com a resolução de gratuidade universal dos serviços de saúde. Nota-se uma construção ainda em curso do Sistema de Saúde paraguaia com vistas à gratuidade universal dos serviços de saúde não totalmente efetivado. Desse modo, a discussão de intersetorialidade ainda não é discutida, no Paraguai, com a atenção merecida, e proposta pelos instrumentos de direitos humanos com vistas à saúde propostos pela ONU (PARAGUAY, 2015).

De acordo com Faler (2016), a ideia de atividades de cunho intersetoriais nasceu de discussões realizadas na Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Alma-Ata de 1978. O objetivo era de propor melhorias às condições de saúde e acesso da população em geral.

Nesse sentido, a integração entre diferentes serviços da rede, interagindo diversos setores e organizações sociais, é condição essencial para a execução de um serviço em saúde que responda às necessidades sociais da população. A ideia do fortalecimento setorial é importante para qualquer ação de serviço público à população, mas a concepção da intersetorialidade nasce com um viés para o diálogo entre as políticas, e pode resultar em ações

mais efetivas no atendimento às situações que exigem maior complexidade em sua atuação (MACHADO, MONTEIRO, QUEIROS, VIEIRA, BARROSO, 2007).

Nesse sentido, ressalta-se que setorialidade dos serviços propõe um olhar fragmentado de cada política:

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 21).

Um olhar intersetorial entre as políticas públicas promove a partilha e diálogo em prol de soluções e alternativas para situações complexas e singulares da questão social, na contemporaneidade, promovendo a corresponsabilização de todos diante das situações que surgem a partir das mazelas sociais, buscando dar respostas mais efetivas para questões que antes pareciam sem alternativas. Para que essas ações se tornem mais efetivas, é necessária a construção e leitura de bom diagnóstico socio-territorial e de planejamento estratégico autônomo. No caso da fronteira, esse diagnóstico deve entender que território e territorialidade consistem em aspectos que vão além das demarcações e limites espaciais nacionais, a fim de promover um olhar ampliado sobre território numa concepção de totalidade, sem esquecer que a realidade social é sempre contraditória em suas especificidades.

A construção do diagnóstico sócio-territorial de regiões de fronteira deve se constituir de processos participativos e coletivos que busquem sensibilizar as diferentes políticas de saúde, assistência

social, educação, habitação, que compreendam o desenho territorial, as potencialidades, singularidades, a cobertura de serviços e a proteção de populações em cada território.

Um território de fronteira como o das cidades gêmeas não pode se restringir ao território nacional, pois consiste em uma totalidade de territórios que se integram, superando o local e envolvendo políticas e diálogos entre governos municipais, estaduais e nacionais.

A intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

O desenvolvimento do Projeto “Rede Intersectorial de Políticas Públicas” propôs superar e enfrentar a fragmentação setorial e profissional, promovendo o debate integrativo e diálogo entre as várias instâncias, inicialmente realizado apenas no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município de Porto Murtinho. Posteriormente, foi ampliado para um debate com alguns setores do SUS do Governo do Estado, mas efetivamente numa articulação intersectorial conjunta com a política de Assistência Social e Educação do Município e do Estado.

No diálogo com os profissionais das diversas políticas públicas de Porto Murtinho, um discurso recorrente se reportava ao enfrentamento às situações mais complexas por parte deste ou daquele serviço público. Esse discurso provocou a reflexão sobre qual o papel de cada política, a exemplo das situações recorrentes com álcool e drogas enfrentadas em regiões de fronteira. Estas seriam de responsabilidade da saúde ou da assistência social? Assim, a perspectiva da intersectorialidade provoca a desmitificação dessas situações e

propõe o enfrentamento da fragmentação vivenciada no trabalho dos profissionais que atuam em situações complexas e de difícil solução. Busca-se, desse modo, superar-se um olhar apenas setorial e desarticulado, e propõe-se a corresponsabilização das políticas através de planejamento estratégico e de enfrentamento conjunto, empoderando os profissionais a darem respostas mais efetivas.

O sentido dessa articulação e diálogo é reconhecer a incompletude de qualquer política pública frente à complexidade da realidade social atual, refletindo que situações como álcool e drogas, suicídio e as diversas violências se cruzam e entrecruzam-se nos diversos atendimentos das políticas públicas.

Entretanto, não se trata de excluir as especificidades das políticas, mas sim de ressaltar a importância e resguardo da setorialidade de cada serviço, mas do reconhecimento de que nenhuma política realizada de forma isolada alcança total efetividade em suas ações. Reconhecer a complexidade e a totalidade da realidade social é primordial para qualquer efetividade no âmbito da gestão das políticas públicas. Assim, ressalta-se a importância do fortalecimento da intersectorialidade numa proposta concreta de trabalho conjunto e integrado, no qual a corresponsabilização se faça presente, buscando dar respostas mais efetivas e concretas à realidade social da contemporaneidade.

Segundo Bronzo (2010, p. 9-10), uma dimensão para se pensar a intersectorialidade é articular o conjunto de ações entre as políticas, o que exige mais do que uma simples conexão ou agregação de setores; exige, sim, uma estratégia coletiva de enfrentamento das questões sociais presentes, por meio de uma proposta de integralidade a definição das estratégias de intervenção. Uma segunda dimensão, segundo a autora, é definir a intersectorialidade como estratégia de gestão, de natureza mais institucional e organizacional, articulada a uma exigência no âmbito técnico e institucional, adequada ao aumento da eficácia das políticas e como respostas aos desafios colocados para as políticas.

O desenvolvimento da pesquisa Rede Intersetorial de Políticas Públicas propôs, como primeira estratégia, a articulação dos diversos atores por meio de discussão coletiva sobre o enfrentamento das questões relativas ao âmbito da fronteira. No segundo momento, propôs um alinhavo de forma institucional, política e técnica, promovendo, junto à gestão pública, a corresponsabilidade pelo encadeamento de um trabalho articulado e autônomo da equipe intersetorial. Essa equipe foi criada como resultado do “Seminário Intersetorialidade e saúde na Fronteira”, realizado em fins de outubro de 2023, que constou de um debate ampliado com os diversos segmentos societários do município de Porto Murtinho e propôs a continuidade da efetividade da discussão proposta em ações advindas e construídas conjuntamente.

O primeiro trabalho realizado por esse grupo partiu dos resultados dos pesquisadores e trabalhadores do SUS, do SUAS e da Educação, com base na reflexão e construção de fluxos de atendimento às questões advindas da violência contra a mulher e à criança e ao adolescente. Portanto, o reconhecimento da incompletude de cada política e da necessidade de uma prática que prima pela complementaridade sem medo de perder espaço é fundamento para qualquer construção para uma prática intersetorial.

No que diz respeito à prática intersetorial de políticas públicas em território nacional, foi possível observar, no desenvolvimento desta pesquisa, a necessidade da construção de práticas e políticas transnacionais que respondam às demandas do território em sua totalidade, considerando que a população de fronteira é fundamentalmente entendida em sua territorialidade.

POLÍTICAS TRANSFRONTEIRIÇAS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA REGIÕES DE FRONTEIRA

O cotidiano da fronteira demonstra aspectos contraditórios, de complementariedade e, ao mesmo tempo, complexos, pois esses espaços são formados pela articulação entre o local e o internacional, constituindo dinâmicas muito próprias. A essas relações que se dão no território de fronteira denominamos de fronteiriças ou transfronteiriças. Os transfronteiriços resguardam as identidades e as respectivas culturas nacionais, que são reconstituídas e recriadas nas dinâmicas de suas territorialidades e formam uma cultura e uma identidade regional singular.

Durante a pesquisa realizada identificou-se que em ambos os territórios, a população local possui familiares, tanto paraguaios como brasileiros, denotando que as relações são bem próximas nesta região. Trata-se, portanto, de uma população com características próprias, formada por identidades e histórias singulares regionais de um território único paraguaio e brasileiro no qual as relações intensificam-se nos deslocamentos pendulares e nas relações sociais constituídas de muita familiaridade e proximidade. Pode-se assim destacar as potencialidades da totalidade concreta do território.

As dinâmicas e os fluxos de fronteira entre as cidades-gêmeas participantes deste estudo demonstram essas potencialidades do território, como já referido neste capítulo, “uno” e “múltiplo”. Essas dinâmicas se expressam nas relações culturais e sociais, mas também aparecem nas relações que se estabelecem nos serviços de acesso e atendimento à saúde, educação, assistência social entre outros. No caso das políticas públicas entre as regiões de Porto Murtinho e Carmelo Peralta, acontecem, na maioria das vezes, de

forma assimétrica, ou seja, com predominância no atendimento das políticas brasileiras. Essa predominância não desqualifica, de modo algum, o atendimento realizado na cidade paraguaia, mas demonstra as demandas societárias de regiões de fronteira.

De acordo com Nogueira, Fagundes e Bontempo (2013, p. 2), um dos impactos indiretos da constituição do Mercosul foi a metamorfose ocorrida em relação às fronteiras, as quais já não são espaços totalmente desconhecidos e agora constituem-se como objeto de preocupação governamental dos países, tendo em vista que integram corredores econômicos de trânsito de bens, serviços e mercadorias. Além desses dois aspectos, a faixa fronteira é reconhecida pela perversa desigualdade territorial, em que a violência e a negação de direitos são uma constante.

De acordo com Aikes e Rizzotto (2020), a legitimação dos processos de transfronteirização, concebida como um conjunto de esforços na busca de direitos sociais, demanda regras especiais de funcionamento, respaldadas por acordos bi ou multilaterais, uma vez que transcendem a escala local e envolvem sistemas políticos e sociais distintos. No caso do Brasil, os maiores fluxos correspondem aos serviços públicos de saúde e educação (AIKES, RIZOTTO, 2020).

Segundo Peiter e Pereira (2020) as relações bilaterais de saúde no Brasil (com todos os países vizinhos da América do Sul) têm como foco a cooperação em saúde, tanto para a utilização dos serviços de saúde, como no apoio técnico e no fortalecimento de programas existentes de combate às doenças. Os acordos são da competência da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) do Ministério da Saúde, cujo papel principal consiste em elaborar diretrizes, coordenar e implementar políticas de saúde (ALMEIDA e CARISSIMI, 2023, p. 09).

As fronteiras brasileiras têm aberto oportunidades de novas demandas, provocando a reflexão sobre a regionalidade e a interiorização dos países latino-americanos⁴⁶. Segundo Mondardo e Stalioano (2020, p. 13),

Cerroni e Carmo (2015) discutem que nos últimos anos houve um aumento no fluxo material e humano, alavancado pelos processos de integração regional entre países, estas mudanças apresentaram desafios para o sistema de saúde brasileiro – especialmente em regiões de fronteira – que tem se mostrado frágil e despreparado para lidar com os riscos e disseminação de doenças específicas nestas regiões.

Diante da realidade vivenciada na fronteira, os municípios de Porto Murtinho e Carmelo Peralta realizam negociações com acordos informais para atender à população de ambos os territórios, buscando soluções para as dificuldades locais cotidianas, principalmente no âmbito da saúde. Nesse esforço mútuo enfrentam a falta de recursos financeiros para atender às demandas, pois nem sempre os acordos informais são consistentes, o que coloca a população transfronteiriça numa situação de grande fragilidade em relação à política pública de saúde. Um exemplo que pode ser mencionado aconteceu durante a pandemia, quando a população paraguaia não pôde ter acesso à vacina da Covid-19, haja vista que não possuía a carteira do SUS. Desse modo, algumas pessoas que residem na cidade de Porto Murtinho foram impossibilitadas de se vacinarem, pelo fato de não possuírem documentação brasileira, ainda que residissem há anos em território brasileiro.

46 Pode-se dizer que há um processo de deslocamento do sul para regiões pouco exploradas. Até os dias atuais, os territórios mais explorados foram aqueles que estão ao sul desses países, como Santiago, no Chile, Buenos Aires, na Argentina e São Paulo-Rio de Janeiro, no Brasil. Acredita-se que estão surgindo novas áreas econômicas e comerciais, como o norte do Chile, o norte da Argentina e o centro-oeste brasileiro. Estes farão parte do novo cenário estratégico desses países.

Assim, é necessário que haja atenção dos governos brasileiro e paraguaio na articulação de suas políticas de fronteira, bem como às questões referentes a

... das relações bilaterais e multilaterais com o país vizinho, isto é, os temas transfronteiriços, fazem parte da pauta de uma política de ordenamento territorial no âmbito nacional, pois possui importantes repercussões nos fluxos e mesmo em regiões às vezes distantes das fronteiras (SOUZA E GEMELLI, 2011, p. 104).

As políticas públicas nas regiões de fronteira constituem ações necessárias para a implementação de serviços e políticas que respondam às necessidades locais. Observa-se a necessidade de estratégias transnacionais com acordos realizados no âmbito dos países ou mesmo uma política pública de saúde transfronteiriça acordada em ambos os países. Segundo Nogueira, Dal Prá e Fermiano (2007), o princípio da saúde como direito universal precisa ultrapassar os usuais limites territoriais de cada uma das nações, trazendo à tona a necessidade de reformulação de direito vinculado ao Estado-nação.

O Projeto de Pesquisa “Rede Intersectorial de Políticas Públicas”, desenvolvido no território de Porto Murtinho/Carmelo Peralta por meio de uma pesquisa participante, propiciou refletir que as fronteiras brasileiras devem ser pensadas como territórios fundamentais para os países da região sul-sul, principalmente apontadas nas realidades da saúde primária, da vigilância em saúde na fronteira e com relação às doenças provocadas a partir de deslocamentos humanos flutuantes. Segundo Mordado e Staliano (2020), há necessidade de se pensar um sistema de vigilância integrando os países fronteiriços, visando oportunizar um melhor acesso à informação sobre doenças específicas, que favoreça as ações de controle das mesmas, além de articular as diversas políticas públicas para favorecer as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Observa-se a necessidade de implementar ações que vão além de infraestrutura, ou seja, há uma necessidade premente de incorporar serviços e políticas públicas para atendimento mais amplo e contínuo da população. Considera-se que as mudanças devem resultar em contribuições e colaborações entre os países, que integram o Corredor Rodoviário Bioceânico, em busca da construção de alianças comuns que possam dar respostas às demandas sociais por igualdade e emancipação. Desse modo, as transformações devem ser construídas em seus mais diversos setores, provocando os gestores públicos nacionais a buscar experiências fronteiriças exitosas e capazes de responder às singularidades e às especificidades que a região demanda.

Para Augustin e Nogueira (2010), há de se entender, antes de tudo, os fatores que dificultam a criação de políticas articuladas em regiões de fronteira. O primeiro seria a inexistência de princípios ético-políticos comuns, decorrentes das políticas nacionais de saúde em cada país; o segundo fator será a fragilidade dos níveis de institucionalidade, como os acordos e pactos bilaterais firmados entre os governos que não garantem execuções efetivamente práticas. Em alguns casos, assinala-se o desconhecimento sobre os mesmos por parte dos gestores e profissionais.

Com a criação do Mercosul, este passou a se preocupar com a agenda de integração regional e criou, em 2004, o Fundo de Convergência Estrutural e Fortalecimento Institucional do Mercosul (FOCEM), cuja finalidade é aprofundar o processo de integração regional no Cone Sul, por meio da redução das assimetrias, do incentivo à competitividade e do estímulo à coesão social entre os países-membros do bloco. Esse fundo se destina a financiar projetos para melhorar a infraestrutura das economias menores e regiões menos desenvolvidas do Mercosul, impulsionar a produtividade econômica dos 'Estados-partes', promover o desenvolvimento social, especialmente nas zonas de fronteira, e apoiar o funcionamento da estrutura institucional do bloco (NOGUEIRA; FAGUNDES; BONTEMPO, 2013, p. 8).

Segundo Dal Prá, Mendes e Miotto (2007), a dimensão social da integração no Mercosul ganhou amplitude sob distintas perspectivas, com a criação de instituições e/ou acordos, medidas legais e documentos estão: a educação, a seguridade social, os aspectos laborais, as questões relacionadas às mercocidades, a construção de um sistema de indicadores sociais e a integração fronteiriça, mas somente mais recentemente se trata das questões que permeiam a saúde. Contudo, não se estabeleceu ainda uma agenda social autônoma do Mercosul frente às dimensões sociais da integração. Por certo, ainda se necessita de avanços significativos que denominam agendas comuns e objetivas no âmbito entre os países da América do Sul.

Alguns esforços têm sido empreendidos para dirimir as questões de saúde referentes às populações da fronteira Brasil-Paraguai. Mencione-se que, enquanto organismo internacional de saúde pública, a Organização Pan-Americana da Saúde visa melhorar a saúde dos países das Américas. Os processos variam de acordo com as realidades nacionais, mas são destinados a contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, a OPAS/OMS tem enfatizado iniciativas trianguladas sul-sul, cumprindo com as políticas de cooperação internacional do país e implementando Termos de Cooperação baseados nos princípios de estabelecimento de prioridades, de acordo com os compromissos regionais e globais com o país e na gestão baseada em resultados, o que exige o planejamento e a avaliação colegiada (OPAS/OMS, 2007 *apud* OPAS, 2013).

Tendo em conta os processos de reformas nos sistemas de Saúde nas Américas, foi proposta, em 2005, a criação de um Programa de Cooperação Internacional em Saúde (TC 41)¹, que tem como objetivo promover o desenvolvimento de conhecimentos e o intercâmbio de experiências, tecnologias para enfrentar os problemas de saúde que são prioridades ou interesses comuns entre Brasil e outros países membros da OPAS/OMS, com prioridade para a América do Sul e a África de língua portuguesa,

apontando para o desenvolvimento solidário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. a incorporação e implementação de uma agenda crescente (OPAS, 2013).

Embora, já haja Projetos de Cooperação Técnica Brasil - Paraguai pela OPAS, para o fortalecimento de sistemas de saúde no âmbito das regiões fronteiriças eles ainda são insuficientes para responder às necessidades regionais.

A partir dos anos 2000, o Mercosul vem realizando esforços - embora insuficientes - com vistas à pauta da saúde no âmbito dos países vizinhos. Um exemplo deles é a pauta negociadora do SGT n.º 11 "Saúde", Res. GMC n.º 21/01, que estabelece, como tarefa geral,

...harmonizar as legislações dos Estados Parte, referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área de Saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar obstáculos ao comércio regional, contribuindo desta maneira ao processo de integração (OPAS, 2013).

Mais recentemente, em novembro de 2023, os dois países, Brasil e Paraguai, discutiram um aumento da resiliência dos respectivos sistemas de saúde pública, equidade no acesso a políticas, no combate a doenças endêmicas fortemente marcadas por determinantes sociais a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos. Trata-se de temáticas importantes, no âmbito da saúde, que resultaram em cerca de mais de 100 reuniões virtuais e presenciais⁴⁷, e conseguiram, como resultado desses esforços, quatro projetos de acordos transnacionais e duas declarações ministeriais. Os documentos gerados fazem parte dos esforços para a integração regional⁴⁸; um dos temas

47 Foram tratados temas como busca de doadores de células-tronco hematopoiéticas, prevenção e controle de agravos não transmissíveis, saúde nas fronteiras, prevenção, preparação e resposta a pandemias, mudanças climáticas e saúde e saúde sexual e reprodutiva.

48 O diálogo entre as questões regionais que envolvem saúde culminou em ações como vacinação na fronteira, realizada em outubro, em Foz do Iguaçu.

discutidos tratou da saúde nas fronteiras Brasil – Paraguai. Também se propôs um mapeamento do diagnóstico territorial de fronteira e o conhecimento das iniciativas integradas, buscando a transformação de informações epidemiológicas de doenças e agravos em saúde pública de interesse dos países integrantes do Mercosul⁴⁹, destacando o desenvolvimento de ferramentas transnacionais de vigilância epidemiológica para o manejo de riscos, sobretudo quando se trata de fronteiras terrestres e regiões com grande fluxo de pessoas (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2023).

Portanto, ainda que de forma incipiente, os países começam a se preocupar com as questões que permeiam a saúde na fronteira e os organismos internacionais e de saúde nacionais se mobilizam de modo estratégico e planejado em direção a uma política transnacional que responda às realidades locais. Todavia, é importante mencionar que cada fronteira resguarda sua identidade local e especificidades próprias e, portanto, as fronteiras menos conhecidas acabam invisibilizadas devido à realidade de fronteiras mais conhecidas. Assim, um mapa sócio-territorial dessas regiões seria um importante instrumento de apoio à construção de políticas públicas no âmbito da saúde, também da assistência social e da educação, para a construção de respostas às demandas singulares que se apresentam na fronteira.

49

O grupo também implementou o Projeto sobre Fronteiras Saudáveis e Seguras do Mercosul, atuação conjunta em diversas frentes de saúde nas regiões de divisa entre os territórios. Entre as ações, também se destaca a realização do 1º Curso sobre Produção e Desenvolvimento de Vacinas para os países do Mercosul, que contou com a liderança da Fundação Oswaldo Cruz.

ALGUNS INDICATIVOS PARA UMA PROPOSTA INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM REGIÕES DE FRONTEIRA

1. Constituição de uma equipe intersetorial de diferentes políticas, com a articulação da Prefeitura da cidade, para planejamentos intersetoriais estratégicos de atuação conjunta e articulação na educação em saúde de regiões da fronteira Brasil/Paraguai.
2. Constituição de grupos de trabalho entre as cidades gêmeas, propondo um diálogo articulado entre os países; reforçar os laços e os acordos bilaterais de cooperação; compor estudos dos determinantes sociais comuns do território fronteiriço e articular campanhas e construções de serviços públicos que dialoguem e realizem atividades conjuntas que visem ao melhor e mais eficaz enfrentamento das situações.
3. A saúde primária dessas regiões pode se articular em serviços de atuação comum, em campanhas voltadas para mulheres e crianças, jovens, idosos e população geral no sentido de cuidado, de prevenção de agravos, da proteção à saúde da população transnacional, do diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos e manutenção da saúde da população transnacional.
4. Com relação à saúde primária, será interessante que se realizem campanhas educativas articuladas de acompanhamento à saúde materna, já que a região apresentou, em ambas as cidades, Porto Murtinho e Carmelo Peralta, altos índices de gravidez na adolescência, como também falta de acompa-

nhamento ao pré-natal, principalmente no Paraguai. Essas questões podem ser enfrentadas em conjunto, no território dos dois municípios, por meio de serviços de informação e esclarecimento com relação ao cuidado, aleitamento materno (desmitificando posicionamentos, mitos e concepções do senso comum), além de prevenção das DSTs e da AIDS⁵⁰.

5. Os territórios de fronteira enfrentam situações críticas com relação ao álcool e drogas decorrentes dos fluxos facilitados de substâncias psicoativas. Será importante observar essa situação com planos nacionais dos países que visem atenção e cuidado em relação a essas questões. Será importante, também, que, no caso de Porto Murtinho, instale-se o serviço de atendimento ao CAPs AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas.
6. Construção de fluxos contra a violência doméstica, sexual e contra crianças e adolescentes. Elaboração de um Plano de Atuação de Prevenção e Repressão e Punição para os casos de exploração sexual de crianças e adolescentes, violência sexual e doméstica nos dois territórios, já que não se trata de uma questão insolada ao território brasileiro, mas uma realidade da fronteira Brasil/Paraguai.
7. Desmitificar as situações decorrentes de suicídio. Diferentemente do que se acreditava, no início do desenvolvimento da pesquisa, as situações de suicídio nessas regiões têm se intensificado, tornando-se necessária uma atuação mais efetiva por parte dos serviços de saúde dos Estados e Municípios dessa região.

8. Estudar melhorias e ações para abastecimento de água tratada nas comunidades indígenas e melhorias sanitárias domiciliares, manejo de resíduos sólidos, educação e mobilização social. No caso do Paraguai, a emergência de serviços de saúde pública voltada para o acesso à água tratada é urgente e necessária. Além dessas iniciativas, podem-se elaborar planos de atendimento e campanhas comuns de prevenção da região de fronteira com relação ao tratamento de água e às doenças como verminoses, dengue entre outras.
9. Propor, em cooperação bilateral, a implementação de ações em prol da educação permanente de profissionais da saúde, assistência social e educação, com ênfase nos direitos humanos, na garantia do acesso e atendimento da população transfronteiriça, no reconhecimento da diversidade/multiculturalidade, resguardando e respeitando as identidades nacionais, mas entendendo as dinâmicas e potencialidades locais da territorialidade.
10. As populações transfronteiriças possuem culturas, saberes e práticas próprias da região; deve-se potencializá-las em prol de ações voltadas à promoção e proteção da saúde em regiões de fronteira.
11. Estruturar uma política de gestão de resíduos sólidos vinculada à política de desenvolvimento urbano, com articulação regional para construção e gestão de aterro sanitário, centrais de compostagem ou reciclagem e demais equipamentos que acompanham o sistema de coleta e tratamento de resíduos sólidos. Podem-se, ainda, desenvolver ações de conscientização e educação em saúde, e de proteção e valorização do meio ambiente, tanto para o território de Porto Murtinho quanto para Carmelo Peralta.

12. Promover o aumento de recursos e repasses dos governos nacionais para as áreas de fronteira, propondo ações estratégicas e integradas entre países.
13. Promover ações educativas de capacitação linguística de profissionais com a oferta do ensino de português, espanhol e guarani.
14. Promover ações de informação e esclarecimentos sobre as culturas e etnias indígenas das comunidades do território paraguaio, da comunidade Adyreo; do Brasil, sobre os Chamacoco, Kadiwéu, Kinikinau, Terena e também sobre os Adyreos que estão na fronteira e realizam fluxos cotidianos entre Paraguai e Brasil.
15. Propor estratégias de ações de vigilância em saúde na totalidade do território de fronteira, possibilitando ações transnacionais entre os países.
16. Consolidar redes sociais (hoje constituídas na informalidade) entre gestores e profissionais atuante nas políticas públicas de ambos os países.
17. Propor a construção de sistemas de informação com registros da população transfronteiriça atendida em cada território nacional, de forma a obter registros consistentes sobre serviços e atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fronteira Brasil - Paraguai tem muito a ensinar, apresenta singularidades e contradições, situações de vulnerabilidades e riscos sociais que devem ser observados e enfrentados. Constitui espaço

dinâmico e pouco estudado, no âmbito das políticas públicas, conquanto se trate de um estudo necessário para questões estratégicas que estão em pauta na agenda sul-americana.

A saúde torna-se uma política importante a se considerar; sua articulação de forma intersetorial com as outras políticas se tornam, necessárias e emergentes, nesse sentido, estratégica, de enfrentamento aos determinantes sociais vigentes nesse território. É importante que se leve em conta, também, a necessidade de acordos internacionais, bi ou multilaterais, para a efetividade das políticas públicas em regiões de fronteira.

Por fim, é relevante considerar que as políticas públicas de acesso e atendimento à população devem acompanhar as transformações em curso, buscando a solidez e a constituição de políticas transnacionais capazes de fortalecer a região e suas populações. Há, portanto, um longo percurso a ser trilhado, no hemisfério sul global, em busca da consolidação da integração dos territórios, valorizando-se a territorialidade devida, resultado das resistências e lutas de seu povo.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serviço Social & Sociedade**, n. 102, p. 222-243, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200003>. Acesso em: 20 set. 2023.

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e180196, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180196>. Acesso em: 05 ago. 2023.

ALMEIDA, Luciane Pinho. **Projeto de Pesquisa “Rede Intersectorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS.** Universidade Católica Dom Bosco/UCDB. Campo Grande/MS, 2020.

ALMEIDA, Luciane Pinho; TEIXEIRA, Léia Lacerda; FIGUEIRA, Kátia Cristina Nascimento. A importância do estudo dos impactos sociais junto às comunidades locais dos territórios que integram o Corredor Rodoviário Bioceânico. **Revista Interações.** v. 20, n. especial, p. 285-296, 2019. Campo Grande/MS: UCDB, 2019. Disponível em: <https://interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/2590/pdf>. Acesso em: 03 ago. 2023.

ALMEIDA, Luciane Pinho; FILHO, Dario de Oliveira Lima; SALES, Gabriel de Souza; SILVA, Gabriela Pereira; LAURA, Lívia Elena Cunha. **Plano Diretor do Município de Porto Murtinho/MS.** Campo Grande, MS:UFMS/UCDB/UEMS, set. 2021.

ALMEIDA, Luciane Pinho; SALES, Gabriel de Souza; SILVA, Gabriela Pereira; LAURA, Lívia Elena Cunha La ruta bioceánica y las políticas públicas en los municipios fronterizos de Porto Murtinho/Brasil - Carmelo Peralta/Paraguay. **Revista Interações.** v. 22, n. 4, Campo Grande/MS: UCDB, out./dez. 2021. Disponível em: <https://interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/3420/2587>. Acesso em: 12 jul. 2023.

ALMEIDA, Luciane Pinho; DORSA, Arlinda Cantero; FIDELES, Érika Rejane R. de Souza; CARISSIMI, Fabricia Santina de Oliveira; SOUZA, Francisca Bezerra; FRANCELINO, Sandra Maria Rebello de Lima. A questão social em contextos de saúde na fronteira Brasil X Paraguai: uma leitura sobre os determinantes sociais em saúde em tempos de crise. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS - “Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina”,* 17, 11 a 13 de outubro de 2022, Brasília, DF. Anais [...]. Brasília, DF: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/000000487.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2023.

ALMEIDA, Luciane Pinho; CARISSIMI, Fabricia Santina de Oliveira. Políticas públicas, territorialidad y transformaciones societarias: un análisis a partir del Corredor Vial Bioceánico. **Revista Interações.** V. 24, n. 4, e2444275. Campo Grande/MS: UCDB. out./dez. 2023. Disponível em: <https://interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/4275>. Acesso em: 24 nov. 2023.

BRANCO, Marisa Lucena. **Saúde nas fronteiras:** o direito do estrangeiro ao SUS. Caderno Ibero-americano de Direito Sanitário. Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 40-54, jan./jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i1.29>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?** Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social. Publicação de 07/08/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 07 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília/DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a. 496. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 jul. 2023 às 16h05.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde n. 8080**, 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. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmudial/docs/l8080.pdf. Acesso em: 08 jul. 2023 às 17h45.

BRASIL. Ministério da Segurança Nacional. **Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979.** Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-Lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=537810#:~:text=Dispõe%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o,Nacional%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%BAncias.&text=DA%20FINALIDADE-,Art,da%20pol%C3%ADtica%20de%20seguran%C3%A7a%20nacional. Acesso em: 15 ago. 2023, as 20h25.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. **Portaria n. 213, de 19 de julho de 2016.** Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nessa condição. Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2016b. Disponível em: https://www.sedecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/portaria_n%C3%B0_213_de_19_de_julho_de_2016.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023 às 17h35.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 70 de 20 de janeiro de 2004.** Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0070_20_01_2004.html. Acesso em: 15 out. 2023 às 18h05.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologia de Trabalho para o SGT N.º 11 "Saúde"/MERCOSUL**. Aprovada na XIX Reunião Ordinária do SGT-11 em Brasília, sob a PPT do Brasil, e na XLVIII Reunião Ordinária do GMC, Ata N.º 4/02 Inclui as modificações introduzidas pela Res. GMC N.º 06/05 "Pauta Negociadora do SGT N.º 11 'Saúde' (Revogação da Res. GMC N.º 21/01)" 2.ª edição revista Série D. Reuniões e Conferências Brasília – DF, 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/metodologia_trabalho_sgt_n11.pdf. Acesso em: 08 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 jul. 2020 às 18h45.

BRONZO, Carla. **Intersetorialidade, Autonomia e Território em Programas Municipais de enfrentamento da pobreza**: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. Planejamento e Políticas Públicas. N. 35. São Paulo, julho. Dezembro, 2010. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200>. Acesso em: 15 set. 2023.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA A AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL. **Panorama Social da América Latina 2014**. Santiago/Chile: ONU, 2014a. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/37706-panorama-social-america-latina-2014-sintese>. Acesso em: 22 set. 2023 às 15h45.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL]. **La Alianza del Pacífico y el MERCOSUL**: hacia la convergencia en la diversidad. Santiago: CEPAL, 2014b. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3d4a1c3f-df8d-4b9e-97fd-221dfa1e97af/content>. Acesso em: 05 jun. 2023.

DAL PRÁ, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamasso. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública** 2007; 23 Suppl 2: S164-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400006>. Acesso em: 17 set. 2023.

FALER, Camília Susana. **Intersetorialidade**: Um conceito em construção. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vara Maria Ribeiro; DAMASCENO, Giseli Nogueira. **Saúde nas Fronteiras**: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul. Rio de Janeiro/RJ: ENSP/Fiocruz, 2007.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Projeto “Fronteiras saudáveis e seguras do Mercosul” promove ação de vacina.** Paraná: Secretaria de Estado de Saúde, 07/10/2023, às 12h04. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Projeto-Fronteiras-Saudaveis-e-Seguras-do-Mercosul-promove-acao-de-vacinacao-na-Triplice>. Acesso em 25/novembro/2023 às 18h35.

HAESBAERT, Rogério. “Desterritorialização, multiterritorialidade e regionalização”. Disponível em: LIMONAD, E.; HAESBAERT, Rogério.; MOREIRA, Ruy. (Orgs.) **Brasil século XXI por uma nova regionalização – agentes, processos e escalas.** São Paulo: Max Limonad, 2004.

IBGE. **Mato Grosso do Sul – MS. 2021.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/historico>. Acesso em: 25 abr. 2023.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rosa Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”.** Caracas, 1997.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles, QUEIROS, Danielle Teixeira, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 19 set. 2023 às 19h15.

MATOS, Rosângela Aparecida Machado. **Boletim Vigilância socioassistencial. Boletim Vigilância Socioassistencial.** Edição 002. Prefeitura de Porto Murtinho/MS. Supervisão Técnica Josiane Abadie Arguelho. Secretária Municipal de Assistência Social, trabalho e cidadania. Março/2022.

MONDARDO, Marcos e STALIANO, Pamela. Saúde na Fronteira Brasileira: Políticas Públicas e Acesso a Serviços. **Revista Espaço Aberto**, PPGG - UFRJ, Rio de Janeiro, V. 10, N.1, p. 99-116, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/EspacoAberto/issue/view/1504>. Acesso em: 24 set. 2023 às 17h20.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli Regina.; FERMIANO, Sabrina. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros na linha da fronteira do Mercosul. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 227-236, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400012>. Acesso em: 19 de set. 2023 às 16h35.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro, FAGUNDES, Helenara Silveira, BONTEMPO, Carla Gabriela Cavini. Políticas sociais e as perspectivas de ampliação de direitos no Mercosul e em áreas fronteiriças – inovações e tendências. Disponível em: COSTA, L. C., NOGUEIRA, V. M. R., and SILVA, V. R., orgs. **A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI** [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013, pp. 99-112. *In:* <https://books.scielo.org/id/rfv9p>. Acesso em: 05 out. 2023.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a Implantação do Programa. Saúde da Família no Paraguai**. Equipe Técnica Ana Laura Brandão, Carlos Eduardo Aguilera Campos, Erica Kastrup, Roberta de Freitas. Coordenação e Revisão Técnica Henry Jouval, José Roberto Ferreira, José Paranaguá de Santana, Roberta de Freitas, Felix Rigoli. Série: Boas Práticas da Gestão de Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS. Assunção: Paraguai, 2013. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/dmdocuments/BOASPRATICAS_ED6_web.pdf. Acesso em: 3 out. 2023 às 16h45.

PARAGUAY. **Política Nacional de Salud 2015-2030**. Avanzando hacia el acceso y cobertura universal de la Salud en Paraguay. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud e Salud Pública, Bienestar Social, Tetã Rekunai. Assunção: Paraguay, 2015.

PARAGUAY. **Constitución de la República de Paraguay, 1992**. Promulga el texto do pueblo paraguayo, por medio de sus legítimos representantes reunidos en Convención Nacional Constituyente, invocando a Dios, reconociendo la dignidad humana con el fin de asegurar la libertad, la igualdad y la justicia, reafirmando los principios de la democracia republicana, representativa, participativa y pluralista, ratificando la soberanía e independencia nacionales, e integrado a la comunidad internacional, SANCIONA Y PROMULGA esta Constitución. Asunción, 20 de junio de 1992. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/py_3054.pdf. Acesso em: 06 out. 2023 às 15h15.

PEITER, Paulo César Peiter; PEREIRA, Rafael dos Santos. Atenção à Saúde na Fronteira: aspectos políticos e sanitários. *In*: Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz - Mato Grosso do Sul. Saúde das populações de fronteira. **Curso UNA-SUS**. Campo Grande, MS: UMA-SUS, 2020. [s.p.]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/matriculas>. Acesso em: 12 ago. 2023.

PORTO MURTINHO. Câmara Legislativa de Porto Murtinho/MS. **Lei Municipal n. 1499, de 23/05/2012**. Dispõe sobre a criação do Hospital Oscar Ramires Pereira e dá outras providências. Disponível em: https://sapl.portomurtinho.ms.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2012/52/52_texto_integral.pdf. Acesso em: 12 set. 2023 às 15h45.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 5.ed. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério. **Território e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

SOUZA, Edson Belo Clemente de; GEMELLI, Vanderléia. Território, região e fronteira: uma análise geográfica integrada da fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 13. n.02. Novembro, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22296/2317-1529.2011v13n2p101>. Acesso em: 04 out. 2023.

2

*Raquel Silva Barretto
Arthur Duarte Fantesia Costa Cruz
Paola Carvalho dos Santos
Newton Gonçalves de Figueiredo
Inara Pereira da Cunha
André Vinicius Batista de Assis*

FORMAÇÃO EM SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇA: PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS PARA AS ESCOLAS DO SUS

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento que conformou mudanças para a sociedade civil, na aposta de aberturas democráticas para se pensar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. A Constituição Federal de 1988 marcou o reconhecimento da saúde como um direito fundamental, o que é afirmado no Artigo 196, sendo um dos deveres do Estado, cuja garantia deve ocorrer por meio de políticas econômicas e sociais, que reduzam as possibilidades de agravos e doenças e promovam a garantia do envolvimento de diferentes grupos às suas ações e serviços, de forma igualitária e universal (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080/1990 foi o marco do estabelecimento para a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde, dispondo sobre a organização e o funcionamento dos mesmos, como constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). De forma mais simplificada e, popularmente falando: “as ações do SUS nasceram da Lei 8.080” e nela se reconhecem os diversos fatores presentes na complexidade dos determinantes e condicionantes de saúde, como a educação, a alimentação, a moradia, o saneamento, o transporte, o lazer, o acesso aos bens essenciais, o meio ambiente, entre outros, dizendo respeito também à saúde e às ações que garantam condições de bem estar físico, social e mental. Na Lei constam os princípios e diretrizes dentre os quais estão: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a integralidade, que é entendida como a continuidade da atenção preventiva, curativa, individual e coletiva, de acordo com cada caso, em todos os níveis de complexidade; a igualdade da assistência, sem preconceitos e discriminações de quaisquer tipos e, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Entre os objetivos e atribuições do SUS, pode-se destacar: a identificação dos fatores determinantes e condicionantes da saúde; a assistência às

peças por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a formulação de política de saúde condizente com os campos econômico e social.

A formação em recursos humanos para a saúde passou por debates entre diferentes atores e espaços. Desde o ano de 1960 havia a problematização sobre os currículos das escolas de formação em saúde, que eram inflexíveis, provenientes de outros cenários, distantes do nacional, e deixavam as necessidades da população local à margem das suas reais necessidades. Em 1967, na 4ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi proposta a análise sobre quais profissionais eram necessários para atender as demandas dos serviços e, como poderiam ocorrer as formações para os setores prioritários (FERREIRA e MOURA, 2006). Na 5ª CNS buscou-se a intersectorialidade e a articulação entre escolas de saúde e serviços, com fins de formar os profissionais; na 6ª CNS destacou-se a importância das ações multiprofissionais e o melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis; Na 7ª CNS, com base nas prioridades estabelecidas na Conferência de Alma-Ata, discutiu-se a formação dos profissionais para os serviços básicos (FERREIRA e MOURA, 2006). Todos esses projetos amadureceram e se tornaram efetivos com a consolidação do SUS, quando ocorreu no mesmo período a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, sendo necessária a articulação e a construção de centros formadores e instituições capazes de formar e desenvolver trabalhadores para o SUS. Cerca de seis anos depois, na 10ª Conferência, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde receberam a atribuição de implantar e manter as escolas de saúde, ficando as suas estruturas vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde e, na 11ª CNS implantou-se a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) (FERREIRA e MOURA, 2006).

Com base nesse breve histórico, envolvendo principalmente as Conferências Nacionais de Saúde, que são fóruns privilegiados e democráticos, capazes de exprimir as reais necessidades em saúde, por meio do diálogo com gestores, prestadores de serviço e sociedade civil, chega-se então ao objetivo central desse ensaio crítico, que consiste em: realizar um aprofundamento sobre as Escolas de Saúde Pública, com foco na Escola de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul e na Escola Técnica Profª Ena Araújo de Galvão, discutindo as questões contemporâneas que requisitam atenção em termos de educação em saúde, como é o caso da Saúde nas Fronteiras.

AS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA E AS FRONTEIRAS

CONHECENDO AS ESCOLAS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA

A formação dos trabalhadores em saúde continua sendo vista de forma frágil dentro do processo de reorientação para o SUS, dado que não basta apenas investir em produções científicas e no debate acadêmico. É necessário tirar os profissionais das suas “zonas de conforto”, formar e capacitar de acordo com a prática em saúde, redefinir os perfis e os modelos de atenção e gestão. Pautadas nas Políticas de Saúde, as Escolas de Saúde Pública (ESP):

Constituem-se ambientes de valores, vivências, ideias e práticas próprias. Laboratório de incorporações tecnológicas, a Escola é lugar de apreensão e síntese, estabelecimento de relações, de mediações e de tradução [...] As Escolas vêm se aperfeiçoando como instituições cada vez mais democráticas, construindo e tornando-se elas mesmas polos de reflexão, ocupando os espaços necessários de enfrentamentos criativos dos problemas da realidade do trabalho (PONTES, COUTINHO e SANTOS, 2020, p. 21-22).

Em 2004 foi estabelecida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), preconizando:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

As ESP passaram a ser locais privilegiados para as ações de educação permanente em saúde, estruturando inter-relações entre gestores, sociedade, trabalhadores, docentes, pesquisadores e todos aqueles envolvidos com os serviços de saúde. Cabe dizer que dadas as suas especificidades e as dinâmicas dos Estados, uma vez que as Escolas passaram a ser vinculadas em sua maioria às SES, cada Escola, que agora chamaremos de Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) se engaja mais ou menos nas ações ofertadas às comunidades. As mesmas são então órgãos da Administração direta ou indireta, compostos por força de trabalho variada quanto à formação.

Como forma de conhecer um pouco mais sobre a realidade das EESP, no ano de 2019 foi realizado um Diagnóstico, cuja validação do instrumento contou com membros da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (PONTES, COUTINHO e SANTOS, 2020). A pesquisa mostrou que no Brasil existem 15 EESP e, todas as regiões possuem ao menos duas em funcionamento, sendo o Centro-Oeste e o Nordeste as regiões com o maior número (04 em cada) e o Norte com o menor (apenas duas). A Região Centro-Oeste possui a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, a Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, a Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago de

Goiás e a Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser do Mato Grosso do Sul. A Escola de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul é a mais antiga entre as 04 do Centro-Oeste (datando de 1989). Quanto à distribuição do público-alvo para as ações educativas, os principais públicos das EESP são os trabalhadores das redes estaduais e municipais de saúde, seguidos dos conselheiros estaduais e municipais, gestores e estudantes, havendo um “gargalo” nas ofertas diretas para os usuários. Sobre o escopo de atuação, há uma ideia socialmente compartilhada de que as Escolas trabalham somente com ações formativas, mas, essas apareceram junto à integração ensino-serviço e disseminação de produção e conhecimento científico.

A ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER – MATO GROSSO DO SUL

O 2º Decreto de número 4.993 (MATO GROSSO DO SUL, 1989) estabeleceu como competências da Escola de Saúde Pública, a promoção do aperfeiçoamento, especialização e treinamento de pessoal, além do desenvolvimento de pesquisas e estudos ligados à Saúde Pública, estando no âmbito dos seus principais produtos e serviços: as residências em saúde, a Educação Permanente em Saúde nas Redes de Atenção, a pós-graduação em saúde pública e a produção / divulgação científica.

Mais recentemente, o Decreto nº 16.232, de 07 de julho de 2023 instituiu a reorganização da estrutura Básica da Secretaria de Estado de Saúde (SES). Neles, a ESP foi desmembrada da Gestão do Trabalho e passou para a Superintendência de Educação e Formação em Saúde, onde na Coordenadoria de Educação na Saúde ocupa espaço junto à Escola Técnica do SUS (EtSUS) Prof.ª Ena de Araújo Galvão.

De 1989 a 2021, a Escola de Saúde Pública do MS tal como é conhecida, havia realizado 77 cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu* e residências uni e multiprofissionais em 06 áreas, em parceria com diversas instituições de ensino, como Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal da Grande Dourados e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 03 Pós *lato sensu* foram específicas para Corumbá e ocorreram entre 2017 e 2018, sendo elas: Gestão de emergências em saúde pública; Vigilância em Saúde e processos educacionais na saúde, com ênfase em metodologias ativas de aprendizagem. Esse foi o único município fronteiriço que recebeu pós-graduações adequadas às suas necessidades. Cabe dizer que além das formações *lato e stricto sensu*, há ofertas ininterruptas de formações de nível introdutório com carga-horária entre 20 e 40 horas, atualização, com carga horária entre 40 e 100 horas, aperfeiçoamentos de 180 horas e web aulas curtas, sobre temas específicos, apoiadas pelo Telessaúde Brasil Redes – Núcleo Mato Grosso do Sul. As ofertas de curta duração têm ocorrido na modalidade virtual, as de média ocorrem de forma híbrida e as *pós-lato e stricto sensu* são presenciais. As solicitações das ações organizadas pela Escola partem das áreas técnicas.

Além das ofertas formativas, a mesma trabalha com a divulgação dos conhecimentos por meio de publicações, a exemplo da Revista de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul, das pesquisas e extensões. Todo o fluxo de pesquisas requisitado à Secretaria de Estado de Saúde, passa pela Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde (GPEIS), possuindo atualmente 111 pesquisas autorizadas e em realização, das quais 04 se referem especificamente à saúde na fronteira. Uma teve entrada em 2020, a UFMS consta como instituição proponente e seu objetivo é a análise do perfil das gestantes atendidas nas unidades de saúde das fronteiras do MS; a segunda entrou em 2021, tem a UEMS como proponente e seu objetivo consiste em conhecer os indicadores de saúde de Porto Murtinho, principalmente em associação com a construção do Corredor

Rodoviário Bioceânico; a terceira data de 2021, tem a UFMS como proponente e objetiva realizar um estudo epidemiológico sobre a Magnitude da Tuberculose na Rota Bioceânica; a quarta é uma continuidade do primeiro estudo. A GPEIS também está conduzindo duas pesquisas internamente, contando com o apoio das áreas técnicas da SES, da UEMS, da Unifesp e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; o primeiro é referente à avaliação da implantação do Programa Academia da Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul e, o segundo é inerente à análise das condições de saúde da população migrante no Estado. Esse último prevê ao longo do seu desenvolvimento, chegar à saúde nas fronteiras. Observa-se que na Secretaria de Estado de Saúde ainda não há nenhuma Gerência responsável somente pela Saúde nas Fronteiras ou pela saúde das populações migrantes, o que reflete na prática dos profissionais, no ensino e nas próprias lacunas nas produções em saúde. O fluxo de pesquisas também evidencia que o tema é pouco explorado e, metade das investigações que falam sobre, foram produzidas a partir do início das discussões sobre a Rota Bioceânica.

SAÚDE NAS FRONTEIRAS:

SINGULARIDADES E VULNERABILIDADES

O Brasil é o país “mais fronteiro” da América do Sul, agregando 10 países, com exceção do Chile e Equador. Suas fronteiras terrestres contemplam Bolívia, Peru, Venezuela, Colômbia, Guianas, Suriname, Uruguai, Argentina e Paraguai. Com o aprofundamento das relações constituídas no MERCOSUL, as agendas tiveram que convergir para as questões sociais e de saúde, o que fez com que em 1997 os ministros da saúde participassem de fóruns específicos que pautaram o trânsito de produtos, a oferta de serviços em saúde pública e a circulação dos profissionais de saúde, o que já indicava preocupações com as formações que os profissionais desses países e contextos deveriam receber (GIOVANELLA, GUIMARÃES, NOGUEIRA,

DAMASCENO, 2007). Um inquérito realizado logo no início da formação do bloco de países do Mercado Comum do Sul, com secretários de saúde de 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina revelou que as maiores relações transfronteiriças ocorrem nos municípios de fronteira dos Arcos Sul e Central, sendo estes os que têm maior demanda pela utilização dos serviços de saúde por parte de pessoas não residentes no país em que tentam acessar os serviços (GIOVANELLA, GUIMARÃES, NOGUEIRA, DAMASCENO, 2007). Essa mesma pesquisa demonstrou que na época, 75% dos municípios brasileiros receberam a busca por assistência dos residentes dos países fronteiriços (sendo eles brasileiros ou não), ocorrendo em maiores proporções nas fronteiras do Rio Grande do Sul com o Uruguai, e do Mato Grosso do Sul com o Paraguai; Sobre o acesso, houve o reconhecimento de que o SUS é universal, todavia, as contradições se evidenciaram quando apenas 36% dos secretários de saúde afirmaram prestar assistência para não residentes, mediante qualquer necessidade de saúde. Ressalta-se ainda que 49% dos municípios exigiam o comprovante de residência com endereço brasileiro para a prestação dos serviços.

Em 2005, O Ministério da Saúde Brasileiro criou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) objetivando analisar as demandas por atendimento, identificar o fluxo e avaliar o impacto dos municípios fronteiriços, entretanto, o sistema foi descontinuado no decorrer do tempo. Segundo Fabriz (2019) o SIS Fronteiras alcançou a sua importância dentro das Políticas que abrangiam principalmente as regiões de fronteiras internacionais, no entanto, não conseguiu suprir as necessidades das populações locais, o que aponta para as necessidades de uma reconstrução nas políticas públicas, incluindo acordos de cooperação mais efetivos entre os países, menos burocracia nos repasses, maior investimento financeiro nos serviços acordados e informatização dos sistemas para que se tenha um histórico daqueles que buscam os serviços.

Mondardo e Staliano (2020) afirmam que nas fronteiras, as ofertas de serviços em saúde são geralmente assimétricas, tendendo ao fluxo no sentido do Brasil, onde a oferta tem como base a integralidade, a universalidade e a gratuidade nos serviços. Se as cidades fronteiriças têm um mesmo nível de desenvolvimento em termos de ofertas para a população, tende-se a duplicar os serviços e a manter o equilíbrio nos atendimentos. O contrário gera maiores procuras e até mesmo superlotação em um dos lados. Pode ocorrer também um movimento misto, no qual as especialidades ou tipos de serviços podem se diferenciar em ambos os lados, o que faz com que o fluxo seja pendular.

As fronteiras situam preocupações frequentes em termos epidemiológicos no que diz respeito às doenças transmissíveis e ao comportamento das mesmas nessas regiões compartilhadas (ZILLY, DA SILVA, 2022). Um estudo ecológico realizado entre 2001 e 2007 na Tríplice Fronteira, revelou que nessa região, a incidência de Tuberculose esteve acima da média estadual, sendo uma região de alta incidência e transmissão endêmica (BRAGA, HERRERO, CUELLAR, 2011). Nas últimas décadas a taxa de detecção da Hanseníase permaneceu alta nas regiões Norte e Centro-Oeste, sendo que no Mato Grosso do Sul se destacou como muito alta, o que motivou pesquisadores a elaborarem uma pesquisa descritiva no Estado, categorizando 03 diferentes grupos, a saber: Municípios fronteiriços com áreas urbanas binacionais contíguas; Municípios fronteiriços sem áreas urbanas binacionais contíguas e demais municípios estaduais. Os municípios do primeiro grupo foram definidos como de pequeno porte, com estruturas assistenciais e maior procura pelos serviços de atenção primária, ou serviços de baixa e média complexidade, os atendimentos incorporam não só brasileiros e paraguaios não residentes no Brasil, como também outras nacionalidades (não definidas pelos pesquisadores); chama a atenção o fato de que nesse grupo houve tendência à expansão da endemia, principalmente em pacientes do sexo masculino, com idade igual ou superior a 40

anos e baixa escolaridade, o que revelou que a hanseníase tem um perfil moldado pelas características do território e dos pacientes (AJALLA, ANDRADE, TAMAKI, DIETRICH, WAISSMANN, SILVA, 2016). Incluindo também o Mato Grosso do Sul, Martins e Pontes (2020) concluíram através de um estudo ecológico que em 2014, as maiores taxas de mortalidade infantil foram observadas no grupo de municípios da linha de fronteira sem área urbana contígua, seguidas dos municípios de linha de fronteira com área urbana contígua; os valores dos países fronteiriços (Bolívia e Paraguai) referentes ao mesmo ano também foram altas. Um estudo anterior realizado em Porto Murtinho, município sul-mato-grossense, com forte movimentação paraguaia, já havia demonstrado que não há uma exatidão nos registros de mortalidade infantil dos filhos das paraguaias nascidos no Brasil (que podem ser maiores do que os registros apontam) porque as mesmas geralmente atravessam para ter seus filhos no Brasil e voltam para o Paraguai, o que resulta também em lacunas no acompanhamento das puérperas e dos bebês, em termos de imunizações, resultados dos testes do pezinho e consultas de avaliação do desenvolvimento infantil (CORRÊA MOCHIZUKE, 2017).

Ao pensar nas fronteiras territoriais, a saúde é convocada a adentrar por outras fronteiras, como as sociais. As regiões fronteiriças possuem especificidades e vulnerabilidades que precisam estar contempladas nas ações a elas direcionadas. A vulnerabilidade provoca a dependência por parte de pessoas ou grupos dos programas de assistência, impondo barreiras sanitárias, além da sobre(vivência) em condições precárias (ALMEIDA, 2011). Tomim *et al.* afirmam que:

[...] uma visão não setorial, voltada para as condições de vida e de saúde da população transfronteiriça exige a maximização dos recursos e capacidades dos países integrantes que partilham dos mesmos problemas e das mesmas possibilidades de superação (2022, p. 50).

INDICATIVOS E ESTRATÉGIAS

FRONTEIRAS E EDUCAÇÃO LIGADAS À SAÚDE:

PENSANDO NA POPULAÇÃO E NA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO

Um conceito comumente aplicado na temática fronteiriça diz respeito às “cidades gêmeas”, que segundo o Ministério da Integração trata-se dos municípios ligados por fronteiras fluviais ou secas, que tenham (cada um) mais de 2.000 habitantes e potencial de crescimento e integração econômico e cultural. O Brasil compartilha essa denominação junto aos municípios do Uruguai, Argentina, Guiana Francesa e Paraguai. Os municípios nacionais estão distribuídos em Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Acre, Amapá, Roraima, Amazonas e Rondônia. Notou-se que as cidades gêmeas apontaram desafios nas últimas décadas, com taxas acima da média concernentes às: evasões no ensino médio e fundamental; infecções por IST e AIDS (além das questões de saúde que já foram pontuadas anteriormente, como a mortalidade materno infantil); taxas de suicídio e acidentes no trânsito, o que repercute em conjunto com outros fatores que puxam para baixo o seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), quando comparados à média brasileira (IDESF, 2018).

Compreende-se que diversas questões ou problemáticas vivenciadas nas fronteiras requisitam respostas do setor saúde. Depreende-se ainda que as educação realizadas na/ pela saúde poderiam ser resolutivas, fornecendo aos profissionais daqueles territórios, assim como aos cidadãos, instrumentos para a autonomia e o protagonismo face às suas demandas. Os investimentos em educação na saúde implicam nas práticas de cuidado e na independência, produzindo mais conhecimento e segurança para os envolvidos; o acesso à informação muitas vezes amplia a capacidade das

questões simples serem resolvidas nos níveis mais básicos, sem que haja necessidade de recorrer ou de agravar o quadro, de tal forma que as respostas venham somente dos níveis de atenção de maior complexidade, como o hospitalar. Fala-se de educações realizadas “na” e “pela” saúde para abarcar a educação popular, a educação permanente e a educação permanente para o controle social, sendo que esta última se fundamenta na primeira (ASSIS, SCANDOLA e ASSIS, 2021).

Instituída em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente vem com a proposta de compreender as necessidades de desenvolvimento e formação para o trabalho em saúde, de tal forma que considere as especificidades regionais, com fins da superação das desigualdades. Para Assis, Scandola e Assis (2021) a educação permanente em saúde ao passo que atualiza o trabalhador em termos técnicos, também modifica as relações e sinergias no interior das equipes que atuam conjuntamente e das práticas interinstitucionais e intersetoriais. Ao passo que a Educação Permanente em Saúde era aprovada, por força dos movimentos de que se fizeram representar no Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou-se em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social, com aportes para a criação de metodologias para a participação social. Nessa situação os Conselhos de Saúde operacionalizam a educação permanente considerando a necessidade dos coletivos e colegiados em todas as esferas e serviços do SUS (ASSIS, SCANDOLA e ASSIS, 2021). Mais tardiamente, como resposta às pressões dos movimentos populares e das deliberações nas Conferência de Saúde a Portaria nº 2.761/2013 instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com vistas à prática político-pedagógica que valoriza a ancestralidade, a diversidade de saberes, as formas populares e individuais de fazer e a inserção desses saberes na saúde coletiva. Como princípios orientadores estão a problematização, o diálogo, a amorosidade, a construção compartilhada de saberes, a emancipação e o compromisso

com a construção de projetos que sejam democráticos e populares. Seus eixos estratégicos sustentam a participação, controle social e gestão participativa; a formação, comunicação e produção de conhecimento; o cuidado em saúde; e a intersetorialidade e os diálogos multiculturais. Alguns dos objetivos pontuados na Lei são: promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da Política.

As Escolas Estaduais e as suas fronteiras

As Escolas de Saúde do SUS preconizam a abordagem das 03 Políticas, todavia, enfrentam diversos desafios para que as mesmas se concretizem. Verifica-se que por vezes há um movimento de centralidade em torno de uma das políticas e a exclusão das demais, quando todas são essenciais para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Algumas áreas temáticas exigem que a tríade seja posta em prática, como é o caso da Saúde nas Fronteiras. As dificuldades relatadas por aqueles que atravessam as fronteiras e buscam o atendimento em saúde no país não se restringem “somente” às burocracias interpostas para que se chegue ao profissional, inclusive, assegurar que os indivíduos adentrem os serviços não é uma

garantia de que os mesmos serão efetivamente prestados e, possuir bons conhecimentos técnicos não pressupõe o manejo correto do acolhimento e das relações interpessoais. As noções de autocuidado, prevenção, promoção da saúde podem divergir e faz-se necessário ouvir e acolher a visão dos que buscam assistência. Além disso, para determinados profissionais, a diversidade cultural causa estranhamentos, que operam inicialmente em um distanciamento frente aos que necessitam do sistema de saúde (MARTIN, GOLDBERG, SILVEIRA, 2018). Reconhecendo esse aspecto, as EESP como integrantes dos territórios devem trabalhar o ensino-pesquisa-extensão de forma a superar as barreiras. A pesquisa permite conhecer as necessidades em saúde desses grupos, as Políticas nos quais estão inseridos, as visões dos profissionais e as ações de sucesso, de tal forma que se chegue às melhores práticas; o ensino por sua vez, na perspectiva da educação permanente, deve reconhecer que os profissionais, assim como os indivíduos ou grupos atendidos não são inertes ao que lhes cerca, havendo uma constituição formada por experiências e vivências, sendo que no encontro entre os usuários e os profissionais ocorrem transformações produtoras de sentido para ambos. Esses encontros devem romper com lógicas formais, duras e fechadas das instituições. O ensino também precisa dar voz aos grupos e coletivos, fornecendo ferramentas para que os mesmos agreguem aos serviços os seus modos de ser; E então, a extensão quando feita de forma horizontal, define uma ou várias propostas de ação junto aos grupos e territórios específicos, com a inserção desses profissionais (em transformação permanente) como produtores de saúde. Obviamente, esse percurso não é fácil e se sujeita, nas próprias EESP, ao posicionamento dos Gestores, à abertura dos serviços para tal, à coesão das Gerências, à integração em rede (com outras instituições) e ao repasse financeiro, para que os projetos saiam do papel. Percebe-se que nem todas as EESP realizam ações de extensão ou pesquisas e, as ofertas formativas por via de regra se concentram em determinados agravos ou áreas (a exemplo da saúde mental e atenção psicossocial e da vigilância em saúde).

06 EESP estão em Estados que possuem fronteiras com outros países (figura 01), dessas, apenas a do Amapá mostra resultados envolvendo o setor, quando se procura por “fronteiras” no site institucional.

Figura 01. Distribuição das EESP por Regiões



Fonte: Conass Documenta (PONTES, COUTINHO e SANTOS, 2020, p. 31).

A Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Amapá reitera em uma notícia que na 12ª reunião da Comissão Mista de Cooperação Transfronteiriça Brasil/França (CMT), ocorrida na primeira semana de julho de 2023 debateu-se o fluxo de média e alta complexidade nos sentidos Oiapoque, Caiena e Saint Georges, para que haja facilitação em ambos os lados. Reforçou-se também a reaproximação entre os dois lados, para os trabalhos conjuntos (MOREIRA, 2023). Por não haver nenhum relato mais efetivo de cursos, oficinas, palestras, ou trabalhos que demonstrem o envolvimento direto das Escolas com a Saúde nas Fronteiras, foi realizado contato direto com as mesmas, durante o mês de julho de 2023. Em um e-mail institucional enviado para as Direções e/ou

Gerências / Departamentos de Pesquisa de todas as Escolas contidas na figura 01, com a identificação da pesquisadora da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (Mato Grosso do Sul), foi questionado se as mesmas realizaram ou estão realizando atualmente qualquer projeto relativo à saúde nas fronteiras. Obteve-se a resposta de apenas 06, que disseram não realizar atividades desse tipo. Uma delas justificou que não mantém atividades assim porque não está situada em nenhuma fronteira internacional e outra, da mesma região (que também não possui fronteiras internacionais) disse que a Escola não possui, mas, está aberta para realizar futuramente e até mesmo para parcerias, por reconhecerem a essencialidade da questão. O retorno recebido, de forma geral, ressalta as lacunas, principalmente daquelas que se localizam em Estados com municípios que comportam dinâmicas fronteiriças.

Atenta-se então para o fato de que a Escola de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul, Dr. Jorge David Nasser, é uma exceção, não se pode dizer que é a única por não ter ocorrido o retorno de outras 03 que estão em território fronteiriços, todavia, sabe-se que é uma das únicas que comprovadamente tem tentado aproximações com grupos universitários, outras redes, áreas técnicas, além da realização de inscrições em editais de agências de fomento, com fins de dar sequência a um trabalho mais robusto sobre tal.

A Escola Técnica do SUS: exemplos possíveis para o fortalecimento do trabalho local

As Escolas Técnicas do SUS vêm de um histórico de desenvolvimento desde os Centros de Formação de Recursos Humanos para atuarem na expansão da cobertura da população rural e nas campanhas de saúde, até a Formação em Larga Escala para capacitação de novos profissionais ou qualificação daqueles já atuantes no Sistema de Saúde (RET-SUS, [s.d.]). Atualmente, 40 escolas públicas, técnicas compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS, sendo 33 estaduais, seis municipais e um federal.

A Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” de Mato Grosso do Sul (ETSUS/MS) foi criada inicialmente como Centro Formador de Recursos Humanos através do Decreto nº 3.646 de 21 de julho de 1986 (MATO GROSSO DO SUL, 1986). Posteriormente, por meio do Decreto 12.127 de 20 de julho de 2006, a escola deixou de ser CEFOR e passou a ser Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” (MATO GROSSO DO SUL, 2006). Por conseguinte, ela está integrada à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS). Os cursos desenvolvidos pela ETSUS/MS seguem todos os preceitos legais nacionais, como exemplos, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. A Escola oferece desde sua criação, diversos tipos de cursos do campo da Saúde e da Educação em diferentes modelos, tais como: Formação Continuada; e Formação Profissional Técnica de Nível Médio. Normalmente, as solicitações das ações organizadas pela Escola partem das demandas das áreas técnicas e estendem suas ações educativas por todo o Estado, dependendo da necessidade e das condições de exequibilidade presentes nos municípios que buscam sua contribuição. A ETSUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, tem como principal finalidade:

[...] promover a educação profissional na área da saúde e a educação permanente para os trabalhadores de nível médio da rede pública de saúde e outras clientela, fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, nas necessidades dos serviços e da sociedade, buscando a integração entre o ensino-serviço-comunidade, contribuindo com a formação de redes de apoio técnico, colaborativo e solidário para o SUS. Busca ainda realizar e contribuir com pesquisas sobre a força de trabalho de nível médio da saúde, fortalecendo a gestão do trabalho e da educação na saúde, por meio de articulações e parcerias intra e intersetoriais (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

A ETSUS/MS é um dos mecanismos que o estado de Mato Grosso do Sul tem para atender as necessidades de formação dos quadros de profissionais da saúde de nível médio e técnico. Os cursos oferecidos sempre estão em concordância com os Princípios e Diretrizes do SUS, são gratuitos e acompanham as carências da saúde do Estado. Até o momento a ETSUS/MS já qualificou/formou mais de 22.500 trabalhadores em todo o Estado. Cita-se como exemplo, cursos voltados para Formação Continuada: Curso de atualização para equipes da ESF; Curso de rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas; Curso em Segurança do Paciente; Urgência e Emergência para equipes militares de Mato Grosso do Sul, e outros. E ainda os de Formação Profissional Técnica de Nível Médio: Curso Técnico em Enfermagem; Técnico em Higiene Dental; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Órtese e Prótese; Técnico em Radiologia; Técnico em Análises Clínicas; Técnico em Imobilizações Ortopédicas, Técnico em Vigilância em Saúde; Técnico em Vigilância Sanitária; Técnico em Patologia Clínica; Técnico em Hemoterapia, entre outros.

Ensino técnico nas fronteiras

As formações profissionais técnicas de nível médio e de educação permanente na área da saúde nas regiões de fronteira realizadas pela ETSUS/MS ocorrem de forma indireta. Os cursos oferecidos e realizados pela Escola objetivam atender uma demanda ou uma fragilidade de determinada região de saúde (macro ou microrregião) ou determinado município de forma específica. Dessa forma, não há nenhum curso exclusivamente voltado à população das regiões fronteiriças do Estado de MS. Contudo, é sabido que devido à capilaridade dessas regiões, os profissionais de saúde formados ou capacitados pela ETSUS/MS, atuam de forma indireta com a população de outros municípios, estados ou países vizinhos, assim como de outras culturas.

Nessa perspectiva, destacamos os cursos de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN) iniciado em 2019 e finalizado em 2023. Esses dois cursos foram voltados exclusivamente à população indígena do Estado de MS, local este que, faz fronteira com o Paraguai ao sul, e com a Bolívia a noroeste. Considerando que MS possui a segunda maior população indígena do país e que eles não possuíam profissionais com a qualificação específica, viu-se a necessidade de formar profissionais que garantiriam a prestação de serviço nas comunidades indígenas de forma continuada, específica, diferenciada e de qualidade.

Os AIS têm como atribuição exercer a mediação e interlocução entre os saberes tradicionais e os conhecimentos e recursos da medicina ocidental, e entre comunidade e membros da equipe de saúde (BRASIL, 2007). Dentre as atividades desenvolvidas, destacamos algumas ações de saúde realizadas: 1) Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil; 2) Acompanhamento de gestantes; 3) Atendimento nos casos de doenças mais frequentes (infecções respiratórias, diarreia e malária); 4) Acompanhamento de pacientes crônicos; 5) Primeiros socorros; 6) Promoção à saúde e prevenção de doenças de maiores prevalências; 7) Acompanhamento da vacinação; e 8) Acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração (BRASIL, 2008; LANGDON & DIEHL, 2007).

Os AISAN, por sua vez, realizam a interlocução entre as práticas ambientais locais e as ações de saneamento (BRASIL, 2007). A atuação destes profissionais permeia o campo da vigilância e do saneamento ambiental, assim como da educação ambiental em saúde. Enumeramos algumas atividades, como: 1) Identificar as condições ambientais da comunidade e os mananciais disponíveis

para o abastecimento de água; 2) Reconhecer as doenças relacionadas com a água, dejetos e lixo, e promover melhorias nas condições de saneamento; 3) Promover e orientar a execução de sistemas alternativos para abastecimento de água, destino de dejetos, melhoria habitacional e controle de vetores e roedores; 4) Auxiliar e supervisionar na operação dos sistemas de abastecimento de água e outros projetos de saneamento implantados na sua área de atuação, bem como a manutenção preventiva e corretiva dos mesmos; 5) Executar inquéritos sanitários domiciliares e auxiliar em estudos preliminares para a implantação de pequenas obras de saneamento como proteção de fontes, poços rasos, cisternas, banheiros, fossas secas, fossas sépticas e outros (BRASIL, 2008; LANGDON & DIEHL, 2007).

Toda documentação e estrutura do projeto foram desenvolvidos graças ao esforço coletivo de diversos órgãos e setores da área da gestão, saúde e educação. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (CGATES), a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a Fundação Oswaldo Cruz/MS (FIO-CRUZ-MS), a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e a ETSUS/MS participaram na construção e execução deste curso. No Quadro 1 pode-se observar os municípios, as aldeias e as etnias envolvidas.

Quadro 1. As aldeias e etnias indígenas segundo os municípios

Municípios	Aldeias envolvidas	Etnias envolvidas
Amambai	Amambai, Limão Verde, Taquapery, Guassuty Jaguari e Pirakuá	Guarani-Kaiowá
Antônio João	Campestre e Piraka	Guarani e Kaiowá
Aquidauana	Bananal, Buritizinho, Córrego Seco, Ipegue, Lagoinha, Limão Verde, Imbirussu, Colônia Nova, São João, Água Branca e Cabeceira	Terena
Dourados	Caarapó T Yique, Bororó, Jaguapiru, Sucuri e Panambizinho	Guarani, Kaiowá e Terena
Iguatemi	Porto Lindo, Aldeia Serrito, Aldeia Pyelito, Aldeia YvY Katu, Aldeia Sombreiro, Aldeia Pirajuí, Ypo'i, Paraguassu, Jaguapiré e Sessoró	Guarani-Kaiowá, Guarani e Kaiowá
Miranda	Cachoeirinha, Moreira, mãe Terra, Argola, Lagoinha, Tomasia e Alves de Barros.	Terena e Kadiwéu
Paranhos	Potreiro, Pirajuí, Ypo'i, Paraguassu, Arroio Corá e Sete Cerros	Guarani e Kaiowá
Sidrolândia	-	Terena
Tacuru	J'aguapiré e Sessoró	Guarani e Kaiowá

Fonte: Própria.

No que se refere à saúde indígena, desde 1999 algumas Escolas Técnicas do SUS, entre elas a Escola do Ceará, a Escola Técnica de Saúde "Izabel dos Santos" – Rio de Janeiro e Escola Técnica do Mato Grosso atuaram na formação de agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem indígenas, em parceria com a FUNASA e Universidades. Nos últimos anos, a partir de 2010, em articulação com a SESAI, além da ETSUS Mato Grosso, a de Roraima, e a do Acre vêm desenvolvendo processos de formação/qualificação tanto de AIS como de Auxiliar em Saúde Bucal, Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Enfermagem (RET-SUS, 2010).

O histórico de atuação das ETSUS aponta que essas instituições reúnem condições técnicas, políticas, pedagógicas e de certificação necessárias ao desenvolvimento do Programa de Qualificação de AIS e AISAN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do texto foram realizadas interações entre a educação e saúde, uma vez que as Escolas são dispositivos potentes para trabalharem em diversas frentes. Elas necessitam atuar na formação dos recursos humanos, para um Sistema de Saúde que é único e se insere em um país diverso culturalmente, economicamente, fisicamente e socialmente. Independentemente do nível escolar, o profissional (ou futuro profissional) chega às Escolas já com a sua realidade e, nesses processos formativos a possibilidade de construir seu próprio “arsenal” de ferramentas para lidar com as especificidades do território.

O trabalho com fronteiras é difícil por comportarem invisibilidades. Ainda há quem defenda que o trabalho realizado junto aos municípios do Estado já é um trabalho fronteiriço, dado que o Mato Grosso do Sul é um “Estado Fronteiriço”. Contudo este é um ledô engano e, a dinâmica fronteiriça exige outro olhar. O olhar é incômodo, ele desterritorializa porque traz o novo, aquilo que não é aprendido em 90% das salas de aula (das Escolas, dos cursos técnicos ou das Universidades) e, que tira o profissional do seu lugar de detentor de “quase” todos os saberes. Fronteiras são espaços de vulnerabilidade, pobreza, podendo comportar marginalizações, situações de violência / tráfico, fluxos de pessoas, trocas linguísticas, é um *lôcus* de contatos, de agravos, de atenção sanitária e epidemiológica, do estrangeiro (psicologicamente falando), entre outros. São esses os desafios que implicam pensar em uma educação em saúde para a fronteira e, as fronteiras são singulares. Tem-se que a saúde

há muito não é mais uma concepção de ausência de doenças e sim de dinâmicas amplas sobre a coletividade e os indivíduos.

Face ao exposto, observa-se que as Escolas Estaduais de Saúde Pública ainda estão distantes desse tipo de trabalho, embora, a contemporaneidade do tema, com a intensificação das dinâmicas transfronteiriças possa vir a exigir em breve respostas do setor saúde. A Rota Bioceânica logo produzirá necessidades de respostas rápidas porque modificará a dinâmica dos territórios e dos serviços (de forma direta ou indireta).

Nesse sentido, as Escolas Técnicas do SUS têm muito mais a oferecer e a ensinar, o que é exemplificado pela própria ETSUS do Mato Grosso do Sul, em que principalmente os AIS e AISAN contribuíram/contribuem na saúde dos indígenas da fronteira Brasil-Paraguai e da Brasil-Bolívia. Em síntese, esse processo de formação realizado pela ETSUS/MS já está em contato com as diversidades linguísticas, culturais e históricas, fortalecendo a tradição e o modo de ser indígena numa perspectiva dinâmica fundamentada na interculturalidade. Nessa experiência já se criaram os vínculos fundamentais entre a Escola, os profissionais e os grupos. E em breve, esse processo poderá se estender a outros grupos, o que se encaixaria bem na perspectiva dos profissionais que atuam nas fronteiras.

Portanto, conclui-se que de imediato, um plano de ação para as fronteiras na educação em saúde começaria com o reconhecimento dos territórios, o que já tem ocorrido e com a articulação de uma rede formada por universitários, pesquisadores, áreas técnicas e Escolas integradas; no caso do Mato Grosso do Sul, seria potente integrar a ETSUS com a ESP para que pensassem juntas em ações formativas capazes de promover intervenções para o maior número de profissionais, sejam eles de nível médio ou superior. E, o trabalho não precisa se limitar a essas Escolas nem ao Estado, uma vez que no contato virtual, viu-se a possibilidade de abrir diálogos com outras Escolas brasileiras, de outras regiões.

Não obstante, esse tipo de trabalho depende da integração das Gestões e dos entes federativos. Ainda que a passos lentos, algumas estratégias começaram a ser pensadas agora; almeja-se então que com o despertar de uma rede, consigam de fato se efetuar, uma vez que o SUS não acontece em salas fechadas e sim no dia a dia do trabalhador principalmente da ponta, como forma de suprir as necessidades e dar qualidade aos seus usuários, serviços e profissionais.

REFERÊNCIAS

AJALLA, Maria Elizabeth Araújo Ajalla; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de; TAMAKI, Edson Mamoru; DIETRICH, Sandra Helena Correia; WAISSMANN, William; SILVA, Baldomero Antônio Kato da. The context of leprosy in Brazil-Paraguay border. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** v. 21, n. 01, p. 225 – 232. Rio de Janeiro/RJ: ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20572014>. Acesso em: 03 ago. 2023.

ALMEIDA, Paulo Roberto. O desenvolvimento do MERCOSUL: progressos e limitações. **Revista Espaço da. Sophia**, parte 1: n. 43, julho-setembro, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/5961082/2258_0_desenvolvimento_do_Mercosul_progressos_e_limita%C3%A7%C3%B5es_2011_. Acesso em: 28 jul. 2023.

ASSIS, Reinalda Maria de; SCANDOLA, Estela Márcia Rondina; ASSIS, Maria de Fátima Bregolato Rubira. Residência Multiprofissional: a contribuição da educação em saúde na formação dos residentes. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, v. 4, n. 2, p. 7-23, 2022. Disponível em: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/171>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRAGA, José Ueleres; HERRERO, Maria Belém.; CUELLAR, Célia Martinez de. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1-10, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700003>. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. **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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Lei 8080 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. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 32, p. 37-41, 16 fev. 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. PROEJA Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos. **Educação Profissional e Tecnológica Integrada à Educação Escolar Indígena.** Documento Base. Brasília: 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf2/proeja_indigena.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. **6ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal.** Manual de atuação – Saúde indígena. Grupo de Trabalho Saúde Indígena. 2008. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_manual_de_atuacao/Manual_Saude_Indigena_Final_1.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 10 jul. 2023.

CORRÊA MOCHIZUKE, Kaciane. Influência do atendimento em saúde à estrangeiros em uma cidade fronteiriça brasileira / Influence of health care for foreigners in a brazilian border city / Influencia de la atención en salud extranjeros en una ciudad fronteriza brasileña. **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 241-253, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.30681/25261010>. Acesso em: 30 jul.2023.

FABRIZ, Luciana Aparecida. **Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no Estado do Paraná**: um estudo avaliativo. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22102019-201716/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

FERREIRA, Michelyne Antônia; MOURA, Alda Alice Gomes de. A. **Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Departamento de Saúde Coletiva. Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS, 2006.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 23, Sup 2, p. S251-S266, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 01 de ago 2023.

IDESF. INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DE FROTEIRAS - IDESF. **Diagnóstico do Desenvolvimento das Cidades Gêmeas do Brasil**. Foz do Iguaçu. 2018. Disponível em: <https://www.idesf.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Diagn%C3%B3sticosdo-desenvolvimento-das-cidades-g%C3%Aameas-do-Brasil-internet.pdf> Acesso em: 10 jul. 2023.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliane E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>. Acesso 05 set 2023.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Revista Saúde e Sociedade**. v.27. n. 1. Jan – Mar 2018. p. 26-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>. Acesso em: 10 set.2023.

MARTINS, Paulo César; PONTES, Elenir Rose Jardim Cruz. Mortalidade infantil por causas evitáveis em municípios de fronteira e não fronteira. **Revista Cadernos Saúde Coletiva**. v. 28, n. 2, p. 201-210, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020096>. Acesso em: 12 set. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. **Decreto nº 3.646 de 21 de julho de 1986**. Cria o CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, com sede no município de Campo Grande (MS) e dá outras providências. Diário oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, Ano III, nº 1863, 20 p. Campo Grande - MS, 22 de julho de 1986. Disponível em: https://www.etsus.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/Decreto-no-3.646_22_07_1986.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 16.232 de 20 de fevereiro de 1989**. Cria Escola de Saúde Pública e dá outras providências. Diário Oficial nº 2502, de 21 de fevereiro de 1989.

MATO GROSSO DO SUL. **Decreto nº 12.127 de 20 de julho de 2006**. Transforma o Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde, criado pelo Decreto nº 3.646, de 21 de julho de 1986, em Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" e dispõe sobre suas finalidades. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, 21 de julho de 2006. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ms/decreto-n-12127-2006-mato-grosso-do-sul-transforma-o-centro-formador-de-recursos-humanos-para-a-saude-criado-pelo-decreto-no-3-646-de-21-de-julho-de-1986-em-escola-tecnica-do-sus-quot-professora-ena-de-araujo-galvao-quot-e-dispoe-sobre-suas-finalidades>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 4.993 de 07 de JULHO de 2023**. Reorganiza a Estrutura Básica da Secretaria de Estado de Saúde (SES), e dá outras providências. Diário Oficial nº 11.208, de 11 de julho de 2023.

MONDARDO, Marcos; STALIANO, Pamela. Saúde na Fronteira Brasileira: Políticas Públicas e Acesso a Serviços / Health on the Brazilian Border: Public Policies and Access to Services. **Revista Espaço Aberto**. v. 26, n. 1, p. 99-116, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36403/espacoaberto.2020.29948>. Acesso em: 25 jul. 2023.

MOREIRA, Jamile. **Governo do Amapá propõe criação de fluxo para atendimento de pacientes na fronteira entre Brasil e França**. [online]. Escola de Saúde Pública, Governo do Estado do Amapá, publicado em 06 de julho de 2023. Disponível em: <https://saude.portal.ap.gov.br/esp/noticia/0707/governo-do-amapa-propoe-criacao-de-fluxo-para-atendimento-de-pacientes-na-fronteira-entre-brasil-e-franca>. Acesso em: 10 jul. 2023.

PONTES, Haroldo Jorge de Carvalho; COUTINHO, Márcio Lemos; SANTOS, Maria Ruth dos. **As Escolas Estaduais de Saúde Pública:** contribuições pedagógicas e político-institucionais para o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2020. CONASS Documenta nº 35.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (RET-SUS). Formação em saúde nas aldeias.

Revista RET-SUS, ano V, n. 39, p. 6-9, 2010. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/retsus_revista_39.pdf. Acesso em: 19 jul. 2023.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (RET-SUS). **Quem somos:** Apresentação.

Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/apresentacao>. Acesso em: 17 jul. 2023.

TOMIM, Geiciely Cavanha; NIHEI, Oscar Kenji; ZAZULA, Robson; SVOBODA, Walfrido Kühn. A utilização do planejamento estratégico situacional como ferramenta para implementação de política de saúde mental em um município da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai, Argentina) /n: ZILLY, Adriana; DA SILVA, Rosane. **Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2022, p. 85-100. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/saude-publica-na-regiao-da-fronteira-brasil-paraguai-argentina/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

ZILLY, Adriana; DA SILVA, Rosane. **Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/saude-publica-na-regiao-da-fronteira-brasil-paraguai-argentina/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

Parte

II

**SAÚDE MENTAL
NA FRONTEIRA:**

AFETOS E CUIDADOS

3

*Gabriel Luis Pereira Nolasco
Everton Stringheta Junior
Carla Cristina de Souza
Anita Guazzelli Bernardes*

**PRODUÇÕES DE SAÚDE
MENTAL NA FRONTEIRA:**

**POLÍTICA, COLONIALIDADE
E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO**

INTRODUÇÃO

As práticas no cuidado com a saúde mental são uma das possibilidades de prevenção e promoção de saúde que também estão atravessadas no funcionamento dos atendimentos na Atenção Primária em Saúde (APS) como parte das ações nos serviços de saúde, substancialmente, diante da implementação da Rede de Atenção em Saúde, reformulada em 2017 (BRASIL, 2017). Poderíamos afirmar, a partir desse atravessamento, que pensar práticas de prevenção e promoção à saúde mental nos distintos equipamentos de saúde das APS é uma estratégia corriqueira no convívio entre os(as) profissionais de saúde que ali atuam, considerada uma possibilidade de cuidado após a reforma psiquiátrica, o processo de redemocratização do Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A reforma psiquiátrica apresenta instrumentos que buscam garantir um outro processo de organização e cuidado com a saúde psíquica, não mais orientada numa lógica hospitalocêntrica, mas numa perspectiva de cuidado pautada na compreensão da redução de danos, na produção da autonomia e cidadania, conscientização do(a) usuário(a) em sofrimento mental, famílias e sociedade. Contudo, parece-nos que ainda existe a produção discursiva do sujeito em sofrimento que o reforça como o(a) “louco(a)”, alocando a saúde mental como algo distante da atuação de um profissional da saúde que não seja o(a) psicólogo(a) ou o(a) psiquiatra. O que afirmamos com isso é que, ainda que a reforma psiquiátrica tenha sido um novo paradigma de cuidado que veio em substituição ao modelo hospitalocêntrico e da patologização do(a) “louco(a)” do manicômio, as práticas contemporâneas tendem a repetir tal inteligibilidade centrada na hospitalização e uso indispensável dos fármacos.

Na década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, posteriormente intitulado de Luta Antimanicomial, foi responsável pela reforma psiquiátrica brasileira. Essa reforma é

contemporânea dos movimentos de reforma psiquiátrica internacionais, em especial da psiquiatria democrática italiana. A desinstitucionalização da loucura, a partir da desativação dos leitos em manicômios e da criação de serviços comunitários no Brasil, teve início no final da década de 80, com a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de São Paulo e da primeira intervenção nos hospitais psiquiátricos na cidade de Santos. Esse processo se pautava na tríade de reivindicações que são direitos humanos, ética inclusiva em relação à sociedade e tratamento comunitário em rede de serviços territoriais alternativos ao modelo manicomial, visando a construção de um novo lugar social para a loucura. Essas foram as bases para a instituição da política brasileira de saúde mental (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020).

Contudo, conforme Oliveira e Szapiro (2020), a reforma psiquiátrica ocorreu de forma desigual no Brasil. Nas regiões onde não foi possível realizar a devida implantação de uma rede substitutiva e a transformação das práticas, o modelo de redes de atenção e, em especial, a rede de atenção psicossocial convivem com a lógica manicomial. Segundo Daiane Leite de Almeida *et al.* (2022), foi por meio da Lei n.º 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado) que o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), e após dez anos lançou a Portaria 3.088 (BRASIL, 23 de dezembro de 2011), constituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem por objetivo promover instrumentos e diretrizes para conduzir uma atuação com sujeitos que estão em sofrimento psíquico e procuram os serviços de saúde no SUS. A proposta do desligamento de diversos leitos dos hospitais psiquiátricos e manicômios, por meio da estratégia de desinstitucionalização, vinha como uma alternativa para refletirmos sobre formas de reorganizar os modos de atendimentos com os sujeitos, buscando proporcionar ao(à) usuário(a) uma centralidade enquanto sujeito político, no qual o cuidado perpassaria por uma articulação entre sujeito, comunidade e família, isto é, em uma lógica territorial e de fortalecimento de vínculos. A Estratégia Saúde

da Família, que ocorre na APS, tornou-se nesse percurso um dos pontos mais importantes da RAPS, já que geralmente é a porta de entrada dos(as) usuários(as) para o serviço de saúde pública.

Esses processos decorrentes das transformações do SUS diante do cenário da saúde mental no Brasil se tornaram de grande interesse para nós, pesquisadores(as) e técnicos(as) do setor de gestão da RAPS da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul (MS), ao compor este capítulo, de modo que nossa escrita buscará narrar nossos encontros com os(as) profissionais da saúde das APS de Porto Murtinho – MS em relação aos seus itinerários com a saúde mental a partir de atividades conjuntas com o projeto da “Rede Intersetorial de Políticas Públicas: saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”. Por meio dos encontros, foi possível perceber outras modalidades de cuidado, acesso e acolhimento com a saúde mental produzidas por profissionais da saúde que atuam nesse território com os(as) usuários(as); ao mesmo tempo, e por outro lado, também nos sinalizaram que algumas compreensões sobre saúde e adoecimento psíquico ainda se sustentam por práticas que antecedem a reforma psiquiátrica, através de enunciados que culpabilizam e individualizam os sujeitos em sofrimento psíquico, configurando-se como modalidade de subjetivação do sujeito louco.

Os encontros com os(as) profissionais ocorreram no ano de 2022, quando nós nos aproximamos do território por meio das ações, visitas *in loco* no município. Uma das propostas era que realizássemos uma atividade coletiva com profissionais que atuam na APS, sem distinção de função, para compartilhar conhecimentos sobre as políticas, ações, diretrizes e normativas que regem o cuidado em saúde mental no SUS a partir das demandas sociais, contexto e características do próprio município. Em relação a nós, técnicos(as) da RAPS/SES, buscamos orientar e nos colocar à disposição para elaborar uma agenda de educação continuada em saúde sobre as questões que envolvem as práticas em saúde mental e o uso abusivo

de álcool e outras drogas; quanto a nós, pesquisadores(as), mas conjuntamente com todos(as) que aqui escrevem, fizemos o percurso de escuta sobre o que já ocorre com as práticas de cuidado que podem ser observadas, como acolhimento e escuta em saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas, ou ainda aquilo que vai possibilitando a construção de outros arranjos no que diz respeito a promoção e prevenção, como práticas que constituem a política.

Sobre o percurso metodológico que nos orientou, apontamos que a cartografia surgiu como uma possibilidade de nos deixar guiar pelos itinerários e práticas de atuação dos(as) profissionais da saúde de Porto Murtinho, onde fomos nos relacionando e nos encontrando com os enunciados produzidos por eles(as) na relação com o território durante as atividades na cidade. A cartografia nos anuncia que “as metas e os objetivos a serem alcançados são móveis e flexíveis porque é a experiência do caminhar da pesquisa que tem a primazia”, como bem colocaram Severino Ramos de Souza e Ana Francisco (2016, p. 813). Logo, num processo de experimentar novas relações com o que é produzido em território, buscamos em campo caminhar em direção às potencialidades que estão se constituindo nos espaços para o fortalecimento do cuidado em saúde mental, apostando numa produção coletiva de enfrentamento às demandas e menos de apontar respostas e prescrições, isto é, os objetivos e estratégias de pensar saúde nessa escrita surgiram das cenas compostas com os sujeitos, profissionais da saúde e nós, pesquisadores(as) e trabalhador, enquanto operador da política pública, na gerência técnica de saúde mental vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, em Mato Grosso do Sul.

O capítulo se constrói com os encontros das práticas – em que consideramos o conceito de “práticas” como aquilo que acontece na relação com os documentos, estratégias e diretrizes da própria política e da atuação de profissionais da saúde das APS em Porto Murtinho/MS – em relação às questões com a saúde mental, melhor dizendo, do modo como tais enunciados e práticas conduzem

e direcionam o cuidado, acesso e esquadramento dos(a) usuários(as) no acesso à mesma, de modo que pudemos perceber quais são as ações, as estratégias, os desafios metodológicos e operacionais no cotidiano das relações de trabalho e o cuidado com a população que possam produzir uma série de violências, mas também mecanismos de proteção.

Buscamos compreender de que modo são reforçados os processos de invisibilidades e visibilidades como eixo de atuação sustentados ora por enunciados que antecedem a reforma psiquiátrica, ora por outras práticas de cuidado construídas no território. Para colocar em análise tais práticas, recorreremos a algumas cenas que não necessariamente narram o encontro com uma atividade específica, como a sinalizada acima, mas dizem de várias cenas e acontecimentos que foram nos atravessando durante o percurso de encontro nos itinerários que acompanhamos durante nossa viagem ao município e visitas nas unidades de saúde (UBS, UBSF etc.).

Apresentados os nossos objetivos, queremos, em termos de organização, demonstrar como separamos os tópicos deste capítulo. Num primeiro momento, gostaríamos de apresentar o território desde as nossas percepções, pois, do modo como compreendemos o "conceito" de saúde, afirmamos que não é possível pensar os processos de adoecimento psíquico sem que ele seja contextualizado com as experiências que se têm no território. Depois, iremos relatar um breve percurso que proporcionou um dos encontros com os(as) profissionais da saúde no território; buscaremos destacar algumas das cenas narradas nas quais nos encontramos com eles(as) a partir de algumas rodas de escutas nas unidades de serviço de saúde. A proposta é irmos costurando um diálogo com as cenas trazidas a partir de uma perspectiva decolonial e pós-reforma psiquiátrica. Por fim, tentar elaborar estratégias a partir do que foi sinalizado por eles(as) para fortalecer esse processo de redemocratização do cuidado com a saúde mental.

OLHARES PARA PORTO MURTINHO: TERRITÓRIO E A SAÚDE MENTAL

A cidade de Porto Murtinho está localizada no estado de Mato Grosso do Sul, na região sul do Centro-Oeste e sul do Pantanal. Ela faz fronteira com Puerto Carmelo Peralta, cidade localizada no Paraguai. Entre as duas cidades corre o rio Paraguai, compondo o cenário também de divisa entre os dois países. Além do rio Paraguai, também há outros rios que banham Porto Murtinho, como o rio Apa, rio Amonguijá, rio Aquidabã e rio Tereré, além de outros. Essa constituição dos distintos rios que passam pela cidade acaba por destacá-la como um destino para pescaria no Pantanal e é refletida na presença de turistas pescadores que vão até a cidade no período permitido para a pesca. Foi possível encontrar em uma de nossas viagens até a cidade vários pescadores vindos de distintos estados do Brasil.

Um breve perfil de Porto Murtinho, segundo os dados do IBGE (2021⁵¹), indica que a estimativa é que a cidade tenha uma população de 17.460 habitantes. O salário médio mensal das pessoas que trabalham no mercado formal na cidade é de 2,4 salários mínimos, segundo dados de 2020. Ao todo são sete estabelecimentos de saúde do SUS no território para atender às demandas da cidade. No entanto, com o mais recente projeto que tornará Porto Murtinho um portal de entrada para os países vizinhos do Brasil (Paraguai, Argentina e Chile), esses dados do perfil tenderão a ser transformados, bem como as demandas da cidade.

O empreendimento é uma Iniciativa de Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA) que visa a construção da Rota Bioceânica, um corredor rodoviário com uma extensão de 2.396 km que pretende ligar o Oceano Atlântico aos portos de Antofagasta

e Iquique, localizados no Chile (CAMPOS, 2022). A rota terá como ponto de partida Campo Grande e pretende passar por Paraguai e Argentina até chegar ao Chile. Com a chegada desse empreendimento, é provável que a cidade de Porto Murtinho passe por um grande impacto econômico, social e cultural. Por esse motivo, destaca-se a importância da pesquisa “Rede Intersectorial de Políticas Públicas: saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”, mencionada anteriormente. Tal pesquisa é uma iniciativa do Ministério da Saúde junto à Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT).

Levando em consideração tal contexto de mudanças, com a chegada de novos empreendimentos e pessoas de diferentes localidades da América Latina (e possivelmente de outros países), é urgente considerarmos o que vem se produzindo para responder as novas e antigas demandas em saúde, enquanto uma prática de promoção e garantia dos direitos ao acesso integral em saúde na cidade, para além da atenção aos aspectos culturais, econômicos e sociais que também estão atravessados às questões da saúde. Trouxemos esses elementos, pois entendemos que é importante, por exemplo, pensarmos o território enquanto marcador das experiências de saúde mental. Isto é, precisamos perceber as transformações que estão sendo constituídas no território, pois isso reflete diretamente nos modos comportamentais e nos processos de subjetivação que estão se constituindo nas experiências dos sujeitos que vivem na cidade.

Pensar o território é entender que ele compõe uma parte do processo do cuidado em saúde mental e, por isso, tornou-se um espaço de grande relevância, sobretudo após a reforma psiquiátrica, em que os hospitais psiquiátricos perderam sua centralidade. No entanto, “sabemos que a extinção de espaços de confinamento, tais como os hospitais psiquiátricos, não garante por si só nem a inclusão social dos excluídos, nem a sua emancipação da tutela”, conforme

apontaram os(as) autores(as) Juarez Furtado *et al.* (2016, p. 8). Isto é, há de se ter uma articulação entre as políticas públicas de saúde situadas no território junto das comunidades, pensando sobretudo nos conflitos políticos locais.

Dito de outra forma, pensar território também implica refletir sobre as relações de poder que estão em tensão no espaço, sobretudo porque não é possível nos desvincular do modo como o Estado-Nação institucionaliza as relações dos territórios. Desse modo, ao mesmo tempo que um território é um espaço onde há tensionamentos de poder, também é um local que viabiliza vidas, onde os sujeitos têm a possibilidade de territorializar outros processos de subjetivações por meio de sua relação de cuidado com a saúde mental.

Estamos numa encruzilhada entre a verdadeira inserção no território e uma transinstitucionalização. Se a primeira representa conflitos, o difícil convívio com a diferença e avanços por vezes lentos e sempre parciais, a segunda representa somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade conduzida por profissionais de instituições como os CAPS e os SRT (FURTADO, 2016, p. 10).

Esse "difícil" convívio com as diferenças e mesmo a forma como construímos os vínculos uns com os outros também faz parte do modo como o Estado-nação – esse conjunto de forças que busca estruturar modos de vidas – nos ensina a nos relacionarmos com o que é considerado "abjeto", isto é, os encontros com as diferenças se orientam com o modo pelo qual uma matriz colonial, por meio da colonialidade, enraíza suas prescrições de condutas numa cultura. O "abjeto" é uma produção colonial e contextual. Quando ensaiamos subversões decoloniais, buscamos outras modalidades de relações com os sujeitos, com as diferenças, pois entendemos que todas as pessoas estão conectadas "pela lógica que gera, reproduz, modifica e mantém hierarquias interconectadas" (MIGNOLO, 2017 p. 94). Trouxemos isso para nos deslocarmos de uma ideia de individualização e/ou até mesmo culpabilização dos sujeitos que se encontram

com esse “difícil” convívio com as diferenças e também para afirmar a possibilidade de outros modos de relação com sujeitos que não se enquadram na matriz colonial, os que são considerados “loucos/as”.

Desse modo, o exercício de pensar a saúde mental em Porto Murtinho precisa ser atravessado a uma crítica decolonial dos processos de saúde mental, de modo que possamos desindividualizar as práticas profissionais e passar a percebê-las compondo um projeto de produção colonial de cuidado com a vida do Outro. Também é importante olhar para as práticas de cuidado com a saúde mental interseccionalmente com os modos pelos quais os sujeitos estabelecem relações fronteiriças com as pessoas que residem no Paraguai, sujeitos que também podem acessar os serviços de saúde pública no Brasil. Isto é, há um convívio, encontros, com uma multiplicidade de diferenças produzidas por territórios nacionais, línguas, culturas e etnias. Além disso, é importante se atentar para as novas relações que vão sendo criadas com o empreendimento em andamento, uma vez que outras pessoas, trabalhadores(as) da construção da ponte que ligará os dois países pela Rota Bioceânica estão vindo de outras localidades para residir na cidade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA⁵²: RODAS DE ESCUTA DAS DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL

Fomos visitar algumas unidades de saúde da cidade de Porto Murtinho acompanhadas(os) pela equipe de gestão da RAPS/SES. A visita estava pré-agendada pela manhã e foi feita a partir de uma articulação local com uma servidora da saúde que atua junto à

52

O relato de experiência é uma das modalidades de pesquisa que buscam trazer a descrição de um percurso marcado por encontros com os sujeitos em campo, de modo que não se perca a relevância para o meio científico.

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Murtinho. A articulação com a servidora acontece desde o início do projeto, junto à equipe e coordenação do projeto. A parceria com a equipe da RAPS/SES surgiu de um compromisso coletivo com a pauta em saúde mental, junto de uma agenda de ações que o Estado também vem realizando nos distintos municípios interioranos; então compomos juntos(as). Dado esse breve contexto, ao chegarmos na unidade, no entanto, foi sinalizado a nós que não havia esse pré-agendamento e que seria inviável o encontro, por se tratar de uma data de campanha de amamentação. Segundo a psicóloga que nos encontrou, os(as) profissionais da saúde não poderiam comparecer ao encontro; estavam com outras demandas em decorrência da campanha no município. Diante disso, buscamos mobilizar outras unidades de saúde em busca de profissionais que não estivessem atuando diretamente da campanha e que pudessem participar dessa conversa em saúde mental e do uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas, na qual falariam das suas demandas no município, e assim aconteceu.

Iniciamos a conversa nos apresentando e pedindo para que todas as pessoas também se apresentassem. A maioria dos sujeitos participantes era composta por agentes de saúde; havia apenas uma médica e outros(as) enfermeiros(as). Após as apresentações, como pergunta disparadora, pedimos para que trouxessem histórias, relatos e experiências em que se encontraram com as demandas em saúde mental e o uso de álcool e outras drogas. Destacamos alguns atravessamentos que eles(as) fizeram entre saúde mental e o uso abusivo de álcool e outras drogas. Ainda é importante marcar que não houve distinção entre as diversas substâncias psicoativas (SPA) nas narrativas, isto é, segundo os relatos, todas as SPA estavam intrinsecamente relacionadas a uma piora em saúde mental. Segundo eles(as), o uso de “maconha” (a cannabis) é recorrente entre as pessoas usuárias do serviço, consideradas dependentes da droga – fato que relataram gerar muita preocupação. Após tal afirmação, conversamos na roda

de escuta sobre as distinções entre as SPA e as possíveis estratégias a partir do conceito de Redução de Danos (RD)⁵³.

Uma outra narrativa que destacamos para discussão neste capítulo é que há uma concepção de que as pessoas em sofrimento mental devem ser sempre agendadas para o acompanhamento com o(a) psiquiatra. Por se tratar de uma especialidade médica na qual não há um(a) profissional de psiquiatria que reside na cidade, o sujeito responsável por exercer essa função vem de outra cidade até Porto Murtinho, e as consultas são todas concentradas em apenas um dia da semana a cada quinze dias, o que sobrecarrega a agenda médica, aumentando o tempo e a fila de espera do(a) usuário(a) para o atendimento, assim como há em torno dessa modalidade de cuidado em saúde que ocorre por meio de práticas de uso exclusivo de fármacos como possibilidade de intervenção e produção de um cuidado em saúde no contexto da APS. Aqui, é importante destacar que o uso de fármacos como única estratégia de cuidado em saúde mental deve ser operado e articulado a outras práticas, como a redução de danos, como possibilidade de conscientização e autonomia diante do adoecimento mental.

Cabe ressaltar aqui que nossas práticas e perspectivas não são contra o uso de medicações como parte do projeto terapêutico em saúde, no entanto, em contato com as narrativas explanadas pelos profissionais em saúde, constatamos que há uma predisposição em relação ao saber-médico como verdade universal, sem outras possibilidades de se aventar o cuidado em saúde.

Nesse sentido, percebemos que é de comum entendimento entre esses(as) profissionais que o cuidado com o sujeito em

53

A RD é considerada um conjunto de diversas estratégias que buscam diminuir os danos causados pelo uso do álcool e das mais diversas drogas sem que a pessoa que está fazendo a utilização das substâncias deixe necessariamente de consumi-las. Em outras palavras, ela é constituída por um conjunto de políticas e práticas que visam reduzir os danos das drogas na vida de pessoas que não desejam ou não podem deixar de utilizá-las.

sofrimento psíquico e/ou em adição deve necessariamente passar por um acompanhamento psiquiátrico, e eles(as) pouco se reconhecem nesse processo de acolhimento. Diante de tal compreensão, também construímos com elas(es) entendimentos sobre algumas das modalidades de complexidade do sofrimento psíquico, que separamos entre baixa, média e alta complexidade, e as estratégias de acolhimento a partir da percepção da RD que podem ser executadas por qualquer profissional que esteja trabalhando no momento. A proposta era desmontar o enunciado de que a saúde mental opera em um duplo jogo: de um lado, temos aqueles(a) considerados(a) como “loucos e loucas”, e de outro, produzida como efeitos do uso problemático de álcool e outras drogas; em ambos os casos, são “resolvidas” apenas com respostas centradas na perspectiva farmacológica.

Algumas autoras e alguns autores que estudam os processos da medicalização no cuidado com a saúde mental pela perspectiva do movimento pós-reforma psiquiátrica já nos relataram tal compreensão por parte de profissionais da saúde que atuam com a saúde mental e coletiva, mas percebemos que outros profissionais que não são considerados como especialistas em saúde mental também compartilham dessa percepção. Segundo Priscila Monteiro (2023, p. 17),

...os campos da saúde mental e coletiva se deparam com a expansão das práticas medicamentalizadas, tornando o cuidado quase como privativo do especialista que prescreve medicação, não havendo inclusão do usuário, serviços de saúde e rede de cuidados na articulação das possibilidades de intervenções terapêuticas. Nesse entendimento, ter acesso gratuito à medicação indicaria um cuidado eficiente, satisfação pelo tratamento e a única forma de cuidado possível.

Tal compreensão sobre essa modalidade de cuidado farmacológico não é algo individualizado do sujeito profissional da saúde, mas faz parte de um tipo de arquitetura biomédica e discursiva que sustenta o entendimento sobre o que é a saúde mental. Esse discurso não pode ser pensado descolado da ideia de normalidade e

anormalidade atravessada ao conceito de “cura” pela medicação. Segundo Jomábia Santos *et al.* (2023, p. 10), “no que tange às práticas em saúde mental, o discurso farmacológico se propõe a curar o doente, uma cura entendida como sinônimo de normalidade [...]”, nesse sentido, cabe a nós também pensar a saúde mental correlata aos modos como temos a percepção do que é normal e anormal em nossa sociedade. Os estudos sobre “desvios” e processos de dissidências devem ser refletidos como resultantes de um projeto colonial de adequação das vidas e não podem se deslocar sobre o que se compreende como bem-estar em saúde mental.

Como forma de deslocar o discurso de acolhimento em saúde mental colado e/ou restrito à especialidade psiquiátrica ou da psicologia e mesmo subverter a ideia de cuidado vinculada às medicações é que se faz necessário um diálogo no qual outros profissionais da APS possam reconhecer sua função e mesmo o que já vêm desempenhando no processo de escuta de um sujeito em sofrimento. Por vezes, a demanda de sofrimento pode ser suprida por um diálogo na própria unidade. A porta de entrada dos serviços de saúde, como nas APS, pode ser um diferencial no processo de cuidado (MONTEIRO, 2023), no qual a escuta do sofrimento do sujeito não precisa necessariamente ser realizada por alguém da psicologia ou psiquiatria, mas por outros(as) profissionais da saúde que compõem o quadro de sujeitos que atuam na APS.

Essa roda de escuta buscou justamente sinalizar a partir do percurso que os(as) profissionais da saúde fazem no território, o que já é realizado junto dos(as) usuários(as) e que corresponde ao cuidado com a saúde mental na perspectiva da política de humanização. Buscamos demarcar junto deles(as) os pequenos cuidados que são realizados e fomentam uma autonomia dos sujeitos que fazem uso do serviço, apontando as práticas do cotidiano que fortalecem essa humanização e que estão de acordo com as diretrizes da política nacional de saúde mental. É importante demarcar que nossa proposta no diálogo não era a de desvalorizar a importância das funções

que exercem a psiquiatria e a psicologia, muito menos abandonar os processos farmacológicos, pois compreendemos que há alguns quadros de cuidado em que o fármaco é importante, mas antes apontar para as problemáticas de restringir o cuidado em saúde mental aos usos exclusivos e compulsórios de fármacos.

Além disso, no que corresponde à autonomia dos sujeitos, foi importante dialogar sobre como eles(as) podem se ver nesse processo em que necessitam de acolhimento, tendo em vista que

...ainda é algo muito comum o estereótipo que é associado à pessoa com agravo em saúde mental enquanto alguém desprovido de razão, violento, louco, e que por isso deve ser evitado, controlado. Diversas vezes no cotidiano dos serviços de saúde se escuta frases, tanto de usuários, quanto de profissionais, que reafirmam esses estereótipos, quando, por exemplo, o paciente chega relatando que não havia procurado o serviço antes, com receio de ser visto enquanto "louco" (SANTOS, CAVALCANTE, QUINDERÉ, VIEIRA, 2023, p. 13-14).

Nesse caminho, o diálogo que realizamos na roda de escuta enfatizou que é importante compreendermos as pessoas em processo de adoecimento psíquico como alguém que é sujeito de direitos e que necessita de acolhimento. Abordamos a importância de exercitar a nossa escuta de modo que não julgemos o sofrimento do outro, caracterizando-o como "louco". Por vezes a escuta é o processo no qual esse sujeito se vê como uma vida e que lhe fornece possibilidade e condições de fala. Diante desses elementos, foi de comum concordância entre os(as) profissionais que nem sempre é fácil o processo de escuta, por isso compreendemos o enunciado em que "o fármaco é a principal estratégia no tratamento, e o cuidado ainda é centralizado no poder do médico" (SANTOS, CAVALCANTE, QUINDERÉ, VIEIRA, 2023, p. 12).

Uma das enfermeiras trouxe uma história para narrar as dificuldades do cuidado com alguém que está em "surto". Ela realiza

visitas na casa de uma mulher que é usuária da unidade e que necessita da aplicação de medicação na própria residência. A profissional disse que já ocorreu de algumas vezes sofrer violência física nas situações quando a mulher se encontra em “surto”. Uma vez essa paciente lhe perguntou se ela tinha medo de ir até a casa dela e a profissional respondeu que não, mas que não gostava quando a mulher lhe batia. A enfermeira nos contou que a paciente é conhecida na cidade e que é comum algumas pessoas terem medo dela. Diante da narrativa, ela nos colocou que é uma demanda dos(as) profissionais da saúde obter instrumentos técnicos e executar estratégias de acolhimento de pessoas que estão em “surto” e sinalizou até mesmo que alguns(as) têm medo de atender esses(as) pacientes.

Não há uma única e certa resposta para o cuidado com a pessoa que pode vir a se machucar ou machucar um outro alguém, mas tecemos algumas possibilidades para esse cuidado, tentando elaborar conjuntamente estratégias a partir da RD. No entanto, sabemos que é importante uma educação que possa ser permanente no município, para que forneça os instrumentos necessários ao cuidado consigo e com o outro da relação. Além disso, é importante demarcar que “no acolhimento em saúde mental é preciso o entendimento e cautela de que os usuários podem apresentar alguns comportamentos que não são esperados socialmente” (SANTOS, CAVALCANTE, QUINDERÉ, VIEIRA, 2023, p. 16), isto é, faz-se importante compreender os significados que são atribuídos ao “surto”, de modo que possamos diferenciar o que implica diretamente em uma ação que pode ferir a vida da que é considerada um “desvio social” e, logo, uma locação do sujeito num lugar que faz parte de um projeto político colonial de enquadramento da vida.

Foram realizadas visitas às unidades de saúde do município para fazer a escuta sobre como as demandas de saúde mental são reconhecidas e como o cuidado é concebido e produzido, em especial aquelas relacionadas ao uso de SPA. Na primeira unidade, uma das equipes informou que essas demandas não eram acompanhadas

ali, pois quando acolhiam usuários de drogas encaminhavam para o atendimento de psiquiatria ou para o pronto-socorro do município, que estabiliza e solicita internação conforme a gravidade. Nessa unidade havia, além da equipe mínima da ESF, a presença de profissional de psicologia, que acompanhava de forma individual as demandas tidas como leves, tais como ansiedade e depressão.

Na segunda unidade visitada, a equipe relata uma dinâmica diferente. Contam sobre um usuário jovem adulto que fez uso abusivo de SPA durante a adolescência e desenvolveu um quadro de difícil manejo, passando por situações de permanência nas ruas do município e internação psiquiátrica. Para garantir o tratamento farmacológico, a equipe da ESF estabeleceu uma estratégia de cuidado junto à família e o usuário, que consiste em regular o consumo de tabaco e visitas periódicas para administração dos fármacos e garantia do cuidado contínuo. Chama a atenção que essa estratégia se configura em uma prática de RD, mesmo que a equipe não a reconheça e a nomeie dessa maneira.

É possível identificar, além disso, diferenças quanto às tecnologias leves de cuidado, tal como o acolhimento em saúde mental, que envolve, por exemplo, ações de cuidado como a escuta qualificada; ações de redução de danos como a oferta de água e/ou mesmo um alimento; e práticas que operam e inventam novos modos de cuidado em saúde diante de cenários complexos e de fragilidades em municípios interioranos. Tal cenário pode ser explicitado na primeira unidade: o acolhimento coloca em operação a fragmentação do cuidado a partir da perspectiva do encaminhamento das demandas por classificação da gravidade. Já na segunda unidade, o acolhimento é parte do cuidado e a equipe desenvolve as estratégias em articulação com o território, realizando visitas e incluindo o usuário e a família no processo de cuidado.

Essas diferenças nos modos de produção do cuidado das equipes em relação às demandas de saúde mental nos levam a considerar quais sentidos operam diante das distintas estratégias de cuidado nessas diferentes unidades. É possível identificar a coexistência de práticas reducionistas e ampliadas e a presença de práticas que propõem reduzir agravos à saúde mental visando a continuidade e compartilhamento do cuidado do usuário. Isso reflete os diferentes modelos de atenção em saúde mental em questão neste capítulo, bem como no modo como são operacionalizados nos diferentes territórios no interior do município.

Conforme apontam Merhy *et al.* (2019), o cuidado em rede ocorre de modo contextualizado diante dos determinantes de cada território e das singularidades dos sujeitos ali inseridos, isso posto em relações que ampliam ou oprimem as potencialidades de vida. Esses autores discutem as forças em ação nas relações do trabalho em saúde que tensionam “campos de disputa, que se instauram nos atos relacionais do campo da micropolítica, nas relações de poder, nas relações intersubjetivas” (MERHY, FEUERWERKER, SANTOS, BERTUSSI, BADUY, 2019, p. 72).

Essas considerações colocam em destaque os encontros, sejam eles entre gestores(as), trabalhadores(as) e/ou usuários(as) como espaços onde serão articulados os modos de se compreender as necessidades de saúde e produzir o cuidado. Permite também, além disso, considerar estratégias que promovam mudanças desses saberes e práticas em saúde mental no interior desses mesmos espaços, que podem ser de (re)produção da vida ou de práticas coloniais e manicomialis.

TECENDO ALGUMAS ESTRATÉGIAS EM SAÚDE MENTAL

Diante do que já é realizado pelos(as) profissionais da saúde no território de Porto Murtinho, conforme fomos sinalizando anteriormente, tecemos algumas propostas estratégicas para o fortalecimento do cuidado e do acolhimento em saúde mental no município. Uma das demandas que surgiram é a necessidade da criação de uma agenda junto às gerências técnicas da RAPS para atuar com uma educação permanente no município, destinada a todos(as) os(as) profissionais que atuam nas APS, de modo que possam viabilizar ferramentas para o manejo, cuidado e acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico. A política nacional de saúde mental orientou a descentralização do cuidado, mas é necessária uma discussão que possa subverter alguns dos enunciados que se discursam sobre quem é a pessoa “louca”, isto é, precisamos construir novas narrativas de cuidado, em que o sujeito em sofrimento psíquico é alguém que possui autonomia e direitos. Nesse sentido, as novas práticas de cuidado e os discursos sobre saúde mental precisam estar em coerência com as diretrizes da política de humanização e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico. Dito de outra forma, há a necessidade, conforme observamos neste encontro da roda de escuta, de fomentar práticas que possam dar materialidade à política.

Uma prática comum no território de Porto Murtinho é a de ocupação das praças públicas por parte de alguns(as) dos(as) usuários(as) do serviço de saúde, que, conforme narrado por alguns(as) dos(as) profissionais na roda de escuta, fazem o uso do espaço para o consumo das SPA. Diante disso, consideramos que uma possível prática para o cuidado seja o Acompanhamento Terapêutico (AT) desses sujeitos. A AT surge como uma atividade que substitui o espaço das unidades de saúde e/ou mesmo outros locais fechados, como os antigos manicômios, de modo a acompanhar o sujeito

durante sua convivência nos espaços comuns da cidade. Ao invés de o sujeito se deslocar até os espaços das unidades de saúde, a pessoa que faz o AT vai até o sujeito que está fazendo a ocupação dos lugares públicos. A praça, como um local de sociabilidade dos(as) usuários(as), pode ser um dos espaços nos quais esse(a) acompanhante terapêutico pode acompanhar esse(a) paciente e realizar o cuidado a partir da RD, seja oferecendo uma água, uma conversa e/ou mesmo outras informações em saúde. Nesse sentido, faz-se necessária uma capacitação que possa fornecer ferramentas para essa modalidade de escuta e cuidado.

Compreendemos que a implantação de um CAPS no território é estratégica para operar mudanças nas lógicas e práticas de cuidado em saúde mental. O município de Porto Murtinho é elegível para implantação de CAPS tipo I⁵⁴. Já houve iniciativa de gestões anteriores de implantação desse serviço e o município recebeu incentivo para tanto no ano de 2013, todavia o serviço não foi implantado. A retomada dessa proposta é de fundamental importância para a cidade, considerando que a equipe mínima não demanda o(a) médico(a) psiquiatra e conta com equipe multiprofissional para realizar o cuidado psicossocial e apoio matricial para as equipes da APS. Essa modalidade de CAPS contempla ainda todas as faixas etárias e demandas, incluindo as relacionadas às SPA.

Salientamos que o dispositivo do CAPS não está imune à lógica manicomial e às práticas individuais e farmacológicas. Contudo, pelo fato de o CAPS operar na lógica territorial e ter em seu arcabouço de diretrizes a atuação em rede, o compartilhamento do

54

Tal elegibilidade se encontra na Portaria de Consolidação n.º 3, ANEXO V, § 4º. Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º) – CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I).

cuidado orientado pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) e matriciamento das demais equipes de saúde, tem potencial de transformar a lógica de cuidado e beneficiar os usuários e serviços do município.

Uma outra iniciativa que contribuirá para o processo de fortalecimento das equipes para a realização do manejo do cuidado em saúde mental diz respeito a uma nova parceria da SES, por meio de um termo de colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que realizará uma série de capacitações/formações que envolvem basicamente a instrumentalização do cuidado em saúde mental. A perspectiva de atuação dessa parceria visa pensar as práticas desde/a partir das interseccionalidades, um ciclo de formação em RD e em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como práticas estratégicas para o cuidado em saúde mental a partir de uma integração entre APS e atenção psicossocial. Essa iniciativa vai ao encontro da proposta que reivindicamos de uma retomada e da articulação com o que virá a ser um programa de saúde mental no estado de MS. Além disso, cabe demarcar que uma das localidades que estão como foco dessa parceria é a região que compõe a Rota Bioceânica. Como início da colaboração, já foram iniciados alguns processos de formação com a criação de cursos de EAD, que trabalham a perspectiva do conhecimento sobre as ferramentas do CAPS, bem como outros profissionais que compõem a rede. O curso em questão foi nomeado de: "CAPS – Cuidado em ação". Cabe nesse momento, como umas das estratégias que levantamentos, a divulgação e sensibilização da necessidade da incorporação dessa parceria no município, bem como retomar a importância da implementação do CAPS.

Por fim, buscando sinalizar algumas proposições para a construção futura de um plano político de educação em saúde – principalmente diante do contexto de fronteira como o Brasil-Paraguai, a partir da atuação na cidade de Porto Murtinho, apontamos alguns indicadores levantados durante as atividades realizadas no município pelos(as) profissionais que atuam na rede:

- a. Implementação de comitês específicos, estratégicos, de modo a potencializar reuniões intersetoriais entre atores governamentais, tais como: educação, saúde, assistência social, entre outros, para construção de redes;
- b. Proporcionar espaços de articulações com gestores(as) e vereadores(as) do município, através, por exemplo, de conferências e outros eventos;
- c. Educação permanente para formação de multiplicadores(as) destinada tanto para profissionais concursados(as) quanto celetistas;
- d. Processo de judicialização para o cuidado do(a) usuário(a);
- e. Implementação de um CAPS do tipo I;
- f. Implementação de uma estrutura física adequada às necessidades dos atendimentos nas unidades de saúde, de modo a melhor atender o(a) usuário(a);
- g. Implantação de um sistema único de saúde que compreenda as especificidades da fronteira para fortalecer os atendimentos de emergência das pessoas do Paraguai que não possuam documentação;
- h. Ampliação dos saberes fronteiriços e indígenas na produção do cuidado;
- i. Necessidade de campanhas sobre direitos sexuais e reprodutivos, principalmente, na utilização de métodos contraceptivos, como o Implanon e ampliação da vacina para o HPV (Papilomavírus Humano).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de pensar o encontro com a saúde mental desde os itinerários realizados com os(as) profissionais da saúde de Porto Murtinho nos aponta para a necessidade de ensaiarmos práticas que busquem descentralizar a psiquiatria e os fármacos como fim comum – e compulsório – às pessoas que estão em sofrimento mental e que passam pelas APS, de modo que possamos nos deslocar de uma lógica que antecede a reforma psiquiátrica e que possamos diminuir a frequência dos encaminhamentos às especialidades que não se fazem necessárias. Percebemos que tais encaminhamentos estão relacionados a uma dificuldade em atender usuários(as) com demanda em saúde mental.

Também percebemos que há a compreensão por parte das(os) profissionais com os quais nos encontramos de que as APS são fundamentais no processo de acolhimento e cuidado integral da vida; no entanto, eles(as) nos sinalizaram para a necessidade de uma capacitação continuada que possa subsidiar modos de acolhimento, escuta e manejo adequado do cuidado. Por outro lado, a capacitação se faz necessária, pois há outros(as) profissionais que identificaram que não há demandas em saúde mental nas suas unidades, o que nos aponta para uma possível fragilidade de escuta ao atender usuários(as) de saúde mental. Além disso, identificamos dificuldades de articulação com a Rede que acaba precarizando as formas de cuidados.

A partir desses encontros, identificamos que há algumas conduções realizadas que indicam o comprometimento com a saúde mental, as quais foram sendo sinalizadas como um cuidado humanizado, como o vínculo que usuários(as) e profissionais estabelecem no território, mas que ainda carecem de instrumentos para seu fortalecimento e continuidade; como exemplo, quando se faz o cuidado com sujeitos que estão sobre efeitos de alguma SPA.

Por conseguinte, pensando em modos de fortalecer o cuidado em saúde mental no município, a partir das rodas de escutas, buscamos tecer algumas estratégias que podem ser fios condutores para o acolhimento dos usuários(as) em saúde mental nas APS, bem como instrumentos para que os(as) profissionais da saúde possam somar a sua conduta profissional ao atuar com essas demandas em saúde, afastando-se das lógicas manicomialis e se aproximando das práticas humanizadoras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Daiane Leite; ALVIM, Ronaldo Gomes; COTA, Ana Lúcia Soares; PEREIRA, Thalita da Silva. Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 9, n. 3, p. 27-42, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2022v9n3p27-42>. Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. IBGE – INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2021. **Porto Murinho:** Panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/porto-murinho/panorama> Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. **Lei n.10.216 de 06 de julho de 2001.** Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em:<http://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 02 jun. 2023.

CAMPOS, Luana. Rota Bioceânica – **O que é e seus impactos diretos e indiretos**. ECOA, 2022. Disponível em: <https://ecoa.org.br/rota-bioceanica-o-que-e-e-seus-impactos-diretos-e-indiretos/> Acesso em: 04 de out. 2023.

MIGNOLO, Walter D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 32, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcso/a/nKwQNPrx5Zr3yrMjh7tCZVk/abstract/?lang=pt> Acesso em: 13 jun. 2023.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor da Costa; KAPP, Silke. A concepção de território na Saúde Mental. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. v. 32, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mhkpNm87vhrXYBWKzy7psjy/?lang=pt> Acesso em: 04 out. 2023.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; BERTUSSI, Debora Cristina; BADUY, Rossana Staevie. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em debate**, v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MONTEIRO, Priscila da Silva. **Cartografias de um ambulatório de saúde mental: a produção de cuidados em saúde sob olhar da medicalização**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal fluminense, Niterói, 2023.

OLIVEIRA, Edmar; SZAPIRO, Ana. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em debate**, v. 44, n. 3, p. 70-82, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBbTQxqFD5grtZ953Cy7xBsm/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2023.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves dos; CAVALCANTE, Dimas Sampaio; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; VIEIRA, Camila Araújo Lopes. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33010, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333010> . Acesso em: 08 maio 2023.

SOUZA, Severino; FRANCISCO, Ana. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios... desenhando caminhos. **CIAIQ2016**, v. 2, p. 811-820, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/826> Acesso: 30 maio 2023.

4

Liliane Pinho de Almeida

CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADO DO AUTISMO EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA:

**UMA NECESSIDADE PARA A POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado, hoje, um transtorno do neurodesenvolvimento em que são encontrados, precocemente, prejuízos severos nas seguintes áreas: interação e comunicação social, e presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos e restritos (APA, 2013). A maioria dos estudos sobre a taxa de prevalência de TEA foi realizada em países desenvolvidos, e há poucas pesquisas sobre esse aspecto na América Latina.

O presente capítulo de livro trata das questões referentes à necessidade de fortalecer ações multidisciplinares sobre o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças e adolescentes em região de fronteira, assim como o acolhimento oferecido à família, e ao tratamento multidisciplinar ofertado pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

Esta reflexão é resultado de um trabalho realizado junto ao Projeto de Pesquisa “Rede Intersetorial de Políticas Públicas: saúde, saberes e diversidades, no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS, para o qual foi realizada uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul – equipe da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, Secretaria de Saúde do Município e professores - pesquisadores do projeto. O objetivo é contribuir com reflexões sobre as singularidades desses espaços nas regiões de fronteira e, desse modo, conduzir a propostas para a constituição de uma linha de cuidado do autismo nessas regiões.

As estratégias metodológicas incluíram uma visita “in loco” no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS e Carmelo Peralta – PY, conversa com os profissionais de saúde mental para compreender as principais dificuldades dos técnicos de saúde na região, seus desafios, dificuldades e fluxograma de atendimento a casos de autismo na região. Também foi realizada uma reunião via *google*

meet para discussão com os técnicos do município na qual se pôde discutir sugestões para encaminhamentos das situações por parte dos participantes do município. O diálogo com os técnicos foi proveitoso, na medida em que nos aproximou da realidade da fronteira em suas dificuldades, possibilidades de práticas de saúde e cuidado referente ao autismo nessa reunião.

Essa experiência constituiu-se em uma nova proposta, já que a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul é composta de uma pequena equipe, e ainda está em via de construção de indicativos de atendimento e cuidado em relação à questão do autismo nos 79 municípios do estado.

A RAPS ainda não havia refletido sobre as questões referentes ao atendimento de autismo em regiões de fronteira; essa tem sido uma necessidade e demanda frequente apontada pelos municípios fronteiriços ao estado de Mato Grosso do Sul e aos pesquisadores do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas.

Construir linhas de cuidado para regiões de fronteira não é uma tarefa simples e fácil, pois esses locais constituem territórios distantes de grandes centros, com poucos recursos e poucos profissionais habilitados para fazer o diagnóstico e acompanhamento dos casos de autismo. Todavia, a tarefa deve ser pensada por toda a rede de atendimento à criança e ao adolescente em âmbito da intersetorialidade das políticas públicas, já que o número de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista vem crescendo consideravelmente, no Brasil.

As regiões de fronteira, localizadas muitas vezes em regiões distantes das capitais, têm demandado atenção e acompanhamento por parte das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde Brasileira, considerando-se as singularidades características

desse território e territorialidade⁵⁵ referentes à construção de fluxogramas e subsídios para encaminhamentos e atendimentos específicos para essas regiões.

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA: COMPREENDENDO A QUESTÃO

O autismo ocorre devido a desordens profundas no desenvolvimento cerebral. É uma condição permanente da pessoa portadora do Espectro Autista. As principais áreas afetadas são a comunicação e o comportamento. São muito comuns condutas repetitivas. Essas dificuldades se apresentam de forma e intensidade diferentes em cada pessoa que tem diagnóstico (OLIVEIRA, 2020).

Os primeiros trabalhos sobre o autismo foram descritos por Leo Kanner em 1943 e por Hans Asperger em 1944. Entretanto, o termo autismo só foi introduzido na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) em 1980 (APA, 2023).

A principal referência internacional é um órgão norte-americano intitulado “Center for Disease Control – CDC”, que realiza levantamentos de dados sobre a prevalência do Transtorno do Espectro Autista. Em 2004, o número divulgado pelo CDC era de um em cada 166 indivíduos. Em 2012, esse número era de um para 88; em 2018, passou a ser um em 59. Na última publicação, neste ano de 2023, tem-se um novo dado: uma em cada 36 crianças de 8 anos são autistas, nos Estados Unidos. Desde as primeiras descrições até os

55

O sentido de territorialidade, neste texto, implica pensar as formas, comportamentos e relações culturais travadas no cotidiano pelas populações que se localizam em territórios de fronteira, constituídas por pessoas dos dois países.

últimos levantamentos epidemiológicos, o TEA sempre foi considerado uma condição predominantemente masculina (LIN, COSTA, REZENDE, DANIELSKI, RABAIOLI, GONÇALVES, 2022).

As justificativas para essa elevação nas taxas têm sido controversas. Não há dados inquestionáveis que apoiem o aumento da ocorrência de autismo na população em geral (LORD; BISHOP, 2014). As explicações mais consistentes dão conta de que algumas mudanças recentes têm acarretado esse aumento, como, por exemplo, a maior sensibilidade dos instrumentos diagnósticos, o aumento do número de centros de referência que registram os diagnósticos, além do próprio fato de um aumento no conhecimento em autismo entre clínicos, educadores e população em geral (PRESMANES; HILL; ZUCKERMAN; FOMBONNE, 2015).

Ainda que no Brasil não se tenham números oficiais, observa-se a crescente demanda de pessoas diagnosticadas com TEA, como também aquelas que estão apresentando características que se assemelham aos sinais de alerta sugestivos para esse transtorno.

O DSM-5, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais utilizado por profissionais de saúde mental, teve o texto revisado no campo do autismo, neste ano de 2023; esse documento considera, para que uma pessoa seja diagnosticada com TEA, ela deva apresentar todas estas cinco condições:

1. Déficits persistentes na comunicação e interação;
2. Comportamentos restritos e repetitivos;
3. Sintomas presentes no início da infância;
4. Prejuízos significativos na vida diária;
5. Exclusão de outra condição que explique melhor os sintomas.

Ainda dentro dos critérios do DSM-5⁵⁶, o autismo passa a ser dividido em 3 níveis:

- Nível 1 de suporte – leve: pouco apoio;
- Nível 2 de suporte – moderado: apoio substancial;
- Nível 3 de suporte – severo: apoio muito substancial.

Vale destacar que o diagnóstico de TEA é clínico e de observação do comportamento (BRITES, 2019), o que implica dificuldades para acesso por parte da população em geral, já que ele deve ser feito por uma equipe multiprofissional e nem sempre atender ao diagnóstico é fácil. Após haver sido feita a comunicação à família, inicia-se, imediatamente, a fase do tratamento e da habilitação/reabilitação. Os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais organizam uma clínica pautada no acolhimento, na escuta qualificada e em espaços para o convívio com as diferenças, já que as crianças e adolescentes do TEA manifestam dificuldades com relação ao contato com outras pessoas (SOUZA, 2022).

Até esse momento não há indicação de medicamentos eficazes para tratamento do TEA; eles são usados na prática clínica para diminuir alguns sintomas específicos, muitas vezes relacionados às comorbidades (LOWENTHAL, 2022), ou até mesmo estereotipias, comportamentos disruptivos, alterações de sono, entre outros (ARAÚJO, VERAS, VARELLA, 2019). Cerca de 85% dos casos de autismo apresentam duas a cinco condições médicas associadas, as quais são chamadas de comorbidades (BRITES, 2019).

De acordo com Willian (2008), foram desenvolvidas várias filosofias intervencionistas de atenção ao ambiente da criança para maximizar seu desenvolvimento. Algumas dessas intervenções mencionadas pelo

autor, como Análise de Comportamento Aplicada, são ABA⁵⁷, PECS⁵⁸, TEACCH⁵⁹ entre outros.

Dockrell (2008) afirma que para planejar um programa de intervenção, as metas e os objetivos devem ser determinados, para uma promoção positiva.

O padrão ouro em intervenção para crianças com TEA é a intervenção precoce, que deve iniciar o mais cedo possível, seja quando houver a suspeita ou imediatamente após o diagnóstico, pois a neuroplasticidade, que é a capacidade que o cérebro tem de ser modificar diante de estímulos do ambiente, é maior nos primeiros anos de vida (LOWENTHAL, 2022, p. 63).

Os primeiros sintomas do autismo manifestam-se, necessariamente, antes dos 3 anos de idade, o que faz com que os profissionais da área da saúde busquem incessantemente o diagnóstico precoce (SILVA, 2012). Percebe-se que quanto mais cedo o tratamento for iniciado as condições se tornam favoráveis para o desenvolvimento das crianças.

A primeira organização a atuar com o TEA, no Brasil, foi a Associação de Amigos do Autista (AMA), com sede em São Paulo, oficialmente fundada em 8 de agosto de 1983, por um grupo de pais cuja maioria possuía filhos autistas e se dedicava a buscar formas de acompanhamento e desenvolvimento deles.

Atualmente, a oferta de tratamento nos pontos de atenção para as pessoas com transtorno do espectro do autismo, no Brasil,

57 ABA – Análise Aplicada ao Comportamento (applied behavior analysis), ciência derivada do ensino comportamental de Skinner.

58 PECS – Picture Exchange Communication System, em português traduzido por sistema de comunicação por troca de figuras.

59 TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, é um modelo de ensino estruturado

é feita por meio do Sistema Único de Saúde, através do acesso aos serviços da Rede Pública especializados para pessoas com TEA.

Os serviços podem ser acessados em diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ou seja, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Rede de cuidado à pessoa com deficiência (RAPD) ou, ainda, nos Centros Especializados em Reabilitação (CER).

As opções terapêuticas são diversas, o que amplia as possibilidades de intervenção; a abordagem é multidisciplinar, com vários profissionais da área da saúde: médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, além de profissionais da educação e do apoio de familiares.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2008) consiste no direcionamento das ofertas de cuidado construídas a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. Inclui ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência, junto às famílias e às pessoas com TEA. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia de direitos (...).

Por sua vez, com relação ao tratamento da pessoa com TEA, este deve oferecer recursos e alternativas para que se ampliem seus laços sociais, suas possibilidades de circulação e seus modos de estar na vida.

Os autistas possuem alguns direitos e benefícios próprios que decorrem da natureza da síndrome, além de possuírem os mesmos direitos das demais pessoas sem deficiência e, por fora do disposto no art.1º, da Lei 12.764/2012, também fazem jus aos direitos e benefícios próprios das pessoas com deficiência (REMEDI, 2021, p. 109).

Ressalta-se que no âmbito da proteção dos direitos da pessoa com deficiência a legislação, no Brasil, ainda é muito recente, impulsionada pelos acordos, tratados e declarações das Nações Unidas. A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (ONU, 1975) teve sua aprovação na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 1975, reafirmando sua fé nos direitos humanos, nas liberdades fundamentais e nos princípios de paz, de dignidade e valor da pessoa humana e de justiça social, provocando os países membros a reverem seus posicionamentos com relação às pessoas com deficiência.

Em termos de legislação de proteção, importante se faz mencionar o ECA - Estatuto da criança e do adolescente - Lei 8.069/1990 de 13 de julho de 1990, que veio revolucionar a proteção dos direitos de todas as crianças e adolescentes. Nesse sentido, ressalta, em seu capítulo I - dos direitos fundamentais -, que o direito à vida e à saúde é direito social garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e reafirmada pelo ECA. Assim, é assegurado, no artigo 11 desse documento, que crianças e adolescentes tenham acesso integral à saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. No parágrafo 1º desse mesmo artigo 11, está previsto que à criança e ao adolescente portadores de deficiência deverão receber atendimento especializado.

Por sua vez, o ECA também considera, no Capítulo IV, o direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer; nesse sentido, no artigo 54, assegura atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino e, ainda, no Capítulo V, o Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho, de forma que o Art. 66 considera o trabalho protegido um direito do adolescente portador de deficiência. Desse modo, essa legislação provê, ao deficiente, o atendimento e acesso aos direitos fundamentais igualitários a todas as crianças e adolescentes.

Em 1994, a ONU, por meio da Declaração de Salamanca sobre os princípios, políticas e práticas na área de necessidades educativas especiais, reconvoça as várias declarações das Nações Unidas e constrói o documento "Regras Padrões sobre Equalização de Oportunidades para Pessoas com Deficiências". Esse documento demanda que os Estados assegurem que a educação de pessoas com deficiências seja parte integrante do sistema educacional, buscando melhorar o acesso à educação para reafirmar o compromisso para com a Educação para Todos. Assim, considera que toda criança tem direito fundamental à educação, mesmo aquelas que possuem características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem únicas.

Nesse sentido, os sistemas e programas educacionais deveriam ser implementados com vistas à diversidade e características daqueles que têm necessidades educacionais especiais. Esses devem ter acesso à escola regular, escolas regulares que têm orientação inclusiva; é a forma de se combaterem atitudes discriminatórias e de se promover a eficácia de todo o sistema educacional (ONU, 1994).

Para Lleixá Arribas (2004), o termo "necessidades educativas especiais" é usado hoje para se referir especificamente aos déficits relativos às capacidades de desenvolvimento de cada criança; a existência de necessidades educativas especiais é, em si mesma, um motivo de constante revisão de análise, como um elemento favorável à qualidade da intervenção educativa. Deve-se considerar, no entanto, que a diversidade é condicionada não somente ao déficit claramente diagnosticado, mas também, em muitos casos, por um ritmo evolutivo mais lento ou mais rápido.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi promulgada pelo Decreto 6.949 (BRASIL, 2009), com o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais

por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito pela sua dignidade. Essa Convenção considera, no Artigo 1º:

[...] pessoas com deficiência como àquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

A Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015 institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que se destina a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Considere-se o que preconiza o Artigo 8º:

Art. 8º É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 2015).

Essa garantia de direitos se dá por meio das diversas legislações de proteção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista, todavia, ressalta-se que o reconhecimento do TEA só ocorreu muito recentemente, no Brasil. A Lei nº 12.764/2012, denominada Lei Berenice Piana, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, em 2012;

considera-se, portanto, que ainda há muito que se refletir e construir, no âmbito da proteção social e de saúde.

No ordenamento jurídico brasileiro ainda foi instituído o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014, que tem por objetivo garantir, à pessoa com espectro autista, o direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando-se suas especificidades.

Em 2015 elaborou-se um segundo documento, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, denominado “Linha de Cuidado para atenção às pessoas com TEA e suas famílias, na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, que direciona a política pública brasileira, defendendo que o tratamento do indivíduo com TEA “deve oferecer recursos e alternativas para que se ampliem os laços sociais”, suas possibilidades e circulação e seus modos de estar na vida” (BRASIL, 2015, p.71). Desse modo, a linha de cuidado é uma forma de atender e organizar o fluxo para o atendimento da pessoa com TEA, prevalecendo a comunicação entre as equipes, serviços e usuários.

De acordo com Souza (2022), o acesso à educação pública do sujeito com deficiência ainda é um entrave, embora as legislações apontem, desde 2003, a inclusão de todas as crianças e adolescentes nas instituições escolares. Em 2017 essa normativa foi modificada e esses sujeitos com deficiência são direcionados à escola especial. Ao contrário de muitos outros movimentos, os campos da saúde e da educação vêm travando lutas ao longo da história. Enquanto a ciência tem sido o caminho para tratamentos dos transtornos ou deficiências específicas, a educação percorre a sina do acesso à escola pública, e de boa qualidade, para todos.

Lowenthal (2022) afirma que a educação na rede regular deve levar em conta as potencialidades e as dificuldades de cada indivíduo. Assim, é oferecida, às crianças e aos jovens com TEA, a oportunidade de convivência com seus pares, no desenvolvimento

típico, o que torna a rede regular de ensino um espaço de aprendizagens e desenvolvimento social, que possibilita o estímulo de capacidades interativas tão relevantes para esses indivíduos.

Desse modo, para a efetivação da inclusão de indivíduos com TEA na escola regular, há necessidade de um processo de avaliação diagnóstica; quanto maior a necessidade de apoio a esse aluno, maior será a exigência de conhecimento do professor. Também a instituição deverá estar preparada para acolher tal demanda.

Muito já se avançou, no Brasil, em termos de proteção, acesso e atendimento ao TEA, porém, muito ainda se tem a avançar no sentido de garantir plenamente os direitos e acesso às políticas públicas que possibilitem um maior desenvolvimento dessa população.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO PARA O CUIDADO COM O AUTISMO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: UM TRABALHO AINDA EM CONSTRUÇÃO

Em 2013, foi produzido um material que buscava dar subsídios às políticas públicas de atendimento à pessoa com TEA, intitulado “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista (TEA)”. Foi lançado em 2014, coordenado pelo Ministério da Saúde, oferecendo orientações relativas ao cuidado à saúde das pessoas com TEA no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014, p. 6).

O documento “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede

de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” foi lançado em 2015. Destinado a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objetiva contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias (BRASIL, 2015). A elaboração desse documento teve a participação de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, instituições estruturadas a partir dos ideais levantados pelo Processo da Reforma Psiquiátrica, além de profissionais da Psiquiatria e Psicologia.

A primeira publicação foi de Diretrizes de Atenção, que especifica e direciona o autismo no campo das deficiências; na Linha de Cuidado, salienta a importância da pluralidade e da intersetorialidade. A leitura dos documentos ministeriais direciona ao conteúdo para tratar as diversas teorias e técnicas contidas na perspectiva a serem seguidas pela Rede SUS, no sentido de ampliar a discussão do autismo e sua integralidade (SILVA, 2019).

No Brasil, muitos estados já implantaram - ou estão em processo de construção - a linha de cuidado ao TEA como forma de avançar na articulação de ações e programas no âmbito da proteção social, educação, saúde e lazer para o cuidado integral, e o máximo de autonomia.

No estado de Mato Grosso do Sul não tem sido diferente; os municípios têm recebido demandas contínuas para atendimento da pessoa com TEA e suas famílias. Uma problemática tem sido o caminho de trabalho percorrido individualmente pelas instituições de atendimento bem como as secretarias públicas municipais, cuja necessidade tem levado à construção de parcerias para o desenvolvimento de ações nessa temática.

A Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, compreendendo a necessidade de apoiar, acompanhar e implementar

estratégias urgentes de ação, considerou importante e necessário estruturar uma Linha de Cuidado de Autismo, com documentos norteadores para construção de uma metodologia de trabalho, compondo um Grupo Intersetorial de Trabalho. Também está em andamento o mapeamento das instituições de atendimento no estado, através de visita técnica nos municípios. Em Mato Grosso do Sul, temos 79 municípios, porém, os que atendem à demanda de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista são apenas os de Campo Grande – capital do estado - e mais cinco municípios.

Ainda se tem muito que avançar em ações para ampliar a rede de atendimento no estado de Mato Grosso do Sul, no sentido de implantação e implementação de serviços para o TEA. Devido ao aumento de casos diagnosticados, é notável a importância de se publicarem portarias que direcionem verbas para implantação de centros de atendimentos para esse público, o qual exige uma abordagem multidisciplinar de vários profissionais da área da saúde e um acompanhamento contínuo de tratamento, em parceria da saúde e educação.

Nessa direção, a integralidade que aqui se refere é o reconhecimento de um sujeito de forma global. Deve ser considerada como um fundamento, no sentido de tornar o olhar mais ampliado possível, ou seja, que reflita sobre as relações e as mais variadas interações relativas aos sujeitos, nas mais diversas frentes de atuação, como nas políticas de saúde, educação, assistência social, segurança pública, defesa e garantia de direitos e articulações intra e intersetoriais (BRASIL, 2015).

Ainda nesse enfoque, é necessário que, de forma institucional, promova-se uma real aproximação e corresponsabilização entre os serviços e profissionais que desenvolvem o cuidado, através de uma articulação em rede dos variados pontos de atenção. Esse fato torna-se mais importante quando se observa a preocupação por políticas que atendam às demandas da pessoa com TEA, como

também verbas destinadas à implantação de centro de atendimento multidisciplinar e profissionais capacitados.

O MUNICÍPIO DE PORTO MURTINHO E A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE APOIO À CRIANÇA COM AUTISMO

Em visita técnica da Secretaria de Saúde do Estado realizada em conjunto com a equipe do Programa para Pesquisa em Saúde – PPSUS ao município de Porto Murtinho-MS, no ano de 2022, estabeleceu-se o diálogo com profissionais de psicologia que realizam atendimento ambulatorial, e também professores da educação especial do município. As conversas tiveram o objetivo de compartilhar informações, orientações e fundamentos do Transtorno do Espectro Autista, como também conhecer a realidade do município e as dificuldades encontradas.

Um segundo encontro foi realizado de forma online, por meio do qual se discutiram apontamentos que poderiam contribuir para traçar pontos relevantes na temática do autismo, com o objetivo de propor indicativos para compor o Plano Municipal de Educação em Saúde para o município.

Essa atividade teve mérito no sentido de aproximar a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul da realidade da fronteira Brasil-Paraguai, propiciando conhecer e diagnosticar as principais dificuldades e os desafios para o estabelecimento de uma linha de cuidado ao autismo para as cidades de fronteira.

Para melhor compreensão acerca dessa questão, ressalta-se que, no município, nota-se a precariedade de um dispositivo, na área da saúde, para fazer o atendimento, na perspectiva do Ministério da Saúde, como CER e/ou CAPS I, como também de profissionais capacitados para o atendimento.

De acordo com Coelho (2019), a rede de apoio da criança com TEA pode se configurar de diferentes maneiras. Contudo, a questão central preditiva de um desenvolvimento global saudável e também da inclusão social, está centrada em uma responsabilidade que é de todos, compartilhada por todas as pessoas que participam contextualmente da vida de uma criança com autismo. Significa dizer que o autismo deve ser tratado por todos quantos estão diretamente envolvidos com a criança/adolescente. Desse modo, devem ser levadas em consideração as diferentes realidades de cada autista e suas famílias, e como melhor abrir possibilidades de cuidado e atenção ao autista e sua família.

Com a necessidade de apoio para as famílias de pessoas com transtorno do espectro autistas em nível nacional, houve um aumento das ações a favor da conscientização do TEA, a exemplo do Dia Mundial de Conscientização do Autismo (2 de abril) ou, ainda, a Campanha do mês de abril. Ambas as ideias visam à sensibilização da sociedade com relação ao tema, e ao combate em relação ao preconceito contra essas pessoas, que não possuem uma doença e, sim, um transtorno do neurodesenvolvimento. Essas ações vigoram nos diversos âmbitos: associações, ONG, movimentos civis têm conseguido ganhar visibilidade na mídia através da produção de materiais e financiamento para pesquisas. Pais de todos os lugares têm realizado trabalhos e campanhas incríveis, com o intuito de colaborar para a disseminação de informações e trocar conhecimento sobre a temática. Quanto mais houver informações, apoio prático de profissionais e referências a essas famílias, mais impacto positivo haverá na evolução do tratamento.

Em decorrência das referidas reuniões, foi montado, no município, um grupo de trabalho do Transtorno do Espectro Autista em Porto Murtinho/MS, composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, com vistas a pensar e organizar o trabalho de orientação, promoção, atendimento e acesso. O grupo iniciou seus trabalhos no primeiro semestre de 2023 e deverá apresentar os resultados no Seminário de Saúde na Fronteira, a ser realizado em outubro deste mesmo ano de 2023.

Com base no trabalho realizado com o município, podem-se destacar vários pontos a serem observados em regiões de fronteira, os quais devem ser analisados e refletidos para pensar indicativos de respostas esperadas, a saber:

1. A distância das cidades de fronteira com a capital Campo Grande é, talvez, o maior obstáculo para o alcance de um diagnóstico que responda aos critérios determinados, como uma avaliação e acompanhamento das pessoas TEA.
2. A falta de um diagnóstico pode considerar que outras doenças se caracterizam como autismo, a exemplo de apraxia, deficiência intelectual e síndrome do X frágil.
3. A necessidade de se possuir uma equipe especializada.
4. Rotatividade de profissionais que residem em região de fronteira; apesar de a equipe ser bem remunerada, a distância dificulta que os profissionais passem a residir na cidade.
5. Fluxograma de atendimento e atenção de acordo com as estratégias do Ministério da Saúde.
6. Ambientes terapêuticos sensoriais, com salas de atendimento adequadas para as intervenções.
7. Crianças e adolescentes paraguaios e brasileiros - algumas dessas crianças residem no Paraguai e podem não possuir

acesso aos serviços do SUS em sua complexidade. Para que haja o cuidado da saúde das populações fronteiriças, devem-se buscar políticas públicas que promovam melhorias nas condições de atendimento.

Nesse caminho, a Secretária de Saúde do Estado, por meio das áreas técnicas de saúde mental e da pessoa com deficiência, propôs-se a estruturar uma linha de cuidado que integre a saúde e a educação, para que com isso estenda durante toda a vida do indivíduo. Dentro do documento da Linha de Cuidado para as pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias não há direcionamento para regiões de fronteira.

ESTRATÉGIAS PARA QUESTÕES DE AUTISMO E INDICAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO PLANO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na Política de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde - CMS configura-se como um espaço que possibilita a participação da população na formulação e controle das políticas públicas de saúde, representando a intervenção da sociedade civil na gestão do SUS (FREITAS; SOUZA, FERREIRA e OLIVEIRA, 2019, p. 519).

No sentido de ampliar a capacidade dessa população em relação ao fortalecimento da rede de atendimento as pessoas TEA, como sugestão para compor um Plano Municipal de Educação em Saúde na Fronteira de Porto Murtinho e Carmelo Peralta, é necessário pontuar algumas considerações específicas, conforme são descritas a seguir:

1. A Atenção Básica ocupa o lugar de ordenadora das diferentes Redes de Atenção, sendo uma das portas principais de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS): “[...] As famílias de crianças com risco para TEA devem encontrar na Atenção Básica sua possibilidade mais imediata de apoio no que se refere aos cuidados básicos da saúde, ao diagnóstico, à prevenção de agravos e às ofertas de reabilitação” (BRASIL, 2015, p. 94). Verifica-se que é fundamental, para a construção de uma rede, que seja em movimento permanente e direcionado para todos os espaços.
2. Considerar a necessidade e compreensão de ampliação dos serviços. O CAPS opera nos territórios compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana dos usuários e de familiares (BRASIL, 2005). Assim, por se tratar de um dos serviços de referência ao cuidado às pessoas com transtornos do espectro do autismo, independentemente da sua idade, e seguindo os critérios populacionais preconizados pelo Ministério da Saúde indicado para municípios acima de 15 mil habitantes, a implantação de um CAPS I seria de suma importância para favorecer a organização da rede.
3. Considerar a formação de uma rede intersetorial de políticas públicas voltadas para o atendimento do TEA. A ideia fundamental é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão (BRASIL, 2015). A Rede de Atenção Psicossocial que oferece como dispositivo os Centros de Atenção Psicossocial; a Rede da Pessoa com Deficiência constituirá também uma oferta importante à saúde com TEA, como pontos de atenção que seria o Centros Especializados em Reabilitação Física, Intelectual, Auditiva, Visual, Ostomia, e Múltiplas Deficiências (CER II, III ou IV).

Ainda no alinhamento de integralidade que deve ser considerada como um fundamento, no sentido de tornar o olhar mais ampliado possível, ou seja, refletindo sobre as relações e as mais variadas interações relativas aos sujeitos que se apresentam nas mais diversas frentes de atuação, como nas políticas de saúde, assistência social, segurança pública, defesa e garantia de direitos e articulações intra e intersetoriais (BRASIL, 2015, p. 61).

As parcerias são necessárias para que a rede consiga uma participação social mais efetiva e garantir os direitos das pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias. Assim, há de se pensar na confluência da rede intersetorial e nos papéis articulados dos serviços de saúde, com a promoção, prevenção e atendimento; também considerar que a política de assistência social, por meio da organização do sistema descentralizado e participativo, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), é responsável pela execução dos programas, serviços e benefícios socioassistenciais e pode desenvolver capacidades e habilidades para a conquista do maior grau de autonomia e de enfrentamento de vulnerabilidade e riscos por violação de direitos sociais e/ou superação das violações de direitos existentes. (BRASIL, 2015). No campo da Política Pública de Educação, a Educação Especial deve ser vista na perspectiva da Educação Inclusiva, que convoca a interseção entre as áreas da saúde e da educação.

O público-alvo é, assim, reconhecido entre os muros escolares por meio de um laudo médico, emitido por psiquiatra ou neurologista, que identifique aquele estudante pela deficiência ou patologia constatada. Somente a partir desse documento será construído o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para adaptar o currículo escolar às necessidades do aluno (POKER; MARTINS; GIROTO, 2015). Desse modo, contempla-se o programa de implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, com base no Decreto nº 7.611/2011 e na Portaria nº 13/2007, que apoia a organização e a oferta do atendimento educacional especializado (AEE), complementa-se ou suplementa-se a

escolarização dos estudantes que apresentam transtornos globais do desenvolvimento, matriculados no ensino regular.

Desse modo, ressalta-se a importância da articulação em rede de forma intersetorial a dar melhores respostas às demandas locais de atendimento ao TEA.

Conclui-se com mais estas duas considerações específicas, em complementação às que já foram apresentadas.

4. Além disso há se considerar, também, a promoção de um maior diálogo entre Porto Murtinho e Carmelo Peralta, no sentido de se articularem serviços e propostas comuns nos enfrentamentos às questões de saúde, educação e assistência social, como também com vistas às situações de TEA em todo o território fronteiriço.
5. Por fim, mas não menos importante, considere-se a necessidade de promoções de campanhas temáticas como forma de conscientização e informação a comunidade, para reduzir o preconceito e a discriminação. A educação permanente pode garantir um trabalho que atenda à demanda, além de ser de suma importância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços na política de saúde mental à infância e adolescência é um fato concreto, que tem se consolidado por meio de medidas gradativamente implantadas a fim de proporcionar bem-estar e assistência integral e humanizada aos indivíduos com TEA. Esse fato torna-se mais importante quando se observa uma preocupação em relação a políticas que atendam, de modo específico, às demandas dos indivíduos com TEA (BRASIL, 2015).

O TEA é um transtorno que inclui déficits persistentes de comunicação social, bem como comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Afeta de modo diferente cada indivíduo. Sabe-se, hoje, da necessidade de uma abordagem na área da saúde multidisciplinar, além da parceria com a escola e dos familiares para o tratamento. Nessa perspectiva, o cuidado com a infância e adolescência deve ser pensado e executado preferencialmente de forma interdisciplinar e intersetorial (VICENTIN, 2006).

Ainda considerando o cenário brasileiro, verifica-se que o tratamento de indivíduos com TEA, no SUS, deve ser pautado na integralidade englobando a rede de serviços ampliada, com a oferta do cuidado nos setores da saúde mental e geral (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

Ampliar as possibilidades de inserção do autista no âmbito social, assim como produzir autonomia, e levar em consideração a singularidade e garantir direitos é uma questão complexa que se faz necessária na Rede SUS.

Na pesquisa intitulada “Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”, realizou-se, de forma presencial e a distância, uma escuta com os trabalhadores do município e proposta de intervenções para execução do trabalho relacionado a temática do autismo. Porém, verifica-se a necessidade de assegurar o destino dos investimentos, sejam eles de que ordem for, para essa população e para o desenvolvimento de tudo que vem sendo realizado na Linha de Cuidado para as pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.423-453.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARAÚJO, Jeane A. M. R.; VERAS, André Barciela; VARELLA, André Augusto Borges. Breve Considerações sobre a atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista na Rede Pública de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i2.687>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 30 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. **Decreto n. 6.949 de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 04 jun. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 14 junho 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 8.368 de 02 de dezembro de 2014.** Regulamenta a Lei n. 12.764 de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 86p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 07 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015, institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

COELHO, Anelise Barbosa; VILALVA, Suellen; HURER, Roseli Deolinda. Transtorno do espectro autista: educação e saúde. **Revista Gestão & Saúde** (ISSN 1984 - 8153). v. 21, n. 1), p. 70-82, 2019. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file75169ad10276e5f3a748914d88152915.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública Brasileira: Situação Atual e Desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>. Acesso 12 de junho de 2023.

DOCKRELL, Julie; MCSHANE, John; NEGREDA, Andrea. **Crianças com dificuldade de aprendizagem:** uma abordagem cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2008.

FREITAS e SOUZA, Maciana; FERREIRA, Tamara de Freitas; OLIVEIRA, Ronally Dart. Crise do capital e dos desafios para o controle social da saúde. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social.** Cuiabá, v. 5, n. 8, p. 57-77, 2019. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/issue/view/537>. Acesso em: 20 jun. 2023.

LLEIXÁ ARRIBAS, T. **Educação Infantil**: desenvolvimento, currículo e organização escolar. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIN, Jaime; COSTA, Maiara de Aguiar da; REZENDE, Victória Linden de DANIELSKI, Victória Zaccaron; RABAIOLI, Caroline Talhietti; GONÇALVES, Cinara Ludvig. Transtorno do Espectro Autista em meninas: características clínicas e dificuldades diagnósticas. **Boletim do Curso de Medicina**. UFSC, v. 8, n. 2, p. 32-37, 2022. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/5199>. Acesso em: 22 de junho de 2023.

LORD, Catherine; BISHOP, Somer L. Recent Advances in Autism Research as Reflected. *In*: DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. **Annual Review of Clinical Psychology**, 11, 53-70, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581244/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

LOWENTHAL, Rosane. **Como lidar com o autismo**. 3. ed. São Paulo: Hogrefe, 2022.

OLIVEIRA, D. **Autismo e Síndrome de Down**. Estimulação Cognitiva. 30 de abril de 2020. Disponível em: <https://blog.psiquery.com.br/2020/04/30/estimulacao-cognitiva-autismo-e-sindrome-down/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

ONU. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf. Acesso em: 03 ago. 2024.

POKER, Rosimar Bortolini; MARTINS, Sandra Eli Sartoreto; GIROTO, Claudia Regina Mosca. Análise de uma Proposta de Plano de Desenvolvimento Individual: o ponto de vista do professor especialista. **Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**. Marília, v. 2, n. 1, p. 55-72, jan/jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/dialogoseperspectivas/article/view/5197>. Acesso em: 10 ago. 2023.

PRESMANES HILL, Alison.; ZUCKERMAN, Katharine; FOMBONNE, Eric. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *In*: ROBINSON-AGRAMONTE, M. A. (Org.). **Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder**. Cham: Springer International Publishing, 2015. p. 13-38. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/297013743_Epidemiology_of_Autism_Spectrum_Disorders. Acesso em: 15 ago. 2023.

REMEDIO, José Antônio. **Pessoas com deficiências e autistas**: direitos e benefícios, inclusão social, políticas públicas, educação e tutela judicial individual e coletiva. Curitiba: Juruá, 2021.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa; GAIATO, Mayra Bonifácio REVELES, Leandro Thadeu. **Mundo Singular: entenda o autismo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012

SILVA, Lucas Silveira; FURTADO, Luis Achilles Rodrigues. O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidades de cuidado. *Fractal. Revista de Psicologia*. v. 31, n. 2, p. 119-129, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5635>. Acesso em: 12 ago. 2023.

SOUZA, Dinara. **Terapia Ocupacional e sua representatividade no Transtorno do Espectro do Autismo: teoria e prática**. 1. ed. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2022.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 17, n.1, p.10-17. 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/85612381/Inf%C3%A2ncia_e_adolesc%C3%A2ncia_uma_cl%C3%ADnica_necessariamente_ampliada. Acesso em: 13 ago. 2023.

WILLIAN, Chris; WRIGHT, Barry. **Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger: Estratégias Práticas para pais e profissionais**. São Paulo: M. Books do Brasil Ltda. 2008.

5

Fabrcia Santana de Oliveira Carissimi

Edilson dos Reis

Renata Alavarse Delfino de Lacerda

DIÁLOGOS PARA UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SUICÍDIO NA REGIÃO DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL-PARAGUAI

INTRODUÇÃO

O Brasil ocupa uma ampla área territorial, é considerado um país de dimensões continentais, com fronteiras terrestres com diversos países. Paralela à linha divisória terrestre com países vizinhos da América do Sul, a fronteira brasileira representa 2.357.850 km², ou seja, cerca de 27% do território nacional, onde residem cerca de 10 milhões de pessoas (5% da população), com estimativa de que tenha alcançado os 11 milhões de habitantes, em 2018 (IBGE, 2019).

A faixa de fronteira internacional é juridicamente distinta de outras regiões do país. A Lei nº 6.634 de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira, alterou o Decreto-lei nº 1.135 de 3 de dezembro de 1970, dando outras providências. Define, em seu Artigo 1º, que “É considerada faixa de fronteira, os municípios que compreendem a faixa interna de 150 Km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional.” (BRASIL, 1979).

Essa faixa é o limite mais usual para se referir à fronteira; no Brasil, tem uma extensão de 16.885,7 km, passa por 11 estados brasileiros do Norte ao Sul do país (Amapá, Pará, Roraima, Amazonas, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e 10 dos 12 países da América do Sul (Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai, exceto Chile e Equador). Também chamada de “fronteira terrestre” ou “fronteira continental”, é caracterizada por uma significativa extensão territorial e pela diversidade e pluralidade social, econômica, política, ambiental e cultural (PEITER; PEREIRA, 2020).

A Faixa de Fronteira é heterogênea, marcada pelas suas diversidades e se divide em três macrosssegmentos - Arco Norte, Arco Central e Arco Sul -, conforme a Proposta de Reestruturação do

Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, do Ministério de Integração Nacional, em 2005 (BRASIL, 2005).

Ao lado do estado de Rondônia (Região Norte), Mato Grosso e Mato Grosso do Sul compõem os estados da Região Centro-Oeste que perfazem o Arco Central. Esse arco é caracterizado pela transição entre a Amazônia e o Centro-Sul do país, com expansão da fronteira agrícola para além do limite internacional. Possui populações indígenas de maneira expressiva e intensas interações transfronteiriças. Também se destaca como região estratégica que abriga redes ilícitas internacionais de drogas, armas, contrabando, bem como violências (PEITER; PEREIRA; 2020).

Mato Grosso do Sul é um dos estados brasileiros que faz divisa com dois países sul-americanos, Bolívia e Paraguai, e é marcado, portanto, por diversidades e riqueza cultural, e outras especificidades importantes características de regiões de fronteira. Há questões e demandas sociais, na interação entre os países e suas respectivas populações; desse modo, as políticas públicas existentes assumem um papel fundamental, tendo em vista que podem apresentar respostas concisas e eficazes.

Peiter (2020) aponta, como principais especificidades em territórios de fronteira: dinâmica e organização do espaço fronteiro; assimetrias econômicas, jurídicas, políticas, sociais e culturais existentes entre os países fronteiriços; diferenças dos sistemas de saúde; diferenças na regulação ambiental; diferenças nas características individuais e coletivas das populações; grau de conectividade ou isolamento dessas regiões; intensidade das interações transfronteiriças; funções desempenhadas por determinado trecho da fronteira (passagem, comunicação, tampão); nível hierárquico das cidades fronteiriças; agentes presentes no território (densidade social e institucional).

Nesse contexto, a política de saúde tem um protagonismo, quando concebido o conceito ampliado de saúde, ou seja, considerando-se os determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, expressos na Lei Federal nº 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS). Isso denota que a saúde precisa ser pensada em conjunto com as outras políticas públicas para, de fato, atuar sobre as vulnerabilidades e violações existentes, e promover qualidade de vida e saúde para a população.

A política de saúde mental, na região de fronteira, também é concebida como estruturante, considerando-se questões relacionadas a transtornos mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia e outros; tentativas e prática de suicídio; uso abusivo/nocivo de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

A cidade de Porto Murtinho/MS, lócus desta pesquisa, está localizada na fronteira de Mato Grosso do Sul com o Paraguai, e tem aproximadamente 12.859 habitantes, segundo o último censo (IBGE, 2023)⁶⁰. Atualmente, tem ganhado destaque no cenário local, nacional e internacional, pois receberá a passagem do Corredor Rodoviário Bioceânico, que ligará quatro países sul-americanos: Brasil, Paraguai, Argentina e Chile, reforçando relações econômicas entre os países, fortalecendo o turismo local e possibilitando desenvolvimento para as regiões, principalmente como via de acesso e de escoamento para a exportação vinda da Região Centro-Oeste brasileira.

O Corredor Rodoviário Bioceânico trará mudanças significativas para todo o território sul-mato-grossense, e não apenas à região de Porto Murtinho/MS, já que o principal objetivo é expandir

60 Convém registrar que no censo anterior e início do desenvolvimento desta pesquisa, o município registrava 17 mil habitantes, com queda populacional importante, questionada de maneira informal por alguns/as gestores/as do local, sob a justificativa, por exemplo, de que muitas pessoas estariam “fora da cidade”, transitoriamente, para trabalho no Alto Paraguai/Região do Chaco.

o desenvolvimento do Centro-Oeste, possibilitando alternativas de transações comerciais para além das fronteiras brasileiras. Há, ainda, perspectiva de grande transformação social para o estado e para a população. Por outro lado, as implicações e impactos sociais também geram incertezas e preocupações, o que reforça a necessidade de atuação por meio de políticas públicas, em especial a de saúde e de saúde mental, pois a população, que já apresenta questões e demandas sociais importantes, terá suas vidas modificadas por um novo padrão de desenvolvimento econômico e social.

Dessa forma, a Pesquisa **“Rede Intersectorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”**, Chamada Fundect nº 08/2020 - Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS, coordenada pela Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida, da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), realizada nesse município, buscou responder, em diferentes eixos, à seguinte pergunta norteadora: “Quais as principais questões sociais enfrentadas pelas populações locais que habitam a fronteira Porto Murtinho/MS-Carmelo Peralta/PY e como se estrutura a rede intersectorial de políticas públicas no que tange o atendimento de saúde e qualidade de vida das populações locais?”

No Plano Diretor, realizado no município como uma das fases da pesquisa (ALMEIDA, FILHO, SALES, SILVA, LAURA, 2021), o fenômeno do suicídio circundou como uma das demandas apresentadas e relacionadas à política de saúde e política de saúde mental, sendo, portanto, definido como um dos eixos de trabalho, com necessidade de ser discutido e problematizado na região de fronteira.

Assim, este capítulo se estrutura em três partes principais que seguem após esta introdução: a primeira, intitulada “O suicídio”, traça um panorama geral sobre a temática; a segunda, “Retratos sobre o suicídio na fronteira Brasil-Paraguai”, evidencia os dados da pesquisa tomando como referência Porto Murtinho/MS e Carmelo

Peralta/PY; a terceira, "As estratégias para uma política de saúde mental e o suicídio nas fronteiras", destaca os principais indicadores para a produção de um plano de educação em saúde em ambos os territórios, construídos ao longo da pesquisa. Na sequência, trazemos as considerações finais e as referências.

O SUICÍDIO

O suicídio é um fenômeno humano universal que representa um problema de saúde pública. Trata-se de um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a própria morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente – a ambivalência é caracterizada entre a busca da morte, como mecanismo de cessação do sofrimento, e o desejo por socorro. (MELEIRO; CORREA, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um fenômeno complexo e multicausal, de impacto individual e coletivo, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, sexos, culturas, classes sociais e idades. Relaciona-se, etiologicamente, com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os biológicos (WHO, 2021).

A ocorrência de suicídio tem importância mundial, visto que representa 1,4% das mortes anuais e, comparativamente, tem maiores taxas de morte que as de homicídio. O Brasil é um dos cinquenta países, entre 122 outros territórios registrados pela OMS, que contrariam a tendência global de redução de suicídio na última década (BUSATO; ASEVEDO; MARI, 2021).

Vale destacar que em 2006 foi criada, no Brasil, a Portaria Ministerial n. 1.876, que instituiu as Diretrizes Nacionais para

Prevenção do Suicídio, recomendando normas de enfrentamento e de prevenção do suicídio, bem como a sensibilização em relação a esse problema de saúde pública; o documento também fomenta políticas de informação, notificação, prevenção, promoção de saúde e gestão de cuidados, enfatizando a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, especialmente os da Atenção Primária. Entretanto, convém esclarecer que, desde sua publicação, pouco se tem avançado em ações mais efetivas em que política, assistência e pesquisa caminhem coesas na efetivação do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio (BOTEGA, 2015).

Dada à magnitude da questão, o suicídio é uma das condições prioritárias do Programa de Ação sobre Lacunas em Saúde Mental da OMS (mhGAP), lançado em 2008, que fornece orientação técnica baseada em evidências para ampliar a prestação de serviços e cuidados, nos países, relacionados a transtornos mentais, neurológicos e uso de substâncias. Nesse sentido, também foi elaborado um Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013–2030, cujos Estados Membros se comprometeram a trabalhar para a meta global de reduzir em um terço a taxa de suicídio, até 2030 (WHO, 2021).

O primeiro Relatório Mundial de Suicídio da OMS “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, publicado em 2014, já objetivava aumentar a conscientização sobre a importância do suicídio e das tentativas de suicídio para a saúde pública, além de tornar a prevenção, em relação a essa prática, uma prioridade na agenda global de saúde pública. Também buscou incentivar e apoiar os países a desenvolver ou a fortalecer estratégias abrangentes de prevenção do suicídio, em uma abordagem multissetorial de saúde pública (WHO, 2021).

Essa temática, portanto, é defendida, pela OMS, no sentido de que os países tomem medidas para prevenir o suicídio, idealmente por meio de uma estratégia nacional abrangente – no Brasil, tem-se a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do

Suicídio, Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Na mesma vertente, também se registra a existência de um guia de referência da OMS: LIVE LIFE, para todos os países, que contempla prevenção do suicídio e temáticas associadas como saúde mental, álcool ou doenças não transmissíveis (DNTs).

Dados do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (2021) demonstram que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

- Mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos.
- Em relação à consumação da prática, há muito mais pessoas que tentam o suicídio.
- Uma tentativa anterior de suicídio é o fator de risco mais importante para o suicídio, na população em geral.
- O suicídio é a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.
- 77% dos suicídios globais ocorrem em países de baixa e média renda.
- A ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em todo o mundo.

O Boletim revela que houve um aumento consistente nas taxas de mortalidade por suicídio, nos últimos 10 anos, com destaque para o maior risco de morte em homens e para o aumento nas taxas de suicídio de jovens (BRASIL, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as tentativas de suicídio sejam cerca de vinte vezes mais frequentes do que o suicídio consumado; para cada tentativa de suicídio registrada oficialmente, existem, pelo menos, quatro tentativas não registradas (WHO, 2010).

Para a OMS, as evidências têm demonstrado ainda altos riscos de suicídio entre grupos em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes⁶¹ e refugiados⁶², população LGBT⁶³ e povos indígenas⁶⁴ (WHO, 2021), o que reafirma a importância de falarmos da questão nas regiões de fronteira, já que contempla uma população significativa de migrantes, refugiados/as⁶⁵, indígenas, pessoas transfronteiriças⁶⁶ e outros.

O suicídio representa, portanto, uma das questões que se relacionam à política de saúde e de saúde mental, e que incide diretamente na qualidade de vida das populações locais, da população de fronteira; estudar o fenômeno também faz parte do recorte da pesquisa mais amplo, que objetiva “Compreender quais são as principais questões sociais decorrentes de condições sociais enfrentadas pelas populações locais que habitam a fronteira Brasil (Porto Murtinho) – Paraguai (Carmelo Peralta)”, que pertencem ao Corredor

- 61 Atualmente, o termo migrante se refere a toda pessoa que se transfere de seu lugar habitual, de sua residência comum para outro lugar, região ou país; é adotado com frequência para definir as migrações em geral, tanto de entrada quanto de saída de um país, região ou lugar, embora haja termos específicos como imigração para se referir à entrada de migrantes, ou emigração, para a saída (IMDH, 2014). Entretanto, podem aparecer outros termos, como os citados, de imigrar e emigrar, de algumas/alguns referenciais bibliográficos.
- 62 O termo refúgio está associado à migração como característico de deslocamento de pessoas, muito embora seu conceito esteja ligado a uma movimentação involuntária ou forçada, na qual as pessoas saem de suas origens em busca de proteção, devido às perseguições por motivo de raça, religião, nacionalidade, grupo social, opiniões políticas, ou devido à grave e generalizada violação dos direitos humanos.
- 63 Manteve-se a sigla/terminologia utilizada originalmente na referência, embora hoje se utilize LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não binários).
- 64 Manteve-se, também, o descrito no texto original, apesar de hoje se utilizar o termo povos originários/tradicionais, para se referir às sociedades indígenas.
- 65 Note-se que se utilizou a linguagem de gênero representada pelos artigos o/a, exceto quando tratar-se de referencial bibliográfico que emprega a linguagem masculina universalizada, mantida, assim, no seu original.
- 66 O termo transfronteiriço/a remete a pessoas que transitam em ambos os territórios de fronteira para diversas finalidades, incluindo deslocamentos pendulares, movimentos migratórios, entre outros fluxos.

Bioceânico, além de procurar entender a forma como se estrutura a rede intersetorial de políticas públicas no campo da saúde, a fim de se buscarem estratégias de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, com base na diversidade de saberes, produção de conhecimentos e respostas às demandas locais, que são de alta complexidade.

RETRATOS SOBRE O SUICÍDIO NA FRONTEIRA BRASIL - PARAGUAI

A compreensão do fenômeno do suicídio permeia os fatores individuais e coletivos, tendo em vista apresentar-se multifacetado, multidimensional e complexo. Assim, a pesquisa realizada pautou-se na teoria sócio-histórica, tem abordagem qualitativa, aspectos bibliográfico e documental, e trabalho em campo, com realização de visitas institucionais e levantamento de dados, nos meses de agosto, novembro e dezembro de 2022, e julho de 2023. Desse modo, foram feitas observação local, aplicação de questionário e rodas de conversa com trabalhadores/as e gestores/as locais, a fim de compreender as questões sociais enfrentadas, em especial sob a ótica da política de saúde, de saúde mental e do suicídio.

O fenômeno do suicídio é uma realidade observada sobretudo em uma região de fronteira, cujas peculiaridades são diversas; constitui um processo histórico e social de relações dos homens entre si e dos homens com a natureza, de humanos e suas significações, de compreensão totalizante e contextualizada, de ordem subjetiva e objetiva, conforme assinalado por Martin (2022).

Inicialmente, uma das Instituições centrais visitada foi a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Murtinho/MS, mais especialmente o setor de Vigilância epidemiológica. Esse setor constitui

um campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) referente ao controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990)⁶⁷. No local, são registrados os dados que se referem à notificação e à investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória⁶⁸, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁶⁹, incluindo tentativas de suicídio.

Os dados do Sinan são alimentados por meio de um instrumento denominado Ficha Individual de Notificação (FIN), que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada usuário/a, quando há suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Ela deve ser encaminhada aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A ficha de notificação individual contém dados gerais relacionados ao agravo e à unidade notificadora, dados do paciente, como nome, idade, sexo, escolaridade, residência etc. (BRASIL, 2022).

A tentativa de suicídio é um agravo de notificação compulsória que deve ser realizada de forma imediata, em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência. Em relação à pesquisa que

67 Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, Art. 6º, Inciso II, § 2º, 1990).

68 Na portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, consta a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

69 O Sinan permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Pressupõe contribuir para a democratização da informação e é um instrumento relevante para auxiliar no planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, e permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2022).

descrevemos aqui, foram obtidos dados gerais, ou seja, todas as notificações registradas pelo município de Porto Murtinho dos últimos cinco anos (2018 a 2022⁷⁰), tais como acidentes de trabalho, dengue, hepatites virais, sífilis, óbito infantil e materno, tuberculose, violências e tentativas de suicídio. Assim, em 2018 foram registradas 214 notificações; em 2019, 112 notificações; em 2020, 88 notificações; em 2021, 114 notificações e em 2022 (1º semestre), 41 notificações.

Referente ao ano de 2022, no universo de 41 notificações, até o primeiro semestre, foram registradas cinco notificações de violência interpessoal/autoprovocada que caracterizou o agravo/doença:

- 1 tentativa com registro de ingestão de medicação;
- 1 atendimento por tentativa de suicídio e óbito;
- 1 violência sexual;
- 1 violência;
- 1 uso abusivo de álcool e suspeita de violência física familiar.

Convém frisar que, neste estudo, são mencionados apenas dados quantitativos por duas razões principais: a primeira - que é característica de muitos municípios brasileiros - refere-se ao fato de que, por diversos motivos, as fichas são preenchidas de forma incompleta; a segunda razão é que, devido ao número baixo de notificações, não seria adequado traçar-se o perfil sociodemográfico, pois possibilitaria a identificação das pessoas, o que viria contra os princípios éticos e de responsabilidade da pesquisa.

É válido esclarecer acerca de uma questão central, que é a subnotificação; na ocorrência de doença/agravo de notificação compulsória, ela corresponde ao caso em que são preenchidos os

70

Todos os dados quantitativos de 2022 correspondem ao primeiro semestre de 2022, quando foram realizados tais levantamentos.

critérios estabelecidos pela vigilância e que foi identificado pelo profissional de saúde, mas não foi notificado ao serviço de saúde pública (MODESITT; HULMAN; FEMING, 1990). Ao mencionar uma subnotificação no local da pesquisa em questão, indica-se a contradição entre os escassos dados quantitativos em relação às falas dos/as trabalhadores/as e gestores/as locais, conforme observado em campo.

Ainda que haja falta de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas, em alguns municípios do país, também se considera que apenas uma, em cada três pessoas que tentam suicídio, é atendida por um serviço médico de urgência (ROSA, AGNOLO, OLIVEIRA, MATHIAS, OLIVEIRA, 2016), o que reforça a hipótese de subnotificações face à fala dos/as trabalhadores/as e gestores/as do município de Porto Murtinho.

Registramos, ainda, que diversos motivos levam à subnotificação pelo/a profissional de saúde: não desejar uma possível exposição, burocracia em contraste com jornadas assistenciais extenuantes, cultura de municípios menores em que a população se conhece de maneira mais intimista, dificuldade de diferenciar campos de vida privados e públicos, e outros. Entretanto, mesmo com tais vieses, o preenchimento completo dessa ficha é de extrema importância, e deve ser reforçado pelos/as gestores/as locais como prioridade em todos os serviços que compõem a rede, pois é por meio desses dados coletados in loco que são planejadas e geradas as referidas políticas públicas de prevenção, promoção de saúde e gestão do cuidado no que tange ao suicídio.

Nessa perspectiva, a linha de cuidado e vigilância em saúde realizada com a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas contempla a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH). Na medida em que promove o acolhimento, a responsabilização e a resolutividade, também garante a continuidade nos atendimentos por meio das condutas profissionais éticas e o comprometimento técnico devido, já que o próprio processo de

preenchimento da ficha deverá constituir um momento de cuidado para com a pessoa que passou por uma situação de violência, seja de natureza alheia, ou autoprovocada (BRASIL, 2017).

Portanto, para que ocorra, de fato, a integralidade em atenção à saúde, toda a equipe deve comprometer-se, em relação à notificação, tendo em vista tratar-se de elemento-chave na garantia de direitos; além disso, contribui para prevenção de violência de repetição, tira os casos de violências autoprovocadas da invisibilidade e permite que o trabalho em rede ocorra de forma articulada, pautando-se no compromisso com a pessoa que está em sofrimento e necessita de proteção e de cuidados naquele momento de crise (BRASIL, 2017).

Outra instituição estratégica visitada foi o Corpo de Bombeiros Militar de Porto Murtinho/MS, que atende às ocorrências de tentativas e de consumação de suicídio. Obtivemos dados dos últimos cinco anos. Sobre esse tipo de ocorrências, de janeiro de 2017 a julho de 2022 foram registrados: 05 tentativas de se atirar de local elevado, 07 tentativas por arma branca, 03 por enforcamento, 03 por uso de fármaco ou substância tóxicas e 01 suicídio consumado por enforcamento. A maioria desses métodos de tentativas e suicídio evidencia os mais comuns em todo o mundo, descritos pela OMS no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (2021).

Conquanto esses números não sejam tão expressivos, eles são importantes, quando comparados, por exemplo, aos registrados pela Vigilância epidemiológica, pois pressupõem que os casos ensejaram atendimento em saúde. Além do mais, se os números aqui são superiores aos encontrados na Vigilância, esse fato demonstra, mais uma vez, que há uma subnotificação dos dados, possivelmente com mais atendimentos que os notificados pelo Sinan.

Na Delegacia de Polícia Civil, um importante órgão de segurança pública, também fizemos a visita, todavia, não foram coletados dados; a justificativa informal oferecida pelos/as profissionais do local

foi a de que todos os possíveis casos são registrados como morte a esclarecer e, desse modo, não havia como identificá-los senão após a finalização da investigação e inquérito policial. Ora, se há suicídio consumado registrado pelo Corpo de Bombeiros, teoricamente deveria, pelo menos, constar no Boletim de Ocorrência da Polícia Civil, o que nos permite inferir, novamente, que haja uma subnotificação.

Nesse sentido, é pertinente fazer referência a alguns/algumas autores/as os quais consideram que algumas estatísticas não são confiáveis e podem vir a ser subestimadas e não corresponder à realidade, já que o número que consta nas estatísticas oficiais provém das causas de morte registradas nos atestados de óbitos; há muitos casos em que a família e a própria sociedade pressionam para que a causa da morte seja falsificada (ARAÚJO,VIEIRA, COUTINHO, 2010).

Visitamos, também, uma das principais unidades de saúde de Porto Murtinho/MS: o Hospital Municipal Oscar Ramires. Resaltamos que embora haja cinco (05) Postos de Saúde na Atenção Primária de Saúde (APS) para atender a área urbana e a rural, que absorvem todas as demandas, incluindo a área de saúde mental – pois não possui um equipamento para compor a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (ALMEIDA, FILHO, SALES, SILVA, LAURA, 2021), devido aos limites decorrentes do tempo e da pesquisa de campo, optamos por priorizar o hospital público local. Esse hospital centraliza os atendimentos do município de baixa e de média complexidade, incluindo os/as transfronteiriços/as que, independentemente de documentação, têm o atendimento de urgência e de emergência garantidos; os casos mais complexos são encaminhados para municípios de referência.

O Hospital Oscar Ramires tem cerca de 60 a 70 trabalhadores/as e funciona diuturnamente. Em um dos dias de visita, aplicamos um questionário que foi elaborado pelos/as pesquisadores/as desse eixo, intitulado “Saúde mental e manejo na crise suicida”, com

alcance de cerca de 10% desse público⁷¹. Embora o alcance pareça limitado, dado o tempo para a aplicação desse instrumento, consideramos os resultados satisfatórios, tendo em vista o viés qualitativo da pesquisa, cujos principais dados elencaremos nesta discussão.

Por meio das respostas, observamos que metade dos participantes declararam ter atendido alguma tentativa ou consumação de suicídio nos últimos cinco anos e/ou no último ano (2021-2022), com frequência bimestral, trimestral ou semestral. Embora seja uma Unidade de Saúde que devido à sua natureza atende toda a população transfronteiriça, foi apontado que os atendimentos, nessa Unidade Hospitalar, é predominantemente a brasileiros/as. Tal fato leva a uma reflexão interessante acerca dessa população, pois, mesmo que a cidadania seja brasileira, não significa, necessariamente, que as pessoas pertençam a esse território, já que o conceito de transfronteiriço/a remete para além das fronteiras geográficas; uma pessoa, mesmo reconhecida como de um determinado território e de uma determinada cidadania, pode morar ou pertencer a outro território.

Investigamos sobre as questões de saúde mental atendidas, no cotidiano desses/as profissionais, que podem resultar em tentativa de suicídio ou suicídio, e os fatores de risco e de proteção existentes para lidar com a situação.

As questões apontadas nas respostas variaram entre os itens: ansiedade, depressão, estresse, álcool e outras drogas; autismo, violências, abuso e exploração sexual; conflitos familiares, desesperança, idade e gênero, em uma escala que vai de muito frequente a

71 Obtivemos 10 questionários respondidos, quatro incompletos e seis com todos os itens respondidos, além do termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O questionário foi dividido em quatro partes, quais sejam: 1. Informações gerais; 2. Saúde mental e manejo da crise suicida; 3. Qual a sua percepção sobre tentativa de suicídio ou suicídio; 4. Você já participou de algum curso sobre prevenção e manejo da crise suicida?

nunca⁷². Esses dados evidenciam que há questões de saúde mental atendidas em um hospital geral, em uma localidade que não possui equipamentos específicos para compor a RAPS, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pleiteado pelo município, ou mesmo que não estão sendo absorvidos pela Rede de Atenção Primária. Essa afirmativa é corroborada pelo item que corresponde aos fatores de risco, em que as doenças psiquiátricas apareceram como transtornos de base, aumentando o risco para as tentativas de suicídio ou suicídio consumado, no cotidiano dos/as trabalhadores/as.

Ressaltamos, com base nesses dados, que tanto no Brasil quanto no mundo existe preocupação com certas populações de risco ou grupos vulneráveis. Segundo Busato, Asevedo e Mari (2021), apesar da dificuldade em todo o mundo de se estabelecerem dados precisos para a epidemiologia do suicídio, as pessoas que sofrem de transtornos mentais estão mais propensas a tentarem o suicídio, bem como as que tenham sofrido aculturação ou exposição a situações estressantes no cotidiano.

Desse modo, refletimos aqui sobre as questões de saúde mental elencadas, em relação à população transfronteiriça, que conta com recursos limitados para atendimento de suas especificidades, tanto no aspecto assistencial/curativo ou imediato, quanto de prevenção e de promoção, o que pode agravar ainda mais os aspectos assinalados e resultar em tentativa ou consumação de suicídio. Até mesmo a questão da idade ou do gênero, que foram destacados, poderiam ser trabalhadas em nível de prevenção e de promoção de saúde, já que tais marcadores precisam de um olhar

72

Utilizamos o modelo de Escala Likert (cuja origem está ligada ao psicólogo Rensis Likert), que consiste em uma das ferramentas mais utilizadas por pesquisadoras/es para avaliar as opiniões e atitudes de uma pessoa. Mensura a atitude e opiniões em diferentes eixos, tais como: concordância (concordo totalmente, concordo, indeciso, discordo e discordo totalmente), frequência (muita frequência, frequentemente, ocasionalmente, raramente e nunca), importância (muito importante, importante, razoavelmente importante, pouco importante e sem importância) e probabilidade (sempre verdade, usualmente verdade, ocasionalmente verdade, usualmente não é verdade e nunca é verdade).

diferenciado. Por exemplo, o modo como uma pessoa idosa está vivendo, se com a família ou não, se conta com rede de apoio ou não, sua situação socioeconômica; com relação ao gênero, por exemplo, as formas de violência que a que as mulheres podem estar expostas, decorrente de uma estrutura patriarcal e machista, a sobrecarga com duplas ou triplas jornadas de trabalho e cuidados com os/as filhos/as, entre outros.

Na perspectiva de gênero, associando a constituição capitalista e a dominação patriarcal, Marx, por exemplo, em 1846, já falava do suicídio, ao analisar casos, nos boletins em Paris, resultantes da interação de homens e de mulheres com as estruturas sociais, cujas diferentes causas do suicídio deveria ser a classificação dos próprios defeitos da sociedade (MARX, 2008) ou tomado como produto da sociedade e sintoma da luta social (AFONSO; SEABRA, 2021).

Afonso e Seabra (2021) chamam a atenção para as relações sociais de raça, de classe e de gênero, bem como as relações dialéticas entre elas, que atuam nos principais determinantes estruturais de nossa sociedade, com expressão de dominação política e exploração econômica que sustentam relações de poder, e que, portanto, produzem modalidades de sofrimento psicológico coletivamente compartilhados. Para esses autores, o conceito de determinantes sociais em saúde auxilia na compreensão de como tais estruturas sociais se traduzem em desigualdades nas relações saúde-doença-cuidado e em iniquidades no acesso à saúde. Corroboramos com a afirmativa, vez que essas desigualdades se dão de maneira expressiva em territórios de fronteira, os quais têm diversas especificidades.

Quanto aos fatores de risco e de fatores de proteção⁷³, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) os reconhece como fundamentais e que podem ajudar o/a profissional de saúde a determinar

73

Os itens dos questionários foram baseados em dois materiais principais – Suicídio: informando para prevenir da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) e Compreensão, avaliação e manejo do comportamento suicida: Um guia para profissionais da saúde de Willian de Souza Rodrigues (s./d.).

o risco e, a partir dessa determinação, estabelecer estratégias para reduzi-lo. Eles são, portanto, fatores de ordem individual ou coletiva, emocional, psíquica, patológica, biológica, ambiental, econômica ou social que podem aumentar a probabilidade de levar ao comportamento suicida (quando de risco), ou diminuir/minimizar/atenuar (quando de proteção).

Dos fatores de risco elencados, as doenças crônicas, as doenças psiquiátricas, a pandemia por Covid-19, o isolamento social, o álcool e outras drogas, violências, abusos e exploração sexual, conflitos familiares e sociais foram assinalados com o maior índice, como eixo muito importante ou importante.

A fronteira também foi incluída pelos/as pesquisadores/as, por ser entendida como um território que pode apresentar maiores vulnerabilidades como as já descritas aqui, e que foi assinalada como razoavelmente ou pouco importante para caracterizar fator de risco em relação à tentativa ou suicídio consumado. Uma das hipóteses para tal índice seria a de que os outros fatores já trazem aspectos da fronteira e que ela, por si só, não seria concebida como maior exposição a riscos.

Observamos que todos os fatores necessitam ser tratados e acompanhados pela Rede de Atenção Primária em saúde, equipamentos específicos da RAPS e/ou profissionais especializados de saúde mental, a fim de evitar possíveis tentativas de suicídio e suicídio consumado, e de se empreenderem trabalhos de prevenção de problemas de saúde mental e de promoção de qualidade de vida.

Aliás, não só na política de saúde, mas também nas demais políticas públicas, como de Assistência Social, que tem, com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as ações socioassistenciais com serviços, programas, projetos e benefícios voltados à atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização (BRASIL, 2004), e que poderia trabalhar fatores de

risco descritos anteriormente, como violências, abuso e exploração sexual, conflitos familiares e sociais.

Quanto aos fatores de proteção que previnem tentativa ou consumação de suicídio, destacamos alguns que foram assinalados como muito importantes: suporte familiar e social, autoestima, capacidade de resolução de problemas, trabalho/emprego, religião, lazer, política de saúde e políticas públicas. Esses dados ratificam a importância de trabalhos na área da saúde e seu conceito ampliado, de saúde mental e de interface com outras políticas públicas, devidamente reconhecidas para proteção pelos/as participantes da pesquisa.

Também incluímos a fronteira como possível fator de proteção, entretanto, foi assinalada como pouco importante, sendo que sua hipótese é a mesma concebida anteriormente, porém, por si só não caracteriza proteção.

Quanto à percepção dos/as profissionais em relação a curso de prevenção e manejo da crise, o suicídio foi considerado como um problema de saúde pública, de ordem multifatorial e complexo, o que implica na necessidade de capacitação e de educação permanente para o trato do fenômeno, conforme evidenciam as falas a seguir:

As pessoas deveriam conversar mais, se abrir mais, se importar mais com a VIDA de outras pessoas. Precisamos de pessoas capacitadas para ajudar essas pessoas. O mundo seria melhor se cada um fizesse o mínimo pelo próximo.

Problema de saúde pública.

Desequilíbrio químico cerebral, problemas pessoais, pressão psicológica.

Com relação à participação em algum curso de prevenção e manejo da crise suicida, apenas um/a deles/as respondeu que participou, contudo, a maioria assinalou que sente a necessidade de participar. Para fechar as considerações decorrentes do questionário, observamos que, além da necessidade de profissionais e de equipamentos especializados no âmbito de saúde mental, notamos que os/as trabalhadores/as atribuem importância à capacitação e à educação permanente para prevenção e manejo da crise suicida, reiterado em diversos contatos informais e nas rodas de conversa realizadas.

No decorrer da pesquisa, sobretudo em visitas técnicas no município de Porto Murtinho/MS, participamos de rodas de conversa com trabalhadores/as e gestores/as de saúde, momento em que, ao mesmo tempo que levantamos dados para a pesquisa, com destaque para questões específicas de saúde mental, suicídio, capacitação e educação permanente, trabalhamos a temática do suicídio com viés de sensibilização e orientação. Interessante observar como, nessas rodas de conversa, o exercício da escuta revelou dados invisíveis e não notificados.

Azaleia⁷⁴: [...] teve pessoas com tentativas, né, acontecendo [refere-se a tentativas de suicídio] ... Mas eu creio que a gente não estar... Eu falo assim de começar, sei lá eu, como organizar ou sei lá eu... É... uma conversa, uma capacitação, não é verdade? Que possa... [Ruídos]. Também teve a questão da pandemia né, muito, muito difícil, principalmente para o profissional dá um medo, um medo ... parece que não, mas a pessoa pode ser corajosa e estar trabalhando, mas a pessoa tem medo, tem medo pelos filhos, pelos teus netos [...]. E pra gente também, e tem essa carga também né, de quem está também. E também não tô vendo é... isso... uma caixinha fechada.

Pesquisadora Dália: *Saúde mental é caixinha fechada.*

74

Os nomes dos/as participantes foram preservados por questões éticas e sigilosas de pesquisa. Utilizamos nome de flores para identificá-los/as, para trazer mais leveza e esperança a um tema que é considerado "pesado". As frases entre colchetes servem para situar o/a leitor/a no contexto da conversa.

Azaleia: [Ruídos] *tem uma amiga minha que ela começou assim, ela começou sabe, com esse medo, aquela ansiedade, já tava se dirigindo já pra um...* [refere-se à tentativa ou suicídio consumado]. *Então são coisas assim que eu acho que são... É o começo que muitas vezes né...* [várias falas]. [...]

Pesquisadora Iris: [...] *quais os sinais né, como detectar esses sinais e trabalhar numa perspectiva de prevenção mesmo, de risco.* [Falas concomitantes].

Girassol: *É porque de repente para lá no hospital né, vamos supor né, já aconteceu, tentou [refere-se à tentativa de suicídio] e isso aquilo, aí fica aquele negócio de gente que rir... Não, mas é verdade né, outro né que fala: "Ah né, então deveria ter usado melhor né para acertar né [menciona que a tentativa de suicídio deveria ter sido conclusa], alguma coisa assim, desse tipo assim, de ficar com aquela conversinha ...*

Pesquisadora Jasmim: *Ainda tem muito preconceito.*

Azaleia: *Aí a pessoa se recolhe, some né. Outra ocasião é que aparece de novo e de repente já deu [menciona que, em outra ocasião, pode ocorrer o suicídio, de fato] [...].*

Nos trechos transcritos, observamos que a questão do suicídio está presente, na fala de trabalhadores/as ou gestores/as, como algo do cotidiano, em contradição com os primeiros dados oficiais descritos neste capítulo, o que nos permite reafirmar a existência da subnotificação.

Também retomamos, aqui, a questão da pandemia por Covid-19⁷⁵, que foi apontada como fator de risco, já que significou um momento de profundas mudanças de vida e do medo da morte, em que muitos/as trabalhadores/as, sobretudo os/as da saúde,

75

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia; em 5 de maio de 2023, a Organização declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19 (OPAS, 2022, 2023).

estiveram na linha de frente do combate à pandemia. Embora, atualmente, já tenhamos saído do cenário pandêmico, temos registros de mortes pela doença e, principalmente, reflexos, no âmbito da saúde mental, decorrentes do isolamento social (também tido como fator de risco), das mortes de familiares, amigos/as e colegas de trabalho. O ressignificar das vivências ainda se faz presente na atualidade, constituindo um desafio para a saúde pública, na interface com as demais políticas públicas.

Acrescentamos que as falas mencionam o não acolhimento, o preconceito, a falta de manejo para lidar com a situação na área da saúde mental, seja para os próprios/as trabalhadores/as, que ainda trazem reflexos do período crítico da pandemia, como ansiedade e medo, seja para os/as usuários/as atendidos/as, o que denota a necessidade de capacitação e de educação permanente, conforme evidenciamos nas falas de alguns/as participantes.

Em outra roda de conversa, a ocorrência de tentativas de suicídio, necessidade de manejo para as crises e a estrutura da política de saúde local e de saúde mental também foi enfatizada no trecho que se segue.

Magnólia: *Além de capacitação a gente precisa de estruturação. Você entendeu? A gente precisa realmente de um X que seja para o cuidado. [...]*

Primavera: *[...] E a gente vai visitar e você não sabe como agir com aquele paciente, entendeu? Não tem... não tem como...*

Pesquisadora Tulipa: *mas a estrutura não é só física.*

Magnólia: *A capacitação principalmente.*

Pesquisadora Violeta: *Capacitação técnica e uma escuta qualificada né.*

Pesquisadora Tulipa: *É a capacitação, educação permanente.*

Primavera [...] Não é jovem, já é senhora, uma tem trinta e alguma coisa e outra é uma senhora que é mãe, é vó, tentou suicídio [...].

Observamos que as deficiências na política de saúde e saúde mental, tanto no âmbito da Atenção Básica como na já mencionada ausência de equipamentos da RAPS, de pessoal técnico especializado em termos quantitativos e qualitativos, de cuidado e de manejo, são expressos no que a participante denominou de falta de estrutura.

Não se trata de um problema isolado, mas de uma realidade que circunda muitos municípios brasileiros de pequeno porte e que, para os municípios de fronteira, acentua-se com a absorção da demanda de usuários/as dos dois universos, como no caso, Brasil e Paraguai, conforme fala de Lavanda, em outra roda de conversa.

[...] nós temos um diferencial, porque nós somos vizinho do país Paraguai, temos muitos paraguaios, inclusive aqui, no meio de nós aqui, assim como também temos brasileiros que vivem lá. [...] Além desse desenvolvimento, nós temos esse diferencial aí, que eu acho que outros municípios que faz fronteira também têm essas dificuldades. Que às vezes a gente tem pouco recurso, tem que se ajudar né para atender os paraguaios que vem aqui, assim como eles também atendem os brasileiros nossos aqui, através do hospital. [...].

Os recursos para absorver todas as demandas de municípios fronteiriços também são apontados como dificuldades enfrentadas, já que há alguns acordos bilaterais, mas não uma política de saúde transfronteiriça, como ocorre em países da União Europeia, destacado em estudo feito por Giovanella *et al.* (2007). As autoras afirmam:

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e os problemas de

saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso à atenção à saúde. Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos, sejam nas abordagens organizacionais da assistência, aliados às estratégias individuais para garantia de acesso, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, levam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde (GIOVANELLA, GUIMARÃES, NOGUEIRA, VASCONCELOS, DAMASCENO, 2007, p. 263).

Vale ressaltar que a importância de uma política de saúde transfronteiriça, para absorver as especificidades da fronteira que são territórios ricos, dinâmicos e diversificados em termos humanos, sociais, culturais e outros, precisam de um olhar diferenciado para a afirmação da saúde e seu conceito ampliado como direito de todos/as os cidadãos/ãs, na interface com as demais políticas públicas.

Por se tratar de uma pesquisa que discutiu o desafio da inter-setorialidade entre as políticas públicas, foram realizadas outras conversas em nível da educação e, posteriormente, na articulação com atores e atrizes de várias políticas públicas, sobretudo saúde, educação e assistência social.

Na educação, especificamente, foram desenvolvidas atividades com trabalhadores/as, profissionais e usuários/as da política de educação no município de Porto Murtinho/MS, sobre prevenção do suicídio, promoção de saúde e valorização da vida. Na prática, foram realizadas rodas de conversa e palestras, além de escutas e acolhimentos individualizadas, visando desmitificar o tema do suicídio e trabalhar fatores de risco e proteção existentes, tanto do ponto de vista individual/emocional, como também institucional e de políticas públicas.

Com alunos/as do 5º ano de uma escola pública municipal, foi realizada uma atividade denominada dinâmica do “balão”, que consistia em trabalhar de forma lúdica a conscientização do tema “saúde mental”. Conduzidos pelas falas das facilitadoras, aqueles/as alunos/as estouraram os balões em dois momentos distintos: primeiramente, os balões com sentimentos e pensamentos “positivos” e, posteriormente, os que continham sentimentos e pensamentos “negativos”. Assim, ocorreu a verbalização dos/as participantes em relação ao que era solicitado em cada etapa.

Verificamos que o contato com as próprias emoções não é algo corriqueiro para a maioria deles. Alguns/algumas perceberam com estranhamento e outros/as com mais familiaridade, entretanto, ficou nítida a importância e a necessidade de saber diferenciar e nomear os sentimentos, ressaltando que todas as emoções, “positivas” ou “negativas”, fazem parte da condição humana e que a tomada de consciência dessas emoções pode favorecer a aquisição de habilidades e de competências emocionais e sociais, tornando-se, inclusive, um dos fatores protetivos do adoecimento mental.

Além disso, com esse público, realizamos escuta e acolhimento de alguns/as alunos/as, com os devidos encaminhamentos para a equipe multiprofissional do município (registrado em ata pela coordenadora da escola), conforme a necessidade individual de cada aluno/profissional atendido nessa acolhida para que se dar o devido prosseguimento necessário para cada caso.

Em trabalho conjunto com as políticas de saúde, educação e assistência social, além de evidenciarmos as questões trazidas aqui, como necessidade de falar sobre a temática, manejo da crise, capacitação e educação permanente sobre suicídio, foram apresentadas possíveis estratégias para uma política de saúde mental e o suicídio, como veremos no próximo subitem.

AS ESTRATÉGIAS PARA UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SUICÍDIO NAS FRONTEIRAS

A fronteira brasileira de Porto Murtinho/MS (Brasil) e Carmelo Peralta/PY (Paraguai) vive um cenário de mudanças, com a construção do Corredor Rodoviário Bioceânico, o que reforça a existência de ambiguidades entre a riqueza e a diversidade nas trocas e interações fronteiriças, com as problemáticas sociais e de saúde.

Com base nas considerações de Afonso e Seabra (2021), as relações sociais construídas ao longo da nossa história podem ser tão adoecedoras e tão dolorosas a ponto de deixarem determinados grupos mais vulneráveis ao suicídio. Nesse sentido, podemos considerar que na relação com o outro, mediante o olhar, a escuta e o acolhimento, são produzidos afetos e sentidos para aliviar o sofrimento, diminuir a sensação de insuportabilidade e construir novos significados à vida.

Nessa relação com o outro incluímos não só as individuais, que se refletem nas subjetividades, mas as do Estado, nas coletivas, na materialidade, na produção de políticas públicas amplas e eficazes, capazes de responder às demandas societais. Entendemos, então, que são relações de ordem subjetivas, mas também objetivas, que circundam a compreensão do suicídio e as estratégias para o seu enfrentamento, em todos os territórios, incluindo as fronteiras brasileiras.

Na fase final da pesquisa, foram reunidos atores e atrizes das políticas de saúde, educação e assistência social de Porto Murtinho/MS, com representação, também, de Carmelo Peralta/PY, em busca da construção de um plano de educação em saúde na fronteira para

e com os/as participantes, valorizando suas vivências e experiências, e enaltecendo sua condição de sujeitos partícipes e ativos.

Durante a trajetória da pesquisa, no âmbito da saúde mental, em diversos momentos foram retratadas algumas necessidades, às quais também denominamos estratégias, que precisam ser evidenciadas para a produção de novas subjetividades e objetividades, traduzidas em qualidade de vida e saúde para a população. Os principais indicativos foram:

- Fomento de ações de prevenção e promoção de saúde que envolvam os dois territórios, Porto Murtinho/MS e Carmelo Peralta/PY, como um só território.
- Fortalecimento da rede de atenção básica das políticas de saúde e de assistência social, na interface com as demais políticas públicas.
- Implantação de equipamentos específicos para a saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Garantia de maiores recursos que contemplem as especificidades das fronteiras.
- Necessidade de estruturas física, de equipamento, material e de pessoal para realização das atividades individuais e coletivas pelos/as diferentes profissionais.
- Fomento da intersetorialidade local.
- Realização de estudos de caso intersetorial, já que as problemáticas dos/as usuários/as e suas famílias são as mesmas e perpassam as diversas políticas públicas.
- Necessidade de notificação dos casos, criando uma nova cultura para as devidas intervenções e fazendo com que haja menor temor pelos/as profissionais que, por vezes, acabam

ficando expostos diante das notificações somente das graves violações, já que assim são mais facilmente identificados.

- Projetos voltados para atendimentos aos/às transfronteiriços/as indocumentados, com garantia de recursos para que todos/as tenham acesso de maneira justa e equitativa, nas esferas de prevenção e promoção de saúde, e não assistencial de urgência e emergência.
- Fortalecimento da comunicação sobre as ações, programas e projetos das políticas públicas, facilitando a absorção das demandas.
- Maior divulgação das políticas de esporte, lazer e cultura, em especial as que ocorrem em espaços públicos.
- Capacitação dos/as profissionais em temas específicos, como espectro do autismo, suicídio, álcool e outras drogas, para que se fortaleçam as possibilidades locais, tendo em vista que, normalmente, os municípios fronteiriços estão afastados dos grandes centros.
- Incentivo das ações já desenvolvidas, potencializando-as.
- Estímulo à regionalização da saúde para garantia de atendimento em casos de média e alta complexidade, visando maior qualidade de vida e saúde aos/as usuários/as.
- Criação de uma política nacional de saúde nas fronteiras ou uma política de saúde transfronteiriça que contemple vários eixos, incluindo a saúde mental.

Ressaltamos que, em essência, as estratégias reforçam os elementos principais contidos no próprio título da pesquisa, **“Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”**, pois, independentemente do eixo trabalhado, como no caso (aqui) da saúde

mental e do suicídio, são as possibilidades para diminuição das desigualdades e na defesa dos direitos sociais e de saúde da população de ambos os territórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fronteira do Brasil e Paraguai, especificamente de Porto Murtinho/MS e Carmelo Peralta/PY, vive um cenário de mudanças com a construção do Corredor Rodoviário Bioceânico, cujas transformações econômicas precisam caminhar em conjunto com as sociais, no que diz respeito aos benefícios e à melhoria para a qualidade de vida dessas populações. Todas as temáticas discutidas, que envolveram as políticas de saúde, de educação e de assistência social na fronteira, apresentaram limites e possibilidades que podem ser encontrados em diversas fronteiras brasileiras. Percebe-se, assim, que, cada vez mais, as fronteiras estão se abrindo, a exemplo do corredor Bioceânico, reforçando a necessidade de políticas intersetoriais e que ultrapassem as fronteiras geográficas, ou seja, políticas transfronteiriças.

A pesquisa **“Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”** conseguiram levantar dados, sobretudo de natureza qualitativa, ao mesmo tempo que conduziu algumas atividades, fazendo a “pesquisa com e para os/as participantes”.

Destacamos, neste capítulo, a saúde mental e o fenômeno do suicídio, visto que a melhoria do banco de dados sobre suicídio ainda é um desafio no Brasil e no mundo. Identificamos limites decorrentes do registro de dados e das notificações, bem como o tabu e o estigma envolvidos na discussão da temática sobre o suicídio. Por outro lado, notamos que o fenômeno está presente nas falas de trabalhadores/

as e gestores/as de saúde, denotando a necessidade de capacitações, educação permanente e discussão sobre o manejo da crise suicida. Além disso, considerando as especificidades da fronteira, observamos a necessidade de uma política de saúde transfronteiriça e intersetorial para ações mais concisas e eficazes.

Verificamos, ainda, que, embora essas ações e outras desenvolvidas no município pareçam pequenas diante da problemática discutida, são esses caminhos que podem contribuir para desmitificar o tema, realizar o manejo adequado da crise suicida e trabalhar com os fatores potenciais do município, a partir de recursos e equipamentos existentes no próprio território, especialmente por se tratar de uma região de fronteira, marcada pela diversidade cultural e atendimento de população de ambos os territórios (Brasil e Paraguai, incluindo indígenas de ambos os lados), sem, contudo, contar com o devido investimento estrutural, econômico e social.

Ainda que não haja equipamentos específicos que compõem a RAPS, as suas diretrizes podem ser fortalecidas em ações nas Unidades de Saúde municipais, como as próprias Unidades Básicas de Saúde (UBSs), na interface com as demais políticas públicas. Elas podem fazer diferença na realidade local, pois são voltadas para o respeito aos direitos humanos, autonomia, liberdade, exercício da cidadania; promoção da equidade, com reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e outros.

Além disso, reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública é uma necessidade urgente, considerando-se que, desse modo, será possível disponibilizar recursos para pesquisas, estudos e capacitação de todos/as os agentes envolvidos/as no atendimento de pessoas nessa situação. Destacamos a realização de campanhas de prevenção como um caminho estratégico para preservar vidas, enfatizando a necessidade da corresponsabilização articulada sobre essa temática tão ampla e multifacetada, para que

as ações preventivas sejam disseminadas em todos os campos da sociedade, com a missão maior de promover o combate ao suicídio e fomentar a importância contínua dos cuidados em saúde mental.

O município de Porto Murtinho-MS, lócus desta pesquisa, possui potencialidades a serem trabalhadas no âmbito da coletividade e da educação permanente, com ações locais e articuladas com uma rede de políticas públicas; na perspectiva de prevenção e promoção de saúde, pode contribuir para a construção efetiva de uma política de saúde transfronteiriça e intersetorial, e, desse modo, contribuir para promover uma sociedade substantivamente igual e emancipada.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Mariana Luciana; SEABRA, Danilo. Estruturas sociais e suicídio. p. 94-103. *In*: DAMIANO, Rodolfo Furlan; LUCIAN, Alan Campos; CRUZ, Isabela D'Andrea Garcia da; TAVARES, Hermano. (Orgs.) **Compreendendo o suicídio**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.
- ALMEIDA, Luciane Pinho; FILHO, Dario Oliveira Lima; SALES, Gabriel de Souza; SILVA, Gabriela Pereira da; LAURA, Lívia Elena Cunha. **Plano Diretor do Município de Porto Murtinho**. Campo Grande/MS: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Universidade Católica Dom Bosco; Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, setembro/2021.
- ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico - Universidade de São Francisco**, v. 15, n. 1, abr. 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/jpusf/a/mNqr3wsm4y8wKMrvjK7kTtc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio**: informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasília, 2014. *In*: <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Prevenção-Suicídio.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida – avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. **Lei 1.135, de 03 de dezembro de 1970**. Dispõe sobre a organização, a competência e o funcionamento do Conselho de Segurança Nacional e dá outras providências. *In:* <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEL&numero=1135&ano=1970&ato=349ETSq1UMjRVt61d>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979**. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**. Brasília, novembro de 2005. Reimpresso em maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Secretaria de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**, 2017. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpersonais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

BRASIL. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde 2.** Volume 52, n. 33, set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos>. Acesso em: 08 maio 2022.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).** Disponível em <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BUSATO, Wagner Machado de Moraes; ASEVEDO, Elson; MARI, Jair. Epidemiologia do suicídio. **Compreendendo o suicídio.** DAMIANO, Rodolfo Furlan et. al. (orgs.), p. 82-93. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA; Vera. Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura; DAMASCENO, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: S251-S266, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 10 mar. 2023.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA**, 2019. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 set. 2022.

IBGE. **Panorama Porto Murtinho**, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/porto-murtinho/panorama>. Acesso em: 10 jul. 2023.

INSTITUTO MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS (IMDH). **Glossário.** América/São Paulo, 31 de jan. de 2014. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/>. Acesso em: 15 maio 2023.

MARTIN, Sueli Terezinha Ferreira. Psicologia sócio-histórica e saúde pública: práticas e desafios na atenção básica. *In*: SOUSA, Sônia Margarida Gomes; MOREIRA, Maria Ignez Costa. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: bases epistemológicas, categorias fundamentais e intervenções psicossociais.** Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2022.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio.** São Paulo: Boitempo, 2008 (1846).

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva; CORREA, Humberto. Suicídio. *In*: MELEIRO, Alexandrina. (Coord.). **Psiquiatria: estudos fundamentais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MODESITT, S. K.; HULMAN, S.; FEMING, D. Evaluations Of Active versus passive surveillance. *In*: OREGON. **American Journal of Public Health**, 1990; 80(4): 463-4.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 1 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. 2023**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 1 jul. 2023.

PEITER, Paulo César. Organização da atenção à saúde na fronteira. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – MATO GROSSO DO SUL. **Saúde das Populações de fronteira**. Curso UNA-SUS, 2020. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/cursos/matriculas>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PEITER, Paulo César; PEREIRA, Rafael dos Santos. Atenção à Saúde na Fronteira: aspectos políticos e sanitários. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – MATO GROSSO DO SUL. **Saúde das Populações de fronteira**. Curso UNA-SUS, 2020. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/cursos/matriculas>. Acesso em 25 abr. 2023.

RODRIGUES, Willian S. **Compreensão, avaliação e manejo do comportamento suicida: um guia para profissionais da saúde**. Editora-Chefe Carmem Beatriz Neufeld, Artmed, s/d.

ROSA, Natalina Maria da; AGNOLO, Cátia Millene Dell; OLIVEIRA; Rosana Rosseto; MATHIAS, Thais Ainda de Freitas; OLIVEIRA, Magda Lúcia Felix Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **J Bras Psiquiatr**. v. 65, n. 3, p. 231-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zMHftcjB5WbM54KHjQ85H3N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. Participant manual – **IMAI One-day Orientation Adolescents Living with HIV Geneva**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2021. **Início/Redação/Fichas informativas/ Detalhe/Suicídio**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, 2021. Acesso em: 2 fev. 2022.

6

Sofia Urt Frigo

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DO SUS NA FRONTEIRA:

**APONTAMENTOS A PARTIR
DE UMA PESQUISA DE CLIMA
ORGANIZACIONAL COM TRABALHADORES
DE UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE PORTO MURTINHO - MS, BRASIL**

INTRODUÇÃO

A fronteira brasileira, ao longo da história, tem sido vista sob a ótica da segurança nacional. No entanto, a realidade contemporânea destaca a complexidade e a riqueza dessas regiões, que se estendem por dez países sul-americanos. Essas fronteiras, especialmente as "secas", são frequentemente associadas a desafios como o do tráfico de drogas, armas e seres humanos, além de conflitos indígenas e tensões comerciais. Contudo, elas também representam zonas de encontro cultural e potencial econômico.

Para além da demarcação geográfica, a fronteira constitui um espaço no qual identidades são formadas e redefinidas, o encontro do "eu" com o "outro". O estado de Mato Grosso do Sul, por exemplo, não só faz fronteira com a Bolívia e o Paraguai, mas também é lar de diversas etnias indígenas e migrantes de outras regiões do Brasil. Essa heterogeneidade cultural é uma característica distintiva das fronteiras brasileiras. Portanto, ao pensar nas fronteiras, é essencial reconhecer tanto os desafios quanto as oportunidades que elas apresentam, desde a cooperação e integração cultural até o potencial de desenvolvimento econômico (ALMEIDA; TEIXEIRA; FIGUEIRA, 2019).

A saúde pública na região fronteira entre Porto Murtinho-MS (Brasil) e Carmelo Peralta (Paraguai) apresenta desafios e peculiaridades únicas. Enquanto Porto Murtinho se beneficia do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que garante acesso universal, equitativo e integral à saúde, Carmelo Peralta, com uma população de cerca de 4 mil habitantes, enfrenta limitações significativas em sua infraestrutura de saúde, haja vista que possui apenas Unidades de Saúde, não tem sequer um hospital. Essa disparidade resulta em frequentes travessias da população paraguaia para o Brasil, em busca de atendimento médico. A configuração da população nessa região fronteira é diversificada, pois inclui brasileiros residentes no

Paraguai, paraguaios nascidos no Brasil, indígenas da etnia Ayoreo que são registrados no Brasil, mas residem no Paraguai, e indivíduos com dupla nacionalidade. Essa mistura cultural e social demanda políticas de saúde flexíveis e inclusivas, que considerem as necessidades específicas de cada grupo. A garantia de acesso à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Brasileira, deve ser um compromisso compartilhado entre países vizinhos, assegurando o bem-estar de todos os residentes, independentemente de sua nacionalidade ou status migratório (SILVA, DORSA, FONTOURA, ALMEIDA, FRANCELINO, 2022).

A configuração dos serviços públicos de saúde nas cidades fronteiriças de Porto Murtinho e Carmelo Peralta reflete as particularidades e desafios das respectivas infraestruturas nacionais. Porto Murtinho dispõe de cinco Unidades de Saúde na Atenção Primária de Saúde (APS) que atendem tanto a área urbana quanto a rural. Esses postos abarcam uma vasta gama de demandas, incluindo a saúde mental, dada à falta de um equipamento específico para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A cidade também conta com um hospital público para procedimentos de baixa e média complexidade; os casos mais complexos são encaminhados para municípios de referência.

Em contraste, Carmelo Peralta enfrenta significativas carências em sua infraestrutura de saúde. Com serviços e equipamentos limitados, muitos que ali residem precisam viajar até Assunção, a capital paraguaia, para atendimentos especializados. Essa jornada, devido à sua extensão e complexidade, frequentemente envolve uma rota que passa por Porto Murtinho e outras cidades brasileiras antes de retornar ao Paraguai, fato que ressalta a interdependência entre as cidades fronteiriças e evidencia a necessidade de políticas de saúde mais integradas e colaborativas entre os dois países (DORSA, FIDELES, CARISSIMI, SOUZA, ALMEIDA, FRANCELINO, 2022).

O acesso aos serviços de saúde públicos nessa região é marcado, portanto, por desafios e vulnerabilidades. Em Porto Murтинho, a população enfrenta situações de extrema pobreza e risco social, com destaque para as desigualdades de gênero manifestadas em altas taxas de gravidez na adolescência e falta de planejamento familiar. A prostituição, incluindo a infanto-juvenil, é uma preocupação crescente, e a falta de dados sobre essa realidade indica uma grave violação dos direitos humanos. Muitas jovens não têm acesso adequado à saúde, resultando em gravidez precoce e consequente abandono escolar.

Do lado paraguaio, a situação é ainda mais crítica, especialmente para a etnia indígena Ayoreo, que enfrenta pobreza extrema e violações de direitos, incluindo violência e prostituição. O acesso limitado à saúde faz com que muitas gestantes paraguaias busquem atendimento em Porto Murтинho, atravessando o rio Paraguai em momentos críticos como o parto. A saúde, nesse contexto, torna-se um vetor essencial de integração e defesa dos direitos sociais. Para melhorar essa situação, é crucial que se fortaleça a articulação política e institucional entre os países e se implementem políticas integradas que abordem saúde, assistência social e educação, visando proteger e promover os direitos das mulheres, crianças e adolescentes na região fronteira (FIDELES, SOUZA, SILVA, ALMEIDA, FRIGO, 2022).

Diante das especificidades, complexidade, problemáticas e potencialidades da região fronteira da cidade de Porto Murтинho, buscou-se, nesta parte da pesquisa, identificar as condições dos trabalhadores de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere aos aspectos que interferem na satisfação, saúde e bem-estar no trabalho, por meio de indicadores levantados em um instrumento de pesquisa de clima organizacional, e, também, propor a esse segmento da população algumas estratégias de práticas para a promoção da saúde e prevenção aos agravos à saúde, notadamente de saúde mental.

Em uma visão multidisciplinar, consoante à Organização Mundial da Saúde, a saúde mental não trata apenas da ausência de transtornos mentais como a depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolaridade, transtornos alimentares, do sono, comportamentos compulsivos obsessivo e adictos, entre outros; diz respeito, também, à capacidade de o indivíduo reagir equilibrada e adequadamente às circunstâncias e vicissitudes da vida, como a pressão no trabalho. Além disso, saúde mental refere-se à capacidade do sujeito de desenvolver e colocar em prática sentidos e propósitos próprios de vida, coerentes com seus valores existenciais e espirituais, uma vez que o ser humano é um ser biopsicossocioespiritual.

Essa, porém, é uma tarefa desafiadora, uma vez que diante da forma como está organizada a sociedade, individualista, regida pela lógica da produção e do consumo para a acumulação do capital de poucos, as relações tornam-se coisificadas e a vida padronizada, assim como os propósitos de vida e projetos de felicidade dos sujeitos. Nesse contexto, o desafio principal será a realização e viabilização de atividades de trabalhos que façam sentido para as pessoas, para além da manutenção de sua existência, tendo em vista que a felicidade genuína acaba por ser dificultada, ou mesmo inviabilizada, e, desse modo, a experiência humana se empobrece.

Aliado a isso, como chamam a atenção Dorsa *et al.* (2022), a sociedade do capital em crise está sofrendo as consequências sanitárias, socioeconômicas, ambientais, políticas, culturais e humanitárias da recente pandemia da Covid-19, o que intensifica o sofrimento das classes que vivem do trabalho.

TRABALHO, PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL

Diversas concepções sobre o trabalho foram construídas, ao longo da história, considerando os modos de produção de cada período histórico, além de questões políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas. Segundo Borges e Yamamoto (2014), há quatro principais concepções sobre o trabalho: a clássica, do capitalismo tradicional, a marxista e a do estado de bem-estar social. Na concepção Clássica, é atribuído ao trabalho o papel restrito de trabalho braçal, em oposição ao ócio que é exaltado; na concepção do Capitalismo Tradicional, o trabalho passa a ser glorificado como o único meio digno de ganhar a vida e combater o ócio, o trabalho duro é gerador da abundância geral e há a exaltação do sucesso econômico-financeiro; na concepção de trabalho marxista, o trabalho possui papel estruturante da vida das pessoas e das sociedades, é constitutivo do ser humano e vinculado à produção da condição humana; e na concepção do Estado de Bem-estar Social, o papel do trabalho, em sua centralidade na vida dos seres humanos, é mais baixo, exercendo a instrumentalidade econômica e interpessoal. Na contemporaneidade, o trabalho pode ser considerado construtor de identidade e meio para subsistência do trabalhador.

Alinhados à teoria marxiana, Codo, Soratto e Vasquez-Menezes (2004) observam que saúde mental e trabalho não é uma área nova de estudos e pesquisas, tendo em vista que é objeto da Psicologia do Trabalho. Uma vez que é a atividade de trabalho que diferencia os seres humanos dos demais animais, é meio de sua sobrevivência e que configura a sua existência, a partir do trabalho é possível compreender o ser humano, considerando as suas condições concretas de vida. Além disso, por meio de suas pesquisas, esses autores defendem a hipótese de que o trabalho tem uma função determinante, porém não exclusiva, na manifestação dos distúrbios mentais.

Segundo Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014), há três principais períodos constitutivos da evolução histórica da Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil (POT). O primeiro deles teve início na década de 30 do século XX, ao qual se denominou Psicologia Industrial, pois as contribuições desse campo se davam na indústria e as práticas dos profissionais eram voltadas à psicotécnica, para seleção e colocação de pessoas. No segundo período, que passou a ser denominado de Psicologia Organizacional, o contexto político-econômico era marcado pelo processo de intensificação da industrialização no Brasil, a atuação dos psicólogos foi ampliada para além do domínio individual, na compreensão de toda a organização, partindo para o trabalho com os grupos que a constitui, mantendo-se a ênfase na produtividade. O terceiro período constituiu-se a partir da década de 80 do século XX, no qual a psicologia passou por um processo de autoavaliação crítica de suas práticas, considerando o contexto político-econômico de redemocratização do país, e ampliou o foco da POT para as questões da relação saúde-trabalho, e para além das organizações, pois o trabalho e os impactos da falta dele não se restringem a elas.

Para esses autores, a Psicologia do Trabalho trata-se de um dos três campos interdisciplinares (subcampos) que configuram a POT. Tem como foco compreender e lidar com as questões que relacionam o comportamento humano e o trabalho. Estuda a natureza dos processos de organização do trabalho e seus impactos psicossociais, especialmente sobre a qualidade de vida e a saúde do trabalhador, tanto individual quanto coletivamente; preocupa-se em entender como o desempenho humano no trabalho é afetado por fatores pessoais, ambientais e pela forma como o trabalho está organizado. Tem por principais atividades: saúde no trabalho, ergonomia, orientação profissional e de carreira, questões emprego/desemprego/empregabilidade etc.

De acordo com Codo, Soratto e Vasquez-Menezes (2004), no Brasil, o sofrimento psicológico no trabalho tem sido analisado ao

longo da história das áreas de Saúde Mental e Trabalho, principalmente por meio de três abordagens: o estresse, a psicodinâmica do trabalho e a epidemiologia do trabalho.

As teorias do estresse têm o objetivo de identificar estressores, o método de pesquisa é quantitativo, com aplicação de questionários. A psicodinâmica busca identificar os mecanismos de defesa dos trabalhadores para lidar com o sofrimento no trabalho, em que se faz necessária a sublimação, tem por método a pesquisa qualitativa cuja base é o discurso do trabalhador, e por base teórica a psicanálise, o principal teórico é Dejours. A abordagem epidemiológica considera a multicausalidade das doenças e busca seus determinantes, tem por base teórica o materialismo histórico-dialético (Marx e Engels) e a teoria da atividade (Leontiev), o método é quantitativo e qualitativo, com aplicação de questionários, realização de entrevistas, observação *in loco* e estudo de caso; o principal teórico dessa abordagem é Codo.

Além disso, as principais concepções/entendimentos sobre a relação entre adoecimento e trabalho partem de três posições diferentes: 1) a origem da doença é no indivíduo; 2) a origem da doença é no trabalho; 3) a doença é do indivíduo, mas é desencadeada pelo trabalho. Na abordagem epidemiológica, Codo (1988) considera que o trabalho pode ser determinante para o surgimento da doença, mas não é causa exclusiva (multicausalidade) (CODO; SORATTO; VASQUEZ-MENEZES, 2004).

O estabelecimento do nexos causal da relação entre o adoecimento do trabalhador e o seu trabalho se faz necessário para: 1) do ponto de vista do trabalhador - reconhecer que seu adoecimento é fruto das suas condições objetivas (seu trabalho) e para que possa reivindicar melhores condições e modos de organização do trabalho; 2) do ponto de vista da empresa - preocupar-se com os investimentos em melhorar as condições e a organização do trabalho para diminuir ou eliminar os fatores de risco a saúde dos trabalhadores, e do

ponto de vista do Estado - promover a fiscalização dos ambientes de trabalho e adequação/organização previdenciária; e 3) do ponto de vista dos profissionais de saúde - auxiliarem na emissão de laudos para o estabelecimento do nexa causal (CODO, 1988).

Desse modo, revela-se importante compreender as condições de trabalho das pessoas, bem como todos os fatores que afetam direta ou indiretamente a realização do seu trabalho, sua satisfação no trabalho, os processos de sofrimento e adoecimento relacionados ao trabalho e as fontes de promoção de bem-estar e potência dos trabalhadores.

METODOLOGIA: A PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Para o levantamento de indicativos de vulnerabilidades e riscos sociais dos trabalhadores de saúde e elaboração de possíveis estratégias de práticas para a promoção da saúde e prevenção aos agravos à saúde mental, foi utilizado um instrumento de pesquisa de clima organizacional proposto por Bispo (2006). Segundo o autor, a pesquisa de clima organizacional trata-se de uma ferramenta para compreender a percepção dos funcionários em relação ao ambiente de trabalho e, conseqüentemente, implementar melhorias dos pontos críticos identificados, a partir da reavaliação de diversos aspectos organizacionais, desde políticas de recursos humanos até estilos de liderança, uma vez que impactam diretamente na satisfação, saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Bispo (2006) apresenta um novo modelo de pesquisa de clima organizacional que pode ser aplicado em empresas de qualquer natureza, seja pública ou privada. O modelo foi desenvolvido a partir do modelo de outros pesquisadores, evidências científicas

encontradas na literatura e indicações de profissionais de recursos humanos e foi aplicado em duas grandes empresas públicas.

Esse novo modelo considera a influência de fatores externos no relacionamento entre os funcionários e a empresa. Alguns desses fatores incluem preocupações com o futuro da família, satisfação com a alimentação e educação fornecida à família, convivência familiar, situação financeira, nível social e intelectual, entre outros. Os fatores de influência internos, por sua vez, referem-se a aspectos profissionais e organizacionais relacionados ao ambiente de trabalho, tais como segurança profissional, nível sociocultural, transporte dos funcionários, ambiente de trabalho, burocracia, cultura organizacional e assistência aos funcionários.

O questionário é composto por 61 perguntas fechadas, com escala tipo Likert de 3 pontos - "não", "mais ou menos" e "sim", e não há obrigatoriedade de que todas as perguntas sejam respondidas, caso o participante não saiba a resposta ou não queira responder. As perguntas fechadas são distribuídas em duas fichas de pesquisa e um espaço aberto é destinado, em uma ficha avulsa, para o trabalhador manifestar livremente suas observações, críticas, comentários, reivindicações, sugestões ou elogios referentes ao seu local de trabalho.

A primeira ficha de pesquisa contempla os "fatores internos de influência" do relacionamento entre os funcionários e a empresa, com 27 itens, subdivididos em treze pontos, alguns dos quais, por exemplo: estrutura organizacional - avalia o relacionamento e a capacitação dos elementos que compõem a estrutura organizacional e sua interferência nas atividades dos funcionários; nível sociocultural - avalia se os níveis intelectual, cultural e social dos funcionários estão alinhados com as necessidades de suas atividades; incentivos profissionais - estabelece o nível de reconhecimento profissional dos funcionários; remuneração - avalia se a remuneração está de acordo com as atividades prestadas à empresa; segurança profissional - avalia o risco percebido de

demissão sem motivo pelos funcionários; transporte - mede a dificuldade de locomoção entre a casa dos funcionários e a empresa; e vida profissional - avalia o grau de identificação profissional dos funcionários com a empresa.

A segunda ficha de pesquisa contempla os "fatores externos de influência" do relacionamento entre os funcionários e a empresa, com 34 itens, subdivididos em nove pontos, alguns dos quais: convivência familiar - avalia a qualidade da convivência familiar dos funcionários; férias e lazer - avalia a satisfação dos funcionários com suas férias e atividades de lazer; saúde - avalia a opinião dos funcionários sobre sua saúde física e mental; segurança pública - avalia a influência da segurança pública na vida diária dos funcionários; situação financeira - avalia a situação financeira dos funcionários; time de futebol - mede a influência dos times de futebol na motivação e produtividade dos funcionários; vida social - avalia a satisfação dos funcionários com sua vida social.

Esse instrumento proposto, ao considerar uma ampla gama de fatores, tanto internos quanto externos, possibilita a compreensão mais profunda do trabalhador em seu ambiente de trabalho e em outras esferas de sua vida, para que sejam implementadas estratégias mais eficazes para melhorar a satisfação e bem-estar dos trabalhadores. Além disso, nota-se que, em termos pragmáticos, as organizações obtêm seus ganhos de produtividade.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram voluntariamente desta parte da pesquisa, respondendo ao questionário de clima organizacional, oito trabalhadores da saúde. Nesta seção, serão apresentadas e discutidas sinteticamente as principais questões reveladas nas respostas ao questionário.

Ao instrumento original, inseriram-se perguntas que visavam a informações gerais dos participantes. De acordo com esses dados, os participantes têm idades entre 35 e 50 anos, são majoritariamente do sexo/gênero feminino (87,5%), autodeclaradas brancas (75%), com naturalidades em outras cidades/estado (87,5%). Mais da metade (57,1%) têm condição civil de solteira/divorciada/separada/viúva, possuem filhos que moram com eles (87,5%). Todas as participantes possuem o nível superior de escolaridade, a maioria (75%) ocupa cargos de nível superior nas unidades de saúde, com vínculos de concurso/estatutárias (50%), de contratadas (37,5%) e de concurso temporário (12,5%). Atuam (75%) de 10 a mais de 20 anos na área da saúde e recebem (62,5%) entre 2 a 4 salários-mínimos.

A maioria (62,5%) sente orgulho em trabalhar na unidade, sente que está obtendo sucesso em sua carreira (75%) e sente orgulho de sua atividade (87,5%). No entanto, as participantes não estabelecem totalmente uma relação de confiança com sua chefia imediata, uma vez que metade delas atribuiu confiança parcialmente ("mais ou menos"), e 25% afirmaram não ter confiança, o que pode indicar que há espaço para melhorias na relação entre funcionários e gestores.

Além disso, metade das respondentes sente que seu trabalho não é reconhecido ou valorizado pela organização, o que pode impactar na percepção pessoal, da competência/capacidade e na satisfação no trabalho. Por outro lado, todas as trabalhadoras (100%) sentem que seu trabalho é valorizado por sua família e, em grande parte (87,5%), por seus amigos e parentes. Isso sugere que, ainda que existam questões internas de insatisfação, na unidade em que trabalham, as participantes sentem que seu trabalho é valorizado, principalmente externamente, o que pode sugerir que exista senso de propósito e valorização em suas vidas pessoais.

A maioria das respondentes não acredita que a organização ofereça um bom plano de carreira (50% "não"; 37,5% "mais ou menos"), o que pode ter repercussão no fator rotatividade, em longo

prazo. Apesar das preocupações com o plano de carreira e a estrutura hierárquica, metade das respondentes ainda indicaria a unidade como uma opção de emprego para amigos e parentes; esse dado sugere que consideram um local satisfatório para se trabalhar. Contudo, também a metade expressou que não gostaria que seus filhos trabalhassem no local.

A estrutura hierárquica parece ser uma área passível de melhoria, haja vista que a maioria das respondentes (62,5%) se sente apenas parcialmente satisfeitas (“mais ou menos”). Em relação à satisfação salarial, metade das respondentes consideram que seu salário é justo, enquanto as outras estão insatisfeitas (37,5%), ou parcialmente satisfeitas (12,5%).

Essas questões apontam a concepção dos trabalhadores em relação às oportunidades de carreira, a satisfação geral com seu local de trabalho, a estrutura hierárquica e a satisfação salarial. As respostas sugerem que, enquanto há áreas de força (como a disposição de recomendar a empresa a outros), também existem áreas que precisam ser melhoradas, como planos de carreira e estrutura hierárquica.

A percepção das trabalhadoras sobre seus líderes indica que a maioria das respondentes (70%) expressou que seu chefe imediato não exerce (37,5%), ou exerce parcialmente (37,5%) a liderança. A metade não considera sua chefia imediata a pessoa certa para a posição, e 37,5% considera que o seja parcialmente (“mais ou menos”). Isso sugere que pode haver problemas de liderança ou comunicação dentro de seus locais de trabalho.

A maioria das respondentes (62,5%) sente que seu emprego na organização é seguro, que não corre o risco de ser demitida sem motivo, o que contribui para a permanência de pessoas e autoconfiança das trabalhadoras, o que parece estar relacionado com o tipo de vínculo empregatício que possuem: concursado/estatutário (50%), contratado (37,5%) e concurso temporário (12,5%).

A maioria (87,5%) também sente que seu nível cultural e intelectual é suficiente para o exercício de suas atividades; esse dado indica que as trabalhadoras se sentem cultural e intelectualmente qualificadas para suas posições. Por outro lado, a maioria não considera (37,5%), ou considera parcialmente (37,5%), que os cursos e treinamentos teriam sido suficientes para o exercício de suas atividades. Nesse sentido, a organização pode se beneficiar, ao revisar ou elaborar programas de treinamento e oportunizar experiências de capacitação efetiva aos seus trabalhadores.

Sobre a saúde mental e bem-estar dos funcionários, bem como sua relação com colegas e ambiente de trabalho, as questões relacionadas à satisfação pessoal e profissional dos trabalhadores, com foco em seu estado físico, mental, vida afetiva e sexual revelam que as respondentes não estão satisfeitas (42,9%), ou estão parcialmente satisfeitas (42,9%) com seu estado físico. Em relação ao seu estado mental, há uma distribuição igual entre as que estão satisfeitas (42,9%) e as que estão parcialmente satisfeitas (42,9%).

Portanto, nesse conjunto de respondentes, pode-se inferir que não há indicadores significativos de sofrimento e adoecimento mental relacionado ao trabalho (não satisfação com seu estado mental); no entanto, pelo fato de algumas respostas constarem a opção “mais ou menos” satisfeitas, é importante ter-se alguma atenção em relação ao estado mental dos trabalhadores das unidades de saúde, uma vez que dados de 2021 do Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho (2023) indicaram os transtornos mentais como o terceiro maior motivo para afastamento do trabalho no Brasil com a concessão de benefícios previdenciários. Ademais, os trabalhadores da saúde são considerados um grupo de risco, em razão da natureza de suas atividades voltadas ao cuidado do outro e de grande exposição ocupacional.

As respostas obtidas nos instrumentos de pesquisa podem oferecer uma visão sobre o bem-estar geral dos funcionários que

pode influenciar em seu desempenho e satisfação no trabalho, bem como nas demais esferas de sua vida e em suas relações. Logo, é necessário que as organizações reconheçam e considerem os aspectos relacionados ao bem-estar geral de seus funcionários, tendo em vista que eles afetam direta ou indiretamente o ambiente de trabalho, a exemplo do aumento das taxas de absenteísmo e licenças médicas, e da demanda pelos serviços de saúde, assistência e previdência social.

As questões relacionadas a sentimentos sobre política, economia e crises são fatores externos que podem afetar o bem-estar emocional dos respondentes e, conseqüentemente, o seu trabalho. As opiniões e sentimentos dos funcionários em relação às questões globais e sua visão sobre o futuro auxiliam na compreensão de como preocupações mais amplas podem influenciar a motivação, satisfação e desempenho dos trabalhadores.

Fatores como corrupção, violência e impunidade indicaram ter impacto significativo no estado emocional da maioria dos respondentes. A insatisfação com o cenário político atual, seja em nível nacional, estadual ou municipal, também foi um item ressaltado (respostas “não” e “mais ou menos”), representando as respostas em 75%, 87,5% e 87,5%, respectivamente.

As crises, sejam políticas, econômicas ou internacionais como a pandemia da Covid-19, também afetam a estabilidade emocional dos funcionários, embora em graus variados. Esses resultados sugerem que os funcionários são afetados por questões mais amplas da sociedade, e essas preocupações podem influenciar o ambiente de trabalho. A organização de trabalho pode considerar formas de apoiar os funcionários, como por exemplo por meio de programas de bem-estar ou espaços de diálogo sobre esses temas.

No espaço aberto final do questionário, no qual os respondentes puderam relatar suas observações, comentários, reivindicações, queixas, críticas, sugestões ou elogios sobre diversos aspectos do ambiente de trabalho, o objetivo era obter uma visão mais detalhada das preocupações e sentimentos dos trabalhadores. Os participantes que se manifestaram nesse espaço indicaram descontentamentos relacionados à liderança, infraestrutura, política no local de trabalho e reconhecimento. Um aspecto que também se destacou, no conjunto das respostas às demais questões do questionário, diz respeito a cargos de chefia designados por indicação política em detrimento da capacidade técnica, o que reflete na tomada de decisão desses gestores, que também são guiadas politicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a demografia revelou predominância de indivíduos do sexo feminino, uma tendência observada na área da saúde e em muitos outros setores. Esse dado indica a necessidade de considerar perspectivas de gênero, ao interpretar e abordar os resultados, e, principalmente, na elaboração das estratégias de intervenção. A faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais representativa, sugerindo uma força de trabalho relativamente jovem e possivelmente em estágios intermediários de suas carreiras. Quanto à formação educacional, o nível superior de graduação é predominante, indicando um alto grau de qualificação entre os respondentes. Nota-se que a educação é um aspecto fundamental para o desenvolvimento das pessoas, com implicações no senso de competência e na práxis dos trabalhadores.

A contradição entre a satisfação pessoal e profissional das participantes é um dos pontos de destaque. Observou-se que, em termos pessoais, muitas se sentem valorizadas por suas redes

próximas, incluindo família e amigos. No entanto, essa sensação de valorização não se traduz completamente no contexto profissional, pois possuem uma percepção parcial em relação ao sentimento de valorização no ambiente de trabalho.

A capacidade de liderança e a competência dos superiores diretos foram áreas consideradas críticas. Uma proporção significativa de funcionários expressou dúvidas ou preocupações sobre a capacidade de seus líderes, sugerindo uma possível desconexão ou falta de confiança entre funcionários e gerência. Além disso, sentimento em relação ao próprio bem-estar, tanto físico quanto mental, revelaram uma mistura de satisfação, satisfação parcial e insatisfação.

A estrutura organizacional e a obtenção de conhecimentos por meio de capacitações foram apontadas como áreas que exigem atenção. Muitas respondentes indicaram que a estrutura hierárquica atual poderia ser melhorada para apoiar mais eficazmente suas funções e carreiras, bem como apontaram a necessidade de adquirirem mais ou outros conhecimentos para a realização do seu trabalho.

No entanto, um ponto de fortaleza foi a percepção de segurança no emprego, uma vez que as participantes indicaram possuir tipos de vínculos com as suas unidades, como o de estatutária/concursada e concurso temporário que presumem a estabilidade ou alguma estabilidade por tempo determinado. Em tempos de incertezas econômicas e transformações no mercado de trabalho, a sensação de permanência no emprego é crucial para o bem estar, realização de projetos de vida e para o sentimento de pertencimento dos funcionários.

Esta pesquisa também buscou entender como os funcionários percebem questões mais amplas, extramuros da organização. Ficou evidente que preocupações externas, especialmente aquelas relacionadas à corrupção, violência e impunidade, têm uma profunda influência sobre o estado emocional e a satisfação geral das

participantes. Adicionalmente, houve uma clara insatisfação com o cenário político em diversos níveis, refletindo possivelmente tendências mais amplas na sociedade. Há de se considerar, também, as especificidades da região fronteiriça que afetam e constituem o cotidiano de trabalho e a vida desses trabalhadores.

A seção aberta corroborou o que se revelou nas respostas ao questionário. Por meio dela, as respondentes expressaram preocupações variadas, desde questões específicas relacionadas ao ambiente de trabalho até observações mais amplas sobre a cultura organizacional. A presença de comentários sobre política no ambiente de trabalho e ausência de capacidade técnica das chefias e tratamento isonômico por parte destas foram os destaques.

Os resultados desta pesquisa de campo fornecem uma visão abrangente e detalhada dos sentimentos e percepções dos funcionários. O estudo destaca a importância de não apenas focar nas operações diárias da organização, mas também em entender e abordar as preocupações mais profundas e amplas dos trabalhadores. A pesquisa sugere a necessidade de investimento em treinamento, desenvolvimento de liderança e apoio ao bem-estar dos funcionários. Ao mesmo tempo, reitera a importância de criar um ambiente de trabalho inclusivo e empático, onde os funcionários se sintam valorizados e apoiados, não apenas como profissionais, mas também como indivíduos.

Sob a perspectiva do trabalho enquanto realização humana, determinada e que, ao mesmo tempo, atravessa os limites dos espaços da atividade produtiva, propõe-se, como estratégia de práticas para a promoção da saúde mental e prevenção aos agravos à saúde mental, voltadas aos trabalhadores do SUS do município de Porto Murtinho - MS, a constituição de grupos reflexivos que promovam a discussão das mais diversas questões relacionadas à saúde mental e trabalho - prazer, sofrimento e adoecimento -, para possibilitar a esses trabalhadores um espaço de escuta e fala, significação

e ressignificação dos seus conhecimentos e experiências, além de potencializar a organização e mobilização coletiva, no sentido de que os próprios trabalhadores estabeleçam estratégias e reivindicações de melhorias em suas condições de trabalho e de vida.

Ainda que esse tipo de estratégia possa se configurar como uma prática em que recai sobre o indivíduo a responsabilidade em modificar os cursos do seu sofrimento psíquico no trabalho, a mobilização e ação coletiva do conjunto de indivíduos fomenta e demanda a modificação das formas de organização e gestão em seus locais de trabalho e a elaboração e efetivação de políticas públicas - local, regional e nacional - voltadas à garantia de direitos dos trabalhadores, o que abarca as condições de segurança, bem estar, e saúde no trabalho.

Outra proposta de estratégia para melhoria nos ambientes de trabalho das unidades de saúde do município, com base nas fragilidades reveladas no desenvolvimento desta pesquisa, é a instituição de processos seletivos internos e/ou externos para a ocupação dos cargos de chefias. Para tal, sugere-se a utilização de critérios objetivos, como a descrição das competências técnicas e comportamentais desejáveis aos seus ocupantes, e que seja dada publicidade e transparência ao processo. Sabe-se que tal medida ameaça a prática da indicação política, da cultura das trocas de favores, com a justificativa da necessidade de se terem, nessas posições, pessoas de confiança dos dirigentes superiores. Contudo, para um processo de transição dessas práticas, é possível conciliá-las - um processo seletivo para todos, que seleciona candidatos aptos ao cargo, sendo a vaga preenchida entre eles pela escolha do gestor superior.

Embora este estudo fornece indicativos importantes sobre a satisfação e percepções dos trabalhadores de saúde do Município de Porto Murtinho em relação ao ambiente de trabalho e os fatores externos que podem influenciar seu bem-estar e saúde mental, é essencial considerar a realização de pesquisas adicionais, com a

utilização de outras metodologias e com outros participantes. Desse modo, pode-se ampliar, compreender e propor ações e estratégias que melhor atendam às necessidades e aspirações desses trabalhadores diante da urgência de se fortalecerem para que consigam enfrentar os desafios que já lhes são impostos em seus cotidianos de trabalho, bem como os desafios vindouros diante da iminente consolidação da Rota Bioceânica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luciane Pinho; TEIXEIRA, Léia Lacerda; FIGUEIRA, Kátia Cristina Nascimento. A importância do estudo dos impactos sociais junto às comunidades locais dos territórios que integram o Corredor Rodoviário Bioceânico. **Revista Interações**, [S. l.], v. 20, n. especial, p. 285-296, 2019. DOI: 10.20435/interv20iespecial.2590. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/2590>. Acesso em: 5 set. 2023.

BISPO, Carlos Alberto Ferreira. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Produção**. v. 16, n. 2, p. 258-273, maio/ago, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132006000200007>. Acesso em: 15 set. 2023.

BORGES, Livia Oliveira; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. O mundo do trabalho. *In*: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bitterncourt. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 25-109.

CODO, Wanderley. Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. **Revista Psicologia: ciência e profissão**. v. 8, n. 2, p. 20-24, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931988000200008>. Acesso em: 25 set. 2023.

CODO, Wanderley; SORATTO, Lúcia.; VASQUES-MENEZES, Ione. Saúde Mental e Trabalho. *In*: **Psicologia Organizações e Trabalho**. José Carlos Zanelli; Jairo Eduardo Borges-Andrade; Antônio Virgílio Bittencourt Bastos. (Orgs.). 1. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004, v. 1, p. 276-299.

DORSA, Arlinda Cantero; FIDELES, Erica Rejane Rodrigues de Souza; CARISSIMI, Fabricia Santina de Oliveira; SOUZA, Francisca Bezerra de. ALMEIDA, Luciane Pinho de.; FRANCELINO, Sandra Maria Rebello de Lima. A questão social em contextos de saúde na fronteira Brasil x Paraguai: uma leitura sobre os determinantes sociais em saúde em tempos de crise. *In: XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS): crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico* [Anais]. Org. CEFESS/ ABEPSS/ENESSO/CRESS. Brasília, DF: Ed. dos Autores, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/000000487.pdf>. Acesso em: 6 set. 2023.

FIDELES, Erika Rejane Rodrigues de Souza; SOUZA, Francisca Bezerra de; SILVA, Gabriela Pereira; ALMEIDA, Luciane Pinho de; FRIGO, Sofia Urt. Gênero e violação de direitos na fronteira Paraguai x Brasil: uma discussão a partir da Política de Saúde na Fronteira. *In: IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço social: desafios contemporâneos* [livro eletrônico]. Org. Sandra Maria Almeida Cordeiro [et al.]; Coord. Eliane Christine Santos de Campos. 4. ed. Londrina, PR: Ed. dos Autores, 2022. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/sersocial/pages/arquivos/Congresso%202022/Genero%20familia%20e%20politicas%20publicas/6498-407593-56616-2022-04-04.pdf>. Acesso em: 6 set. 2023.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (MPTOIT).

Smartlab. 2023. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaAfastamentos>. Acesso em: 28 jun. 2023.

SILVA, Ana Maria Vasconcelos; DORSA, Arlinda Cantero; FONTOURA, Flavianny Aparecida Piccoli; ALMEIDA, Luciane Pinho de; FRANCELINO, Sandra Maria Rebello de Lima. Políticas de educação em saúde na região de fronteira Brasil X Paraguai: a realidade sul mato grossense. *In: IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço social: desafios contemporâneos* [livro eletrônico]. Org. Sandra Maria Almeida Cordeiro [et al.]; Coord. Eliane Christine Santos de Campos. 4. ed. Londrina, PR: Ed. dos Autores, 2022. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/sersocial/pages/arquivos/Congresso%202022/Politica%20social%20seguridade%20social%20e%20protecao%20social/6498-407505-56619-2022-04-04.pdf>. Acesso em: 6 set. 2023.

ZANELLI, José Carlos; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt; RODRIGUES, Ana Carolina de Aguiar. Campo profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. *In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bitterncout. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 549-582.

Parte

III

**AFETOS,
INQUIETAÇÕES
& DILEMAS:**

MATERNIDADE,
PREVENÇÕES
E VIOLÊNCIAS

7

Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura

Cristiana Schulz

Liliane Dias Tenório Rodrigues

Raíssa Piccoli Fontoura

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE
PARA PROMOÇÃO
DA SAÚDE DA MULHER:**

**EXPERIÊNCIAS NA REGIÃO
FRONTEIRIÇA BRASIL/PARAGUAI**

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende o planejamento de saúde no qual os valores e preferências das mulheres estão no centro de seus cuidados. Engajamento significativo e empoderamento de mulheres, famílias, comunidades e provedores são essenciais para iniciativas de melhoria da qualidade de vida (NUNES, 2022).

As mulheres constituem grande parte da população e principais usuárias do Sistema Único de Saúde-SUS, uma vez que têm, também, a função de acompanhar seus familiares. No Brasil, os cenários epidemiológicos apontam doenças de países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativo) e agravos de países subdesenvolvidos (mortalidade materna e desnutrição), o que evidencia um misto de desenvolvimento regional e classe social (BRASIL, 2004b).

A maioria das mortes maternas podem ser evitadas, desde que o atendimento seja executado por uma gestão oportuna e acompanhada por um profissional de saúde qualificado dentro de um ambiente que ofereça apoio necessário, ao mesmo tempo, simplesmente sobreviver à gravidez e ao parto nunca pode ser o marcador de cuidados de saúde materna bem-sucedidos. É fundamental expandir os esforços para reduzir as lesões e deficiências maternas para promover a saúde e o bem-estar (SCHULZ, FREITAS, CAVALCANTE, RAPOSO, MONTI, DANTAS, 2023, p. 76).

O risco de mortalidade materna e infantil e complicações relacionadas à gravidez pode ser reduzido se o acesso a cuidados pré-concepcionais (antes da gravidez), pré-natais (durante a gravidez) e interconcepcionais (entre gestações) for maior (CARDOSO *et al.*, 2019). Partos saudáveis, identificação precoce e tratamento de atrasos no desenvolvimento e deficiências e em outras condições de saúde nos bebês podem evitar a morte ou prevenir deficiência e, desse modo, permitir que as crianças atinjam seu pleno potencial (CAVAGGIONI, 2022).

A saúde da mulher na fronteira destaca-se pelas enormes desigualdades e vulnerabilidades dos migrantes, em sua maioria mulheres. Segundo estudo da OIT (2008), as pessoas mais vulneráveis em relação ao trabalho forçado, exploração sexual, abuso e violência são as mulheres pobres, desempregadas e jovens, que retratam as desigualdades de gênero.

Considerando a conjuntura de lacunas existentes na área da saúde, em especial no que se refere às mulheres, a educação em saúde mostra-se como uma estratégia para promoção de saúde e prevenção de doenças. Desse modo, a Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, criada em 2003, iniciou, juntamente com outras áreas, discussões sobre atualizações de práticas e experiências inovadoras de educação em saúde e pactuou, junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), uma reformulação relacionada ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018).

Segundo o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação em saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20).

O objetivo, neste capítulo, é relatar dados advindos de diálogos com profissionais de saúde e gestantes sobre a qualidade dos serviços de saúde ofertados às mulheres na região de fronteira Brasil/Paraguai, bem como identificar as fragilidades e potencialidades, a fim de sugerir possibilidades de intervenções, com o intuito de contribuir para a melhoria da assistência e qualidade de vida das mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento de visita às unidades básicas de saúde do município, as autoras optaram por priorizar diálogos relacionados à saúde integral da mulher e os métodos de assistência destinados a essa população. Nesses diálogos, foi possível observar que os mesmos refletiam a realidade dos participantes e permitiam, após um processo reflexivo, desvelar temas relacionados às necessidades de saúde das mulheres.

O segundo momento ocorreu em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde foi realizada uma ação educativa com um grupo de gestantes. Participaram da atividade as autoras deste estudo, uma médica, duas enfermeiras, um psicólogo, dez gestantes e um acompanhante, parceiro de uma das mulheres. O terceiro momento foi uma visita a duas unidades de saúde da cidade paraguia de Carmelo Peralta, na qual se pôde observar o modo como ocorre a assistência em saúde à população.

Segundo Biscarde, Santos e Silva (2014), a educação em saúde constitui uma estratégia importante para a construção de conhecimentos que geram autonomia e emancipação dos sujeitos. Além disso, é considerada uma das dimensões indispensáveis no trabalho dos profissionais de saúde, pois por meio dela é possível realizar interlocuções entre a reflexão, o ensino e o aprendizado, a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados no cuidado integral aos usuários (CHAVES; BARBOSA; RIBEIRO JUNIOR, 2020).

A ação envolveu uma metodologia "leve", visando à comunicação de modo horizontal, em busca da interlocução entre os saberes do senso comum e as informações científicas a respeito da evolução gestacional. A partir dessa estratégia, também foi possível perceber os medos, angústias e dúvidas referentes ao momento do parto e suas intercorrências, principalmente no que diz respeito

à assistência prestada às parturientes e recém-nascidos. Assim, no transcorrer das visitas e atividades realizadas, aspectos envolvidos ao tema central emergiram naturalmente, uma vez que permeiam as práticas do cotidiano dos profissionais e usuárias do SUS.

Desse modo, entre os temas abordados, destacaram-se: i) Direito à saúde da mulher em território fronteiriço; ii) Direitos sexuais e reprodutivos: abordagem sobre o planejamento familiar; iii) Direito da mulher ao acompanhamento durante o período gravídico-puerperal; e iv) Combate à violência doméstica e sexual de mulheres.

Optou-se por situar o leitor quanto ao direito de acesso à saúde integral da mulher, bem como entrelaçar questões que envolvem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) na região fronteiriça, tendo em vista que o contexto deste estudo é exatamente um município localizado na faixa de fronteira Brasil/Paraguai.

DIREITO À SAÚDE DA MULHER EM TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO

No tocante à assistência à saúde da mulher na região de fronteira, cabe, primeiramente, ressaltar que o Brasil possui uma grande área fronteiriça com o Paraguai, a Bolívia, Argentina, Uruguai, Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa, por meio das quais se intensificam os deslocamentos humanos motivados pelas relevantes transformações econômicas, sociais, políticas, demográficas e culturais em âmbito internacional. Nesse contexto, o estado de Mato Grosso do Sul, região na qual o município deste estudo se localiza, possui uma linha de fronteira formada por doze municípios, onze dos quais fazem fronteira com o Paraguai, e um, com a Bolívia.

Essa realidade favorece - sem embargo, apenas com pontuais fiscalizações - o fluxo de pessoas entre os países vizinhos, que se integram de maneira natural e estabelecem uma espécie de terceiro espaço, onde residem brasileiros e migrantes, com diferentes status quanto à situação migratória. Essas pessoas formam uma sociedade com valores e características culturais, étnicas e linguagens peculiares, inerentes ao contexto de fronteira, modos diferenciados da identidade do restante do país (FAGUNDES, NOGUEIRA, KRUTZ, CASTAMANN, 2018).

Essas peculiaridades, por sua vez, provocam vulnerabilidades que devem ser encaradas, com o propósito de viabilizar que as ações estabelecidas na PNAISM se efetivem nos municípios de fronteira. Ressalte-se, principalmente, que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Atenção Primária à Saúde como a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que preza pelo atendimento universal, igualitário e integral, no qual a saúde é um direito fundamental.

A universalidade, equidade e integralidade são os princípios doutrinários do SUS e descrevem as ideias filosóficas e ideológicas desse modelo de saúde escolhido para o País; compreendem a forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos que norteiam a implementação do sistema e consolidam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde a todos (FONTOURA, 2018).

Diante dos princípios doutrinários do SUS, com destaque na universalidade, que “[...] assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde [...]” ofertado pelo sistema, os migrantes têm garantido, em lei, o acesso aos serviços públicos de saúde, em território nacional (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 535). Torna-se importante enfatizar que o atendimento à população paraguaia - especialmente mulheres e crianças - que cruzam o rio Paraguai em busca de atendimento de saúde em território brasileiro, faz parte do cotidiano vivenciado no município de Porto Murtinho - MS.

Quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, apesar da generosidade expressa nas normativas jurídicas brasileiras, no que diz respeito à universalidade do serviço, este esbarra, usualmente, na superlotação, na falta de médicos, na escassez de medicamentos e na precariedade generalizada do serviço em diversos pontos do país. Os migrantes enfrentam, inicialmente, os mesmos desafios dos nacionais, todavia, acrescentem-se os entraves e dificuldades decorrentes da sua condição de migrantes. Destaquem-se, por exemplo, fatos como o de serem atendidos por servidores desinformados sobre os direitos dos migrantes, de terem desconhecimento das formas de funcionamento do SUS, de serem excluídos dos serviços de saúde preventiva, de terem dificuldade com o idioma e serem vítimas da indiferença do sistema quanto às demandas culturais, religiosas e aspectos psicológicos de pessoas de outras nacionalidades; são, portanto, muitas vezes reduzidos e alocados em um plano secundário (SAMPAIO, 2013; FONTOURA, 2018).

Diante do cenário observado na visita ao município e por meio dos diálogos, foi possível identificar questões imbricadas para a assistência integral à saúde da mulher, tanto a migrante pendular como a nacional. Destaca-se que no âmbito das políticas públicas no Brasil, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lei que se constitui como instrumento de mudança social. Tem como propósito incorporar, com enfoque no gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Além disso, busca consolidar os avanços nos diversos campos que envolvem a atenção à saúde de mulheres, tais como: direitos sexuais e reprodutivos, atenção no período gravídico-puerperal, no planejamento familiar, combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento de ISTs HIV/AIDS, doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. O PNAISM concretizou-se a partir do engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida, e baseia-se no respeito à autonomia dos indivíduos, tornando-os coautores de processos

decisórios relevantes, com o intuito de reduzir os índices de morbimortalidade da população em questão (BRASIL, 2004b).

Assim, evidenciou-se a necessidade de discutir os temas do direito ao planejamento familiar, ao acompanhamento durante o período gravídico-puerperal e combate à violência doméstica e sexual de mulheres.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS:

ABORDAGEM SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou, em âmbito internacional, o período de 1976 a 1985 como a década da mulher, momento que reforçou discussões e transformações relacionadas às concepções sobre os direitos e o papel da mulher na sociedade. Os debates acerca da temática tiveram repercussão na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e na Conferência da Mulher de Beijing, de 1995. Frente às demandas e reivindicações feministas quanto aos direitos sexuais e reprodutivos elencadas por representações de diversos países que defenderam suas inclusões como direitos humanos, houve reconhecimento da real importância desses direitos (FNUAP, 1994).

Com o objetivo de efetivar os direitos e a promoção de saúde da mulher reconhecidos nessas conferências, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu metas e traçou estratégias para além da promoção da saúde, como a de proteger a mulher contra a violência. Nessa direção, destacou o acesso ao planejamento familiar e à contracepção como métodos para reduzir a gravidez não planejada e diminuir casos de abortos; considerar o desejo das mulheres de separar a prática sexual da possibilidade de gravidez, proporcionando autonomia para o controle de sua própria fecundidade, com o

intuito de que essas condições lhes confirmam liberdade para decidir sobre suas vidas e sua saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2016).

A partir da década de 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde, foram efetivadas por meio de políticas de saúde que incluíam também a saúde reprodutiva. Assim, também se consolidou a distribuição de métodos contraceptivos como um direito social e dever do Estado, bem como a garantia de informação e acesso à contracepção garantidos pelos direitos sexuais e reprodutivos.

O Ministério da Saúde publicou o protocolo da atenção básica/saúde das mulheres, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde da atenção básica para o atendimento integral das mulheres através do acolhimento de suas demandas e necessidades, garantindo acesso e respostas satisfatórios (BRASIL, 2016).

Nas visitas às UBS do município de Porto Murtinho - MS foram identificadas barreiras referentes ao direito de acesso à informação da população, no que tange ao Planejamento Familiar. De acordo com o que está previsto no Caderno de Atenção Básica nº 26, que trata da saúde sexual e reprodutiva, "A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada" (BRASIL, 2013a, p. 9).

O texto destaca que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão, de maneira geral, focadas na saúde reprodutiva destinada à mulher adulta, e salienta a ausência de estratégias que incluam os homens. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de ampliar a abordagem para outras dimensões que englobam a saúde sexual nos diferentes momentos do ciclo de vida, bem como para envolver e corresponsabilizar os homens. Também se reconhece que grande parte dos profissionais de saúde têm dificuldade de abordar aspectos relacionados à saúde sexual, tendo em

vista que a sexualidade ainda está muito marcada por preconceitos e tabus (BRASIL, 2013a).

Mozzaquatro e Arpini (2017) realizaram uma pesquisa com usuárias do SUS, no sul do Brasil, com o objetivo de compreender o papel e a participação de mulheres e homens no planejamento familiar, com base no que essas mulheres consideravam sobre o tema. Como resultado, os pesquisadores verificaram que, para as participantes, a mulher, de maneira geral, é a principal responsável pela anticoncepção, já que sobre ela recaem os cuidados sobre essa questão e, para o homem, não há implicações. Contudo, em contraposição a essa perspectiva, as integrantes do estudo mencionaram atitudes participativas, da parte de seus parceiros, no cuidado e planejamento familiar, bem como envolvimento na utilização do método contraceptivo, considerando que esse aspecto seria algo de interesse do casal.

Os autores também destacam que, nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), locais de realização do estudo, não havia ações específicas de planejamento familiar; as questões dessa ordem estavam sendo tratadas nas agendas de preventivo, pré-natal, puericultura praticadas pelo público predominantemente feminino. Desse modo, entende-se que também as unidades de saúde podem ser influenciadas pelo senso comum, confirmando a ideia de que o planejamento familiar é um encargo destinado às mulheres (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2017).

O panorama apresentado pelos autores da referida pesquisa, vem ao encontro da realidade observada na região de fronteira em que se desenvolveu este estudo, assim como em outros territórios fronteiriços no Brasil. A maioria desses territórios é considerada deficitária, em relação às ações de promoção da saúde, especialmente no que se refere ao planejamento familiar. As práticas relacionadas à saúde ocorrem em situações de urgência e emergência, contudo possuem, como fator limitante, a escassez de recursos estruturais e

humanos. Segundo Pedro *et al.* (2021), também são fatores preponderantes para a baixa adesão ao uso de métodos contraceptivos as longas filas de espera, altos custos dos serviços de saúde e falta de suprimentos, assim como a falta de informação e engajamento dos profissionais de saúde envolvidos. Frente ao exposto, é possível que, desse modo, a atenção ao planejamento familiar não seja relevante para a população e, por consequência, há ineficácia quanto à adesão aos programas de planejamento familiar, devido às dificuldades encontradas para o atendimento.

DIREITO DA MULHER AO ACOMPANHAMENTO DURANTE O PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

No âmbito do SUS, e na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da mulher, o PNAISM tem preconizado o direito de acesso aos serviços de saúde para acompanhamento qualificado no período gravídico puerperal. Também faz parte da Política Nacional de Humanização o Programa de Humanização do Parto (PHP), cuja base da proposta ética-estética-política é a equidade, com garantia de acesso aos serviços de saúde de forma humanizada e com qualidade, no intuito de alicerçar os ideais de cidadania, base para uma sociedade democrática. Esse Programa assegura acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2004b).

Inicialmente, o objetivo do PHPN foi reduzir intervenções desnecessárias, preservar a privacidade e autonomia da mulher, e defender estratégias e ações que proporcionassem o máximo de conforto e segurança à gestante, parturiente e bebê. Além dos aspectos humanitários, percebe-se a tentativa de reduzir a quantidade de cesáreas voluntárias realizadas no país, sem que houvesse verdadeiramente necessidade clínica. Em geral, esse programa esteve voltado para a qualificação da atenção, de modo a promover

o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004b).

Contudo, com o passar do tempo, percebeu-se a necessidade de trazer à tona discussões acerca da autonomia da mulher e sua participação na tomada de decisões nos diversos momentos do ciclo gravídico-puerperal. Reis *et al.* (2017), em pesquisa de revisão integrativa da literatura, revelaram, como práticas limitantes ao exercício da autonomia: práticas assistenciais autoritárias; práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e prática assistencial impessoal e fria.

Desse modo, torna-se fundamental priorizar o acolhimento à mulher na sua singularidade, dando-lhe autonomia para a condução do processo e criando condições para a imersão na sua subjetividade, com o objetivo de superar o modelo de parto tecnocrático, em que as soluções são meramente técnicas e desprezam os aspectos humanos e sociais, concebendo o corpo feminino como uma máquina incompleta, que necessita de intervenções (TAJRA, 2016).

A partir de 2011, o Brasil adotou uma proposta intitulada Rede Cegonha (RC), no campo da saúde materna e infantil; trata-se de um modo assistencial que busca articular e integrar os diversos pontos de atenção à saúde em redes, na perspectiva de ampliar e organizar o cuidado e garantia do acesso às ações e serviços de saúde. A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, o parto, os 28 dias pós-parto (puerpério), e cobre até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011).

Entretanto, no que se refere à implantação da Rede Cegonha nas diversas regiões do país, verificam-se algumas importantes

fragilidades que precisam ser superadas, como, por exemplo, o financiamento, a atuação dos profissionais de saúde e o processo regulador.

A faixa de fronteira possui as mesmas fragilidades do restante do país, porém, com agravamentos peculiares; um fator dificultador identificado nos diálogos com os participantes é a falta de profissionais habilitados e capacitados para o atendimento de mulheres, especialmente no período gravídico puerperal. Tais fatores interferem nos indicadores de saúde do estado e do país, principalmente no que diz respeito à redução da mortalidade materno-infantil, considerando-se a proposta nacional de alcançar uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) inferior a 70, até 2030 (MOTA; MOREIRA, 2021).

Silva *et al.* (2020) investigaram sobre a Mortalidade Materna (MM) nas fronteiras Brasil/Paraguai e Brasil/Bolívia, em Mato Grosso do Sul, e ressaltaram tratar-se de causa de morte altamente evitável, haja vista que tem estreita relação, não só com os riscos biológicos, mas, também, com a reduzida escolaridade, baixo nível socioeconômico e com as lacunas na assistência à saúde prestada às mulheres. O estudo foi de abordagem quantitativa, com base em dados secundários dos dez municípios da linha de fronteira do estado de Mato Grosso do Sul que apresentaram notificações de óbitos maternos (OM), no período de 2012 a 2018. O município de Porto Murtinho apresentou RMM (233,2/100.000/NV). Diante das estatísticas apresentados pelo estudo, o estado de Mato Grosso do Sul teve destaque como um dos cinco estados com RMM mais alta no país, situação contraditória, considerando-se a implantação da Rede Cegonha, em 2011, e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Nesse sentido, evidencia-se a premente necessidade de se realizarem ações conjuntas entre os países fronteiriços.

No estado de Mato Grosso do Sul, a Secretaria de Estado de Saúde - SES, no início do ano de 2021, ao fazer a análise dos altos índices de morte materna e infantil, constatou a necessidade de uma intervenção intersetorial que resultasse em ações direcionadas

a essa linha de cuidados. As áreas técnicas da SES discutiram os indicadores de saúde e traçaram as principais necessidades enfrentadas pelas Secretarias Municipais de Saúde; a fim de eleger os eixos prioritários de trabalho, elaboraram uma proposta estadual que teve aprovação da assessoria da SES, apoiada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Os eixos de trabalho escolhidos foram: a educação permanente, o enfrentamento à sífilis congênita, a linha materna e infantil, a prevenção da mortalidade materna e infantil, o financiamento, a governança e a produção científica.

Em novembro de 2021, a SES lançou o projeto Bem Nascer MS, que teve adesão dos 79 municípios do estado, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. No lançamento desse projeto, as primeiras damas do estado e municípios foram convidadas a serem madrinhas, representando as mulheres e crianças, a apoiarem e participarem das ações voltadas para a redução da mortalidade materna infantil, em cada município.

A SES fez doação de aparelhos de ultrassonografia a todos os municípios, dando autonomia para realizar um diagnóstico precoce das futuras mães e seus bebês; repasses financeiros foram garantidos e distribuídos aos municípios que aderiram ao centro de referência, além de terem sido lançadas campanhas como a Vacina Mais, tendo em vista os baixíssimos percentuais de cobertura vacinal.

O projeto foi apresentado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI) que executa o PlanificaSUS, em Mato Grosso do Sul, para a Organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em rede com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Até o mês de setembro do ano de 2022 foram registrados 16 óbitos, o que representou uma redução de 65%, em relação ao ano de 2021.

Melhorar o bem-estar de mães, bebês e crianças é uma importante meta de saúde do estado. Esse bem-estar determina a saúde da próxima geração e pode ajudar a prever futuros desafios de saúde pública para famílias, comunidades e o sistema de saúde. Os objetivos da área temática Saúde Materna e Infantil abordam uma ampla gama de condições, comportamentos de saúde e indicadores de sistemas de saúde que afetam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de mulheres, crianças e famílias.

Atualmente, o projeto está em fase de aprimoramento para melhoria do Sistema de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida a todos os usuários, principalmente a mulheres e crianças, em todos os âmbitos da saúde pública.

COMBATE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL DE MULHERES

Diante da realidade em relação às vulnerabilidades da mulher, algumas ações se concretizaram e têm representado conquistas, a exemplo da Lei Maria da Penha (nº 11.340/2006), um importante avanço no sentido de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, na forma de violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Outra estratégia foi o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que cumpriu valoroso papel na consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência, através da implementação do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, dois marcos cruciais para a concretização do enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres (BRASIL, 2008).

Os resultados advindos dessas políticas possibilitaram que, em 2011, fosse realizada uma releitura do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com o objetivo de ampliar a efetividade do enfrentamento à violência. Após consolidação da

política em seus quatro primeiros eixos e a adesão de 27 unidades federativas do país, o Pacto foi reestruturado em cinco eixos, ampliando seus subeixos e suas ações. No entanto, essa reestruturação causou uma desconformidade com as premissas do II PNPM, em vigor, na época, com relação aos novos eixos; a reedição do PNPM 2013-2015 foi atualizada com vistas a fornecer unicidade às ações de enfrentamento a toda as formas de violência contra as mulheres (BRASIL, 2013b).

Além disso, houve um notório crescimento da Rede Especializada de Atendimento à Mulher, de 65,3% de serviços especializados (BRASIL, 2013b). Também foram criadas Unidades Móveis de Atendimento às Mulheres em situação de Violência no Campo e na Floresta, que integraram a Rede Especializada, com a vantagem de alcançar uma capilaridade única nos serviços até então disponibilizados.

Outra estratégia que merece ênfase, em relação ao PNPM 2013-2015, diz respeito à Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, que foi ampliada em nível internacional, com o objetivo de alcançar brasileiras que vivem no exterior e sofrem diversas formas de violência, entre as quais a do tráfico de pessoas (BRASIL, 2013b).

Torna-se importante ressaltar o Programa Mulher, viver sem violência, lançado 2013, cujo objetivo foi o de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Um dos eixos do Programa corresponde à Casa da Mulher Brasileira, coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, que tem por intuito facilitar o acesso aos serviços especializados, a fim de garantir condições de enfrentamento da violência, o empoderamento da mulher e sua autonomia econômica. É um passo definitivo do Estado para o reconhecimento do direito das mulheres de viverem sem violência.

O município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, inaugurou a primeira Casa da Mulher Brasileira, em 3 de fevereiro de 2015, reafirmando o pioneirismo do estado nas políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres e iniciando um novo tempo de atendimento integral, humanizado e especializado às mulheres em situação de violência. Nesse mesmo espaço físico funciona, também, a primeira Vara Especializada em Medidas Protetivas e Execução de Penas do País. Atualmente, existem Casas da Mulher Brasileira em Campo Grande (MS), São Luís (MA), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), São Paulo (SP) e Boa Vista (RR).

Nos diálogos com os profissionais de saúde participantes deste estudo, o tema violência contra mulher surgiu, porém, com relatos de que as mulheres vítimas agem de forma velada, quando questionadas acerca do assunto. Assim, os serviços de saúde, geralmente, são utilizados pelas mulheres vitimadas por agressões que resultaram em lesões importantes, no entanto, elas costumam omitir a real causa dessas lesões, aos profissionais que as atendem.

Silva *et al.* (2021) realizaram uma pesquisa no município de Foz do Iguaçu, no Paraná, com o objetivo de analisar a prevalência da violência praticada por parceiro íntimo (VPI) contra mulheres e seus fatores associados. Os resultados demonstraram que a maior prevalência foi de violência psicológica, com 51,3% dos casos, seguida da física e sexual. O município de Foz do Iguaçu está localizado em uma fronteira tríplice, e é considerado pioneiro no combate à violência contra a mulher em regiões fronteiriças, por contemplar um acordo multilateral com a Argentina e o Paraguai, visando ao enfrentamento à violência perpetrada contra a mulher nessa região. Nesse sentido, pode-se considerar a estratégia de firmar acordos com os países vizinhos viável, a fim de combater a problemática, bem como viabilizar políticas públicas que modifiquem a realidade evidenciada.

O estudo realizado na cidade de Corumbá – MS, localizada no Pantanal Sul-Mato-Grossense, município que faz fronteira com a Bolívia, teve como propósito identificar o perfil das mulheres atendidas pela Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul e evidenciou a influência de questões “culturais”, no que se refere à violência perpetrada por parceiro íntimo, em casos de mulheres de nacionalidade boliviana, bem como o consumo de substâncias psicoativas, que frequentemente são relatadas como motivadores das agressões, fato atribuído por se tratar de área de fronteira.

Outro aspecto observado que é igualmente relevante refere-se à busca da garantia de direitos, pelas mulheres, que usualmente ocorre devido ao medo de perderem a guarda dos filhos, diante das ameaças realizadas pelos agressores. Além disso, foi possível verificar a existência de diversos fatores que mantêm as mulheres em um relacionamento abusivo, como a vulnerabilidade decorrente das violências sofridas, que levam à insegurança, diminuição da autonomia e da autoestima da mulher, além da dependência emocional e financeira. A pensão alimentícia, a manutenção ou solicitação da guarda do infante, bem como a regularização das visitas, respeitando-se as medidas protetivas, também se apresentam recorrentes, nas ações da defensoria (AGUILAR; GONÇALVES, 2018).

Desse modo, evidencia-se a importância de os serviços prestados às vítimas serem integrais, especialmente no que se refere à assistência à saúde mental, bem como os serviços de geração de renda e inserção no mercado de trabalho, o atendimento sócio assistencial emergencial (concessão de cesta básica, cadastro no Programa Bolsa Família), encaminhamentos para regularizar ações necessárias por meio da justiça (pensão alimentícia, divórcio, guarda e regularização de visitas e responsabilização do agressor acerca da violência praticada), condutas que contribuem para o fortalecimento e empoderamento da mulher, a fim de que ela se torne protagonista da sua vida (AGUILAR; GONÇALVES, 2018).

ESPAÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CARMELO PERALTA – PY

Conforme já foi mencionado, o terceiro momento da pesquisa consistiu em conhecer os espaços de assistência à saúde no município paraguaio de Carmelo Peralta e dialogar com os profissionais de saúde envolvidos no atendimento àquela população. Assim, os pesquisadores e técnicos deste estudo visitaram duas unidades de saúde: uma unidade de saúde da família e um posto de saúde. A assistência prestada pela unidade de saúde da família equivale às ações realizadas pela ESF, no Brasil; o Posto de Saúde possui características de uma unidade de pronto atendimento, possui sala de vacina, farmácia para dispensação de medicamentos, enfermaria para atendimento de emergência, sala para coleta de exames, sala de parto normal e enfermaria para observação.

A visita possibilitou que fossem ouvidos profissionais de saúde que atuam na assistência à população da cidade paraguaia, por meio de cujas falas se evidenciaram as imensas dificuldades, desafios e peculiaridades na fronteira, como, por exemplo, a falta de estrutura quanto ao saneamento básico. Não há destinação adequada do lixo, tampouco há falta de tratamento da água e do esgoto, fatores que, comprovadamente, aumentam o contato com inúmeros agentes patológicos e colocam a população em risco.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004), para cada dólar investido em saneamento, são economizados U\$ 4,00 com saúde pública; sem essa infraestrutura, acabam morrendo, por ano, 1,6 milhão de crianças em todo o mundo, devido à diarreia causada por condições inadequadas de saneamento básico e higiene. Correa, Correa e Palhares (2020) ressaltam que o saneamento básico é fundamental na prevenção de doenças, bem como a limpeza dos ambientes, sendo importante evitar jogar resíduos sólidos em locais inadequados. Além disso, manter os espaços limpos

também evita a proliferação de animais responsáveis pela disseminação de algumas moléstias.

Outra problemática que atravessa a faixa fronteiriça refere-se à falta de condições para atendimento das mulheres gestantes que, rotineiramente, buscam atendimento no Brasil. Assim, muitos partos são realizados no território brasileiro e, portanto, as crianças nascidas no hospital de Porto Murtinho possuem nacionalidade brasileira, que lhes garante o acesso à saúde a partir do registro de nascimento e cartão do SUS (Sistema Único de Saúde) de forma igualitária a qualquer outro nacional. Nesse contexto, existem entraves relacionados à continuação da assistência, pois essas crianças retornam à cidade de Carmelo Peralta (PY) e lá não têm nenhum tipo de acompanhamento, dificultando os serviços do profissional da Atenção Primária à saúde, incluindo a puericultura, suplementação de micronutrientes (vitamina A e ferro) e o programa de imunização que, muitas vezes, reflete nos indicadores de saúde pactuados, haja vista que não alcançam as metas, no município.

Essa é uma realidade verificada quando da busca ativa dessas crianças para o acompanhamento pelas ESFs no Brasil, pois o endereço que utilizaram no cadastro corresponde a residência de amigos, parentes ou conhecidos em Porto Murtinho. Também foi relatado, pelos profissionais paraguaios, que mulheres de Carmelo Peralta (PY) cruzam a fronteira já em trabalho de parto, em busca de atendimento no hospital da cidade brasileira, visando ter seus filhos no Brasil para que possam garantir futuros benefícios e também em busca de melhores condições de vida.

Para Alves e Martínez (2021), a mobilização transfronteiriça em saúde é uma tipologia de atendimento marcada pelo deslocamento da pessoa de um país a outro em busca de serviços de saúde, seja por acessibilidade, disponibilidade, familiaridade, qualidade percebida e tipos de financiamento. Entre países de fronteira com desigualdade notável relacionada à área socioeconômica ou de serviços

de saúde, característica do território aqui estudado, acontece essa mobilidade espontânea e muito comum nos serviços públicos oferecidos no Brasil.

Há de se ressaltar um alto índice de adolescentes com gestação em curso, em torno de 70 gestantes adolescente e secundíparas, que, para a comunidade de Carmelo Peralta (PY), é exorbitante, levando-se em conta a população que ali reside, que tem, aproximadamente, 5 mil pessoas (dados fornecidos pela população) e 4.500 pessoas (dados do censo paraguaio – INE, 2022)⁷⁶.

Em relação à estrutura de trabalho para os profissionais de saúde na cidade de Carmelo Peralta (PY), há muitas vulnerabilidades no que diz respeito ao pré-natal, parto e nascimento, referentes tanto ao espaço físico e recursos materiais (equipamentos e materiais de consumo), quanto a recursos humanos, pois há apenas um profissional médico para atendimento das mulheres que necessitam realizar parto normal. As gestantes com complicações e/ou que necessitam de cesariana são encaminhadas para atendimento em outras regiões do Paraguai, porém, em sua maioria, são orientadas a procurar assistência no Brasil, devido às grandes distâncias a serem percorridas no território paraguaio. Outro fator que compromete o atendimento está associado à inexistência de prontuário eletrônico para registros dos atendimentos e à falta de internet acessível para os profissionais, um contexto oposto da realidade brasileira, na qual se evidencia um avanço na assistência, que pode servir de exemplo.

Nesse cenário claramente deficitário, é possível observar que, mesmo diante das inúmeras problemáticas, os profissionais de saúde são comprometidos com os serviços de saúde e com a população, pois não medem esforços para garantir atendimento dentro das possibilidades que lhes são oferecidas.

76

INE. Instituto Nacional de Estadística. 2022. Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ine.gov.py/>. Acesso em: 25 jun. 2023

Assim, fica evidente a necessidade de acordos bilaterais, a exemplo do realizado na Região Transfronteiriça Brasil-Paraguai entre as cidades de Foz do Iguaçu (Brasil), Ciudad del Este, Presidente Franco e Hernandarias (Paraguai), por meio dos quais se estabeleceu o Acordo de Localidades Fronteiriças Vinculadas (ALFV), com relevante potencial de vir a ampliar o direito de acesso aos serviços públicos de saúde e diminuir as assimetrias e disparidades no atendimento à saúde em um lado e outro da fronteira (MERCOSUL, 2019). O artigo III, sobre “Direitos Concedidos”, dispõe o seguinte:

[...] los Estados partes podrán conceder otros derechos que acuerden, bilateral o trilateralmente, incluso atención médica en los sistemas públicos de salud fronterizos en condiciones de reciprocidad y complementariedad⁷⁷ (MERCOSUL, 2019, p. 5).

Desse modo, as instituições públicas colaboram com seus homólogos nos governos locais, coordenados pelas autoridades estaduais ou provinciais, por meio dos concernentes organismos nacionais, a fim de concretizar acordos para o atendimento em saúde da população e os trabalhos conjuntos na área da saúde pública, especialmente na prevenção e no combate a enfermidades, e vigilância epidemiológica e sanitária (MERCOSUL, 2019).

Martinez (2020) ressalta as iniciativas existentes de cooperação transfronteiriça na região fronteira Brasil-Paraguai, a exemplo do Centro Materno Infantil destinado a gestantes brasiguaias oriundas do Paraguai, a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Jardim América, com atendimento, também, para paraguaios, e a comunidade brasiguai, o Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde da Itaipu (GT – Itaipu Saúde), a Casa do Migrante. Essas iniciativas são vistas como possibilidade de adequar o fator geográfico

77

“Os estados partes poderão conceder outros direitos que sejam acordados, bilateral e trilateralmente, incluindo-se a atenção médica nos sistemas públicos de saúde fronteiriços em condições de reciprocidade e complementaridade.”

ao campo social na assistência à população que reside na fronteira, percebida como elemento vivo do processo de planejamento, no intuito de se inserirem mecanismos de decisão para fazer acordos, transações e dirimir conflitos.

Avançar nas articulações de assistência à saúde da população transfronteiriça na região de Porto Murtinho (BR) e Carmelo Peralta (PY) se faz urgente, tendo em vista as novas demandas impostas pelo “progresso” vislumbrado a partir do avanço da Rota Bioceânica.

PROPOSTAS DE AÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA NO CAMPO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Na atualidade, a população brasileira tem reivindicado o acesso aos serviços públicos de qualidade em nosso país, especialmente, no campo da saúde, pois o Brasil vive um marco histórico de defesa, por meio de diversas lutas, dos direitos sociais básicos; dessa maneira, exigir os direitos torna-se um desafio até mesmo para os nacionais. Ao pensar o Brasil como território com dimensões continentais que englobam espaços de fronteira seca, no qual as pessoas transitam livremente entre as linhas, algumas imaginárias, há de se vislumbrarem processos, com o intuito de promover a integração dos sistemas de saúde de países fronteiriços, a consolidação de redes de saúde assistencial organizadas e a capacitação das redes diagnósticas qualificadas que respondam, rapidamente, a possíveis urgências sanitárias, bem como estratégias de promoção de saúde, a fim de fortalecer a saúde nas regiões de fronteiras e a qualidade de vida da população.

Ao longo deste capítulo, foram apontadas, com base nos diálogos com os participantes deste estudo, algumas questões referentes à saúde da mulher, bem como possibilidades para o enfrentamento dos agravos que acometem essa população. Considera-se fundamental o desenvolvimento de ações e intervenções de qualidade, que considerem as diversidades racial, cultural, religiosa, ambiental e social das mulheres que residem na fronteira. Urge, também, a necessidade de dar visibilidade às reais condições de saúde dessa população, com o objetivo de reivindicar o acesso universal, equânime e integral à saúde, para que possam projetar e operacionalizar ações na busca de assegurar os direitos como seres humanos.

Desse modo, sugerem-se algumas ações que poderão se transformar em intervenções, visando contribuir para a mudança na realidade das mulheres que vivem e transitam nesse cenário.

1. Estabelecer práticas contínuas de educação permanente de saúde, no intuito de promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção integral à saúde da mulher e à organização do trabalho em saúde.
2. Promover articulação intra e interinstitucional para criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde, educação e serviço social, a fim de se desenvolverem atividades educacionais e de atenção à saúde integral da mulher, propiciando o enfrentamento criativo dos problemas e uma melhora na efetividade das ações de saúde e educação.
3. Proporcionar e incentivar a qualificação das práticas de educação em saúde junto a essa população, na perspectiva da educação popular, visando contribuir para promover a autonomia, a cidadania e a participação social tão necessárias para a proposição de políticas de saúde mais efetivas em âmbito local.

4. Estimular a criação de espaços de convivência para o compartilhamento de vivências e experiências, como espaços colaborativos e de autoajuda, nos moldes da terapia comunitária.
5. Introduzir a abordagem familiar e a utilização de suas ferramentas como genograma, ecomapa, entre outras, na assistência a mulheres, para que possam favorecer a compreensão e contribuir nas intervenções individuais e na dinâmica familiar.
6. Estimular a participação dos profissionais de saúde em eventos e capacitações (seminários, cursos, entre outros) que envolvam universidades, representantes da Saúde do município e estado, especialmente os representantes dos movimentos sociais articulados com as demandas das mulheres, a fim de que, juntos, possam discutir e encontrar estratégias que garantam a qualidade e o acesso à saúde dessa população.
7. Investir nas ações de vigilância epidemiológica que consistem em coletar, processar, analisar e interpretar dados; propor medidas de prevenção e de controle; avaliar a eficácia e a efetividade de medidas adotadas e divulgar informações.
8. Efetivar ações do comitê de mortalidade materna, infantil e fetal.
9. Inserir profissionais de saúde paraguaios nas ações de assistência à saúde da população transfronteiriça.
10. Articular criação e aumento das relações transfronteiriças a partir de parcerias, convênios públicos e privados, intercâmbio de profissionais entre instituições fronteiriças nas áreas da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres compõem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Constituem, assim, um segmento social primordial para as políticas de saúde, notadamente, devido às históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens que causam forte impacto nas condições de saúde das mulheres e que envolvem aspectos do bem-estar físico, da saúde mental e emocional; portanto, abordar e intervir nas questões que tratam especificidades e necessidades no contexto das mulheres é emergencial.

A prevenção de agravos e promoção de saúde é um grande desafio, na atualidade, para gestores e equipes da Atenção Básica, em especial os que atuam em áreas transfronteiriças. As visitas realizadas no município de Porto Murtinho – MS e Carmelo Peralta (PY), o contato com gestores, profissionais de saúde e usuárias proporcionaram espaços de escuta, possibilitadores para entender o cotidiano de trabalho nos serviços de saúde, bem como a identificação de lacunas no atendimento prestado às mulheres. As questões que dificultam a garantia da atenção integral à saúde das mulheres, independentemente da nacionalidade, precisam ser trabalhadas por meio da educação em saúde e de acordos que, reconhecidos pela relevância em relação à emancipação, envolvam os dois países. Há de se empenhar, também, para que os serviços de saúde garantam acesso e cuidado adequado, em tempo oportuno, para toda mulher.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, Márcia Adriana Brasil; GONÇALVES, Josiane Peres. Violência doméstica em região de fronteira: perfil das mulheres atendidas pela defensoria pública de Corumbá/MS. **Revista Facisa**, v. 7, n. 2, p. 70-87. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unicathedral.edu.br/revistafacisa/article/view/320>. Acesso em: 26 maio 2023.

ALVES, Thiago Augusto Lima; MARTÍNEZ, Virgínia Ruiz de Martin Esteban. Fronteiras e Saúde: garantias e acesso aos serviços públicos de saúde dos fronteiriços nos municípios de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY). In: XVIII Congresso Internacional Fomerco Mercosul, 2021, Online. **Anais...** 30 anos do Mercosul: desafios e trajetórias, 2021. Disponível em: <https://www.congresso2021.fomerco.com.br/site/anais>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; PEREIRA-SANTOS, Marcos; SILVA, Lila Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2014.v18n48/177-186/pt>. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para Mulheres**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: DF, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade de Brasília. **Saúde, migração, tráfico e violência contra mulher**. Brasília: DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_migracao_trafico_violencia_saber.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Caderno de atenção básica** N. 26 – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: DF, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: DF, 2013b. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. **Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 04 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

CARDOSO, Soraya Lopes. Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. **Revista interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v.7, n.1, p.180-186, 2019. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/654>. Acesso em: 25 maio 2023.

CAVAGGIONI, Ana Paula Magosso. **Prematuridade: implicações e riscos para o desenvolvimento na primeira infância, da avaliação à intervenção**. 2022. 316 f. Tese (doutorado em Psicologia da Saúde), Universidade Metodista de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, São Bernardo do Campo, 2022. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/2193>. Acesso em: 15 maio 2023.

CHAVES, Márcia Jaíne Campelo; BARBOSA, Elane da Silva; RIBEIRO JUNIOR, Howard Lopes. Concepções de educação em saúde no processo formativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Cocar**, [s. l.], v. 14, n. 28, p. 440-458, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/3132>. Acesso em: 30 maio 2023.

CORREA, Francinete Viana da Silva; CORREA, Valmir Côrrea; PALHARES, José Mauro. Gerenciamento de resíduos sólidos urbanos na fronteira franco-brasileira: impactos socioambientais. **Ciência Geográfica** Vol. XXIV (2): Janeiro/Dezembro, 2020. Disponível em: https://agbbauru.org.br/publicacoes/revista/anoXXIV_2/agg_xxiv_2_web/agg_xxiv_2-11.pdf Acesso em: 23 jul. 2023.

INE. Instituto Nacional de Estadística. 2022. **Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ine.gov.py/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

FAGUNDES, Helenara Silveira; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; KRUTZ, Ineiva Terezinha; CASTAMANN, Daniela. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. **Revista Katalysis**. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n2p293/36973>. Acesso em: 26 maio 2023.

FONTOURA, Flaviany Aparecida Piccolli. **Migrações Internacionais e as políticas públicas de saúde no Brasil**. 2018. 198 f. Tese (doutorado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, 2018. Disponível em: <https://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/doutorado-em-psicologia/13151/teses/13156/?o=13135>. Acesso em: 30 maio 2023.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP). CIPD - **Conferência internacional sobre população e desenvolvimento**. Cairo: ONU, 1994. Relatório. Brasília, DF: FUNUAP – CNPD, 1994.

MARTINEZ, V. R. de M. E. O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2020.

MERCOSUL. **Decreto nº 13, de 4 de dezembro de 2019.** Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas. Consejo del Mercado Común, Bento Gonçalves, 04 dez. 2019. Disponível em: <https://www.mercosur.int/documento/acuerdo-localidades-fronterizas-vinculadas/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

MOTTA, Caio Tavares; MOREIRA, Marcelo Rasga. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjk3DDSH6B8c5X3TNsKy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2023.

MOZZAQUATRO, Caroline de Oliveira; ARPINI, Dorian Mônica. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. **Psicologia** (Conselho Federal de Psicologia), v. 37, n. 4, p. 923-938, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001242016>. Acesso em: 19 maio 2023.

NUNES, Maria Eduarda Almeida. **Saúde Reprodutiva: considerações sobre planejamento familiar na garantia dos direitos à saúde da mulher.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/48877/3/TCC%20FINALIZADO.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Tendencias mundiales del empleo - 2008.** Geneva, Internacional Labour Office, 2008. Disponível em: https://www.ilo.org/global/publications/WCMS_090105/lang--es/index.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/bra>. Acesso em: 19 jul. 2023.

PEDRO, Camila Barbosa; CASACIO, Gabriela Dominici; ZILLY, Adriana; FERREIRA, Helder; FERRARI, Rosangela Aparecida Pimenta; SILVA, Rosane Meire Munhak. Fatores relacionados ao planejamento familiar. **Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 01-08, 2021. Acesso em: 26 maio 2021. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Fatores_relacionados_ao_planejamento_familiar_em_r.pd. Acesso em: 19 maio 2023.

REIS, Tamiza Laureany da Rosa; PADOIN, Stela Maris de Mello; TOEBE, Thayla Rafaella Pasa; PAULA, Cristiane Cardoso; QUADROS, Jacqueline Silveira. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 01-08.2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/W6tHf3txYL75vsf7tc4W4Rj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2023.

SAMPAIO, Cyntia. Migrações e saúde: um testemunho. **REMHU**: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Brasília, DF, v. 21, n. 40, p. 245-250, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/15.pdf>. Acesso em: 2 maio 2023.

SCHULZ, Cristiana; FREITAS, Hilda Guimarães; CAVALCANTE, Karine da Costa; RAPOSO, Carolina dos Santos Chita; MONTI, Larissa Lisboa; DANTAS, Jadir. Bem Nascer MS: Um Caminho para a redução da mortalidade materna e infantil no Mato Grosso do Sul. **Revista Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 73-82, 2023. Disponível em: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/237/189>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SILVA, Gabriela Kauana. Violência por parceiro íntimo em região de tríplice fronteira. **Reme: Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 25, e-1361, p. 01-08, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remo/article/view/44528/36575>. Acesso em: 26 maio 2023.

SILVA, Rosimeire Dias Fernandes; CAZOLA, Luisa Helena de Oliveira; TAMAKI, Edson Mamoru; PICOLI, Renata Palopoli. Mortalidade Materna nas Fronteiras Brasil/Paraguai e Brasil/Bolívia em Mato Grosso do Sul, 2012-2018. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.6, n.9, p. 65210-65220, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16160/13224>. Acesso em: 28 maio 2023.

TAJRA, Fábio Solon. Direito à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 2, p. 4-7, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Jose-Soares-Pontes/publication/324107232_Right_to_health_of_women_and_children_in_Brazil/links/5abe029e0f7e9bfc04583ee5/Right-to-health-of-women-and-children-in-Brazil.pdf. Acesso em: 26 maio 2023.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dario Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-562.

8

*Alessandro Luiz Pereira
Francisca Bezerra de Souza*

O CICLO GERACIONAL DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: A REALIDADE NA FRONTEIRA NA CIDADE DE PORTO MURTINHO/MS

DOI: 10.31560/pimentacultural/2024.99697.8

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta reflexões sobre a recorrência e incidência de gravidez na adolescência em municípios de fronteira, como um fato aparentemente geracional, na medida em que se repete entre gerações de mães, filhas e netas, e, desse modo, traz à tona fragilidades referentes às políticas públicas, no sentido de romperem com esse ciclo.

Este estudo é resultado da investigação⁷⁸ desenvolvida no contexto de fronteira do Brasil com o Paraguai, especificamente na cidade de Porto Murtinho, onde há livre trânsito de pessoas, seja para o trabalho, estudos ou para terem acesso a outros municípios do interior do estado de Mato Grosso do Sul. Esse movimento também ocorre em sentido contrário, pois brasileiros se deslocam para aquele país; assim, existe uma interação e troca de culturas que fazem dessa fronteira um lugar repleto de diversidades, tornando-a única nessa troca.

Segundo Raffestin (2005, p. 13), no prefácio da obra “Território sem limites - estudos sobre fronteiras”, “a fronteira não é uma linha, a fronteira é um dos elementos da comunicação biossocial que assume uma função reguladora. Ela é a expressão de um equilíbrio dinâmico que não se encontra somente no sistema territorial, mas em todos os sistemas biossociais”.

A fronteira do Porto Murtinho/BR-Carmelo Peralta/PY compartilha vivências e trocas que fortalecem o vínculo internacional que existe entre os dois países; constitui, portanto, um espaço fronteiriço que detém uma relação que se modifica e influencia por suas especificidades em relação à cultura, economia, trabalho, educação, entre outros.

78

O capítulo é o resultado de pesquisa de Pós Doutorado no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, no período de setembro/2021 a agosto de 2022.

Para ter acesso à cidade paraguaia, bastam apenas 10 minutos de barco. Ali vivem, além dos nacionais, uma comunidade indígena. Carmelo Peralta possui aproximadamente cinco mil habitantes.

A cidade de Porto Murtinho constitui uma cidade turística; a pesca esportiva é uma opção de lazer e acontece de fevereiro a novembro, período de maior fluxo de turistas, encerrando-se com a Piracema⁷⁹ (BENITES, 2019, p. 273). Esse tipo de atração é uma fonte de geração de renda para o município, pois movimenta o mercado local, com a vinda de turistas nacionais e internacionais, de onde as famílias que habitam esse local tiram o sustento. No entanto, existe um problema social que advém desse evento esportivo, decorrente, também, da fragilidade da rede de atendimento das políticas públicas, haja vista que estas não conseguem dar conta de atender a população, especificamente meninas e jovens que ficam expostas à exploração sexual e aos recorrentes casos de gravidez na adolescência.

A cidade fronteira de Porto Murtinho apresenta especificidades que devem ser consideradas, como, por exemplo, possui uma grande área rural de difícil acesso, principalmente em período de cheia do rio Paraguai, dificultando a chegada, até esses locais, de recursos advindos de políticas públicas. Além disso, o município fica distante 420 quilômetros da capital Campo Grande, sendo que até a década de 2000 “não havia ligação rodoviária por meio de pavimentação asfáltica a cidades do próprio estado de Mato Grosso do Sul” (BENITES, 2019, p. 275).

O território fronteiro possui características próprias; esses territórios configuram-se como “[...] diversos e não significam apenas a somatória de duas ou mais culturas [...] são locais de chegada,

79

A palavra piracema vem do tupi e significa “subida do peixe”. A piracema é um período de importante estratégia reprodutiva. Todos os anos, algumas espécies de peixes nadam rio acima em busca de locais adequados para reprodução e alimentação. A piracema garante que o peixe complete seu ciclo de vida e dê continuidade à sua espécie. <https://brasilescuela.uol.com.br/biologia/piracema.htm>. Acesso em 28 de agosto de 2022.

saída, passagem” (ANDRADE e PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 104); desse modo, se por um lado apresenta uma diversidade cultural, por outro, enfrenta violações de direitos, principalmente de pessoas vulneráveis, como é o caso de meninas e jovens.

O município de Porto Murtinho tem sido palco de grandes transformações, com a chegada do Corredor Rodoviário Bioceânico⁸⁰; mesmo antes de estar concluída, a obra já tem promovido mudanças na cidade e no seu entorno, devido ao aumento do fluxo de pessoas e novos comércios, entre outros. A tendência é que esse empreendimento faça aumentar os deslocamentos humanos nessa fronteira Porto Murtinho-Carmelo Peralta.

Tal tendência poderá ter impacto nas expressões da questão social que geram vulnerabilidades sociais, com o possível aumento das violações de direitos de crianças e jovens, fazendo-se necessárias ações de políticas sociais que venham atender e promover a proteção integral de meninas e jovens no município de Porto Murtinho e Carmelo Peralta.

Os municípios fronteiriços são marcados por contradições atravessadas por questões políticas, econômicas e sociais, considerando as suas especificidades. A abordagem da pesquisa torna-se essencialmente qualitativa, pois apresenta as experiências vividas no cotidiano de atores sociais, meninas e jovens, que pertencem a determinado contexto cultural que orienta a visão de vida de seus membros, e como estruturam suas experiências. Dessa forma, a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante (MINAYO, 2002, p. 15).

80

O Corredor Rodoviário Bioceânico constitui um corredor rodoviário de ligação entre quatro países (Brasil, Paraguai, Argentina e Chile), que terá como principal função a escoação de grãos. Deverá diminuir em até duas semanas o tempo de viagem das exportações do Centro-Oeste brasileiro até os países da Ásia. Para maior viabilização da Rota, o Brasil construirá uma ponte entre as cidades de Porto Murtinho/Brasil e Carmelo Peralta/Paraguai (pois a travessia atual faz-se pelo rio Paraguai), com previsão de início em 2022. Também será ampliada a rodovia BR-267. Do lado paraguaio, foi pavimentada a rodovia de acesso até a Argentina.

Dessa forma, a investigação se deu por meio de entrevistas, rodas de conversa e reuniões com equipes técnicas que atuam nas políticas públicas do município de Porto Murtinho. Buscou-se entender, por meio dos agentes públicos, de que forma essas meninas e jovens repetem as histórias de suas mães, visto que há ocorrência de gravidez na adolescência em mães e filhas. Sendo assim, pode-se arguir que a gravidez na adolescência se configura como uma questão social geracional, em regiões fronteiriças.

A pesquisa⁸¹ realizada teve por objetivo identificar as dificuldades de acesso às políticas públicas de saúde e assistência social por meninas e jovens. Observa-se, assim, que o evento da gravidez na adolescência ocorre em decorrência de fatores que, embora não sejam declarados e explícitos pelos agentes públicos, de maneira geral, está presente nos espaços de coleta de dados, via entrevistas individuais, por meio das falas nas rodas de conversas e reuniões que foram realizadas ao longo do processo de investigação.

A Roda de Conversa foi utilizada como estratégia metodológica na pesquisa qualitativa, em que se privilegia a dialogicidade, considerada por Paulo Freire (2019) como “fenômeno humano”, mediada pela palavra, entendendo que “não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí que dizer a palavra verdadeira seja transformar o mundo” (FREIRE, 2019, p. 3).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente e segundo os preceitos éticos de pesquisa; segundo Minayo (2006, p. 261), “as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização”, além de apresentar a intencionalidade e finalidade da pesquisa, pois, de acordo com essa autora, “nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada” (MINAYO, 2006, p. 267).

Essa modalidade serviu para identificar, nos lugares que cada agente público ocupa (assistência social, saúde e educação), a representatividade da sua fala e a conexão, ou desconexão, do que se pode chamar de trabalho em rede; em um primeiro momento, não se pode dizer da sua efetividade, visto que as lacunas identificadas nos contextos investigados denunciam a ausência de um trabalho intersetorial no campo das políticas públicas.

Para as entrevistas semiestruturadas, utilizou-se um roteiro de questões que serviu para nortear a fala dos participantes da pesquisa, no sentido de atender os objetivos da investigação. A entrevista é considerada uma das técnicas mais utilizadas em pesquisa de abordagem qualitativa, pois proporciona o contato direto entre o investigador e o sujeito de pesquisa, visto que “estão em interação em um processo multidirecionado no qual há ampla interação entre o sujeito e o objeto de conhecimento”, conforme considerado por Martinelli (1999, p. 38).

Os dados da pesquisa foram coletados à medida que se faziam as visitas ao município, no decorrer do ano de 2022, em reuniões, rodas de conversas e entrevistas individuais com os agentes públicos. Nessas ocasiões, sistematicamente, buscou-se fortalecer o vínculo com agentes públicos e, também, com a comunidade local, procurando traduzir teoricamente a realidade de forma a representar a função social do conhecimento científico, que, para Tonet (2016, p. 138), “[...] é a reprodução da realidade como ela é em si mesma, ainda que sempre de modo aproximado. É, pois, esta mesma realidade que deve indicar os procedimentos a serem seguidos para conhecê-la”.

É nesse contexto que se observa a prática da exploração sexual de meninas e jovens naquele município, um tema que vem sendo pesquisado de forma sistemática por pesquisadores e atores sociais que atuam na defesa dos direitos de crianças e adolescentes. No entanto, trata-se de uma prática difícil de ser debelada, dado que essa prática compõe “o entendimento da exploração sexual que com-

põe o mercado sexual como cadeia produtiva própria..." (ANDRADE e PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 104).

Assim, conhecer e compreender a realidade local de duas cidades fronteiriças, as principais vulnerabilidades e riscos sociais a que se expõem crianças e jovens de comunidades com alto grau de pobreza, nesses territórios, pode oportunizar caminhos e estratégias de acesso às políticas públicas para fortalecimento da rede de proteção à infância existentes. Dessa forma, fomentar o protagonismo das pessoas que vivem naquele território, pode romper com o ciclo geracional de vulnerabilidade e risco social que enfrentam, ao logo dos tempos, oportunizando uma vida digna para todos que habitam aquele território.

Há fatores que estão envolvidos na vulnerabilidade de meninas e jovens que vivem em região de fronteira: a exploração do trabalho, a sexual e ausência de perspectiva de melhores condições de vida com acesso à educação e trabalho. Dessa forma, pode-se afirmar que, embora se enfrente sistematicamente as violações de direitos de meninas e jovens, essas violações, ao longo do tempo, mudam as características, porém mantêm a essência, com o agravante de aprofundamento dessas vulnerabilidades.

Constatou-se, nessa pesquisa, que a gravidez em meninas e jovens ocorre em um ciclo geracional, pois trata de uma dinâmica presente em várias gerações, ou seja, mães que engravidaram na adolescência, cuja história se repete com suas filhas. Caso não haja ação eficaz para enfrentar essa questão, a terceira geração crescerá nessa mesma lógica de reprodução de modo de vida; para romper esse ciclo, são necessárias ações articuladas entre as políticas de assistência social, saúde e educação, buscando desenvolver as políticas voltadas para esse público. Mencione-se, como exemplo, a implementação de ações que discutam a saúde sexual e reprodutiva própria para essa faixa etária, de forma a desenvolver um processo de educação em saúde para que os jovens, principalmente, sejam

sensibilizados e, desse modo, adiem a possibilidade de uma gravidez de forma consciente e segura.

GRAVIDEZ E MATERNIDADE, ASPECTOS LEGAIS E SOCIAIS

Do ponto de vista legal (BRASIL - ECA, 1990), adolescente é a pessoa que tem idade entre 12 e 18 anos incompletos. Do ponto de vista biomédico e orgânico, essa fase é definida em: pré-adolescência, que vai dos 10 aos 14 anos, e adolescência, dos 15 aos 19 anos; este último, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) define como o período que pode ocorrer a “gravidez na adolescência”. É nessa fase que ocorrem as mudanças biopsicossociais que geram conflito em relação à imagem do corpo e a sexualidade. Esse momento exige atenção da família, dos agentes das políticas públicas e de todos os envolvidos com essa população, tendo em vista ser a fase de construção da própria identidade, do crescimento pessoal, físico e emocional.

Todas essas transformações geram conflitos pessoais, familiares e com os colegas, e pode interferir diretamente na qualidade de vida de meninas e jovens, levando ao isolamento, podendo desencadear outros conflitos e atitudes que trazem prejuízos para o pleno desenvolvimento de adolescentes, como a gravidez indesejada, por exemplo, e em relação à direção da vida pessoal, escolar, familiar, além das pessoas de seu relacionamento social.

De acordo com as discussões na Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, instituída por Lei 13.798 em

2019⁸², nas pessoas com idade entre 10 e 20 anos, entre os problemas de saúde nessa faixa etária a gravidez se sobressai em quase todos os países e, em especial, nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), a gestação nessa fase é uma condição que eleva a prevalência de complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido, além de agravar problemas socioeconômicos já existentes (BRASIL - MS, 2022).

De acordo com estudo publicado pela Saúde Brasil, que analisou os dados do período de 2011 a 2016, três milhões e duzentos mil adolescentes engravidaram, 95% dos quais estavam na faixa etária de 15 a 19 anos; na faixa etária de 10 a 14 anos, a maioria tinha 14 anos de idade. O aspecto que chama atenção, no estudo, é que a maioria desses casos envolveu adolescentes pardas e pretas, além de um percentual que envolve adolescentes casadas ou em união estável, e que tinham entre 10 e 14 anos. Esses dados denotam situações de vulnerabilidade social, nas quais meninas e adolescentes são expostos devido a dificuldades econômicas e sociais, a violência pode ter um status de “invisibilidade” por questões culturais, estigma social, sentimento de vergonha familiar e da gestante, e até por falta de o assunto ser tratado com prioridade por parte do poder público de saúde (BRASIL, 2018).

Os dados apresentados no estudo acima demonstram um número elevado de notificação de violência sexual sofrida por meninas e adolescentes: na faixa etária entre 10 e 14 anos o número é de 152.853, e entre 15 a 19 anos é de 2.125.746, perfazendo um total de 3.288.599. Contudo, esse total pode não refletir a realidade, pois, “Embora os números de notificação de violência sexual contra meninas adolescentes sejam elevados, a subnotificação é uma realidade” em todo o Brasil. (BRASIL, 2018).

82

A Lei nº 13.798/2019, tem por objetivo disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.

Um estudo da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2021), embora apresente dados sobre o número de nascidos vivos, aponta que a maioria das gestações decorre de uma violência sofrida, considerando-se o grande número de crianças e adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos, época da vida em que deveriam desfrutar de atividades condizentes com a idade (brincar, estudar etc.), preparando-se para a vida adulta.

Confirmam-se os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC sobre o número de nascidos vivos, distribuídos pela idade das mães, referentes ao período de 2010 a 2019, no estado de Mato Grosso do Sul (Tabela 1).

TABELA - nascidos vivos por faixa etária da mãe. Mato Grosso do Sul 1010 a 2019

Idade da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2015	2018	2019	TOTAL	%
10 A 14 anos	524	526	543	531	555	512	463	475	391	372	4892	1,1
15 a 19 anos	8465	8826	8815	8644	8981	8305	7613	7422	7056	6696	80823	18,8
20 a 24 anos	11471	11730	11610	11442	11466	11928	11574	11962	11494	11183	115860	29,6
25 a 29 anos	10050	10924	10244	10233	10634	10669	10117	109497	10653	10695	104538	24,3
30 a 34 anos	6265	7095	7206	7469	8032	8067	7891	8513	8699	8569	77806	18,1
35 a 39 anos	2670	2982	3081	3182	3605	3810	3857	4460	4914	4949	37510	8,6
40 a 44 anos	626	653	700	742	739	805	853	908	1019	1162	8207	1,9
45 a 49 anos	55	40	42	44	42	45	52	54	44	64	482	0,1
50 a 54 anos	05	6	10	6	4	1	09	04	05	04	54	0,0
55 a 59 anos	00	00	00	1	00	00	03	00	00	01	05	0,0
60 a 64 anos	01	00	01	1	00	00	00	00	00	00	03	0,0
65 a 69 anos	00	00	00	1	00	00	00	00	00	00	01	0,0
TOTAL	40132	42152	52252	42296	44058	44142	42432	44747	44275	43695	430181	100

O estudo da Rede Feminista (2021) apontou a “taxa de Meninas Mães, por município, em Mato Grosso do Sul, no período de 2010-2019”. Em Porto Murtinho foram identificados 46 casos de crianças/adolescentes entre 10 e 14 anos que se tornaram mães; esse dado sugere que a gestação tenha acontecido em decorrência de estupro de vulnerável⁸³, que se configura como crime. Essa realidade não se dá apenas na cidade de Porto Murtinho, mas em todo o território brasileiro. Ressalta-se que embora A Tabela 1 mostre uma redução gradativa dessas ocorrências, ainda assim é “absurdamente frequente em cada município, estado e no Brasil como um todo” esse tipo de prática (REDE FEMINISTA, 2021).

Além dos aspectos legais e biológicos, pesquisadores defendem “que a adolescência é uma construção histórica, dessa forma, só pode ser compreendida “a partir de contextos sociais, culturais, econômicos e subjetivos, que determinam características, comportamentos e opções de vida tanto individuais como coletivas (SANTOS, 2017, p. 15). É necessário, portanto, “superar uma visão generalista sobre esse grupo social” e atuar numa perspectiva histórica que possa “abarcar todas as possibilidades de vivência e atribuição de sentido que esses sujeitos dão as suas vidas” (SANTOS, 2017, p. 15).

A gravidez também inclui um conceito histórico-social, na medida que o tema pode ser tratado sob o ponto de vista social, ou seja, um fato que ocorre na vida de meninas e jovens cujo significado será dado de acordo com o momento histórico vivido e de como vai sendo definido ao longo da história. A gravidez considerada como um problema social é enfatizada em pesquisas no campo da saúde e são influenciadas pelas escolhas epistemológicas e teóricas dos sujeitos, que, comumente, “costumam enfatizar os aspectos negativos da gestão na adolescência, com o levantamento e/ou reforço de dados que comprovem o caráter de problema de saúde pública” (SANTOS, 2017, p. 17).

83

O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente (Súmula 593 /STF/2017).

É no período da adolescência que o jovem está no processo de autoafirmação, de transformações físicas, psicológicas e sociais; uma gravidez, nessa fase, pode gerar sentimentos e alterações físicas comuns, impondo a responsabilidade por outra vida, exigindo da futura mãe “maturidade biológica, psicológica e socioeconômica para prover suas próprias necessidades e as do filho/a.” (BRASIL, 2023, s.p.). Além disso, pode acarretar problemas para as jovens grávidas, como “anemia, desnutrição, hipertensão, sobrepeso, eclampsia e pré-eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvica, trabalho de parto prematuro” (SANTOS, 2017, p. 17), além de complicações no pós-parto. Para a criança, pode haver problemas como:

[...] baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtorno de desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, dificuldade de adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade dos órgãos e maior vulnerabilidade no desenvolvimento de doenças (SANTOS, 2017, p. 17).

Do ponto de vista social, há uma correlação entre a gravidez na adolescência e a evasão e abandono escolar, pois, além da discriminação da própria família e da sociedade, muitas adolescentes não conseguem retomar os estudos após o parto, pois precisam buscar sustento. Segundo o IBGE (2010), a proporção de jovens entre 15 e 19 anos que não estão inseridos no mercado de trabalho ou na escola é maior entre aquelas que já tiveram filhos, em relação às que nunca tiveram filhos.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM CICLO GERACIONAL

Como o objetivo da pesquisa era estudar os determinantes sociais de saúde de meninas e jovens no município de Porto Murinho/MS, buscou-se, primeiramente, trabalhar com as gestantes

atendidas nas unidades de saúde; porém, alguns obstáculos dificultaram o acesso às profissionais participantes da pesquisa, que sempre negavam a incidência de gravidez na adolescência, pois os discursos recorrentes na rede de atendimento indicavam: *"não há gravidez na adolescência"*.

A cada ida ao município, buscavam-se estratégias de aproximação dessa população, assim, as Rodas de Conversa realizadas nas unidades de saúde se tornaram um potente e importante meio de aproximação da realidade local. Além disso, foram realizadas entrevistas com trabalhadores da educação, assistência social (Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS), por meio das quais foi possível perceber e identificar a existência de jovens meninas grávidas, filhas de mulheres que também engravidaram muito jovens, o que corroborou o pressuposto de que a problemática da gravidez na adolescência constitui uma questão geracional.

Com base nesse pressuposto, identificaram-se, recorrentemente, tanto no município de Porto Murtinho como de Carmelo Peralta, mulheres que tiveram gravidez na adolescência. Ressalta-se que essas mulheres tiveram sua juventude interrompida para passarem, abruptamente, à vida adulta; muitas abandonam a escola e não mais retornam. A gravidez na adolescência gera insegurança e, por vezes, muita angústia para a jovem mãe, frente aos novos desafios que se colocam para o cuidado de uma criança. Tal fato pode trazer sérias consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe e do filho. Uma entrevistada afirmou que: *"se sentiu confusa, por ter um filho novo"*. Ressalte-se, ainda, que as gestações na adolescência podem ser consideradas de alto risco, decorrente, muitas vezes, de questões relacionadas ao corpo da mãe, que ainda está em formação, dos aspectos emocionais que permeiam a gestação e outros que podem acarretar sérios problemas biopsicossociais.

Situações como a da entrevistada são vistas, pela população, com naturalidade, haja vista que as gravidezes sem planejamento são comuns no território de fronteira. Uma das entrevistadas já estava, ainda que muito jovem, na quinta gravidez.

Analisando a problemática do ponto de vista social, pode-se inferir que a gravidez na faixa da adolescência/juventude “passou de norma socialmente aceita a problema social”, levando a considerar que é preciso haver mudanças culturais em relação ao papel da mulher na sociedade, estabelecendo uma estreita correlação entre “a evasão e/ou abandono escolar, situação de pobreza, vulnerabilidade, desemprego, entrada precoce no mercado de trabalho, situações de violência e negligência, mobilidade social etc.” (SANTOS, 2017, p. 19).

Sentimentos de angústia, insegurança, baixa autoestima, depressão, entre outros, perpassam os depoimentos de mulheres que vivenciaram uma gravidez em sua adolescência. Algumas delas, muito jovens, relataram que após a primeira gravidez, ainda menina, já estão na segunda ou terceira gravidez não planejada. Há casos também de adolescentes que com apenas 16 anos já estão na quarta gravidez. As jovens mães que participaram da roda de conversa revelaram as dificuldades que enfrentaram por ter tido filhos tão jovens; quando questionadas sobre como se sentiam em relação a isso dizem: “se eu tivesse tido essas informações que estou tendo hoje, com certeza não teria engravidado”.

Afirmam que são dependentes financeiramente de seus companheiros, o que significa um caminho sem volta na vida dessas mulheres que não vivenciaram sua adolescência. Essas mulheres relatam vivências em territórios de alta vulnerabilidade social, econômica e subjetiva, revelando a falta de oportunidades de informação, escolhas e acesso aos direitos sexuais reprodutivos. Nesse sentido, ressalta-se a importância do “direito à escolha consciente do melhor momento para engravidar e ter filhos” (SANTOS, 2017, p. 61).

As mulheres participantes da pesquisa tiveram vidas impactadas, foram impossibilitadas de prosseguirem nos estudos, e terem perspectivas de melhores condições de vida e oportunidades de construir uma vida profissional e maior independência econômica. São mulheres que tiveram sua vida forjada nas dificuldades enfrentadas ainda muito jovens, e se mostram convictas de que, ao criarem as(os) filhas(os), tudo será diferente.

Entre as entrevistadas que participaram da pesquisa é recorrente o sentimento de insegurança, quando afirmam que ficaram “assustadas” no momento em que se constatou a gravidez. Ainda que estejam na primeira gestação, manifestam que no contexto familiar não se discutia a questão da sexualidade, tampouco havia informação sobre a saúde reprodutiva; revelam que poderia ter sido diferente “se eu tivesse tido essa informação antes...” (entrevistada). Quando se referem sobre o que esperam para suas filhas, dizem que esperam não se repetir o que aconteceu com elas, e afirmam: “o que minha mãe errou comigo, eu tento não errar com ela (a filha)”! (entrevistada).

O depoimento a seguir demonstra as vulnerabilidades e as fragilidades, no campo da prevenção, por parte das políticas públicas.

Essa que está na quarta gravidez, ela é filha de uma... a mãe, [...] a história se repete, né, a mãe dela esteve grávida na adolescência e ela tem duas filhas adolescentes e a duas com filhos pequenos e agora mais essa grávida novamente, né, então, as práticas se repetem, né[...] a gente percebe assim, a repetição dessa prática e a mãe delas, ainda é jovem, também grávida, né, a gente percebe assim, uma falta de estrutura, uma falta de orientação e a história, ela vem se repetindo[...] daqui a pouco as filhas dela, vai se repetir de novo, umas das meninas já deve vir pra cá o ano que vem, já vai ser aluna nossa o ano que vem, a pequena, a filha dessa que é do EJA já deve vir para o primeiro aninho, a mais velha, ela vem com a mãe (Participante da Pesquisa 1).

Do ponto de vista da política pública de saúde, a gravidez precoce passa a ser um problema de saúde, seja pelos riscos e impactos na vida adulta dessas adolescentes, seja por risco que passam em virtude da imaturidade biológica, física e emocional. Nessa perspectiva, é preciso avançar em ações que promovam a informação sobre sua condição de pessoa em processo de formação, bem como o acesso pleno às políticas sobre a vida sexual e reprodutiva, a fim de que, com autonomia, possam fazer suas escolhas como forma de prevenção efetiva de gravidez na adolescência.

Entre as adolescentes grávidas, muitas recorrem à prática de aborto, realizado de forma clandestina e com métodos inseguros, o que coloca em risco a vida dessas adolescentes, pois são realizados *"com remédios caseiros! Avós, as tias, [...], mas é comum entre eles, né, tem muita prática da medicina com as plantas, muito, muito, é comum entre eles, né, que vai tomar o remédio para que possa 'baixar'⁸⁴ remédio para que possa 'baixar.'* (Participante da Pesquisa 1).

Os depoimentos demonstram que, em muitas situações, é noticiado entre os próprios adolescentes que alguma menina esteja grávida, mas logo em seguida *"...comentam 'desengravidou!' a gente sabe o que elas fazem, né, acabam cometendo o aborto"*. (Participante da Pesquisa 1).

Entre o agir e acolher há um limiar muito tênue em relação ao atendimento dessas gestantes. Ao invés de ajudar a enfrentar a situação, pode levá-las a se afastar, abandonar a escola, além do agravante de não serem acompanhadas nas etapas do pré-natal, colocando a vida, dela e do filho, em risco. Nesse sentido, os atores sociais "ficam de mãos atadas", pois quando

...a gente começa a acompanhar mais de perto, elas evadem, desaparecem, na cidade, daí, vão para as fazendas, para o Paraguai... então... às vezes temos que nos calar

para a gente tê-las perto e poder fazer um acompanhamento mais de perto mesmo, mas preciso, né, pra encaminhar e acaba que elas não ... se depara muito com as questões da necessidade, né, da fome! Do desemprego! Da falta de perspectiva e a escola, a gente percebe que a escola é o único caminho de oportunidades, né (Participante da Pesquisa 1, 2022).

Essa é uma questão recorrente em regiões de fronteira.

As situações de violência também são recorrentes, principalmente assinaladas na incidência de exploração sexual de crianças e adolescentes com uma população majoritariamente masculina proveniente do turismo de pesca; no entanto, ressalta o participante da pesquisa que a situação acontece " ... durante o período todo! Na alta temporada maior, mas tem o período todo! (Participante da Pesquisa 1, 2022).

Ressalta-se que o território estudado não oferece muitas perspectivas para o trabalho remunerado, de forma a não restar muitas alternativas para adolescentes provenientes de situação de pobreza. Portanto, a questão da pobreza e da falta de alternativas não colabora para uma mudança de vida e perspectiva para a construção de caminhos diferenciados para essas meninas, e reproduzem os ciclos de casamento precoce e pobreza, favorecendo a evasão escolar e a não possibilidade de construção de novas histórias. Desse modo, alimenta-se o ciclo geracional da gravidez na adolescência.

...sabe que...as pessoas que tem acesso as oportunidades não são os que mais precisam, né, aquele que tá lá embaixo, ele fica lá embaixo, não tem esses acessos pra eles, até dizem, cobram, exigem, mas como que uma mãe que tem quatro ou cinco filhos, vamos falar de um adolescente, né, que tem três filhos, tá gestante (Participante da Pesquisa 1, 2022).

Observa-se a dificuldade do rompimento desses ciclos geracionais, visto que a gravidez na adolescência traz impactos na vida e nos sonhos de meninas e jovens que interrompem suas infâncias e adolescência em prol da vida adulta, abandonando a escola e enveredando por um caminho de sofrimento e amadurecimento precoce.

Essas questões apontadas corroboram estudos realizados sobre a gravidez na adolescência em outras regiões do país. Também apontam que crianças e adolescentes sempre buscam ajuda onde se sentem mais seguros para tal. De acordo com a UNICEF (2022), a escola é vista pelos estudantes como um local seguro para buscar ajuda, quando enfrentam situações que os incomodam ou que se sentem ameaçados. A Unicef aponta que o número de crianças e adolescentes que pedem ajuda na escola chega a 58%; que do universo pesquisado, 14% (catorze por cento) havia desistido da escola por estar grávida, contrastando com 48% (quarenta e oito por cento) de jovens que pararam de estudar por ter que trabalhar (UNICEF, 2022, p. 11-26). Esses números são considerados significativos, pois mostram que a escola possui um papel importante na identificação de situações de violação e violência de direitos da criança e do adolescente podendo ser um disparador para a prevenção assim como para a ação junto às outras políticas públicas.

A REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Para refletir sobre os ciclos geracionais de violação e violência contra as crianças e adolescentes, é necessário, também, refletir sobre a defesa de direitos que se consubstanciam no campo de atuação e articulação das estratégias de mudanças provenientes de um amplo Sistema de Garantia de Direitos, composta por uma rede

articulada e diferenciada de atores capazes de sustentar e organizar-se politicamente para efetivar as previsões em lei. Assim, a proteção integral, como o próprio nome contempla, tem na funcionalidade das redes de atendimento a sua perfeita funcionalidade jurídico-política (CUSTÓDIO, 2006, p. 30-31).

Essa importância deve ser destacada, nos territórios de fronteira, pela ausência de um trabalho em rede, com atuação rápida e eficaz na prevenção e educação; o objetivo é de se romper os ciclos de violência e violação de direitos de crianças e adolescentes, conforme nos relata o entrevistado 1.

...pois a criança que sofre uma violação de direitos, precisa ser atendida de imediato, não pode esperar! Não temos uma equipe técnica que atenda as situações de violações de direito, a gente acaba pedindo socorro, fazemos o acolhimento, ouvimos e encaminhamos, mas muitas vezes, a família não vai buscar a assistência social, porque é demorado não tem a rede, não funciona a rede rsrs. Na escola, essa rede, é muito distante" (Participante da Pesquisa 1, 2022).

Esse cenário denota a carência do trabalho intersetorial articulado entre as políticas públicas no município. A pesquisa realizada explicitou a ausência de um trabalho assim, demonstrando apenas o desenvolvimento de ações pontuais, como campanhas de prevenção que, entretanto, constituem ações independentes e não articuladas entre as políticas de assistência social, educação e saúde.

...sempre onde a gente percebe e que tem um grupo de pessoas a gente faz essas promoções, todo mês a gente faz um tipo de campanha, no mês de junho que a gente fez um passeio ciclístico, agora em julho que é o aniversário do ECA, fizemos um "Arraia do ECA" pra tá conscientizando os direitos das crianças e sempre temos que fazer uma parte mais lúdica, pra não ter só aquela questão de palestra assim, maçante (Participante da Pesquisa 2, 2022).

Nas políticas públicas, a intersetorialidade precisa ser construída por meio de processo organizado e coletivo, de ações deliberadas que respeitem a diversidade e as singularidades dos atores envolvidos, devendo refletir uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas. “Essas políticas devem possibilitar o enfrentamento de problemas e devem produzir efeitos mais significativos para as pessoas” (MACHADO, 2023, s/p.).

Para tanto, é preciso que haja “superação da fragmentação de conhecimentos e das estruturas sociais, apontando um novo arranjo para intervenção e participação para resolução de questões amplas e complexas” (MACHADO, 2023, s/p.). Segundo a autora, “refletir e propor trabalho social em rede constitui, hoje, um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas” (MACHADO, 2023, s/p.).

A intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, é um elemento capaz de “permitir que os espaços sejam compartilhados onde as decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas possam ter impacto positivo sobre a população.” Cabe às políticas públicas e sociais considerarem a pessoa na sua totalidade, e não como algo fragmentado; com suas necessidades individuais e coletivas precisam de ações, e, para tanto, é preciso estabelecer parcerias com as outras políticas públicas como assistência social, educação, cultura, habitação, entre outras. Essas ações “remetem também ao conceito de rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares (MACHADO, 2023, s/p.).

Para a construção e fortalecimento de rede de atendimento é preciso pensar em ações de educação em saúde que, de acordo com o Ministério de Saúde (2013), é um conjunto de práticas que impulsionam a autonomia da população em relação a atenção da saúde individual e coletiva, devendo envolver os profissionais,

gestores e a própria população. A educação em saúde deve ser encarada "como um processo político pedagógico" de forma a produzir entre os envolvidos um "pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade" (FALKENBERG, MENDES, MORAES, SOUZA, 2014).

A ausência de um trabalho de forma intersetorial foi constatada quando se procurou compreender a rede de proteção a crianças e adolescentes. De acordo com as instituições pesquisadas, a própria população não tem clareza do papel de cada instituição e da sua competência.

O Conselho Tutelar relata que muitas vezes é acionado para *fazer revista em alunos que estavam supostamente com drogas*, conforme afirma um dos participantes da pesquisa. Esse desconhecimento da função do Conselho Tutelar leva a população a acionar o equipamento de proteção de forma equivocada, conforme diz esse mesmo participante: "*... fomos chamados para abordar o adolescente que estava após às 23 horas na rua, a gente fazia essa abordagem, hoje a gente não faz mais, por uma questão de competência.*" (Participante da Pesquisa 3, 2022).

Revela-se ausência de fluxos de trabalho que articulem as ações entre as políticas públicas e evidenciem o papel de cada equipamento de proteção. Desse modo, aponta-se como estratégia:

...a capacitação dos integrantes do CMDCA, uma vez que a atribuição do Conselho da Criança é fazer essa política de prevenção junto aos usuários, ou seja, criança e adolescente, e muitos que ali estão, ou são chamadas, eles sequer sabem qual é o papel do conselheiro lá, no CMDCA, então, seria importante sim a capacitação dos conselheiros do CMDCA para atuar de forma efetiva nessa questão, elaborar planos de política de prevenção,

fazer abordagem aos direitos violados, prevenir, seria, seria muito bom. (Participante da Pesquisa 3, 2022).

Para além dessa necessidade de capacitação da instância de controle social, os participantes da pesquisa consideram que é importante também estabelecer relações de competência junto aos outros agentes públicos, executores das políticas públicas como, por exemplo: *educação, segurança pública, a saúde. Então, cada um desses atores precisa conhecer das atribuições do Conselho Tutelar e das suas próprias atribuições com relação ao nosso trabalho e o quanto esse intercâmbio, de que forma esse intercâmbio tem que ocorrer.* (Participante da Pesquisa 3).

O participante da pesquisa 3 sugere que uma alternativa seria a construção de um fluxo de trabalho para atender as questões de violência contra crianças e adolescentes entre as políticas de assistência social, saúde, educação e justiça, para que houvesse um trabalho de rede de atendimento intersetorial de modo eficiente e eficaz:

...com menos desperdício de tempo, a perda de todos os lados, o que mais me preocupa é essa falta de conhecimento da nossa atribuição, então, as vezes atropelam, outra coisa é relação aos nossos... com relação a bares, consumo de bebida, continua a ideia de que: liga para o CT porque tem adolescente em bar bebendo e não pra polícia, ou quando ligam pra polícia, a própria polícia, direciona pra gente. (participante da pesquisa 3, 2022).

Estabelecer um fluxo de trabalho entre as políticas públicas, pode trazer benefícios para as crianças e adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade social, apontando a competência de cada política pública e também para preservação da atuação dos agentes públicos, *"...que muitas vezes se expõem a riscos desnecessários"*. Os participantes da pesquisa apontam que uma saída para evitar situações de riscos seria *uma capacitação conjunta em que fosse abordada a dificuldade de cada órgão, assim como a competência de cada um, numa mesa redonda, onde todo mundo pudesse*

entender e sair de lá com um fluxo de trabalho! Acredita-se, também, que daria visibilidade e informação para a comunidade local sobre o papel de cada equipamento de proteção, "...pois acabam sendo usados como repressor e não como uma garantia de direitos": (participante da pesquisa 3, 2022).

Nesse sentido, chama-se atenção para o papel da escola, que funciona como um local onde as questões sociais se manifestam, a sala de aula é sempre um retrato da realidade social presente na cidade. As relações travadas no pátio da escola com alunos, professores e coordenação são importantes termômetros da transparência dos fatos que acontecem extra muros. Assim, as observações quanto a alterações significativas no comportamento de crianças e adolescentes é fato imprescindível para qualquer trabalho de intervenção das políticas públicas na defesa dos direitos destes.

Situações como ausências repetidas e sistemáticas às aulas, sem justificativa, podem ser de grande valia para ações preventivas com vistas à interrupção dos ciclos de violações de direitos de crianças e adolescentes. Situações como violências e violações de direitos deles são passíveis de intervenção de forma rápida e precisa; é papel de todos a denúncia e a não omissão frente a esses casos.

...alguns que a gente não fica sabendo, quando fica sabendo já... só quando tem registro, quando não tem, não pode acusar ninguém, [...] fico na dependência da denúncia, se alguém participou, viu, soube. Teve casos aqui, prisão de agentes públicos, agentes de saúde, mães também que estão respondendo processo por consentir uma relação sexual de menor, porque estavam repetindo um ciclo que aconteceu com ela, né. (participante da pesquisa 3, 2022).

É preciso, verdadeiramente, romper com a fragmentação do trabalho realizada na execução das políticas públicas, como demonstrado neste estudo. Percebe-se que a racionalidade do capitalismo produz crises de governabilidade, e, desse modo, fragmenta as ações intersetoriais no campo das políticas públicas;

nessa concepção, “a política social brasileira só pode ser concebida inserida no contexto histórico, político, econômico e social, como resultado da disputa de projetos e interesses e da pactuação entre as diversas forças sociais presentes na sociedade” (WANDERLEY, MARTINELLI e PAZ, 2020, p. 8).

É preciso que haja planejamento conjunto e que as ações sejam articuladas, evitando a setorização, como se observa no Brasil, que tem trazido consequências ao longo de gestões públicas, que são marcadas pela:

[...] desarticulação, fragmentação e sobreposição das ações, além de expor as famílias, indivíduos e grupos atendidos pelas políticas a um paralelismo de intervenções e, muitas vezes, à duplicidade de cadastros e procedimentos para acesso aos serviços públicos (WANDERLEY, MARTINELLI e PAZ, 2020, p. 8).

Quando questionados sobre as perspectivas para o futuro para crianças e jovens que vivem no município, os participantes da pesquisa apontam o aumento da violação de direitos, caso não sejam estabelecidos protocolos para atender às questões de vulnerabilidade social e risco social, como, por exemplo: a educação em saúde para discutir ações sobre a saúde sexual e reprodutiva de meninas e jovens.

[...] especificamente para o jovem, para a criança, na verdade, para o jovem, na questão da sua ocupação, o que que pra ele vai ter benefício? Então, não tem ninguém se preocupando em preparar esse jovem, porque essa ponte não vai funcionar esse ano, pode demorar 3, 4, 5 anos! Esses jovens que estão aí para entrar no mercado de trabalho, tem o que hoje, de perspectiva? Que projeto a gente tem para inserir esse público, né, pra fazer uso desse benefício? Não vai acontecer, a gente precisa ter essa preocupação hoje! Hoje! Pra preparar esse jovem, hoje a gente não tem! (participante da pesquisa 3, 2022);

Não! Eu acho que a mudança é uma mudança física e externa de quem vem de fora, a gente percebe assim, a vinda de muitos empresários, a vinda do povo de fora, os de dentro, eles vão ser massacrados! A classe menos favorecida vai ser a que mais vai sofrer, já está se formando os bairros, né, às margens do desenvolvimento, né, já está se construindo, a gente já tá percebendo a construção da marginalização, o grupo de excluídos, vai ficar os do entorno, vai ter o pessoal do desenvolvimento e vai ter o do entorno, sem as garantias de direito, né. (participante da pesquisa 1, 2022).

Dessas falas, pode-se depreender que a violência contra crianças e adolescentes é uma realidade presente na fronteira Brasil – Paraguai, e, com o aumento do fluxo de trabalhadores essencialmente do sexo masculino em Porto Murtinho e Carmelo Peralta, a violência pode vir a crescer e o número de pessoas que não conseguirão acessar as políticas públicas poderá se ampliar, fazendo com que as situações de vulnerabilidade social entre essa população fronteiriça também aumentem.

Percebe-se que em regiões de fronteira os deslocamentos de um país e outro impactam diretamente o modo de vida das pessoas que vivem nesse território. Um ponto sobre o qual se chama atenção, em relação às regiões de fronteira brasileira, é que estas não dispõem de políticas públicas efetivas que atuem eficazmente de forma bilateral e atendam os dois países, Brasil e Paraguai. O cuidado com crianças e adolescentes, tanto brasileiras como paraguaias é condição essencial para garantir o direito e a proteção delas. A garantia de direitos perpassa o pleno reconhecimento do status de cidadão transfronteiriço com direitos próprios e particulares desses.

Outra questão importante de se destacar é a ausência da polícia federal, tanto do lado brasileiro como do lado paraguaio, para atender as questões de fronteira, para garantir a segurança nacional e atender às necessidades e demandas das questões migratórias pertinentes a essa região. Mencione-se, também, a situação de

migrantes que já vivem no Brasil há muito tempo, porém são indocumentados, empobrecidos, adoecidos, idosos e por isso sem condições de acessar o serviço de regularização migratória; ficam, assim, sem acesso aos direitos sociais via políticas públicas.

Por fim, é preciso que se avance nas pesquisas e, principalmente, nas ações que visem ao fortalecimento das políticas públicas de saúde articuladas às políticas de assistência social educação e saúde, construindo um plano de educação para a saúde no qual a intersectorialidade das políticas públicas passem, assim, a ser um canal fundamental no sentido de agregar toda a comunidade a fim de enfrentar as demandas vivenciadas no município.

INDICATIVOS DE AÇÕES PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO A GRAVIDEZ PRECOCE DE MENINAS E JOVENS NA REGIÃO DE FRONTEIRA

Pôde-se inferir, diante dos resultados da pesquisa, que a ausência de um trabalho que não contemple a intersectorialidade entre as políticas públicas, da forma como é realizado nesse município de fronteira Porto Murtinho/Carmelo Peralta, gera total descompasso entre a necessidade da população e o que é oferecido de forma setorizada e pontual, fragilizando tanto os trabalhadores, gestores e a própria população que não consegue ter seus direitos garantidos e cada vez mais crescendo as vulnerabilidades sociais já presentes naquele contexto fronteiriço.

Diante disso, apresentam-se alguns indicativos para a Educação em Saúde na Fronteira, no tocante às ações de prevenção a gravidez na infância e adolescência, visando contribuir para a

proteção integral de meninas e adolescentes que sofrem com as violências nos ambientes sociais em que vivem. Entende-se que Educação em Saúde deve ser pensada numa perspectiva transformadora, visto que:

...se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 2007, p. 19)

Assim, visando à discussão e construção de práticas de Educação em saúde na perspectiva de transformação da realidade da população usuária do município, apresentam-se, a seguir, algumas sugestões e indicativos para o enfrentamento da violência contra mulheres, adolescentes e crianças na região fronteira Brasil - Paraguai:

1. Realizar um levantamento do número de casos de gravidez de meninas e adolescentes ocorridos num período de 10 anos, no município, e analisar os dados em conjunto com os trabalhadores das políticas públicas de assistência social, educação, saúde e justiça, com o objetivo de se planejarem ações de prevenção, promovendo a ampla divulgação dos resultados junto à população.
2. Instituir nas escolas "o dia dos pais", a ser realizado mensalmente, com oficinas, rodas de conversa, encontros festivos, como espaços de discussões e debates sobre temas relacionados à família, adolescência, gravidez precoce, violência e direitos humanos e outros de interesse manifesto das famílias, contribuindo, dessa forma, para ajudar, gradativamente, os pais e familiares.

3. Capacitação oferecida aos trabalhadores das escolas, professores, orientadores, coordenadores e administrativos, no sentido de detectar situações de violência sofrida nos ambientes de convívio social como a família, igreja e a própria escola. Pode-se organizar e incluir, no Projeto Político Pedagógico, espaços mensais de discussão em um “Café Filosófico”, em que todos possam relatar situações vivenciadas no cotidiano escolar; o objetivo será construir a cultura de paz na sociedade dessa fronteira, realizando também a ampla divulgação com confecção de cartazes e inserção nas redes sociais do município.
4. Implantar um Projeto de Enfrentamento ao Bullying, realizando atividades desde as séries iniciais até o final dos ciclos para que, ao longo do tempo, seja formada uma rede de multiplicadores entre os próprios alunos, estendendo também para toda comunidade escolar.
5. Promover parcerias com os professores para que incluam, no plano de aula, a temática do Bullying, como, por exemplo: após as informações sobre essa violência, os alunos podem confeccionar cartazes, banners a serem expostos em pontos estratégicos da escola, divulgação nas redes sociais sobre o projeto, apresentação teatral para as datas em que houver a presença dos pais, como reunião de pais, encerramento do ano, entre outras.
6. Promover rodas de conversa de forma planejada e sistemática com alunos e alunas do ensino fundamental, médio e EJA, estendendo a estudantes da área rural, com temas relacionados a questões próprias para as faixas etárias, temas levantados pelos próprios alunos, entre eles: violência doméstica; violência sexual; saúde reprodutiva, consequências de uma gravidez na adolescência e a responsabilidade de pai nesse

processo; o papel da mulher na sociedade, tipos de família, os sonhos que cada um tem para sua vida, dentre outros.

7. Fazer parceria com as outras políticas públicas, assistência social, saúde, tendo a educação como centro e âmbito onde os alunos se sentem mais seguros e protegidos para discutir temas próprios da adolescência: “o que é ser adolescente?”; “estou grávida, e agora?” “depois que nascer o bebe, ainda volto para a escola?” e outros que eleitos pelos alunos, professores e familiares.
8. Promover capacitação dos técnicos que atuam no Conselho Tutelar, CREAS, Defensoria Pública, Unidades de Saúde, Centro de Atendimento à Mulher, visando discutir as diferentes modalidades de violências, formas de identificá-las, como encaminhar e monitorar os casos de violência e os fatores de risco inerentes para as vítimas.
9. Instituir uma política de comunicação e divulgação na rede de atendimento sobre os temas e ações desenvolvidas pelos equipamentos de proteção das políticas públicas, tendo a escola como o ponto de concentração das informações.
10. Garantir a implementação da Lei 13935/2019, para que as escolas tenham equipes multidisciplinares com assistentes sociais e psicólogos, além do pedagogo-orientador educacional para desenvolver ações de suas competências e atribuições específicas de cada área de conhecimento; observar um número de profissionais proporcional ao número de alunos de cada escola.
11. Promover concursos públicos para técnicos a serem lotados nas respectivas políticas públicas, garantindo a continuidade do serviço e o comprometimento dos trabalhadores na realização do atendimento, encaminhamento e monitoramento dos casos de violações de direitos.

12. Garantir que haja, no hospital e unidades de saúde, assistentes sociais e psicólogos que atuem nas questões biopsicossociais dessa população usuária.
13. Promover campanhas sistemáticas junto aos caminheiros e trabalhadores braçais, população sazonal que adentram o município, com a participação de técnicos da saúde, Conselho Tutelar, Assistência Social, Educação e Defensoria Pública, visando sensibilizar esses trabalhadores sobre os riscos de cometer violência contra crianças e adolescentes dessa região fronteiriça.
14. Promover campanhas de sensibilização com a população local sobre os cuidados e prevenção quanto à saúde reprodutiva na adolescência, por meio de palestras em reunião de pais, na sala de espera das unidades de saúde, em reuniões de grupos nos equipamentos de proteção social.

Enfim, são sugestões que podem ser acatadas para o enfrentamento das questões de violência contra mulheres, adolescentes e crianças, e, em curto, médio e longo prazo consigam dirimir e até evitar o sofrimento dessa população que sofre violência sexual, violência familiar, entre outras que podem levar a tentativas de suicídios e ao caminho das substâncias psicoativas, além da gravidez precoce e indesejada que, certamente, mudará para sempre a vida de meninas e jovens que passam por isso.

Essa temática tem sido e sempre será passível de pesquisa, visto que não se esgota em um único estudo; outrossim, poderá servir como ponto de partida para outras pesquisas que obtenham novos resultados e avancem em direção ao enfrentamento contra todo tipo de violência contra mulheres, adolescentes e crianças, e como parâmetro para a construção e fortalecimento da rede de serviços oferecidos pelas políticas públicas destinadas para essas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo identificar as expressões da questão social enfrentadas por meninas e jovens que vivem na fronteira de Porto Murtinho/MS, bem como os fatores que dificultam o acesso a saúde e assistência social, além de levantar a problemática relacionadas, especificamente no que toca aos direitos à educação, aos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e meninos, que constitui um dos principais motivos da incidência de gravidez na adolescência.

As fronteiras têm suas peculiaridades e são atravessadas por culturas e modos de vida diferentes; precisam ter o olhar diferenciado por parte das gestões públicas, considerando-se os elementos que dificultam o acesso ao território, a forma como essa população recebe os serviços públicos oferecidos, as distâncias em relação à capital, e o fato de serem espaços marcados por trânsito de pessoas entre dois ou mais países.

Esses fatores implicam pensarem-se ações de cooperação mútua entre os países, que sejam voltadas para as pessoas que habitam os territórios fronteiriços, ou seja, ações que promovam a permanência das pessoas no território, com valorização da cultura, do seu povo, das relações existentes no contexto cotidiano de vida; enfim, é preciso que as pessoas tenham oportunidades de estudo, de trabalho e de construção da vida no ambiente em que nasceu e vive.

É preciso que haja uma política específica para as fronteiras brasileiras, quando se trata de educação para a saúde, considerando as especificidades das cidades pertencentes àquele território, os povos que ali habitam, tanto do lado brasileiro quanto dos países que fazem a fronteira com o país.

É imprescindível que sejam implementadas políticas que contemplem a educação para a saúde, pensando no que prevê o Programa Saúde na Escola – PSE, criado pelo governo federal em 2007, cuja finalidade é “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. (BRASIL, 2007). O objetivo é promover o fortalecimento das relações entre as redes públicas de saúde e educação, para que haja o enfrentamento das vulnerabilidades que se revelam em relação à saúde, e que implicam prejuízos na área da educação, ampliando a participação das famílias, melhorando a comunicação entre as escolas e as unidades de saúde.

Nas regiões de fronteira, é preciso pensar na implementação dessas ações, considerando não só crianças e jovens que vivem em situação de vulnerabilidade social em território brasileiro, mas também pensar em ações que possam atender as demandas dessa população migrante, que mora do outro lado dessas fronteiras. Pensar essas ações de forma conjunta entre os países pode fazer com que os municípios fronteiriços não sejam apenas lugar de passagem, mas sejam lugar de permanência, com oportunidades de condições dignas de vida para todos as pessoas que ali vivem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ivanise Hilbig de; PEREIRA JUNIOR, Osvaldo dos Passos. Dinâmicas da exploração sexual de meninas e meninos brasileiros nas fronteiras Brasil/Paraguai e Brasil/Bolívia em Mato Grosso do Sul. SCANDOLA, Estela Márcia Rondina; COMERLATO, Tânia Regina; RODRIGUES, Yane Saara (Orgs). Comitê Estadual de Enfrentamento da Violência e Defesa dos Direitos Sexuais de Crianças e Adolescentes de Mato Grosso do Sul. COMCEX -MS. **Infâncias escoadas**: estudos no setor sucroalcooleiro, nas fronteiras e na BR 163. Dourados, MS: UEMS, 2016.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base. Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude++Diretrizes.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 426 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007b.** Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. ECA - **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 11 jun. 2023a.]BRASIL. MS - Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência aumenta riscos para mãe e feto.** Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/14664-gravidez-na-adolescencia-aumenta-riscos-para-mae-e-feto>. Acesso em: 15 jun. 2023b.

BRASIL. **Lei n. 13.798, de 3 de janeiro de 2019.** Acrescenta art. 8º à Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13798.htm. Acesso em: 25 maio 2023.

BENITES, Maristela; MAMEDE, Simone; CENTENO, Carla Villamaina; ALVES, Gilberto L. Porto Murtinho, Mato Grosso do Sul, e o Corredor Bioceânico: caminhos possíveis para a sustentabilidade socioambiental. **Revista INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 20, n. especial, p. 267-284, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/interv20iespecial.2413>. Acesso em: 15 maio 2023.

CUSTÓDIO, André Viana. **A exploração do trabalho infantil doméstico no Brasil contemporâneo:** limites e perspectivas para a sua erradicação. 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo; SOUZA, Elza Moreira de. **Educação em saúde e educação na saúde:** conceitos e implicações para a saúde coletiva. Revista Ciência & Saúde Coletiva. n. 19. V.03. maro/2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 6 set. 2023.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. **Cidades e Estados.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MACHADO, Lourdes A. **Construindo a intersetorialidade.** Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersetorialidade/file>. Acesso em: 3 maio 2023.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa:** um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisas 1).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, técnica e arte:** o desafio da pesquisa social. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

OMS. **Organização Mundial da Saúde.** Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

RAFFESTIN, Claude. Prefácio. In: OLIVEIRA, Tito Carlos Machado (Org.) **Território sem limites:** Estudos sobre fronteiras. Campo Grande, MS: UFMS, 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde:** democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Emilia Senapeschi, Leina Peres (organizadoras). Curitiba: CRV, 2021. 156p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Bu5nOKw2FdzzQyn6DwK98cIYu500U6b9/view>. Acesso em 30 jul. 2023.

SANTOS, Benedito Rodrigues; MAGALHÃES, Daniela Rocha; MORA, Gabriela Goulart; CUNHA, Anna. **Gravidez na Adolescência no Brasil - Vozes de Meninas e de Especialistas**. Brasília: INDICA, 2017. 108 p.: il.: 21cm. (Documentos técnico, 4). https://www.unicef.org/brazil/media/1896/file/Gravidez_na_Adolescencia_no_Brasil.pdf. Acesso em: 9 maio 2023.

TONET, Ivo. **Método Científico**: uma abordagem ontológica. 2. ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

UNICEF. **Educação brasileira em 2022 - a voz de adolescentes**. 15 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/20186/file/educacao-em-2022_a-voz-deadolescentes.pdf. Acesso em: 16 maio 2023.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore; MARTINELLI, Maria Lúcia. L.; PAZ, Rosângela Dias O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 137, p. 7-13, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.198>. Acesso em: 10 maio 2023.

9

*Érika Rejane Rodrigues de Souza Fidélis
Jadir Dantas*

SAÚDE, DESIGUALDADE E VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO

INTRODUÇÃO

As violências contra as mulheres na fronteira do Mato Grosso do Sul constituem um dos graves problemas que carecem ser reconhecidos e enfrentados, tanto pela sociedade como pelos órgãos governamentais, através da criação de políticas públicas que contemplem sua prevenção e combate a violações de direitos, como também o fortalecimento das redes de apoio às vítimas. É imprescindível que esse fenômeno seja compreendido como uma questão coletiva e de direitos humanos, e não em nível individual e privado, pois, além de afrontar a dignidade da pessoa humana, impede o desenvolvimento do pleno exercício da cidadania desse grupo social.

A violação de direitos humanos e sociais de mulheres tem sido tema de debate, na sociedade atual. Embora se tenha chegado a grandes avanços, têm perdurado formas de subalternização e subjugação que ainda impactam as sociedades atuais e persistem em sociedades historicamente alicerçadas em sistemas patriarcais, nos quais a estrutura do poder familiar centra-se na figura do homem, seja qualquer membro masculino da família.

Essas concepções são fruto de uma construção social que se enraíza nas instâncias da vida social, permeando concepções “arcaicas” que associam o gênero a papéis sexuais, a partir de uma visão biológica na qual a mulher deve ocupar o espaço da casa associado à maternidade e à vida privada, e o homem, à vida pública.

A violência e a violação de direitos, sejam estas de qualquer natureza, têm impacto diretamente no bem-estar e na dignidade da pessoa humana. Assim, qualquer abordagem voltada para a temática da violência deve ser, inicialmente, interdisciplinar, procurando compreender a questão em suas diversas dimensões e facetas, uma vez que a solução desses conflitos não está apenas na penalização dos autores da violência, mas sim em educar e informar aos envolvidos

as possibilidades de prevenção e reabilitação. Portanto, para que esse tipo de violações não volte a ocorrer, não basta a punição; há que se educar e conscientizar sobre a necessidade de mudar.

Para combater as violações de direitos humanos contra a mulher é necessário romper os 'padrões' e normas sociais, tanto com a criação e execução de legislações protetivas, como, também, com a possibilidade de um atendimento direcionado e integrado efetivo no campo da saúde, envolvendo o campo social, psicológico e educativo. Afinal, o ser humano é, por essência, um ser da totalidade, ou seja, não é possível pensar a pessoa humana separada por partes. É necessário pensar a sua complexidade, como ser social, para além do seu caráter biológico, portanto, em sua integralidade.

Analisar o fenômeno da violência contra a mulher e direitos humanos no território fronteiriço é um desafio, tendo em vista que esses territórios constituem um cenário novo, nas pesquisas acadêmicas, em diferentes áreas do conhecimento. Apesar da crescente percepção interdisciplinar dos estudos sobre fronteiras, os problemas sociais discutidos em publicações científicas parecem, ainda, restritos, haja vista que se pautam, essencialmente, nas tensões sociais referentes ao tráfico de drogas, a temas econômicos, à política externa e legislações internacionais. A despeito dos avanços observados nas últimas décadas, ainda se veem poucas pesquisas, em contextos fronteiriços, que tratam e incluam as questões de gênero e direitos humanos.

Partindo da realidade que permeia a região de fronteira coloca-se, como principal questão problematizadora, a compreensão de como se dão as relações de classe, gênero, etnia e raça de mulheres transfronteiriças, também a análise em como acontecem as violações de direitos humanos de mulheres transfronteiriças da região de Mato Grosso do Sul.

Para o desenvolvimento desta pesquisa de cunho qualitativo, foram realizadas diversas visitas no município, lócus da pesquisa, localizado na fronteira Brasil – Paraguai, por meio das quais foi possível estabelecer um diálogo com profissionais da saúde, profissionais de órgãos de segurança pública e do poder judiciário, usuários do SUS, serviços públicos de atendimento à mulher.

Para a coleta de dados optou-se pela entrevista de forma dialogada, de modo a possibilitar aos entrevistados discorrerem sobre o tema em questão sem, contudo, estarem presos a um roteiro de questões. As entrevistas foram todas gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, a fim de revelarem as falas dos participantes e, desse modo, assegurar-se a riqueza e fidedignidade dos dados coletados para análise. Para que a identidade dos entrevistados fosse preservada, a identidade dos entrevistados, utilizou-se a sigla AJS seguida da numeração sequencial para cada um dos participantes da pesquisa.

Para a análise dos dados, inicialmente foi feita a transcrição das entrevistas, procurando agrupar os relatos em um mesmo eixo temático, a fim de facilitar a compreensão sobre os diálogos obtidos.

Este artigo apresenta os resultados encontrados na pesquisa sobre a questão de saúde e violência contra a mulher na fronteira Brasil-Mato Grosso do Sul-Paraguai. Não se pretendeu, aqui, esgotar esse tema bastante complexo, mas deseja-se contribuir de alguma forma para uma reflexão sobre a violência contra a mulher fronteiriça e direitos humanos.

TERRITÓRIO FRONTEIRIÇO, PATRIARCALISMO E INTERSECCIONALIDADES

A fronteira constitui um recorte analítico e espacial de diversas realidades sociais, políticas, econômicas, étnicas e culturais. Enquanto categoria de análise espacial, a fronteira envolve a volatilidade do capital e das relações de produção pelo território. Ademais, a fronteira é palco de encontros e conflitos transculturais e identitários, um espaço de compartilhamento de processos históricos, um lugar de passagem, de trânsito e circulação de mercadorias, seres, ideias, línguas, culturas e práticas sociais que criam territorialidades novas e paisagens com características próprias e particulares (PEREIRA, 2014). É nesse espaço que se delinea a fronteira Brasil-Paraguai, entrecortada pelo Rio Paraguai, em sua exuberante natureza ainda quase intocada, mas que se prenuncia novas construções simbólicas que se encontram na chegada de novos atores que se mesclam.

Na fronteira encontra-se o ser humano em seu limite histórico; nela se depara com as dificuldades antropológicas do que é o fazer história, histórias que superam as necessidades sociais, transformam relações sociais e, desta forma, criam a humanidade do homem. Caracteriza-se como um ponto limite de territórios que se redefinem incessantemente, litigados de modos diversos e por diferentes grupos humanos (MARTINS, 2019). Observou-se, por meio da pesquisa, que as histórias de fronteira dizem muito desse território; são histórias humanas, são histórias dos antagonismos de classes que dizem muito sobre esses espaços e que levam a conhecer as mulheres que ali residem, suas lutas, suas vivências, suas histórias.

Sob essa perspectiva, observou-se, no decorrer da pesquisa, que os processos interseccionais⁸⁵ estão evidenciados e presentes na constituição das mulheres fronteiriças. Portanto, refletir sobre mulheres na fronteira implica compreender quem são elas e como se entrecruzam gênero, raça e classe social frente à violência contra a mulher.

A interseccionalidade retrata o entrelaçamento que existe no sistema de opressão, dominação e discriminação, em uma sociedade patriarcal-capitalista; é uma demanda que, dentro de um sistema de proteção social, caracteriza a condição de vulnerabilidade social exigida para que essas mulheres tenham acesso a direitos sociais no Brasil. Em regiões de fronteiras, as mulheres tornam-se mais vulneráveis; ainda que em outras partes do país essa seja a realidade de milhares de mulheres, na fronteira, pelo fato de elas viverem no contexto de nações que possuem legislações e estruturas governamentais diferentes, distantes dos centros urbanos de poder, sem conhecimento suficiente sobre direitos e expostas à pobreza extrema, essas mulheres enfrentam uma situação de extrema vulnerabilidade. Nesse cenário, as mulheres são as vítimas mais frequentes da exclusão, da opressão social e da violência.

Um fator importante a ser considerado é a relação entre Fronteira e Patriarcado. A sociedade fronteiriça é fortemente fundamentada pela cultura e pensamento patriarcal, portanto, o território envolvido na pesquisa é caracterizado por relações desiguais, tanto nas relações de gênero, como nas interseccionalidades que determinam particularidades, expressando maiores relações de desigualdade providas da classe, raça e etnia, provocada por meio das bases configuradoras do sistema patriarcal.

85 O conceito de interseccionalidade, inicialmente proposto a partir de estudos e pesquisas feministas, se propõe a compreender como a articulação das diferentes categorias sociais (classe social, gêneros, raça/etnia, faixa etária, cor, sexualidades, corpos, entre outras) se encontram inter-relacionadas e estruturam a vida dos sujeitos, produzindo desigualdades e injustiças. É, também, uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (SADERNBERG, 2015).

O patriarcado é um conceito que surge, inicialmente, para designar um regime de organização familiar em que o pai, como chefe, tinha poder irrestrito sobre os membros da família.

Shneider (2016) argui que a palavra “patriarcado” se originou da combinação das palavras gregas *pater* (pai) e *arkhe* (origem e comando). Patriarcado é, literalmente, a vontade do pai. Entretanto, a palavra “pai” tinha outro sentido diverso daquele que é atribuído ao genitor. A palavra *pater* era aplicada a todo homem que tivesse autoridade e domínio sobre a família. Desse modo, a palavra patriarcado comportava a tríplice noção de autoridade, porém nenhuma noção de filiação biológica.

A herança patriarcal é um sistema construído a partir da terra, como constituição histórica de nossa herança nacional e fundamento da sociedade brasileira. Nesse sistema, as relações de poder se dão a partir da figura masculina e se fundamentam em relações opressivas, específicas das relações de gênero, estabelecem um processo de dominação-subordinação que pressupõe a presença de pelo menos dois sujeitos: dominador(es) e dominado(s) (CUNHA, 2014).

A sociedade, de maneira geral, não especificamente na fronteira, é permeada não apenas por discriminações de gênero, mas também de raça, etnia, classe social e orientação sexual; o patriarcado está em todas elas. Tais eixos perpassam a estrutura social em que ocorrem todas as relações sociais. Ninguém escapa, no entanto, da ordem de gênero patriarcal. O direito patriarcal perpassa não só a sociedade civil, como também o Estado, a cultura. A mulher, a princípio, é discriminada por ser mulher, como se essa condição a tornasse incapaz, incompleta ou falha para determinados espaços societários.

O sistema de exploração patriarcal estabelece a opressão comum, específica e principal das mulheres: comum, porque abrange todas as mulheres casadas; específica, porque a obrigação de fornecer serviços domésticos gratuitos é só das mulheres;

principal, porque, mesmo quando elas trabalham 'fora de casa', o pertencimento de classe derivado é condicionado por sua exploração como mulheres. O ganho da mulher no trabalho assalariado era anulado pela retirada do valor dos serviços venais que eram obrigadas a comprar para substituir seus serviços gratuitos. Para trabalhar fora de casa, a mulher deve realizar primeiramente suas 'tarefas domésticas' - o que geralmente a impede de trabalhar fora ou lhe impõe uma dupla jornada de trabalho. Por sua vez, o sistema capitalista aproveita-se para desconsiderar o valor do trabalho da mulher, por ela ter que conciliar uma dupla jornada de trabalho - o trabalho doméstico e o trabalho na indústria. Desse modo, a mulher passa a ser explorada não só pelo patriarcado, mas também pelo capitalismo (DELPHY, 2015).

A violência contra a mulher, seja em âmbito familiar (violência doméstica) ou em espaços públicos, é compreendida como um dos principais obstáculos para a garantia dos direitos humanos e das liberdades fundamentais de mulheres e meninas. Trata-se daquela exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente unidos à forma de violência. Assim, afeta as mulheres pelo simples fato de pertencerem a esse sexo, ou seja, é a violência praticada pelos homens para metem o controle e o domínio sobre as mulheres.

Delphy (2015) denuncia a opressão às mulheres em relação à participação delas no trabalho doméstico e na criação dos filhos, analisados como tarefas produtivas e não exclusivamente reprodutivas. Em seu estudo, a autora aponta a existência de um modo de produção patriarcal que atua simultaneamente ao capitalismo, pois o produto do trabalho das mulheres é para seus maridos, uma vez que eles não as remuneram pelo trabalho que fazem aplicados aos produtos domésticos e a produções para o mercado. Essa situação é comprovada, segundo a autora, em todos os setores em que a unidade de produção é a família, isto é, na maior parte da produção agrícola, no comércio e nas atividades por conta própria (DELPHY, 2015).

A pesquisa realizada mostra que o patriarcado como sistema de dominação dos homens sobre as mulheres está presente tanto na esfera familiar quanto no âmbito social, trabalhista e político, compondo a dinâmica social como um todo. Também se evidenciou que esse sistema tem penetrado o inconsciente de homens e mulheres, individual e coletivamente, como categoria social, um sistema de dominação que acontece em territórios de historicidade rural, no qual existem tensões de disputa de poder, de espaço entre homens e mulheres, mas também de homem para homens, e de mulher para mulheres, cujo ponto de partida é o patriarcado.

DESIGUALDADE DE GÊNERO: QUANDO A VIOLÊNCIA DE GÊNERO É CONTRA A MULHER

Considera-se a violência como o uso da força física e do constrangimento psíquico para obrigar alguém a agir de modo contrário à sua natureza e ao seu ser, como violação da integridade física e psíquica, da dignidade humana de alguém. "(...) violência se opõe à ética, porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos" (CHAUÍ, 2000, p. 337), a parte dominada incorpora a forma de pensar do dominante, usa sua linguagem, subjuga-se e cede.

[...] a violência deseja a sujeição ou a supressão midiada pela vontade de outro que consente em ser suprimido na sua diferença. [...] a violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que a domina (CHAUÍ, 2000, p. 3).

Minayo e Souza (1998) recomendam que, ao analisar as questões sobre violência, deve-se levar em consideração as relações socioeconômicas, políticas e culturais específicas, diferenciando todas essas categorias no tempo e no espaço. Pode-se afirmar que toda violência social tem caráter revelador de estruturas de dominação, de exploração, e surgem como expressões de contradições entre os que querem manter o poder e os que se insurgem contra a opressão.

No caso da violência contra a mulher, pode-se considerar como aspecto importante nesta reflexão, a relação entre opressão e exploração, que está, na maioria das vezes, diretamente relacionada à questão da relação estrutural entre patriarcado, racismo e capitalismo. Portanto, ao pensar a violência contra a mulher no âmbito da fronteira, deve-se partir do campo da interseccionalidade, e, nesse sentido, considerar as histórias de vida, território, fatores psicossociais, econômicos, culturais, de gênero e classe.

Essas categorias que se inter cruzam e estão relacionadas ao sistema de opressão, exploração e discriminação tomam uma dimensão maior quando expostas a condições de vulnerabilidade social. Nesse sentido, torna-se uma questão de saúde pública, quando o limiar das desigualdades implica diretamente nas condições de vida, assim, conforme considerado por Minayo (2020, p. 5).

Violência não é um problema médico típico, é, fundamentalmente, um problema social. [...] a violência afeta muito a saúde e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

E mais, a autora afirma que as situações de violência contra a mulher:

[...] provocam morte, lesões graves e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais, diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde, coloca novos problemas para o atendimento médico; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada dos serviços públicos de saúde (MINAYO, 2020, p.5).

Desse modo, lesões, traumas e mortes causadas por violências contra as mulheres provocam não apenas altos custos emocionais e sociais para as mulheres, mas também de segurança pública. Além disso, os impactos sobre a saúde mental e física que tais danos provocam nas vítimas e em suas famílias que chegam ao SUS, revertem em gastos com emergência, assistência e reabilitação, pressionando os serviços públicos para soluções rápidas e eficazes.

Como já referido, em regiões de fronteiras, cujo contexto é caracterizado por duas nações com leis, normas e estruturas de governo diferentes, as mulheres tornam-se mais vulneráveis. Ademais, esses territórios, na maioria das vezes, situam-se distantes dos grandes centros urbanos, muitos deles em áreas rurais e de pouca densidade populacional, um dos motivos que limitam o acesso à defesa de direitos. Nesse cenário, as mulheres são as vítimas mais frequentes da exclusão, da opressão social, das diferenças de hierarquias procedentes da forma de organização da sociedade. Essas diferenças hierárquicas são apropriadas pelo capital, na sua atividade de produção e reprodução de desigualdade agregada ao processo de acumulação, a "(...) opressão de classe que coincide com a opressão do sexo feminino pelo sexo masculino" (ENGELS, 1984, p. 22).

Como território proveniente de conquistas de terra e das grandes extensões rurais, nos dois países, a história da região fronteira Brasil-Mato Grosso do Sul-Paraguai remete a um sistema patriarcal, a relações de domínio sobre as propriedades, as coisas e

sobre as pessoas. Evidencia-se essa questão no depoimento de um dos operadores de políticas públicas entrevistado:

...os casos de violência contra a mulher ocorrem no município por ser uma região de visão ainda machista, conservadora, onde a mulher é vista como propriedade, posse, geralmente estão relacionados a álcool e drogas (AJS. 1).

O capitalismo-patriarcal contribui para a manutenção do poder, e para o quadro social de desigualdades, opressões e violências no que concerne à ordem patriarcal de gênero, à raça/etnias e às classes sociais. Esses três sistemas de dominação-exploração fundiram-se de tal maneira, que será impossível transformar um deles sem que os outros sejam atingidos.

O interesse em estudar a violência cometida contra mulheres na fronteira provém justamente do fato de esse território ser, majoritariamente, dominado por homens, os quais, por estarem no comando, determinam as hierarquias, antagonismos e contradições das relações sociais. Essas relações são pautadas na ordem patriarcal de gênero, sustentando o sistema de exploração-dominação-opressão formado pela sociedade capitalista; constituem, portanto, um determinante importante para se pensar saúde no território, pois as implicações decorrentes de situações de violência contra a mulher geram fortes impactos nos serviços públicos de saúde, assistência social e escolar.

Nesse sentido, entender violência como um determinante de saúde implica refletir sobre o modo como o território lida com a violência e seus fatores de agravos, e como os enfrenta, cotidianamente, em seus programas de prevenção e enfrentamento, a fim de mudar culturas fortemente arraigadas.

Os dados da violência contra mulheres registrados no Brasil são preocupantes, haja vista que os números apontam um fenômeno que desconhece classes sociais, culturas, grau de desenvolvimento

econômico, e ocorre em qualquer lugar; porém, no espaço doméstico esse índice é maior, e é praticado em qualquer etapa da vida das mulheres, por desconhecidos ou conhecidos, normalmente membros da família, maridos, namorados e companheiros. Em Mato Grosso do Sul, esses dados apresentam-se com alto índice. No ano de 2022, o estado registrou cerca de 43 ocorrências de mulheres mortas, maior número registrado desde a criação da Lei do Feminicídio n. 13.104, em 2015. Esses dados apontaram um aumento de 28% em relação ao ano de 2021 (BARROS, 2022).

Na região de fronteira, essas questões se agravam na medida em que o patriarcalismo se apresenta como principal estimulador à violência contra a mulher. No município de fronteira pesquisado, observaram-se diversos casos de violência, com destaque à violência doméstica, atrelados à cultura machista e casos de dependência química, além da falta de perspectivas das mulheres com relação à formação educacional e qualificação profissional, à cultura dominante do casamento como ideário construído para a vida, e aos acentuados casos de profissionais do sexo e exploração sexual infanto-juvenil, diretamente ligados ao turismo da pesca⁸⁶.

Pode-se, portanto, ressaltar que há prostituição de mulheres e exploração sexual de meninas, residentes na própria cidade e, também, residentes em outras cidades de Mato Grosso do Sul e outros estados brasileiros, principalmente provenientes do interior

86 Leia mais em Àquele Mato: Pesca é fachada para turismo sexual em MS <https://wp.me/pa7CFS-3Ma> - A pesca disfarça o turismo sexual em Mato Grosso do Sul. Principalmente na região de Corumbá e de Porto Murtinho, o turismo da pesca no Pantanal é o principal atrativo turístico da região. Mas junto a isso, o turismo sexual encontra-se presente também na economia local. Geralmente, o serviço é oferecido dessa forma: o guia turístico é o intermediário desses encontros, que são contratados por hora ou por noite. Ele contrata um piloto para transportar a mulher até o barco e trazê-la de volta à cidade após o encontro. Embora haja clientes da região, os pacotes geralmente são voltados aos turistas de outras localidades do país. Principalmente turistas das regiões Sudeste e Sul do país. Através do turismo sexual é formada uma rede de relações socioeconômicas de grande proporção para o desenvolvimento local. Disponível em: <https://aquelemato.org/pesca-e-fachada-para-turismo-sexual-em-ms/#:~:text=N%C3%A3o%20%C3%A9%20novidade%20que%20a,do%20turismo%20sexual%20ainda%20acontece>.

do Paraná. As mulheres que não residem permanentemente na cidade deslocam-se em migração pendular⁸⁷ e ou sazonal⁸⁸, ou seja, em tempos da pesca, em busca de demandas do trabalho sexual.

Nos depoimentos provenientes das entrevistas realizadas nesta pesquisa, como se vê no decorrer do trabalho, observa-se que a barreira cultural do patriarcado está enraizada na fronteira, tanto em território brasileiro como no território paraguaio, fato mencionado pela população local participante da pesquisa realizada. Assim, embora o território resguarde historicamente espaços de dominação masculina por se tratar de regiões que retratam heranças machistas, “[...] não se vivem sobrevivências de um patriarcado remoto; ao contrário, o patriarcado é muito jovem e pujante [...]” (SAFFIOTI, 2004, p. 60).

Foi possível evidenciar-se raízes do patriarcalismo, no território lócus da pesquisa, como sistema que se sustenta a partir de uma economia doméstica organizada, em que as mulheres são vistas apenas como meros objetos de prazer e reprodutoras tanto da força de trabalho doméstico quanto da geração de herdeiros. A família dita patriarcal “permite perpetuar a opressão específica das mulheres com o sexo” visto que, “o sistema familiar está baseado na escravização doméstica e na dependência econômica da mulher” (WATERS, 1979, p. 81).

As mulheres transfronteiriças, provenientes de famílias vulneráveis, reproduzem o ciclo da divisão sexual do trabalho, que tem marcado toda a história da sociedade de classes, em que, à mulher, são destinados o trabalho doméstico e a procriação. A atribuição do trabalho doméstico assalariado ou em sua própria casa contribui para lhe dar um determinado lugar na sociedade, ao tempo em que contribui, também, para o aumento de casos de violência doméstica.

87 É definida como o deslocamento diário de pessoas de uma cidade para outra para cidade, estado ou país, neste caso, como deslocamentos na fronteira.

88 Define-se como uma migração temporária com objetivo específico, como estudar e trabalhar.

Souza-Lobo (2011) afirma que não é possível separar as relações de produção das relações sociais das quais as relações de sexo são, indiscutivelmente, parte constitutiva. Ainda segundo a autora, estudos sobre o tema divisão sexual do trabalho indicam que a subordinação é o aspecto em comum dos mais variados trabalhos realizados por mulheres. A divisão sexual do trabalho “[...] constrói e reconstrói mecanismos de sujeição e disciplinamento das mulheres, produz e reproduz a subordinação do gênero dominação” (SOUZA-LOBO, 2011, p. 174), cujo resultado é a desigualdade decorrente da apropriação pelos homens das funções com maior valor social.

Além do mais, é possível observar o ciclo reprodutivo de geração em geração, no qual às mulheres dá-se à responsabilidade dos filhos e/ou ainda a reprodução da exploração sexual de meninas por suas próprias famílias, ciclo que se reproduz, algumas vezes, entre gerações de aliciamento familiar para o sexo, situações difíceis de serem rompidas, mas que são reforçadas na cotidianidade das fragilidades das desigualdades sociais vigentes.

Foi possível perceber que as desigualdades sociais são tão expressivas que a naturalização dessas questões se expressa no modo de ver e pensar sobre as mulheres sob um viés de culpabilização e/ou vitimização, mas, principalmente, do não enfrentamento da problemática como uma questão social premente de saúde pública. Em nenhum momento, por exemplo, observou-se algum programa público de intervenção e prevenção à situação, ao menos conhecido. Também não foram raras as vezes em que se teve notícia de abuso, aliciamento e/ou sequestro de crianças/adolescentes por parte de algum indivíduo com idade maior idade; em alguns casos, mesmo sob denúncias, nada foi feito para reverter tal situação.

As fronteiras adquirem significados de aceitação e/ou naturalidade quando as relações de força se dão no âmbito dos territórios que se dialogam entre intensidades de dominação e apaziguamentos nas relações de poder. Na fronteira, muitos são obrigados a se

calar diante de alguma adversidade contestada, sob ameaça velada que se transparece nas relações cotidianas do território.

A violência contra a mulher adquire, portanto, uma feição de naturalidade, diante da ordem de que a mulher esteja sob a tutela, sob o comando, sob o poder de alguém do sexo masculino, mas, principalmente, sob relações de dominação.

Como já referido, anteriormente, a falta de escolaridade conduz à falta de oportunidades de trabalho e maior autonomia da mulher pobre que reside em área de fronteira. Desse modo, as mulheres com pouca escolaridade que residem próximas a áreas rurais acabam trabalhando nas fazendas, mas não são contratadas para o trabalho na agricultura e, sim, para o trabalho doméstico. No que tange à violência doméstica, apontada como uma das mais vivenciadas pelas mulheres que residem na fronteira Brasil – Paraguai, os participantes da pesquisa apontam que além da violência física e psicológica, a violência patrimonial tem-se apresentado com bastante frequência, em que as mulheres que trabalham cedem sua remuneração para manter o sustento da casa ou repassar ao companheiro.

Em muitos casos de apropriação do trabalho e da remuneração da mulher, acrescentam-se, ainda, outras violências, como a psicológica, moral e física. O perfil dessas mulheres, geralmente, é de pessoas de baixo nível educacional, na maioria dos casos, ainda não se realizaram profissionalmente ou trabalham para sua subsistência, não dispendo de capital suficiente para manterem a sua própria vida.

Mencione-se, também, a falta de inserção dessas mulheres no mercado de trabalho. As que residem na fronteira, muitas vezes, não possuem escolaridade e/ou qualificação necessárias para acessar o mercado de trabalho e ficam à mercê do sustento promovido pelo companheiro ou por algum membro masculino da família. Essas mulheres acabam se sujeitando à completa dependência econômica.

Embora o depoimento a seguir expresse uma certa confusão sobre a violência patrimonial, ele expressa as condições de sujeição das mulheres que dependem economicamente de seus companheiros.

Há muita violência doméstica patrimonial, porque é uma região muito carente, tem poucos empregos, principalmente para as mulheres, os que surgem são trabalhos nas fazendas da região, as mulheres não são contratadas vez que, os fazendeiros acreditam que elas não dão conta do trabalho braçal. É um trabalho que na região tem predominância masculina. Resultado de todo esse cenário é a violência patrimonial, porque o homem acaba dominando o orçamento da família, é o homem que decide o que vai comprar e o que não vai. As mulheres daqui não conseguem romper o ciclo da violência devido a dependência econômica (AJS.2).

A análise da divisão sexual do trabalho permite perceber nuances da exploração capitalista, muitas vezes despercebidas devido à naturalização da subalternidade das mulheres presente na sociedade. Não compreender as questões da categoria gênero presentes nas relações de trabalho é criar uma “distorção que aproxima o discurso sociológico da sociedade espontânea. Ambos partem do natural – portanto, invisível e inquestionável – divisão sexual de papéis sociais” (SOUZA-LOBO, 2011, p. 119).

A naturalização dos papéis nomeados como ‘femininos’ responde diretamente aos interesses do sistema capitalista, tendo como finalidade os aumentos dos seus lucros e a diminuição dos custos da reprodução da força de trabalho. Ao executarem trabalhos domésticos não remunerados e ao serem totalmente responsáveis pelos cuidados dos filhos, essas mulheres estão desempenhando funções essenciais para o funcionamento contínuo e uniforme do sistema capitalista (VELOSO, 2001).

Numa região na qual predominam as relações de dominação masculina, o homem se apropria da mulher, do seu trabalho e da própria remuneração que ela recebe. É importante destacar que na região de fronteira as mulheres pobres nunca deixaram de trabalhar, mas a violência é mais intensificada, pois, além de se submeterem ao jugo do marido/pai/irmão, estes ainda se apropriam de seu próprio trabalho, numa dupla relação de violência e subjugação.

A violência financeira se imprime como mácula na humanidade sob diversas modalidades. Os agentes públicos entrevistados revelam, em seus discursos, a dominação masculina em relação à feminina, o poder e a autoridade como provedor e chefe da casa, como também a subordinação, dependência psicológica e econômica dessas mulheres, tanto do lado brasileiro como paraguaio.

Nesse campo de trabalho, essas mulheres assumem o papel da jornada dupla ou tripla, na qual trabalham normalmente oito horas diárias, no trabalho doméstico assalariado, e quando chegam em casa continuam executando o trabalho doméstico da casa, cuidando dos filhos, do marido, da família extensa – pais e tios, entre outros. Muitas vezes essas mulheres sustentam as casas, mesmo compartilhando-a com outros membros adultos, ou ainda são mães solo e, então, constituem-se chefes de família.

No trabalho, mulheres chefes de família costumam ter renda mais baixa, precisam conciliar horários de casa e horários de trabalho, precisam de apoio para cuidar dos dependentes enquanto trabalham, sofrem, frequentemente, exclusão do emprego por causa de demandas da casa, muitas vezes são excluídas de direitos como o da previdência social.

De acordo com os depoimentos colhidos nesta pesquisa, a violência contra a mulher de região de fronteira se faz sob o jugo do patriarcalismo, do machismo estrutural, que dá força à dominação e ao poder desencadeados sob os ciúmes doentios e fomentados

pelo uso abusivo de álcool e drogas, um problema recorrente em regiões de fronteira, devido ao fácil acesso por meio do tráfico ilegal e criminoso. Segundo Minayo (1997), indicadores empíricos sugerem que drogas e álcool desempenham importante papel nos contextos em que são usados, contudo, sua importância é, em grande medida, dependente de fatores individuais, sociais e culturais historicamente construídos.

Este é um ciclo difícil de ser rompido, tendo em vista os valores arraigados como o não reconhecimento da violência, por parte das mulheres, pois, seja em casamentos formais ou em uniões estáveis, elas acreditam que as condutas dos companheiros devem ser aceitas, em respeito à posição de poder do homem dentro do ambiente doméstico e à dependência econômica.

Ressalta-se que as formas de violência doméstica (física, psicológica, moral, patrimonial/financeira, sexual) não são excludentes e, na prática, apresentam-se sobrepostas, com um ou mais tipos de violências verificadas em um mesmo caso. Acrescentem-se as questões de raça, etnia, território, vivências e histórias de vida, entre outras. Nesse sentido, denota-se que, em regiões de fronteira, há mulheres brasileiras e paraguaias, que se situam nos diversos territórios - brasileiras que residem em solo paraguaio e paraguaias que residem em solo brasileiro.

Nesse sentido, destaca-se a questão da documentação, a qual se trata de uma violação de direitos. Muito facilmente encontram-se mulheres paraguaias que, embora residam no Brasil há muitos anos, ainda não possuem documentos de regularização brasileira; situam-se à margem da sociedade, pois não conseguem acesso às políticas públicas pelo não reconhecimento à cidadania brasileira. Da mesma forma, é possível localizar mulheres brasileiras que residem em território paraguaio sem que tenham a documentação necessária regularizada para tal. Mencione-se que, na pesquisa realizada, foram encontradas mulheres que não possuem nem documentação brasileira e nem paraguaia, o que denota o nível de invisibilidade em que se encontram.

Ao adicionar as questões de violação de direitos referente à documentação, retomam-se os casos de violência e/ou violência doméstica. Uma característica dessa região é a configuração de famílias binacionais, em que um dos cônjuges é estrangeiro, na região existe tanto a situação de mulheres brasileiras que residem no Paraguai quanto de mulheres paraguaias que residem no Brasil. A condição de estrangeira aparece na pesquisa como mais um fator de vulnerabilidade dessas mulheres. Os agressores dessas mulheres falam que elas não têm direito a nada porque são estrangeiras (aqui se englobam diversas questões, tais como: guarda de filhos, posse e partilha de bens comuns, permanência em emprego, assistência médica, assistência judiciária.). O desconhecimento de seus direitos como estrangeiras acaba, muitas vezes, contribuindo para a perpetuação da situação de violência, seja ela psicológica, moral ou física:

Atendo muitas mulheres Paraguaias que sofreram violência na Isla Margarita em Carmelo Peralta, como também em Porto Murtinho; quando elas não têm uma situação regularizada no Brasil, elas sofrem mais violência doméstica, são mais vulneráveis, porque não tem documentação, não tem como trabalhar formal, vivem de favores, de bicos (AJS.2)

Além dessas situações já apontadas, pode-se considerar que as mulheres transfronteiriças Brasil - Paraguai apresentam algumas singularidades, pelo simples contexto de fronteira em que estão situadas. Elas lidam com questões culturais diferenciadas e ao mesmo tempo misturadas em contextos de um território que é uno e múltiplo, ao mesmo tempo; dessa forma, também as famílias se mesclam (brasileiros com paraguaias, paraguaios com brasileiras), expressando contextos de famílias multiculturais que desencadeiam formas específicas de ser.

Muitas vezes essas mulheres paraguaias e/ou brasileiras residentes no Paraguai cruzam a fronteira em direção à cidade brasileira em busca de atendimento médico para si e seus filhos, quando não podem ser atendidos na cidade paraguaia. Os problemas são

parecidos e, ao mesmo tempo, diversos, conflituosos, quando se trata da questão fronteiriça.

É senso comum que as mulheres de fronteira são de fibra, de enfrentamento, o que é uma verdade, pois enfrentam cotidianamente diversidades. Todavia, contraditoriamente, em casa, no âmbito de suas famílias, a violência doméstica ainda resiste em se constituir um ciclo patriarcal de violência de gênero reforçado pelas representações constituídas ao longo da história local e que deve ser rompido e enfrentado.

A condição fronteiriça impõe desafios específicos para solução do fenômeno social violência de gênero. Por se tratar de um território em que os problemas relacionados à criminalidade e à segurança são mais visíveis e solucionados com urgência, casos de violência contra a mulher recebem uma atenção secundária e levam mais tempo para serem resolvidos, o que revela que existe uma carência de projetos e políticas públicas voltados para esse fim.

DETERMINANTES DE SAÚDE E VIOLÊNCIA NA FRONTEIRA

No decorrer da pesquisa, constatou-se que existe uma série de variadas violações dos direitos das mulheres que, entretanto, são reiteradas não apenas em território fronteiriço, mas em todo o país, por isso, mereceram maior atenção. O balanço das últimas três décadas permite apontar que o movimento internacional de proteção dos direitos humanos das mulheres concentrou-se em três questões centrais: a) a discriminação contra a mulher; b) a violência contra a mulher; e c) os direitos sexuais e reprodutivos (PIOVESAN, 2015).

Os direitos tradicionalmente violados dentro da categoria gênero são aqueles que recebem maior destaque na luta da mulher por reconhecimento da igualdade de direitos. Mencionam-se alguns:

- a. **A violação da autonomia feminina** - Um dos grandes problemas enfrentados na luta da mulher pelo fim da violação de seus direitos é de o homem considerar que a mulher ainda é sua propriedade e, como tal, deveria se comportar, falar, agir, e pensar sempre com o foco voltado para a permissão masculina. O direito à autonomia feminina também faz parte desse pensamento enraizado no sistema patriarcal. As relações desiguais de gênero transformam diferenças em desigualdades hierárquicas com o fim de dominar, explorar e oprimir. A ação violenta trata o ser dominado como objeto e não como sujeito. Dessa forma, o ser dominado perde sua autonomia, sua liberdade, compreendida como “capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir” (CHAUÍ, 1985, p. 8).
- b. **O abuso à integridade psíquica e física; figuras de auto-ridade** - A violação aos direitos da mulher abrange, além da violência física, aquela visível e palpável, destacando aqui a violência sexual - estupro; também a violência psíquica, esse tipo tão pernicioso e humilhante quanto a violência física, pois atinge não apenas a integridade física, mas envolve, especialmente, o íntimo do ser humano, paralisa-o e, muitas vezes, é mais duradoura e danosa, além de mais difícil de ser investigada, denunciada e punida.
- c. **A violação de direitos através figuras de autoridade** (sociedade e família) - Um grande problema relacionado à violação dos direitos da mulher, em nossa sociedade, é o fato de que, por serem consideradas como seres de conotação inferior, pelo modelo patriarcal em que vivemos, qualquer figura masculina se sente à vontade para impor sua

imaginada superioridade. Tanto no seio familiar, como em tempos mais modernos, no ambiente de trabalho, ou até mesmo perante figuras que estariam presentes como personagens de proteção do Estado aos cidadãos, a mulher sofre ataques emocionais, muitas vezes irreversíveis. Os estudos sobre impacto das ações do Estado (AQUINO; CAMARGO, 2003), sobre o problema da violência contra a mulher, apontam uma difícil trajetória das vítimas, repercutindo, inclusive, em situações de revitimização. Esta acontece nas dificuldades do atendimento, de acolhimento inadequado, de falta de uma escuta não-julgadora, de imposição de condutas e resoluções que não encontram adesão de parte das usuárias dos serviços, e de ausência de acesso aos meios jurídicos e de proteção que viabilizem o respaldo da vítima frente ao agressor, levando muitas vezes à perda de vidas (AQUINO; CAMARGO, 2003). Há, também, necessidade de melhor estruturação da segurança pública no município, em especial no tocante aos recursos humanos, o que aparece na pesquisa como uma fragilidade do sistema que dificulta o combate à violência contra a mulher.

d. Reconhecimento como igual dentro do núcleo familiar

- À mulher, historicamente, sempre foi reservado um papel coadjuvante dentro do núcleo familiar. Quando filha/irmã, é direcionada a se posicionar com submissão em relação aos membros do sexo masculino com os quais possuem relação de parentesco. Quando esposas/mães, recebem a obrigação de relacionar-se com os afazeres domésticos e o cuidado dos filhos, mas sem participação ativa na administração de sua própria família ou dos membros do seu núcleo familiar. Além disso, há o fenômeno recorrente da violência doméstica relacionada à mulher. Por ser considerada objeto/propriedade de seus familiares do sexo masculino.

- e. Violência contra a mulher** - A violência doméstica, seja em âmbito familiar ou comunitário, é compreendida como um dos principais obstáculos para a garantia dos direitos humanos e das liberdades fundamentais de mulheres e meninas; não se trata apenas de uma violação de direitos humanos, mas, também, um problema de saúde pública. Mulheres envolvidas em relacionamentos abusivos sofrem mais estu-
pros, gravidez indesejada, abortos, doenças sexualmente transmissíveis e homicídio, e é uma situação tão endêmica que afeta não apenas a mulher, mas implica em consequên-
cias sociais e emocionais também para seus filhos.
- f. O direito à vida** - Um dos resultados da violência contra a mulher é o feminicídio, que difere do homicídio comum, pois sua motivação é o assassinato de mulheres com uma única finalidade apenas; no gênero mulher, é considerado feminicídio quando uma mulher é morta exatamente por ser mulher, geralmente por homens de sua convivência, em um contexto de sentimentos de posse. É possível reconhecer a violação de direitos direcionadas ao gênero feminino como a conduta que, tanto de forma omissiva como comissiva, discrimine, agrida ou coaja uma pessoa especificamente devido ao fato de ser mulher, causando sua morte, dano, constrangimento, limitação e/ou sofrimento de cunhos físico, sexual, moral, psicológico, social, econômico/patrimonial e político (CNJ, 2007).

Portanto, é necessário entender e analisar esses direitos que são tradicionalmente violados, contextualizando a realidade e a dinâmica discriminatória contra o gênero feminino que ocorre na atualidade, buscando a quebra dos paradigmas da superioridade masculina, do machismo e do patriarcado, como, também, uma solução para essa problemática não só nos territórios fronteiriços, mas em todo o país.

Pelo fato de a fronteira constituir um espaço que apresenta diversas questões de vulnerabilidades sociais, conforme os que foram apontados aqui - as que envolvem violências doméstica, exploração sexual de mulheres e meninas, desigualdades sociais, desemprego, como também a cultura patriarcal de dominação e opressão presente em suas estruturas sociais e de poder, a falta de políticas públicas de proteção a essas mulheres e meninas, falta de estruturas físicas e de pessoal preparados para o atendimento às vítimas como também ao agressor -, entende-se que esse território merece uma maior atenção do poder público, como também da academia, com novos estudos, novos olhares e proposições para o enfrentamento e trabalho intersetorial das políticas públicas.

Ressalta-se que, conquanto se mencionem essas violações, não significa dizer que exista um tipo de violação que mereça maior ou menor atenção que a outra, visto que qualquer ato praticado contra a mulher, que fira sua integridade física, sexual, moral ou psicológica é digno de repreensão, sanção, tanto na área jurídica como na área social.

PROPOSTAS E INDICATIVOS DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE CONTRA A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA CIDADE DE PORTO MURTINHO - MS

Como reiterado, ao longo deste texto, é importante entender-se que, para enfrentar a cultura machista e patriarcal, são necessárias políticas públicas transversais que atuem modificando a discriminação e a incompreensão de que os Direitos das Mulheres são também Direitos Humanos. Destaca-se, conforme defende Furtado (2009), que a faixa de fronteira brasileira deve ser considerada

território de prioridade para o desenvolvimento, mediante a construção de instrumentos legais com natureza multinacional.

Para transformar a visão social de subordinação de gênero (mulher), requer-se uma ação conjunta e articulada entre os programas existentes nos dois municípios da fronteira, de políticas públicas, qual seja, a equidade entre homens e mulheres, a criação de um caminho digno para modificar a violência em geral e de gênero, em particular, cujo objetivo maior somente será cumprido com a plena e total participação da sociedade civil como um todo.

Desse modo, após comprovação da falta de ações preventivas e de acolhimento às vítimas brasileiras e paraguaias de violência doméstica, como, também, devido ao papel preventivo/repressivo da Lei Maria da Penha - Lei 11.340/06 (Brasil, 2006), recomendam-se as seguintes ações:

1. Apoio e divulgação de campanhas educativas pela cultura de não violência voltadas ao público brasileiro e paraguaio, em português e espanhol, a serem realizadas em pontos de grande aglomeração do público-alvo, tais como: feira livre, igrejas, escolas, unidades de saúde.
2. Criação de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres na fronteira, tanto no lado brasileiro como paraguaio.
3. Palestras recorrentes voltadas à explicação da Lei 11.340/06 - Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), nas duas línguas, às mulheres brasileiras/paraguaias, as quais também são detentoras de proteção perante a lei, nas duas línguas, também nos locais mencionados no item anterior.
4. Programas de grupos de reflexão e educação para agressores, pautados na desconstrução da cultura machista e na

promoção de relações de igualdade de gênero. A iniciativa dos grupos é essencial para a educação do homem, tendo em vista a situação de desigualdade e de discriminação que a mulher ainda sofre.

5. Campanhas que mobilizem a sociedade civil como forma de prevenção à violência de gênero e, fundamentalmente, entre as(os) profissionais de segurança pública, profissionais de saúde, profissionais de assistência social que atendem as vítimas. Curso de formação para profissionais de segurança pública e agentes públicos, em geral, que estão envolvidos no atendimento às vítimas de violência, específico para lidar com as particularidades da região de fronteira e seus habitantes, em especial os migrantes, para que os mesmos possam, quando questionados ou precisarem, saberem explicar às vítimas seus direitos e deveres, pois acreditamos que, a grande maioria das vítimas, não procuram seus direitos por não saberem que os tem, nem qual local procurar.
6. Realização de oficinas dirigidas às mulheres brasileiras/paraguaias pautadas em conteúdos afirmativos com relação ao papel da mulher na sociedade e disseminar ações que promovam a mudança de paradigma em relação aos papéis masculino e feminino.
7. No Brasil, sugere-se maior divulgação dos órgãos de atendimento à mulher (folders, nos dois idiomas), com telefone e endereços desses locais, tais como: Delegacia de Polícia Civil, CREAS, Defensoria Pública, Posto de Saúde de atendimento à Mulher etc.
8. Criação de um ou mais postos policiais federais em toda a fronteira Brasil-Mato Grosso do Sul-Paraguai.
9. Compromisso com as políticas públicas integradas para o enfrentamento à violência doméstica e de gênero, efetivação

da rede de serviço de atendimento à mulheres em situação de violência doméstica; investimento na estrutura do CREAS com educadores sociais, psicólogos e assistentes sociais, especializados em atendimentos às vítimas de violência doméstica; fortalecimento da política de coleta e sistematização de dados, de forma a possibilitar a existência de um Banco de Dados que realmente retrata a realidade social, especializado em região de fronteira, de forma a orientar políticas públicas. Melhor estruturação da delegacia voltado ao atendimento à mulher (estruturação da sala lilás), com atendimento qualificado oferecido de forma ininterrupta, inclusive sábado, domingos e feriados, uma vez que a violência doméstica não escolhe dia e nem hora.

10. Criação do Fluxograma de atendimento às mulheres que sofrem violência, que já está em processo de elaboração pelas equipes de educação, saúde e assistência social da cidade de Porto Murtinho, como resultado do trabalho realizado pelo eixo da violência do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas. E, ainda, a mobilização da rede de atendimento em prol de ações mais efetivas na prevenção, combate e enfrentamento à violência de gênero.
11. Campanhas educativas e de acompanhamento à saúde de mulheres em situação de prostituição, mesmo ao público sazonal.
12. Enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes com ações de prevenção e combate à criminalidade, assim como acompanhamento e apoio às vítimas.
13. Atendimento psicossocial para acompanhamento após a violência, para encaminhamento e acompanhamento da vítima, com equipe multidisciplinar, como psicólogos, médicos e outros profissionais.

14. Responsabilização ao autor da agressão, com ações mais efetivas de punição aos autores de violência, assim como com o comparecimento obrigatório destes a programas de recuperação e reeducação.

Compreende-se que essas ações devam constituir o primeiro passo para um caminho que possibilite atender com maior eficiência as mulheres fronteiriças, e a diminuição, senão a erradicação, das ocorrências de violência contra a mulher nesta região.

O ponto final para o combate à “epidemia” da violência contra a mulher é desconhecido, há dúvidas se, de fato, existe. Porém, essas iniciativas permitem vislumbrar que as futuras gerações de mulheres poderão viver livres de discriminação, escolhendo, sem restrições, os espaços que desejam ocupar, longe do peso dos papéis de gênero que são impostos pela sociedade patriarcal. Almeja-se que, em primeiro lugar, o lar seja um espaço seguro no qual todas as mulheres possam viver e conviver.

Segundo o Ex-Secretário Geral da ONU (1997-2006), Kofi Annan (2000), a violência contra as mulheres causa enorme sofrimento, deixa marcas nas famílias, afeta várias gerações e empobrece as comunidades. Impede que as mulheres realizem as suas potencialidades, limita o crescimento econômico e o desenvolvimento da sociedade em geral. No que se refere à violência contra as mulheres, não há sociedade civilizada.

Desse modo, na agenda do município em questão, no qual se desenvolveu a pesquisa, devem constar, como ação prioritária e necessária, os serviços de saúde, assistência social e educação da cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos humanos são parâmetros éticos para compreender a importância da igualdade de direitos, da justiça e da equidade; tem como princípio básico o respeito a todas as pessoas, independentemente da nacionalidade, etnia, cor, sexo, classe social etc. Essa perspectiva universalista respeita os diferentes e defende a dignidade humana, porque o mais importante é o respeito à vida e à liberdade.

Todavia, para a efetividade das ações preventivas e repressivas de combate à violência contra a mulher, é indispensável a articulação da rede de atendimento. E isso não é novidade. Mas quando se está em região de fronteira, essa questão se torna um pouco mais complexa porque a articulação tem que, necessariamente, contemplar o país vizinho.

Torna-se indispensável a conjugação de esforços para ações em parceria de ambas as nações para proteção, acolhimento e responsabilização dos autores de violência contra a mulher, compromisso sério/ético do Estado brasileiro, que envolve investimento em infraestrutura, pessoal capacitado e em quantidade suficiente para o trabalho de fiscalização e repressão, investimento na área social (educação, habitação, saúde, trabalho). É necessária, também, a cooperação internacional entre Brasil e Paraguai, bem como entre os governos locais, visto que a violência contra a mulher não tem fronteira nem nacionalidade.

Há um longo caminho a ser trilhado no enfrentamento efetivo e eficiente à violência contra a mulher, mas é preciso iniciar essa caminhada. Este estudo apresenta as limitações de um estudo qualitativo, contextualizado no local e tempo em que se desenvolveu. A pretensão não é generalizar os resultados, mas aprofundar a análise sobre o tema violência a partir das mulheres que a vivenciam.

Sugerem-se novas pesquisas sobre a violência contra as mulheres, que abranjam outras regiões fronteiriças do país. Destaca-se a importância de serem realizadas pesquisas que se aproximem do contexto vivencial das mulheres, a partir de uma abordagem que considera o ser humano inserido em uma sociedade histórica e culturalmente situada.

REFERÊNCIAS

ANNAN, Kofi. **Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas "Mulher 2000: igualdade entre os sexos, desenvolvimento e paz no Século XXI"**. Nova York, junho de 2000.

BARROS, Renata. **MS tem recorde histórico de feminicídio em 2022**: entenda o que há por trás dos assassinatos de mulheres. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2022/12/28/ms-tem-recorde-historico-de-femicidio-em-2022-entenda-o-que-ha-por-tras-dos-assassinatos-de-mulheres.ghtml>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 26 mar. 2023.

CAMARGO, Márcia; AQUINO, Sílvia. Políticas públicas estratégicas na proteção às mulheres. *In*: **BRASIL**. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas para as mulheres. Brasília: [s.n.], 2003.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 7. ed. São Paulo: Ática, 2000.

CHAUÍ, Marilena. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Bruna Franchetto; Maria Laura V. C. Cavalcanti; Maria Luiza Heilborn (Orgs.). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social**. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CNJ – **Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/violencia-contra-a-mulher/>. 2007. Acesso em: abr. 2022.

CUNHA, Barbara Madruga da. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero**. XVI Jornada de iniciação científica de direito da UFPR. Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.direito.ufpr.br>. Acesso em: 22 maio 2018.

DELPHY, Christine. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº17. Brasília, maio - agosto de 2015.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

FURTADO, Renata de Souza. Nações sem fronteira. **Revista Jurídica Consulex**. Ano XIII. n. 306, p. 50-51, 15 out. 2009. Disponível em: https://www.tst.jus.br/web/biblioteca/pesquisa-pronta1/-/document_library/Dq9c/view/8462991. Acesso em 10 de agosto de 2023.

MARTINS, José de Souza. **Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano**. São Paulo: Ed. Contexto; 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Ednilsa Ramos de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde, v. IV, n. 3, 1998. P. 513-531. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Toxicomanias: Uma organização multidisciplinar**. Marcos Baptista e Clara Inem. (orgs.). Rio de Janeiro: NEPAD/ UERJ, Sette Letras, 1997, p. 7-10.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

PEREIRA, Diana Araújo. **Cartografia imaginária da Tríplice Fronteira**. São Paulo: Dobra Editorial, 2014.

SARDENBERG, Cecília. Caleidoscópios de gênero: gênero e interseccionalidades na dinâmica das relações sociais. Mediações. **Revista de Ciências Sociais**. Universidade Estadual de Londrina – UEL, Paraná, v. 20, p.56 - 96, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28014/1/Caleidoscopios%20de%20Gênero.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2023.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SHNEIDER, Élen Christiane. **O valor social do trabalho doméstico e a justiça consubstancial**. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, março de 2016.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência**. São Paulo: Perseu Abramo; Brasiliense, 2011. p. 170-174.

TABET, Paola. Mãos, instrumentos e armas. In: FERREIRA, Verônica (orgs). **O patriarcado desvendado: três feministas materialistas**. Collette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole-Claude Mathieu. Recife: SOS Corpo, 2014.

VELOSO, Renato. No caminho de uma reflexão sobre Serviço Social e Gênero. **Revista Praia Vermelha. Estudo de Política e Teoria Social**. v. 2, n. 4. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/issue/archive>. Acesso em 30 de julho de 2023.

WATERS, Mary Alice. **Marxismo y feminismo**. 2. ed. Barcelona: Fontamara, 1979. p.80-89.

10

*Francisca Bezerra de Souza
Jadir Dantas*

MULHERES, ADOLESCENTES E CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL:

**REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE
DO ATENDIMENTO NA POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL**

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸⁹, violência ocorre quando há o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002). Para a “Convenção Interamericana para Prevenir, no sentido de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher”, prevista na Convenção de Belém do Pará, configura-se como violência contra a mulher “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”, premissas ratificadas na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Causas Externas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005a) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004).

Este capítulo apresenta o resultado da pesquisa realizada sobre a violência sexual sofrida por mulheres, adolescentes e crianças, na qual se aborda, especificamente, a prática do aborto legal, que, hoje, constitui um direito de toda mulher e adolescente.

A pesquisa foi desenvolvida na região de fronteira do Brasil com o Paraguai, mais especificamente na que compreende os municípios de Porto Murtinho (Brasil) e Carmelo Peralta (Paraguai), cujo contexto, no entanto, é o mesmo em outras fronteiras. O estudo teve por objetivo investigar a forma de acesso dessa população às políticas públicas de saúde, assistência social e educação, considerando que, devido a fatores que dificultam as informações para que esse direito seja efetivo, existem prejuízos imediatos e permanentes para aquelas que sofrem a violência sexual e têm o direito violado.

O período de investigação compreendeu os anos de 2021 a 2023; a perspectiva é teórico crítica, em que as pessoas envolvidas, pesquisadores, usuários e trabalhadores das políticas públicas do município em questão pudessem refletir sobre a problemática de violência sofrida por mulheres, adolescentes e crianças, as formas de acesso aos direitos e como isso impacta a vida delas.

Realizaram-se visitas de reconhecimento e aproximação, tanto no lado brasileiro como do lado paraguaio, participação em eventos, reuniões com gestores, reuniões com equipes das políticas públicas de assistência social, saúde e educação, rodas de conversas com agentes de saúde, com gestantes, alunos, professores e técnicos, além das entrevistas individuais com agentes públicos.

O tema que dá título a este capítulo emergiu da Roda de Conversa realizada com pesquisadoras/es do Projeto PPSUS/Saúde na Fronteira, técnicas da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul e trabalhadores das políticas de assistência social, saúde, educação da cidade de Porto Murtinho/BR, que faz fronteira com a cidade de Carmelo Peralta/PY. A finalidade da Roda de Conversa foi discutir as violências sofridas por mulheres, adolescentes e crianças, refletir sobre as práticas presentes, buscar alternativas que possam contribuir para fortalecer as políticas públicas existentes, além de possibilitar a construção conjunta de protocolos que, de forma intersetorial, atendam às questões de todos os tipos de violência contra essas pessoas.

O espaço de discussão propiciou o levantamento das questões relacionadas à temática da violência contra mulheres, adolescentes e crianças, estabelecendo a relação entre as ações executadas nas políticas de assistência social, saúde e educação. Foi possível refletir criticamente sobre as dificuldades vivenciadas nos espaços de trabalho, estabelecendo parâmetros de distanciamento entre o que se preconiza nas políticas públicas, com alijamento de um trabalho de forma intersetorial, revelando as lacunas presentes na Rede de Atendimento.

Pôde-se constatar que há o comprometimento dos trabalhadores, porém há obstáculos que impedem o trabalho de forma intersetorial, como dificuldade de comunicação entre as políticas, desconhecimento sobre o papel de cada um no contexto delas, grande rotatividade de trabalhadores pelo fato de a maioria deles ser contratada, diferenciação entre profissionais contratados e concursados, na medida em que aqueles são preteridos quando da indicação para capacitação.

Este capítulo está organizado em partes nas quais se aborda sobre o cenário brasileiro da violência contra mulheres, adolescentes e crianças, com foco nas regiões de fronteira, que apresentam problemas de vulnerabilidade social em relação a essa população; traz-se, desse modo, a discussão sobre o direito ao aborto legal para mulheres, adolescentes e crianças que sofrem abuso sexual e, em muitos casos, enfrentam uma gravidez em decorrência dessa violência. Aborda, ainda, o serviço oferecido para essas vítimas, bem como as dificuldades para o acesso, finalizando com alguns apontamentos sobre as possibilidades de indicativos para a educação em saúde, como forma de prevenção dos tipos de violência sofrida para pessoas em região de fronteira.

A VIOLÊNCIA CRESCENTE CONTRA MULHERES, ADOLESCENTES E CRIANÇAS NO CONTEXTO BRASILEIRO

O Brasil possui uma extensa fronteira marcada por grande fluxo de pessoas, principalmente aquelas em que o limite é apenas uma rua ou um rio, como é o caso das fronteiras como nos municípios de Ponta Porã e Porto Murtinho com o Paraguai, e de Corumbá com a Bolívia. A fronteira é, ao mesmo tempo, um marco delimitador, uma

forma de integração entre os países, de troca cultural, social e econômica, contudo, pode gerar um ambiente de insegurança, considerando-se, também, que constitui uma rota para o tráfico de drogas, atravessamento de produtos de contrabando, tráfico de pessoas e alto índice de violência contra mulheres, adolescentes e crianças, como a violência sexual e a dificuldade de acesso a serviços de saúde.

Portanto, a fronteira não se resume ao espaço geográfico onde pessoas vivem e se expressam de diferentes maneiras; seu modo de vida reflete a cultura e é no cotidiano que constroem e reconstróem seus significados, inclusive do território em que vivem. De acordo com Raffestin (2005, p. 13), no prefácio da obra "Território sem limites - estudos sobre fronteiras";

[...] a fronteira não é uma linha, a fronteira é um dos elementos da comunicação biossocial que assume uma função reguladora. Ela é a expressão de um equilíbrio dinâmico que não se encontra somente no sistema territorial, mas em todos os sistemas biossociais.

As fronteiras recebem os reflexos do processo de globalização, incidindo sobre bens e serviços e, também, nas relações sociais, relativizando os reflexos desse fenômeno. Nesse sentido, Paixão (2006) considera que a globalização impõe "novos arranjos e conexões que não somente os de ordem militar ou de lugar de contravenções, conforme associação de ideias muito corrente, ao se imaginar uma fronteira no modelo tradicional"

Segundo Barbosa (2004) dados de pesquisa da OIT (2021) revelam que existem "...241 rotas terrestres, marítimas e áreas de exploração sexual e tráfico de mulheres, adolescentes e crianças no Brasil", embora aponte que o maior índice se refere à região Norte e Nordeste, à tríplice fronteira entre o Brasil, Paraguai e Argentina, que tem se apresentado como um território fértil para essas violações. A pesquisa registra que essas violências acometem crianças e adolescentes na faixa etária entre 8 e 17 anos de idade, em pleno

processo de formação; em decorrência disso, enfrentam violações que as colocam em situação de vulnerabilidade pessoal e social em vários contextos, nas ruas, em casa ou pela ausência ou ineficácia das políticas públicas.

Dessa forma, para o enfrentamento dessas violações, novos instrumentos são criados para a proteção de mulheres, crianças e adolescentes que enfrentam situações de vulnerabilidade social. Desde 2013, o Brasil tem formalizada legalmente, pela Lei 12.843, no artigo primeiro, a obrigatoriedade de os hospitais do SUS – Sistema Único de Saúde - oferecerem às vítimas de violência sexual “atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” (BRASIL, 2013).

A “Lei do Minuto Seguinte” prevê que o atendimento deve ser oferecido às vítimas de violência sexual logo após sofrerem a violência, não só no sentido de serem acolhidas, mas também para que recebam a medicação que previne infecções sexualmente transmissíveis e evitar uma possível gravidez. Como o próprio título da Lei 12.845 já ressalta, quanto mais precoce for o atendimento, maior a eficácia da intervenção, para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual (BRASIL, 2013).

Mesmo transcorridos quase 18 anos da publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria Nº 1.508, que “dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS”, o número de interrupções legais de gravidez realizadas pelo hospital de referência estadual ainda é muito pequeno, quando comparado ao número de mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual, atendidas pelos serviços de saúde do Estado, registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Os dados de violência contra mulheres, adolescentes e crianças, no Brasil, é crescente, conforme dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2021): "...foram 68.885 ocorrências, e, em 2022, 74.930, um incremento de 8,2%"; entre as vítimas que tiveram ocorrência registrada, 61,4% tinham, no máximo, 13 anos. O agravante é que esse percentual não reflete dados reais, tendo em vista que o levantamento realizado levou em consideração apenas os casos que foram informados às autoridades policiais. Como nem todos são registrados, pode haver subnotificação, no entanto, o Anuário revela que 2022 foi o ano em que houve o maior número de registro, apresentando um crescimento de 8,2%, em comparação com 2021, quando foram registradas 68.885 ocorrências (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

ABORTO LEGAL: DUAS VERSÕES SOBRE O MESMO TEMA

Para acessar o atendimento previsto na Lei junto ao serviço de saúde do município de Porto Murtinho, a mulher, a adolescente ou a criança que ficam grávidas em decorrência de violência sexual, quando acompanhada de um responsável legal, tanto poderá ter acesso ao aborto legal, como direito, caso ela assim deseje, como também poderá enfrentar barreiras para acessar o serviço.

Após a oitiva e acolhimento da vítima de violência sexual, de imediato, o profissional de saúde deve agilizar os trâmites para que ela se desloque para o Serviço de Referência, que fica na capital (Campo Grande); simultaneamente, é necessário acionar profissionais e/ou instituições que possam contribuir para agilizar o atendimento e, se for o caso, buscar o apoio da Secretaria de Saúde do Estado - (SES), diante de alguma dúvida. Nesse sentido, deve-se

considerar, inclusive, que, de acordo com a Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (Brasil, 2005b), "o abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g" (BRASIL, 2012, p. 76).

Por outro lado, de acordo com a mesma Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012), é preciso que os profissionais que são capacitados nessa área entendam a problemática dessa violência como um "fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e das adolescentes" (BRASIL, 2012, p. 19).

No entanto, na prática, é comum que profissionais, alegando desconhecer os trâmites e até a existência do serviço de referência, ao invés de acionarem a SES imediatamente para relatar a situação e pedir apoio para viabilizar o deslocamento da vítima para Campo Grande, ficam inertes, sem atentarem para o fato de que o tempo está passando; de outro modo, ainda, utilizam subterfúgios para anular a opção de abortar, por meio da justificativa de o prazo haver se extinguido. Assim, acionam pessoas e instituições, não com a finalidade de ajudar, mas com a clara intenção de dificultar ou, ao menos, atrasar o acesso ao serviço.

Considere-se, entretanto, que, conquanto esses profissionais carreguem dentro de si seus conceitos e concepções, de forma alguma estes devem interferir, tampouco prejudicar o atendimento dessas mulheres, adolescentes e crianças que sofreram a violência sexual e têm o direito ao aborto legal. Nesse sentido, "cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados"; para tanto, "é importante também desenvolver uma sistemática de autoavaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional." (BRASIL, 2012, p. 35).

Deve-se levar em consideração que é garantido, ao profissional médico, a “objeção de consciência”⁹⁰, em que o profissional pode se recusar a fazer o abortamento, em caso de resultado de gravidez por violência sexual, no entanto tem o dever de informar as vítimas sobre seus direitos, garantindo “a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço”, evitando, assim, “situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional, e os direitos humanos das mulheres” (BRASIL, 2012, p. 35).

Entretanto, em algumas situações excepcionais, não cabe o direito à objeção de consciência, como nestes casos:

- 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência (BRASIL, 2012, p. 75).

Requer-se, portanto, do estado e do gestor de saúde, que haja em suas equipes “profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei”, tendo em vista que podem ser responsabilizados, pessoal e/ou institucional, “caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão” (BRASIL, 2012, p. 75). Assim, evita-se que profissionais que atendem essa demanda no serviço de saúde, por falta de empatia ou por uma egoísta “convicção religiosa”, impeçam a tomada de providências, oportunamente, e não representem fator irreversível, na vida de uma pessoa, com a simples omissão diante do caso.

DIFICULDADES DE EFETIVAÇÃO DA LEI DO ABORTO LEGAL NO CONTEXTO DE MATO GROSSO DO SUL

A violência sexual pode ser considerada uma violência de gênero e apresenta a forma mais cruel e recorrente, pois atravessa contextos sócio históricos, é reforçada por uma sociedade patriarcal que traz prejuízos para as mulheres, adolescentes e crianças que são vítimas, produzindo sentimentos e sensações de insegurança constante. Da mesma forma acontece em relação a toda a sociedade, que vê essa violência se perpetuar em contexto cultural e que se agrava, quando resulta em gravidez indesejada, tendo em vista que gera, “além de infecções sexualmente transmissíveis, morbidade e mortalidade materna, transtornos psicológicos e mentais, dentre outros” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2021). São consequências graves e que comprometem o desenvolvimento das vítimas, especialmente das que têm menos de 14 anos, pois estão em processo de formação física, mental e emocional.

O Ministério da Saúde (2012), nos últimos tempos, tem enfrentado a violência de forma intra e intersetorial, em parceria com estados e municípios, tanto é que “reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública”, por força da própria legislação e também por aderir aos acordos internacionais de enfrentamento a violência contra mulheres.

O atendimento às vítimas de violência sexual é obrigatório; qualquer recusa de atendimento se caracteriza como omissão de socorro e pode ser enquadrada no Código Penal, sem que haja obrigatoriedade de apresentar um Boletim de Ocorrência, tampouco Laudo do Instituto Médico Legal. Exigir, da vítima, esses documentos, caracteriza-se como ilegalidade, tendo em vista que “a palavra da mulher basta”, a autonomia e o segredo médico devem ser preservados.

Com relação à legislação que garante o direito ao Aborto Legal, por meio da Portaria nº 1508 de 1º de setembro de 2005 (Brasil, 2005b), ainda há muito que se avançar, no que diz respeito à efetivação dessa prática no âmbito da política pública de saúde e da assistência social, da educação, da segurança pública e do judiciário. Em Mato Grosso do Sul, evidencia-se muita dificuldade de mulheres, adolescentes e crianças terem acesso ao direito de interromper legalmente uma gravidez resultante de violência sexual; se comparado a uma prova de obstáculos, pode se revelar intransponível para muitas delas. São incontáveis as barreiras a serem transpostas no longo percurso entre a descoberta desse perverso agravo resultante da violência sexual, que é uma gravidez indesejável, até a chegada ao único serviço de referência estadual para o aborto legal. O caminho é longo, penoso e permeado de “rotas críticas”, que facilmente podem levá-las a perderem-se na névoa da invisibilidade (ARBOIT, PADOIN, PAULA, 2019).

Para as vítimas de violência sexual que resulta em gravidez, é facultado o direito ao aborto legal, ou seja, mulheres, adolescentes e crianças que forem vítimas de violência sexual (qualquer forma de atividade sexual não consentida); para tanto, foi criada a Norma Técnica que especifica e normatiza o serviço de abortamento (Brasil, 2005b), pois reconhece que são as mulheres, na sua relação de gênero, as principais vítimas de violência sexual, sendo “reveladora da desigualdade de gênero, mas também é emblemática desta” (BRASIL, 2012). Segundo a Lei,

[...] os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social (BRASIL, 2013).

Um rápido, mas interessado olhar sobre as peculiaridades que definem o estado de Mato Grosso do Sul e suas fronteiras, evidencia

que a distância é um fator que deve ser considerado, ao se pensar em políticas públicas que abarquem a população residente naquelas fronteiras; considerem-se as pessoas que vivem do outro lado da fronteira, mas que têm livre acesso aos municípios brasileiros, como é o caso de Porto Murtinho/MS em relação a Carmelo Peralta/PY.

Essa proximidade favorece o livre trânsito de pessoas entre os dois países, formatando um espaço multicultural, onde se realizam trocas culturais, econômicas e sociais. No que diz respeito aos países fronteiriços ao estado de Mato Grosso do Sul, nada se sabe sobre o tipo de olhar que as autoridades têm para esse grave e preocupante problema de saúde pública, que desconhece fronteiras. A ausência de dados e até mesmo os dados que não refletem a realidade sugerem que essa temática não seja pauta de discussões, e, de certa forma, seja considerada tabu perante essa sociedade marcadamente patriarcal.

Para tanto, basta ver que para as mulheres, adolescentes e crianças vítimas de estupro contam apenas com a única possibilidade de serviço, como resposta resolutiva para a demanda que a violência sexual impôs à vida delas. A dificuldade de acesso ao atendimento pode ser maior do que a distância que os mapas registram, tendo em vista que essas distâncias geográficas produzem a invisibilidade sobre os casos, diminuindo as chances de acessar o serviço, com o agravante de as consequências causarem traumas para a vítimas, que muitas vezes as acompanha para toda a vida.

No lado brasileiro, ainda que não seja rigorosamente cumprida, existe formalização, baseada em vasta legislação sobre protocolo e fluxograma para atendimento às vítimas de violência sexual, notificação dos casos atendidos pelo serviço de saúde no SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, necessidade de articulação da rede intra e interinstitucional, para o compartilhamento do cuidado, além da portaria que assegura o direito a interrupção legal da gravidez resultante da violência sexual.

No Quadro 1 é possível constatar que são registrados no SINAN, por ano, uma média de 350 casos de violência sexual sofrida por mulheres de 10 a 49 anos. De acordo com informações repassadas pelo Médico responsável pelo serviço de interrupção legal da gravidez, em média, são realizadas 20 interrupções de gravidez ao ano pelo HUMAP⁹¹.

Violência Sexual contra Mulheres em Idade Fértil (MIF) Mato Grosso do Sul, 2018 a 2022						
Faixa Etária	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
10 a 14 anos	167	226	179	179	121	872
15 a 19 anos	79	76	71	62	40	328
20 a 34 anos	70	84	74	69	52	349
35 a 49 anos	22	34	20	22	23	121
Total	338	420	344	332	236	1.760

Fonte - Sinan - Net/SES-MS

Entre as notificações registradas no SINAN predominam as de mulheres, adolescentes e crianças na faixa etária de 10 a 34 anos, contemplada na categoria de Mulheres em Idade Fértil – MIF (10 a 49 anos), que, de acordo com definição do Ministério da Saúde, têm maior suscetibilidade para engravidar. Conforme previsto na Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos, no parágrafo 3º do Artigo 2º, “Para fins de investigação, são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade” (Brasil, 2008). Desse modo, tal período é utilizado para os casos em que há violência sexual, e por força da Lei nº 12.845/2013, “os hospitais devem

91 Serviço Estadual de Referência para a Interrupção Legal da Gravidez Resultante da Violência Sexual, que funciona no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/HUMAP, localizado em Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul.

oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar” (BRASIL, 2013).

Os dados do Quadro 1 evidenciam que, historicamente, é na faixa etária de 10 a 14 anos que se concentra o maior número de casos de violência sexual contra pessoas do sexo feminino. Essas crianças/adolescentes são mais suscetíveis à negligência, tanto da família quanto das instituições que, se não conseguiram protegê-las da violência sexual, deveriam se empenhar, viabilizando o atendimento pelo serviço de referência para a interrupção legal da gravidez.

Conforme o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, esses dados são crescentes: na “faixa que vai de 14 a 17 anos, a maior parte dos estupros ainda é vulnerável, em situações em que a vítima, por qualquer razão, não é capaz de oferecer resistência”. No ano de 2022, 88,7% das vítimas se identificavam pelo sexo feminino e 11,3%, pelo masculino, sendo que a maioria das vítimas eram pessoas negras e o agressor estava entre os parentes ou amigos próximos.

Esses dados demonstram que, em Mato Grosso do Sul, o cenário é, no mínimo, muito inquietante, pois, na prática, a maioria das crianças/adolescentes, quando conseguem acessar o serviço, já apresentam um estágio muito avançado da gestação, impossibilitando a interrupção, revelando uma faceta cruel na vida dessas meninas que devem se despedir da criança que chegou ao serviço para fazer nascer, junto com um bebê, a mãe de 11 ou 12 anos de idade. Impor a maternidade a uma criança de 11 anos, que deveria estar frequentando regularmente a escola, descobrindo o mundo por meio da interação com outras crianças de sua idade ou simplesmente sonhando com o que escolheria ser quando crescesse, faz com que ela precise ressignificar toda a sua vida, mesmo sem saber o significado desse conceito.

Se maternar um bebê recém-nascido pode representar uma árdua e desafiadora tarefa para mulheres/mães adultas que escolheram ter filho, o que representará para uma criança de 11 anos que, sem entender nada, teve até seu corpo transformado, a fim de que um bebê fosse acomodado? Pode-se, inclusive, afirmar que, para uma criança de 11 anos vir a se tornar mãe, necessariamente, uma criança precisou morrer. Ou seja, aquela criança foi suplantada e em seu lugar surgiu alguém com uma identidade ainda indefinida, mas com uma certeza: ela teve suprimida a liberdade de fazer escolhas para sua vida.

É preciso enfrentar os obstáculos, principalmente aqueles que colocam valores e convicções à frente e negligenciam situações que precisam de decisões e encaminhamentos adequados e rápidos em direção ao direito; caso contrário, os malefícios por equívocos e omissão podem provocar danos irreversíveis para as vítimas que buscarem o serviço para receberem orientação e encaminhamentos resolutivos.

A análise desses dados levanta uma inquietante reflexão: o que aconteceu com essas mulheres, adolescentes e crianças depois que deixaram o serviço de saúde? Será que receberam o adequado atendimento emergencial? Será que foram orientadas a retornarem ao serviço, caso houvesse alguma intercorrência relacionada ao uso de antirretroviral? Será que quando saíram, já estavam sabendo que a Anticoncepção de Emergência, como qualquer outro método contraceptivo, não oferece eficácia total e que caso houvesse uma suspeita de gravidez deveriam retornar imediatamente ao serviço de saúde para viabilizar o atendimento pela equipe multidisciplinar do hospital de referência? Será que o acolhimento oferecido pelos profissionais e as orientações que receberam as fizeram acreditar que haviam feito a escolha certa, ao decidirem buscar atendimento em um serviço de saúde, mesmo tendo que lidar com a quase inevitável auto culpabilização combinada com o medo de serem revitimizadas?

Quanto ao serviço de referência oferecido para acesso ao aborto legal, em 2008, no Hospital Regional de MS- Rosa Pedrossian, funcionava o primeiro serviço, mas foi encerrado dois anos após a abertura do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/ HUMAP (2016), em Campo Grande/MS. O serviço é oferecido para mulheres que chegam com gestação resultante da violência sexual e é composto por uma equipe multidisciplinar que, além de oferecer um serviço com a tecnologia disponível pela instituição, deve ser capacitada para, sobretudo, oferecer o acolhimento e a resposta resolutiva que cada paciente requer. Para muitas dessas vítimas, a viagem até Campo Grande é a primeira da vida delas, que vivenciam um contexto de violência, e chegam em uma cidade, instituição totalmente diferente do seu cotidiano.

No ano de 2020, no mês de agosto, enquanto a pandemia da Covid-19 ceifava vidas, ignorando sexo, faixa etária, escolaridade, condição financeira ou qualquer outro determinante que pudesse unir ou separar pessoas, o distanciamento social foi um dos quesitos essenciais para evitar que o coronavírus, que desconhece fronteiras, grassasse com menos velocidade ou, quem sabe, poupasse alguns da sua letalidade; a única modalidade de encontro permitida era a *online*.

Então, a conexão remota passou a ser o único modo de proteger, cuidar e acolher as vítimas de violência sexual. Considere-se que, paradoxalmente, se o local de residência para muitos, nesses tempos sombrios, passou a ser sinônimo de proteção, para outros era um facilitador para a violação de direitos e do próprio corpo, haja vista que a maioria dos episódios de violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças é provocada por alguém por elas conhecido e que, muitas vezes, compartilha a mesma residência.

No dia em que foi realizada mais uma web-aula, ofertada a todos os profissionais da rede de atenção às vítimas de violência sexual dos 79 municípios do estado, foi publicada a Portaria 2.282, que, além de revogar a Norma Técnica “Prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, também revogou a Portaria 1.508 GM/MS. Desse modo, tornou-se evidente que a única finalidade da portaria substituta era dificultar ainda mais o já penoso acesso de quem precisasse fazer a interrupção legal de uma gravidez indesejada. Manteve-se o texto da Portaria anterior e acrescentaram-se alguns pontos de obstáculos para as que precisam recorrer a um aborto legal no Brasil, no MS e, sobretudo, na região de fronteira.

Destacam-se, entre esses pontos:

- a. Tornar obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolherem a paciente dos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro;
- b. Estabelece que, na segunda fase do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez “fase procedimental”, a equipe médica deverá informar acerca da possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia, caso a gestante deseje, e essa deverá preferir expressamente sua concordância, de forma documentada.

Porém, a Defensoria Pública da União, aliada às Defensorias de alguns estados, inclusive a de Mato Grosso do Sul, e de várias instituições como Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes; Associação Brasileira Rede Unida – Rede Unida e Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, insurgiu contra o que considerou “um retrocesso”, que tornava ainda

mais difícil a luta das mulheres em defesa de seus direitos. Além de eivada de ilegalidade, ela é um constrangimento moral e uma forma de intimidação que não pode ser acatada pelo Congresso” (BRASIL, 2020). Assim, aquela Defensoria pediu a suspensão da Portaria MS 2282, em nota de repúdio, e o estado de MS continuou a seguir os preceitos da Nota Técnica e da Portaria 1.508.

Para enfrentar a questão da violência como uma questão de gênero e de saúde pública, é necessário o trabalho de forma intersectorial, a fim de superar a fragmentação de ações no enfrentamento dos problemas e poder produzir eleitos significativos na vida das pessoas. Em contexto de fronteira, não se pode pensar em ações que visem apenas o lado do território brasileiro, mas deve-se levar em consideração as pessoas que transitam e vivem no país vizinho.

A intersectorialidade deve constar na pauta dos trabalhadores, da gestão e usuários das políticas públicas, considerando a diversidade de saberes, de poderes, para que possa construir novas estruturas de trabalho que fortaleçam as políticas públicas. Segundo Machado (2023, p. 1),

[...] trabalhar intersectorialmente envolve a criação de espaços comunicativos e de negociações, que inclusive consigam gerenciar conflitos para que finalmente, se possa chegar com maior potência, a algum resultado. Importante ressaltar que este resultado não implica necessariamente na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que possa somar na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir.

Como resultado da pesquisa, formou-se um grupo de trabalho com representantes das políticas de assistência social, saúde e educação, com a finalidade de se elaborar um Fluxograma de trabalho para o enfrentamento das questões de violência naquela região de fronteira. Esse espaço serviu, também, como oportunidade para “desabafo” em relação às dificuldades e possibilidades, no cotidiano

profissional. Abriram-se perspectivas de diálogo entre os trabalhadores para que o trabalho possa ser desenvolvido de forma integrada e que resulte em melhoria na qualidade de vida das pessoas que buscam os serviços oferecidos.

FLUXO PARA ACESSAR O SERVIÇO ESTADUAL DE REFERÊNCIA PARA A INTERRUPTÃO LEGAL DA GRAVIDEZ RESULTANTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Quando o assunto é violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças, a gravidade se revela como um atentado à saúde e à vida dessas pessoas, devendo o tratamento e a prevenção serem compartilhadas pela confluência de olhares das autoridades das políticas públicas na fronteira dos países envolvidos. Nesse sentido, devem ser evitadas as divergências para dar lugar à cooperação mútua; o único objetivo deve ser o de minorar o sofrimento das vítimas que vivem nesse contexto dinâmico de fronteira e que têm, nesses serviços, a primeira e única instância para recorrerem, quando o caso é o tratamento de agravos e/ou promoção da saúde.

São três as possibilidades de percurso para acessar o direito legal ao aborto; contudo, ressalte-se um único obstáculo: a intolerância, fundamentada no fanatismo religioso e/ou convicção ética facilmente invocável, desde que a única vida prejudicada seja a do próximo. Vejam-se essas possibilidades:

1. A menina, jovem ou a mulher que, após sofrer violência sexual, ter o diagnóstico de gravidez, é orientada a procurar o serviço de referência do HUMAP⁹², o mais rapidamente possível, via contato com o Setor de Serviço Social do Hospital; após as informações necessárias sobre o fato, é realizado o agendamento para o atendimento com a equipe multidisciplinar, na data agendada poderá se dirigir ao hospital para realizar o procedimento;
2. Caso a vítima de violência sexual resida em outro município, deve procurar o serviço de saúde daquele local que deverá viabilizar o atendimento para o serviço de referência;
3. Há, ainda, caso não consiga acessar as duas opções acima, a possibilidade de fazer contrato com a Secretaria Estadual de Saúde-SES e informar que precisa do atendimento. A SES providenciará, junto ao serviço de saúde do município de residência da vítima, a viabilização do atendimento pelo serviço de referência estadual.

Ao contrário do que possa sugerir o senso comum, o atendimento realizado pelo serviço de referência do HUMAP não consiste unicamente em realizar aborto legal. A vítima de violência sexual é atendida por equipe multidisciplinar, capacitada para fazer o acolhimento e orientação sobre as possibilidades de escolha - fazer a interrupção da gravidez, levar a gestação a termo e entregar a criança para adoção ou ficar com a criança e exercer a maternagem.

Caso decida entregar a criança para adoção, ser-lhe-á apresentado o “Projeto Dar a Luz”⁹³, da Vara da Juventude, da Infância

92 O Estado do MS possui uma única referência para interrupção legal da gravidez resultante da violência sexual: HUMAP - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - Endereço: Av. Sen. Filinto Müller, 355/Vila Ipiranga, Campo Grande - MS.

93 Projeto criado no âmbito do Poder Judiciário, Tribunal de Justiça de MS, pelo grande número de mulheres que abandonam seus filhos por desconhecerem que a entrega do filho para doação não é crime. <https://www.tjms.jus.br/projetos/dar-a-luz>. Acesso em: 26 jul. 2023.

e do Idoso de Campo Grande – MS, “que oferece um serviço de acolhimento, apoio e orientação às mulheres/mães que desejam entregar seus filhos em adoção”. Nesse caso, portanto, a vítima/mãe recebe, por meio do cuidado dos profissionais de diferentes áreas, o amparo de que precisa para tomar decisões sem que sejam pressionadas ou culpabilizadas.

Caso a vítima de violência sexual decida levar a gravidez adiante, também precisará receber apoio profissional durante todo o processo gestacional, no pós-parto e até que seja percebido, pelos profissionais que acompanham o caso, que ela conseguiu estabelecer o vínculo do cuidado com a criança e já é capaz de elaborar estratégias para lidar com o trauma que resultou na maternidade.

Mas, como na vida, o caminho até o hospital de referência não é linear, tampouco possui “sinalização” para permitir que todas que dele precisarem consigam chegar a tempo de fazer escolhas. Assim, para essas pessoas que já tiveram suas vidas devastadas ao menos duas vezes - primeiro pela violência sexual que sofreram, depois por saberem que dessa barbárie resultou uma gravidez, que além de não ter sido programada é indesejável -, o primeiro contato deve ser no serviço de saúde para que o mesmo se responsabilize por providenciar todo atendimento necessário a essa vítima.

É importante ressaltar que muitas dessas mulheres, adolescentes e crianças que são vítimas de violência sexual, bem como sua família, não reúnem as condições mínimas para conseguir fazer valer o direito de decidir; muitas vezes desconhecem a legislação que garante o direito ao aborto legal, não têm acesso à informação de como requerer esse direito, e muitas sequer conseguem esse direito pelo fato de terem dificuldades financeiras para se deslocarem até o local onde o serviço é oferecido.

SUGESTÕES E INDICATIVOS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES, ADOLESCENTES E CRIANÇAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Para enfrentar a violência contra mulheres, adolescentes e crianças, especificamente as de cunho sexual, é preciso romper paradigmas presentes na sociedade marcada pela cultura machista e patriarcal, em que a mulher, em decorrência do gênero, é colocada na posição de subalternidade, em ambientes de violação de direitos que se arrastam na infância, na adolescência e na fase adulta. Em contextos específicos como os de fronteira, as vulnerabilidades, como demonstrado na pesquisa, se agravam, seja por dificuldade de acesso à informação, seja pela falta de perspectivas de acesso à educação, saúde e trabalho ou até mesmo por ausência de políticas públicas específicas ou pela fragilidade das políticas públicas existentes.

Como já especificado neste capítulo, a região de fronteira de Porto Murtinho é marcada por deslocamento de pessoas que acessam os dois países, para trabalho, estudo, saúde, entre outros. Desse modo, a garantia de acesso aos direitos garantidos por lei, via políticas públicas, é dificultada, pois, conforme se evidenciou, há falta de um trabalho intersetorial, as políticas públicas não se realizam em rede, os equipamentos de proteção (CREAS, Conselho Tutelar, Unidades de Saúde, Defensoria) realizam ações pontuais, há grande rotatividade de trabalhadores que, em sua maioria, são contratados. Acrescente-se, ainda, que os programas de capacitação são negados, há falta de diálogo entre as pastas e técnicos, um desconhece o trabalho do outro, além dos entraves políticos presentes no local.

Segundo o Ministério da Saúde, Educação em Saúde⁹⁴ trata-se de um:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (FALKENBERG, MENDES, MORAES, SOUZA, 2014).

Para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde, é preciso envolver os segmentos de atores prioritários na execução das políticas públicas, ou seja,

[...] os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente” (FALKENBERG, MENDES, MORAES, SOUZA, 2014).

O conceito explicita a necessidade de interação entres os segmentos envolvidos, sendo, portanto, necessário diminuir essa distância entre o que é preconizado e o que se realiza na prática. Dessa forma, pensar em educação em saúde na fronteira é fundamental para que haja efetividade na execução das políticas públicas, em especial as que são voltadas para atender mulheres, adolescentes e crianças, seja do lado brasileiro ou do lado paraguaio.

Nesse sentido, apresentam-se sugestões e indicativos para se pensar em educação em saúde junto aos municípios fronteiriços de Porto Murtinho-Carmelo Peralta:

1. Construção de um Fluxograma de atendimento às mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual de forma a prevenir e atender as que tiverem os direitos violados, com

envolvimento das políticas públicas de assistência social, saúde, educação e defensoria pública;

2. Criar sistema de acolhimento, acompanhamento e monitoramento sistemático a serem avaliados pelos executores das políticas de assistência social, saúde, educação e defensoria pública, de forma a potencializar a prevenção dessas violações;
3. Garantir que mulheres, adolescentes e crianças tenham acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutivos com informação nas unidades de saúde, por meio de palestras, cartilhas que promova o acesso à educação sexual e, especialmente, sobre o aborto legal em caso de violência sexual;
4. Realizar capacitação para os trabalhadores das políticas públicas de assistência social, saúde, educação e defensoria pública sobre Educação Permanente em saúde, de forma a fomentar nos trabalhadores a atenção e cuidados para o atendimento às vítimas;
5. Realizar reuniões, seminários com gestores das políticas públicas para que haja o conhecimento e o entendimento da necessidade de se garantir a proteção de mulheres, adolescentes e crianças em vulnerabilidade social, inclusive, destinando recursos específicos para essas ações;
6. Buscar parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de forma a alinhar as ações e prevenção e atendimento a vítimas de violência sexual, tanto para a produção de material de divulgação da legislação que garante o aborto legal, quanto para o acesso ao serviço oferecido para as que sofrem a violência;
7. Garantir, via projeto específico e com recursos definido, que as vítimas de violência sexual e que resulte em gravidez possam acessar, de imediato, se assim desejar, ou sua família, o

serviço de aborto legal; para tanto, deve ser oferecido transporte, estadia de acompanhante legal, caso seja criança ou adolescente, até a capital, onde existe o único local no estado de Mato Grosso do Sul, no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, bem como o acompanhando técnico, preferencialmente do/a assistente social;

8. Garantir uma equipe no Hospital local com assistentes sociais e psicólogos, de forma que a vítima possa ser acolhida, encaminhada e acompanhada enquanto ali permanecer aguardando o deslocamento para o serviço na HUMAP, em Campo Grande. Ao acessar o serviço, ser monitorada a situação de acesso, bem como o retorno à cidade, para que possa ser reinserida na sua vida cotidiana e consiga enfrentar as consequências da violência sofrida;
9. Realizar rodas de conversas com crianças e adolescentes (meninas e meninos), nas escolas, de forma planejada e sistemática sobre educação sexual e saúde reprodutiva, utilizando as ferramentas tecnológicas que devem ser disponibilizadas pela escola;
10. Estabelecer uma política de saúde na fronteira que envolva os gestores e técnicos das políticas públicas do Mato Grosso do Sul-Brasil-Carmelo Peralta-Paraguai, buscando construir um Termo de Cooperação Mútua entre os dois países para o enfrentamento das violências contra mulheres, adolescentes e crianças;
11. Divulgar de forma ampla e sistemática, junto aos veículos de comunicação do município, rádio local, site da prefeitura e redes sociais, as diversas formas de violência existentes contra mulheres, adolescentes e crianças, informando sobre o serviço de referência para o atendimento aos casos de violência sexual e o aborto legal;

12. Realizar reuniões, nas salas de espera das unidades de saúde do município, cuja pauta seja violência sexual, suas consequências e as formas de enfrentamento;
13. Realizar parcerias com as universidades públicas e particulares para a realização de outras pesquisas e estudos sobre a temática, com a participação efetiva dos técnicos das políticas públicas de forma a rever constantemente as ações com a troca de experiência entre eles;
14. Buscar a participação da população usuária da saúde pública, seja na escola, por meio de rodas de conversas mensais, para discutir as questões presentes no cotidiano da comunidade escolar, envolvendo escola e a família;
15. Promover campanhas de sensibilização durante o turismo de pesca e junto aos caminheiros, durante todo o ano, sobre as violências contra mulheres, crianças e adolescentes, em conjunto com a educação, saúde, assistência social e defensoria pública;
16. Oferecer atendimento aos autores da violência, criando espaços de discussão, orientação e encaminhamento para tratamento, se for o caso, de forma a sensibilizá-los sobre essa prática de violência contra a mulher;
17. Punir os autores de violência sexual, dentro dos preceitos legais.

As sugestões e indicativos emergem dos resultados da pesquisa realizada durante o período da execução do Projeto de Pesquisa Saúde na Fronteira, e podem servir como parâmetro para avaliar o que por ventura já exista, além de contribuir para ações efetivas de enfrentamento dessa forma de violência sofrida por mulheres, adolescentes e crianças. Que o planejamento e realização dessas ações possam promover a proteção dessa população, a fim de que, no futuro, outras mulheres não venham a sofrer a mesma violência.

Espera-se que a pesquisa contribua para a melhoria na vida de mulheres, adolescentes e crianças e também como ponto de partida para outras pesquisas e estudos que avancem nas ações de proteção à violação dos direitos, além de sensibilizar gestores, técnicos e outros envolvidos na execução das políticas públicas nessa região de fronteira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão da temática sobre o Direito ao Aborto Legal foi um elemento disparador importante para o desenvolvimento da Roda de Conversa para tratar da questão da violência contra mulheres, adolescentes e meninas no contexto de região de fronteira, considerando essa população em situação de vulnerabilidade social que, muitas vezes, sequer tem a informação sobre esse direito.

O que se observou, em relação a esse direito, é que falta informação para essas mulheres, adolescentes e crianças que são vítimas de violência sexual. Considerou-se, também, que o estado de Mato Grosso do Sul tem 79 municípios, alguns muito distantes da capital, Campo Grande; nesse sentido, muitas vítimas de violência sexual, que já vivem em condições de vulnerabilidade social têm seus direitos violados, pois têm que se deslocar até Campo Grande para buscar o atendimento a que tem direito. Essa é uma situação causadora de mais sofrimento e dificuldade para essas vítimas, visto que, além de lidarem com os sentimentos causados pela violência, ainda se deparam com o fato, algumas delas, de nunca saírem de suas casas, de seus municípios, sequer fizeram uma viagem de carro. Outras, têm que depender de outras pessoas para cuidar dos filhos enquanto estão ausentes, tudo isso sem contar com uma rede de apoio.

Ademais, a violência sofrida é algo que marca para sempre a vida dessas mulheres, adolescentes e crianças. Para conseguirem elaborar os sentimentos e reorganizar a vida dali para frente, necessitam de acompanhamento psicológico que, muitas vezes, é deficitário no seu município. Pelo fato de ter garantido o direito de realizar o aborto, caso seja de sua vontade, sem esse acompanhamento a vítima, voltando à casa, terá dificuldades para levar a vida adiante e pode se envolver em relacionamentos abusivos, o que agrava sua situação de sofrimento.

Para garantir o cumprimento de leis, no âmbito dessas questões, é preciso o empenho do poder público por meio de políticas públicas, das instâncias de defesa dos direitos pessoais, econômicos e sociais, e, também, de toda a sociedade civil, que precisa lutar para vencer as barreiras de uma sociedade patriarcal, marcada por preconceitos e discriminação em relação ao papel da mulher na sociedade. Em região de fronteira, a violação dos direitos é notável; as vítimas até recebem atendimento inicial, porém, por ausência de equipamentos de proteção, de uma rede de serviços que atue de forma inter e intrasetorial, não conseguem uma solução eficaz.

Essas são questões que não podem ser tratadas isoladamente, apenas por um dos países fronteiriços que as vivenciam no cotidiano; pelo contrário, os países devem buscar alternativas no sentido de haver uma normatização, via acordos bilaterais, para que habitantes desses territórios possam ter acesso às políticas públicas de forma efetiva.

As reflexões aqui colocadas não esgotam esse tema tão complexo; portanto, o que se espera é que outros estudos e pesquisas sejam desenvolvidos. Urge que se avance em relação às discussões e soluções referentes às situações de vulnerabilidades social vivenciadas por mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual e de outros tipos de violações de direitos, a fim de que possam seguir o ciclo natural da vida.

REFERÊNCIAS

ARBOIT, Jaqueline, PADOIN, Stela Maris de Mello, PAULA, Cristiane Cardoso de. Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2019;72 (Suppl 3):321-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0265>. Acesso em: 26 jul. 2023.

BARBOSA, Bia. **Exploração sexual na tríplice fronteira**. Reporter Brasil. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2004/01/exploracao-sexual-cresce-na-triplice-fronteira/>. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 36p. Série A Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº4)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.119 de 05 de junho de 2008**. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6).

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. **Violência contra Crianças e Adolescentes:** Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas. Elaboração de Marcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. **Portaria n. 1.508 de 01 de setembro de 2005.** Dispõe sobre o procedimento da justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de decreto Legislativo Nº 387, de 2020.** Susta a PORTARIA Nº 2.282, de 27 de agosto de 2020 do Ministro de Estado da Saúde, Interino, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. autoria: Senador Paulo Paim (PT/RS). Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/144452>. Acesso em: 4 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009** (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.70p.; 15 cm.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Moreira. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** n. 19. V.03. Março/2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 6 set. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MACHADO, Lourdes A. **Construindo a intersectorialidade**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersectorialidade/file>. Acesso em: 3 maio 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de saúde. **Protocolo Estadual de Atenção a Vítima de Violência**. 1. ed. Campo Grande – MS, 2021.

OMS. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2014, sob o título Global Status Report on Violence Prevention. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015. file:///C:/Users/DELL/Downloads/9789241564793_por.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

PAIXÃO, Roberto Ortiz. **Turismo na Fronteira: identidade e Planejamento de uma Região**. Campo Grande, MS: UFMS, 2006.

RAFFESTIN, Claude. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA, Tito C. M. de (Org.). **Território sem limites – estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2005. Prefácio, p. 09-15.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Estudo Presumido no Brasil**. Caracterização de meninas mães no país, em um período de dez anos (2010 -2019), com detalhamento pelas cinco regiões geográficas e estados brasileiros. Curitiba, junho a agosto de 2021. Disponível em: <https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Estudo-meninas-maes.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MS. **Projeto dar a Luz**. Disponível em: <https://www.tjms.jus.br/projetos/dar-a-luz>. Acesso em: 26 jul. 2023.

WHO, World Health Organization. **Library Cataloguing-in-Publication Data**. World report on violence and health / edited by Etienne G. Krug ... [et al.], 2002.

Parte **IV**

**AFETOS & CULTURAS
E EDUCAÇÃO
EM SAÚDE**

11

Arlinda Cantero Dorsa

**O DIÁLOGO
COM SABERES
E COMUNIDADES
TRADICIONAIS:
CAMINHOS DA SAÚDE**

DOI: 10.31560/pimentacultural/2024.99697.11

INTRODUÇÃO

Os saberes tradicionais e saúde ocorrem desde as mais remotas épocas do conhecimento humano a partir de um conjunto de informações e de formas de saber e fazer que muitas vezes são transmitidos de forma oral por meio de ritos de grupos, perpassando por gerações. Esses saberes são agregados por meio de práticas e costumes culturais agregados à biodiversidade e possibilitam cada vez mais um diálogo permanente com o conceito de saúde conforme a Organização Mundial de Saúde, ora OMS, visando ao bem estar físico, mental, espiritual e social. (OMS, 2002). Estão presentes nas comunidades nas práticas das benzedadeiras, parteiras, raizeiros, cirandeiros, etnias indígenas, rezadeiras assim como nos povos de tradições de terreiros afro-brasileiros.

A medicina tradicional segundo a OMS possui uma história longa, tradicional e representa a somatória de conhecimentos, capacidades e práticas que envolvem crenças, experiências, teorias de culturas diferenciadas e que podem receber uma explicação seja pelos métodos científicos atuais ou não, mas que podem servir à saúde como formas de prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças físicas ou mentais.

Nesse sentido, este capítulo se relaciona à pesquisa “Rede intersetorial de políticas públicas: saúde, saberes e diversidades, no município fronteiriço de Porto Murtinho”, que objetivou compreender as questões de saúde existentes nesse município, a partir da Chamada FUNDECT nº 08/2020 - Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS, em um projeto coordenado pela Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida, da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

A partir da problemática-chave: “Quais as principais questões sociais enfrentadas pelas populações locais que habitam a fronteira Porto Murtinho/MS-Carmelo Peralta/PY e como se estrutura a rede intersetorial de políticas públicas no que tange ao atendimento de saúde e qualidade de vida das populações locais?”, a pesquisa a partir de diferentes subeixos ao longo de 02 anos, buscou responder a esse questionamento.

Nesse sentido, este capítulo traz como discussão a importância dos conhecimentos tradicionais e diversidade de saberes existentes nas práticas relacionadas à saúde.

Justifica-se assim, a relevância desse tema, em razão dessa cidade ser fronteira com região paraguaia e esta prática ser um costume local presente na vida da população. A política fronteiriça de saúde permeia territórios ricos em identidades, hábitos, crenças culturais que de forma invisível não conseguem diferenciar o povo brasileiro do povo paraguaio e o desafio maior reside exatamente nesta interculturalidade.

A metodologia utilizada tem abordagem qualitativa por meio de pesquisa bibliográfica e documental. Objetivou, portanto, pontuar as questões relacionadas às práticas utilizadas pelos idosos com relação à transmissão das vivências, experiências e práticas culturais existentes e que são heranças de costumes e tradições de seus ancestrais e impactam diretamente o cotidiano das populações da região.

DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO AO DIÁLOGO COM OUTROS SABERES: CAMINHOS A PERCORRER

Ao considerar os diferentes contextos e múltiplas realidades, com relação ao conhecimento, é necessário que possamos considerar inúmeras pluralidades com relação aos diferentes saberes. Na concepção de Silva (2009) “o conhecimento não pode ser construído a partir de uma única teoria, pois há o risco do reducionismo”.

Ainda sobre este enfoque, a autora pondera que não há como haver uma desconsideração ou rejeição sobre o legado produzido pela ciência moderna e sim a necessidade de se estreitarem o debate entre a ciência e os saberes que ela mesma silenciou a partir de uma flexibilização das fronteiras disciplinares que surgiram a partir de especialização extrema. Reforça também que precisa se pensar em uma produção de conhecimento mais comprometida com as populações que foram esquecidas ao longo do tempo.

Nesta investigação, corrobora-se com Santos (2004), quando afirma que os saberes desconsiderados pela ciência, comportam em si uma credibilidade conceitual, capaz de legitimá-los e conduzi-los a participar do debate epistemológico com o saber científico, dado que não existe ignorância geral e nem saber geral, ou seja, o conhecimento científico não é a única forma de conhecer que existe. Todo saber apresenta um princípio de incompletude que possibilita o diálogo de disputa entre saberes no âmbito epistemológico.

Ainda sobre este assunto, Foucault (2007), chama a atenção para o “discurso da positividade científica”, responsável pelo silenciamento dos saberes que se encontram à margem das disciplinas estabelecidas, ou seja, fora do domínio científico. Saberes estes pertencentes às áreas de fronteiras disciplinares, responsáveis por poderem

propiciar contribuições científicas desde que o pesquisador consiga superar os limites disciplinares impostos pela ciência moderna.

Nesse sentido, Silva (2009, p. 55) esclarece que nesta fronteira disciplinar, há um espaço de mediação entre conhecimentos e articulações de saberes, no qual “as disciplinas estão em situação de mútua coordenação e cooperação”, a partir desta abertura pode construir um marco conceitual e metodológico comum que seja compreensível para as realidades complexas existentes. Reforça ainda a autora que:

[...] é importante esclarecer que a interdisciplinaridade não pretende a unificação dos saberes, e sim deseja a abertura de um espaço de mediação entre conhecimentos e articulações de saberes, no qual as disciplinas estejam em situação de mútua coordenação e cooperação, construindo um marco conceitual e metodológico comum para a compreensão de realidades complexas (SILVA, 2009, p. 60).

As contribuições advindas dos saberes não-científicos podem apontar pistas para a produção do conhecimento, que venham solucionar problemas cuja população humana envolvida no debate epistemológico esteja a enfrentar.

A produção do conhecimento na percepção de Foucault (2007), envolve o entrecruzamento de saberes em um processo de continuidade e descontinuidade, pois é fruto de uma memória milenar e coletiva assim como da materialidade documental por meio de textos, narrativas, registros, atas. Estes textos facilitam a multiplicação de diferentes possibilidades de se ver o mundo e conseqüentemente, produzir novos conhecimentos que não só representam um acréscimo como também um complemento aos saberes já existentes e institucionalizados pela ciência.

Assim, uma publicação da indústria farmacêutica, que depende fortemente do conhecimento nativo para muitas das suas drogas à base de plantas, menciona os direitos

da biodiversidade do Terceiro Mundo não como direitos intelectuais de povos ou, direito consuetudinários que evoluíram durante séculos, mas como um direito de propriedade recentemente estabelecido, resultante de um acidente geográfico (SHIVA, 2001, p. 101).

No entanto, a luta é constante no sentido de considerar esses saberes assim como orientar a sua prática social por não apresentarem o status de ciência. Sobre este enfoque Boscolo e Rocha (2018, p. 53) afirmam que:

Durante séculos, os ricos conhecimentos elaborados e mantidos por grupos sociais considerados à margem da sociedade arrastaram consigo o sentido de desvalor relacionado às expressões “conhecimento popular” e “conhecimento vulgar”, o que demarcou o distanciamento entre esses saberes e o mundo das ciências.

Tal diálogo entre as experiências do mundo (tanto as disponíveis, que trata a “sociologia das ausências”, como as possíveis, domínio da “sociologia das emergências”) requer um trabalho de tradução intercultural, dada a impossibilidade da completude cultural de qualquer grupo humano.

Para Santos (2004), essas experiências geram conflitos e permitem diálogos possíveis entre diferentes formas de saberes. As experiências mais ricas neste domínio ocorrem na biodiversidade (entre a biotecnologia e os conhecimentos indígenas), na medicina (entre medicina moderna e medicina tradicional), na justiça (entre jurisdição ou autoridades tradicionais e jurisdições modernas, nacionais), na agricultura (entre a agricultura industrial e a agricultura camponesa ou sustentável), nos estudos de impactos ambientais e tecnológicos (entre o conhecimento técnico e os conhecimentos leigos, entre peritos e cidadãos comuns) (SANTOS, 2004, p. 799).

Revela-nos Fitas (1998), nesse contexto, a importância da interdisciplinaridade entre as ciências da natureza e do ambiente, as ciências sociais e a história, pois diferentes áreas do conhecimento

são contributivas para a expansão dos campos científicos e também das metodologias utilizadas, pois o “conhecimento científico representa um dos muitos caminhos para o entendimento do mundo natural, havendo outros meios cognitivos e explicativos, como o das comunidades tradicionais.” (SOUTHERLAND, 2000, p. 288).

O que se percebe de forma incisiva é a necessidade da promoção da sustentabilidade no empenho ao diálogo multidisciplinar, visando ao resgate de informações/conhecimentos de sabedorias tradicionais e locais como caminhos sustentadores da sustentabilidade.

OS SABERES DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS: PONTUAÇÕES CONCEITUAIS E DOCUMENTAIS

A instituição da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais por meio do Plano de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais, sustenta que os povos tradicionais possuem formas próprias de organização social, sendo que a utilização do território e recursos naturais como condição para a sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, é transmitido oralmente.

Diante desse contexto, faz-se necessário, o reconhecimento da contribuição desses povos na construção do Brasil e a valorização da ancestralidade que estabelece vínculos identitários entre o continente africano e o Brasil.

Quando nos referimos à designação da palavra “saber”, diferentes conceitos são apontados desde o saber “tradicional”, o saber “popular” e o saber “escolar”.

De acordo com Morin (1996), podemos ter o seguinte entendimento sobre o saber tradicional que tem origem nas comunidades tradicionais, nos grupos indígenas, caiçaras e ribeirinhos em caminhos percorridos paralelamente com o saber acadêmico e simultaneamente sofrem influências e ao mesmo tempo influenciam.

Nesse contexto, o Decreto 6.040/2007, instituído pelo Governo Federal, objetivou não somente o reconhecimento da grande diversidade racial, étnica, existente no Brasil, como também visou à promoção do desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais buscando o fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, econômicos e culturais assim como a valorização e respeito à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

Com relação ao saber popular buscamos em Lopes (1999) uma definição que o apresenta como fruto de diferentes significados das camadas populares da sociedade, normalmente dominadas economicamente e culturalmente e que incluem práticas sociais cotidianas como meio de luta pela sobrevivência. Já o saber escolar é transmitido no espaço formal da escola apresentando uma dicotomia que envolve a diferença entre produzir envolvendo o saber científico com o transmitir que envolve os saberes tradicionais que passam de geração a geração (CHASSOT, 2004).

Salienta ainda o referido autor para as dificuldades de conceituações temáticas por se tratar de um termo com fortes conotações políticas. O quadro abaixo especifica os povos e comunidades consideradas tradicionais:

Quadro 1 – Povos e comunidades tradicionais

1-povos indígenas, quilombolas, populações agroextrativistas	seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu.
2-grupos vinculados aos rios ou ao mar	ribeirinhos, pescadores artesanais, caiçaras, varjeiros, jangadeiros, marisqueiros.
3-grupos associados a ecossistemas específicos	pantaneiros, caatingueiros, vazanteiros, geraizeiros, chapadeiros.
4-grupos associados à agricultura ou à Pecuária	faxinais, sertanejos, caipiras, sitiantes campeiros, fundo de pasto, vaqueiros.

*Fonte: Adaptação do artigo Povos e Comunidades Tradicionais de Valter do Carmo Cruz, 2012, p. 298 In: CALD ART, Roseli Salet; PEREIRA, Isabel Pereira; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. (Org.) **Dicionário da Educação do Campo**. 1ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Escola Politécnica de Saúde. Joaquim Venâncio/Expressão Popular, 2012, v. 594-600.*

Reforça ainda Cruz (2012, p. 598) que as características essenciais desses grupos são:

- i) amplo conhecimento sobre a dinâmica dos ciclos naturais;
- ii) forte relação de ancestralidade com o território que habitam;
- iii) produção econômica baseada na unidade familiar, doméstica ou comunal;
- iv) inter relações (cooperativa ou conflitiva) com outros grupos similares na região onde vivem.

Nesse sentido, ainda que tenhamos a institucionalização de um Decreto Federal, há a ausência de diálogo entre os saberes tradicionais e populares versus os saberes científicos e a não consideração desses saberes continua a gerar muitos conflitos, culminando na diminuição ou desvalorização desses saberes ou mesmo na não validação nos conhecimentos acadêmicos.

Colabora com esta visão Bandeira (2001), ao enfatizar que a distinção dos conhecimentos tradicionais e científicos não representa apenas uma questão de hierarquia e sim a não correspondência das teorias construídas conforme o modelo ocidental moderno. Estas formas de conhecimento baseadas em critérios de validade locais, tanto materiais quanto simbólicas, podem sofrer, segundo o autor, variações regionais e culturais, vinculadas aos contextos nos quais são produzidos e transmitidos.

Nesse sentido, Cunha (2007, p. 81) pondera que o saber tradicional não pode ser visto “como a simples validação de resultados tradicionais pela ciência contemporânea, mas sim como o reconhecimento de que os paradigmas e práticas dos saberes tradicionais são fontes potenciais de inovação da nossa ciência”.

Para uma melhor compreensão, há uma importância nesse contexto, de se conhecer bem por parte das redes intersetoriais especificamente de Porto Murtinho, foco dessa pesquisa, desses saberes, tendo uma visão mais ampla das pessoas que procuram as redes de saúde, seus valores, crenças e fatores culturais que influenciam o uso dessas práticas assim como um conhecimento mais amplo das plantas, ervas ou ações que fazem uso para os cuidados com a saúde.

Sobre este assunto, reforça Medeiros (2001), que as plantas medicinais se constituem em um recurso autêntico do saber popular utilizado no seio familiar e nas relações estabelecidas com a vizinhança, em uma verdadeira rede de conhecimento

Comunga com este pensamento Diegues (2001), ao afirmar que muitas dessas sociedades, sobretudo nas indígenas, existe uma interligação orgânica entre o mundo natural, o sobrenatural e a organização social. Sendo assim, para estas, não existe uma classificação dualista, uma linha divisória rígida entre o “natural” e o “social”, mas sim um continuum entre ambos.

Chama a nossa atenção também as ponderações de Cruz (2012, p. 597) quando reforça esta tensão dualista existente ao longo das décadas quando afirma:

[...] o termo “povos e comunidades tradicionais”, tão comum hoje, emergiu no léxico político e teórico brasileiro no final da década de 1970 e início dos anos 1980, e se popularizou na década de 1990, com a consolidação da questão ambiental. Ao campo ambiental, somaram-se as lutas de grupos étnicos em defesa dos direitos culturais e territoriais (CRUZ, 2012, p. 597).

As práticas de saúde dessas comunidades tradicionais “expressam representações, sentidos e valores ligados ao conjunto de relações socioculturais que vinculam pessoas e grupos entre si, envolvidas no mesmo campo e referidas ao mesmo espaço”. Sendo assim, é importante também que possamos refletir que o conhecimento empírico das gerações que nos antecederam está presente em nós e no mundo que vivemos por meio de um conhecimento feito de ideias e ações. Estes se tornam adquiridos tanto por acertos quanto por erros e que são considerados válidos, observáveis, analisáveis.

OS ATORES SOCIAIS RELACIONADOS AOS SABERES TRADICIONAIS E AOS CUIDADOS COM A SAÚDE

É visível percebermos que as comunidades que lutam diariamente pelo reconhecimento de sua cultura e saberes são formadas por ribeirinhos, agricultores familiares, idosos, camponeses que carregam consigo a identidade da terra, o empoderamento de suas ações e do local em que vivem.

Na terra, são responsáveis pela produção de seu sustento e na terra para eles, espaço, natureza e trabalho são elementos indissociáveis. A manutenção e reprodução de sua forma de viver, a memória de sua cultura e saberes, é o que lhes garante o futuro de seu povo. No entanto, é importante assinalar que mesmo dentro de uma comunidade, não há conhecimento homogêneo, diferenciando-se homens e mulheres em diferentes categorias, exemplificando, temos “parteiras”, “benzedeiros”, “erveiros”, “mateiros”, “tropeiros”, “carvoeiros”, entre outros.

Dentre estas categorias, a benzeção é uma das práticas mais popular de cura, reforça este pensamento (Moura, 2011), para quem este ritual é como uma espécie de ofício, pois os princípios e as regras de funcionamento são de conhecimento restrito a um grupo de especialistas, isto é, de profissionais da medicina popular.

A contribuição familiar na transmissão desses saberes, é fundamental e a perpetuação dos conhecimentos ocorre a partir das novas gerações e essas ações ocorrem seja em espaços formais e informais e sua configuração em rede demonstra o seu agrupamento no estabelecimento de relações familiares, de trabalho, de amizade.

Na saúde, os atores se manifestam nas chamadas doenças culturais: “quebranto”, olho-gordo, espinhela-caída e em simpatias para curar tosses, febres ou dores estomacais.

Nesse contexto, Rocha e Favilla (2015, p. 62) argumentam que a garantia de manutenção dos povos e comunidades tradicionais em seus territórios, tradicionalmente ocupados, ainda se configura como a principal questão para a reprodução sociocultural desses segmentos.

Os territórios, tradicionalmente ocupados, são os espaços onde são mantidas as memórias coletivas dos grupos, onde estão seus ancestrais, onde se encontram seus sítios sagrados, onde é vivenciada a cultura, onde se têm acesso aos recursos naturais vitais para sua produção e reprodução e que incorpora as visões de mundo e cosmologia.

A Unesco, em sua 30ª reunião realizada em setembro de 2003 em Paris na “Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial,” definiu Patrimônio Cultural Imaterial como as práticas, representações, expressões, conhecimentos e aptidões bem como os instrumentos, objetos, artefatos e espaços culturais que lhes estão associados que as comunidades, os grupos e, sendo o caso, os indivíduos reconheçam como fazendo parte integrante do seu patrimônio cultural.

Esse patrimônio cultural imaterial, transmitido de geração em geração, é constantemente recriado pelas comunidades e grupos em função do seu meio, da sua interação com a natureza e da sua história, incutindo-lhes um sentimento de identidade e de continuidade, contribuindo, desse modo, para a promoção do respeito pela diversidade cultural e pela criatividade humana (UNESCO, 2003, s/p).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece as práticas e saberes tradicionais presentes nas comunidades, como essenciais para a saúde populacional, a partir de diferentes políticas de saúde, tais como:

- i) a Política Nacional de Educação Popular em Saúde: por meio do reconhecimento das práticas populares de cuidado;
- ii) a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas pelo reconhecimento dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- iii) a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que tem o objetivo de promover “o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.” (SUS, 2006, p. 20).

Necessariamente, percebe-se que as políticas nacionais de atendimento à saúde representam um caminho capaz e contributivo seja por meio de metodologias ativas, tecnologias e saberes para novas práticas de saúde em prol das comunidades carentes nas regiões brasileiras percebidas na gestão cotidiana do SUS. Ações consideradas desafiadoras para a ampliação do exercício dos gestores e trabalhadores da saúde e para a sociedade como um todo.

Salienta Vasconcelos (2018, p. 287), sobre o aporte da participação popular na reorientação das práticas de atenção à saúde, na perspectiva da construção de um sistema mais integral, eficaz e orientado às especificidades das populações.

De acordo com o autor, "muitas experiências comunitárias vêm demonstrando a forte potencialidade das ações de saúde na reorientação da vida social". Para tanto, faz-se necessário redirecionar o modo como o sistema de saúde relaciona-se com os usuários, de forma a ouvir e considerar os saberes de saúde dessas populações.

OLHARES ATENTOS EM PORTO MURTINHO-MS E SUA FRONTEIRA: A IMPORTÂNCIA DOS SABERES TRADICIONAIS

Com uma população de mais de 12.000 habitantes em 2022 (IBGE, 2022) em uma área de 17,505 km², Porto Murtinho possui uma posição estratégica ao ser localizada às margens do rio Paraguai e possuir uma longa história voltada à exportação, contribuindo assim em ciclos econômicos para a economia do então MT e hoje MS.

A sua forma peculiar tanto na socioeconomia quanto no ponto de vista ambiental, apresenta uma trajetória inicial com a erva-mate

por meio da Companhia Mate Larangeira, exploração do tanino, seguido até os nossos dias da pesca e pecuária simultaneamente.

No entanto, devido à sua estreita ligação com o Paraguai, a partir da cidade fronteiriça de Carmelo Peralta, há uma integração cultural, social, econômica, além de práticas voltadas à saúde.

O município de Porto Murtinho possui uma integração com o Paraguai que vai além do contexto relacionado aos festejos culturais, musicais, gastronômicos e religiosos, pois essas práticas culturais “revelam a singularidade plasmada pelo processo histórico na materialidade do território. O idioma é uma junção e sobreposição da língua portuguesa, do guarani e do espanhol (castelhano), marcando singularmente a condição de fronteira com o Paraguai” (BENITES, MAMEDE, CENTENO, ALVES, 2019, p. 268).

Esta singularidade está presente nos festejos religiosos, culturais, musicais, gastronômicos e práticas de saberes populares tradicionais tanto em Porto Murtinho como também nas cidades paraguaias com que faz fronteira, (Carmelo Peralta e Ilha Margarita) como se percebe nos dizeres de Benites *et al.* (2019, p. 276):

[...] várias senhoras paraguaias, por exemplo, levam plantas medicinais para comércio na feira livre no lado brasileiro, confirmando a detenção de conhecimento tradicional e de saberes etnobiológicos. Sejam motorizadas ou movidas a remo, as chalanas, outrora de madeira, transportam pessoas e seus objetos em cumprimento ao seu cotidiano, e essa travessia motiva intercâmbio de saberes e intercâmbio sociocultural, fortalecendo as relações sociais na fronteira.

Com relação ao distrito de Carmelo Peralta, a sua elevação como município ocorreu em 2008, encontrando-se situada no XVIII Departamento do Alto Paraguai, Chaco. É considerada como a entrada do “Pantanal Chaqueño”. Distancia-se cerca de 730 km de sua capital Assunção e sua população em torno de 4.000 habitantes,

é constituída por nativos paraguaios ou de outros países latinos, indígenas da etnia Ayoreo e pecuaristas brasileiros. Ilha Margarita⁹⁵, também faz fronteira com Porto Murtinho -MS além da Comunidade de Porto Sastre⁹⁶ situada cerca de 45 km de Carmelo Peralta.

Percebe-se, portanto, que esta relação cultural fronteiriça entre Porto Murtinho e Paraguai, especificamente tratando-se de Carmelo Peralta no Paraguai, demonstra o fortalecimento da memória e identidade vinculada a saberes, hábitos, economia, valores, das referidas populações que comungam assim, práticas culturais e sociais. Caracteriza-se nesta relação, a multiculturalidade, ou seja, a presença de múltiplos territórios nas regiões fronteiriças denominadas de acordo com Souza (2014) como “pontes em que as populações vizinhas desenvolvem uma articulação itinerante e ambivalente” em que ambas partilham um interstício.

Nesse sentido, geograficamente, a fronteira delimita o espaço de cada grupo, no entanto não tem a capacidade de impedir a existência de uma articulação intercultural entre as duas regiões: brasileira e paraguaia.

Viver a fronteira ou mesmo entendê-la, exige diferentes formas de percepções, tanto para o morador habituado a cruzar as pontes, os rios ou mesmo ruas delimitadas pela fronteira, quanto para o visitante ou pesquisador procurando vivenciar e entender esta fronteira invisível existente nesse espaço territorial.

95 Isla Margarita é uma das pequenas cidades do lado fronteiriço de Mato Grosso do Sul com o Paraguai em Porto Murtinho e considerada atração turística em razão de ter um centro de compras de produtos importados, e seu passeio iniciar a partir de uma travessia de barco pelo Rio Paraguai. (CAMPO GRANDE NEWS, 2019)

96 Denominada atualmente como Puerto la Esperanza, foi fundada em 28 de junho de 1905, à margem do Rio Paraguai e distante da capital Assunção cerca de 650 km. Pertence ao distrito de Carmelo Peralta e cerca de 1.000 habitantes, no entanto, chegou a ter uma população de 10.000 habitantes, quando possuía uma fábrica de tanino, com o fechamento, a população emigrou para outras paragens em busca de novas oportunidade de trabalho. (Almiron, 2016).

De um lado, percebem-se relações particulares vividas e sentidas pelos moradores fronteiriços e que são estabelecidas nas diferentes formas de estratégias de relações culturais, sociais e de sobrevivência existentes e do outro, aqueles que visitam esta fronteira como uma forma de entretenimento, de deleite ou aqueles que pesquisam essas múltiplas formas de vivenciar essa fronteira singular.

Nesse contexto, as múltiplas formas de entendermos a fronteira, é vivenciarmos o pensamento de Almeida *et al.* (2019, p. 288) ao afirmarem que:

O olhar para a fronteira nos remete, portanto, a um cotidiano ainda novo para o Brasil e com fértil campo de investigação sobre as questões que permeiam esses espaços. Fronteira é um conceito que envolve, principalmente, demarcações territoriais entre países que possuem culturas e legislações diferenciadas, porém não se reduz somente a questões geográficas, pois abrangem também aspectos humanos e sociais.

Dentre essas contradições fronteiriças, de um lado, levando em conta este aspecto intercultural, observamos que o espaço geográfico fronteiriço é caracterizado por heterogeneidades e diferenciações. Elas podem ser caracterizadas:

- i) socialmente: como representação das diferentes culturas, tradições e práticas sociais;
- ii) geograficamente, pela distribuição desigual de recursos naturais, fatores físicos;
- iii) economicamente, pela desigualdade que afeta a saúde, a vida educacional e econômica.

No entanto, quando analisamos estes aspectos na realidade fronteiriça de Porto Murtinho e Carmelo Peralta estas diversidades se diferenciam, mas se interconectam.

Estas están divididas por el río Paraguay e interconectadas por carreteras, y es a través de estos medios de intersección que los residentes se desplazan por razones sociales, económicas y culturales. Las ciudades vecinas y fronterizas dividen los países Brasil y Paraguay: ambas mantienen la herencia cultural de sus países, pero desarrollan su identidad cultural de tal manera que están geográficamente delimitadas, pero unificadas por el sentimiento de pertenencia atribuido a las interacciones e integraciones del convivio diario (Shiota, AKAMINE, CHAIA, SILVA, DORSA, 2021, p.1180).⁹⁷

Esta simbologia no entender das autoras, pode ser observado em festas, comidas e costumes praticados de forma compartilhada em ambas as cidades, dentre elas citam o “Festival Internacional de Pesca”, sendo observada a presença da bandeira paraguaia ou brasileira em cada embarcação.

Outra festa de caráter religioso citado pelas autoras é a celebração da Nossa Senhora de Caacupé, patrona do Paraguai, mas festejada em Porto Murtinho e outras regiões fronteiriças brasileiras, em razão do sentimento de pertencimento desenvolvidos pelos moradores fronteiriços, ainda que Nossa Senhora de Caacupé, seja padroeira do país vizinho, ela possui fiéis espalhados por Mato Grosso do Sul (ver fig. 1).

97 Estas são divididas pelo Rio Paraguai e interligadas por estradas, e é por meio desses meios de intersecção que os moradores se deslocam por razões sociais, econômicas e cultural. Cidades vizinhas e fronteiriças dividem os países Brasil e Paraguai: ambos mantêm a herança cultural de seus países, mas desenvolvem dessa forma sua identidade cultural de tal maneira que estão geograficamente delimitados geograficamente, mas unificados pelo sentimento de pertencimento, atribuído às interações e integrações da vida diária.

Figura 1 - Tradição de promesseiras e fé em Nossa Senhora de Caacupé, em Porto Murtinho



Fonte Correio do Estado 2021.

Para Albuquerque (2010, p. 62), fica claro que entender a fronteira não é uma tarefa fácil por ser um “fenômeno heterogêneo plural, paradoxal e dinâmico”, argumentando que são explícitas as forças dos poderes jurídico, político e simbólico existentes nos limites fronteiriços territoriais.

É importante refletir que este espaço fronteiriço é permeado como um território fluido de relações e diferenças sendo que as convergências estão presentes nas ações cotidianas, compreender esta relação implica, de acordo com Almeida *et al.* (2019), a compreensão das políticas públicas existentes entre os municípios fronteiriços assim como as transformações sociais que ocorrem rotineiramente em diversos níveis, daí os resultados observados em termos de trocas sobre as estruturas organizacionais da sociedade.

Essa realidade é muito comum na fronteira de Porto Murtinho e Carmelo Peralta, assim, “além de um recurso econômico, a

fronteira é um espaço de geração de estratégias e táticas de exercício da cidadania das populações que vivem entre dois Estados nacionais” (Albuquerque, 2010, p. 72)

As fronteiras são espaços privilegiados para a integração entre os países, bem como para o desenvolvimento de ações de cooperação e intercâmbio comercial e cultural. A prática cotidiana e interação das populações na fronteira por vezes supera e antecipa legislações e acordos internacionais, e as fronteiras são regiões de convívio cotidiano de diferentes sistemas políticos, monetários, de segurança e proteção social (GIOVANELLA, GUIMARÃES, NOGUEIRA, VASCONCELOS, DAMASCENO, 2007, p. 10).

Acentua ainda os autores, que novas dinâmicas, como por exemplo, os fluxos migratórios, as interações transfronteiriças e os processos de integração acabam por propiciar novos desafios para o sistema de saúde e demandam políticas específicas de garantia do direito à saúde pública nessas regiões.

Não há como não reconhecer que o fluxo transfronteiriço dos moradores da região, ou seja, migração pendular, é cotidiano tanto no lado brasileiro quanto no lado paraguaio para ações diversas, atendimento à saúde, educação, trabalho, incluindo também a presença dos índios da etnia Ayoreo. O atendimento pelo lado territorial brasileiro com relação à saúde, é acentuado nos trabalhos de parto e estas crianças nascendo em território brasileiro passam a ter acesso à saúde, educação e assistência Social, entre outros.

Se voltarmos os olhos para a questão da saúde nesta região de fronteira, temos que enfatizar que o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece as práticas e saberes tradicionais presentes nessas comunidades, como essenciais para a saúde populacional e para o atendimento complementar dos problemas surgidos nesse fluxo migratório citado é feito de forma cotidiana.

Nesse contexto, a partir da realização do projeto “Rede inter-setorial de políticas públicas: saúde, saberes e diversidades”, nas diferentes unidades de saúde direcionadas para a execução da pesquisa, houve a oportunidade de acompanhar especificamente os conhecimentos tradicionais e diversidade de saberes existentes na cidade, a partir de diferentes políticas de saúde aplicadas em Porto Murtinho.

O atendimento aos idosos nas ações intersetoriais das unidades de saúde em Porto Murtinho se configura como um espaço complexo e de múltiplas dimensões, em termos de novos tempos, novas tecnologias, nesse sentido, o sistema de saúde tem procurado vivenciar novas práticas que venham atender às demandas comuns, respeitando, contudo, os saberes tradicionais utilizados tanto pelos idosos quanto pela comunidade indígena como tratamento complementar.

Esses saberes aplicados à saúde se relacionam ao uso de ervas medicinais, sobre este fato, Bertoni (2008), dedicou-se cerca de 40 anos aos estudos das plantas medicinais na região paraguaia tri fronteiriça, e em seus estudos etnográficos voltados aos povos Guarani, explica que a ação medicamentosa traz sempre algo de místico e de personalidade tanto em quem administra quanto no paciente, devendo haver sempre uma certa receptividade sugestiva, para que o remédio surja o efeito desejado.

Com relação aos tratamentos voltados aos idosos, o contexto familiar abriga um conhecimento próprio que vem sendo repassado de geração a geração, as plantas medicinais são utilizadas muitas vezes relacionadas aos tratamentos indicados oficialmente, com o objetivo de prevenção ou alívio de sintomas e muitas vezes como tratamento de doenças.

Nesse contexto, é importante refletir de acordo com Ceolin *et al.* (2011, p. 48), que a compreensão dessa relação dinâmica “[...] é importante para conhecermos o estilo de vida das pessoas, seus

valores, suas crenças e os fatores relacionados à cultura, os quais influenciam as práticas de cuidado à saúde”.

Ainda na concepção dos autores, a prática do cuidado pelas famílias no uso de plantas medicinais, exige “conhecer as representações simbólicas utilizadas na transmissão deste saber, que não se esgota, pelo contrário, se amplia através das trocas de conhecimento entre os membros da família e o meio no qual convivem”.

Geralmente, a questão do saber local voltado a diferentes doenças pode ser percebido nas conversas com as pessoas mais idosas, incluindo-se as benzedeiros, raizeiros e até dona-de-casa, que trazem estas informações de seus antepassados. Estes podem repassar estes subsídios para uma visão geral de conhecimento sobre ervas medicinais, redirecionando assim, o modo como o sistema de saúde relaciona-se com os usuários, de forma a ouvir e considerar os saberes de saúde dessas populações.

CONSTRUÇÃO FINAL DE INDICATIVOS PARA O PLANO INTERSETORIAL MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

É necessário destacar que as ações intersetoriais entre as políticas públicas configuradas como um espaço complexo e de dimensões múltiplas, precisam sempre estabelecer relações de codependência e coparticipação com outros setores e nele se incluem os mais velhos, aqui nessa discussão representada pela pessoa idosa, detentora dos saberes tradicionais, com vistas a objetivos comuns. Este compartilhamento de recursos dos mais variados, implica articulações com atores diferentes, assim como membros de setores diversos da sociedade.

É exatamente nesta perspectiva de congraçamento e troca de saberes que apostamos na produção de outras práticas na educação em saúde, que pode se evidenciar a novos conhecimentos, itinerários de cuidado e novas metodologias de trabalho, saberes e fazeres no âmbito do SUS.

A construção de conhecimentos advindos dos saberes populares, podem propiciar para as redes intersetoriais de saúde e especificamente Porto Murtinho, novas práticas de ações nos serviços de saúde que possam alcançar a chamada integralidade no atendimento a quem procura o setor, seja atuando como construtor ou reprodutor dos saberes nas práticas de cuidado e atenção à saúde.

A transversalidade dos múltiplos saberes, aliada à gestão participativa, são caminhos hoje considerados por muitos, como utópicos, mas que podem avançar tanto na concepção mais ampla e sistêmica da saúde, como nas necessidades da população de Porto Murtinho e de sua fronteira-gêmea: Carmelo Peralta.

Estudos existentes reforçam que as **AIS** se constituem em um grande desafio à medida que buscam gradativamente construir uma estratégia de gestão que possibilite melhores resultados de saúde na atenção primária voltadas à atuação de uma equipe interdisciplinar de saúde que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Alguns indicadores são importantes, com relação aos saberes tradicionais tanto de nossos idosos quanto dos saberes indígenas, neste caso representado em Carmelo Peralta pela etnia Ayoreo e em Porto Murtinho pelas diferentes etnias, Kadiwéus, Kinikinaus, Terenas, Guarani-Kaiowá (Chamacocos)

1. Propiciar Rodas de conversa sobre **saúde e saberes tradicionais**, como espaços de reflexão, discussão e diálogos entre diferentes atores, com troca de conhecimentos e vivências pessoais. Para os pesquisadores, as práticas comuns

entre os idosos e indígenas, com relação aos saberes tradicionais, voltados aos cuidados com a saúde, são utilizados e consideradas eficazes e identificadas como identidades do povo de Porto Murtinho e Carmelo Peralta por ser transmitida de geração a geração.

2. Consideradas como um espaço de aprendizado coletivo, as rodas de conversas podem se tornar um espaço em que se repense a linguagem, os recursos, os métodos em uso, no vislumbre de ver brotar o diálogo realmente fundante das/nas relações entre iguais em suas diferenças.
3. A mediação e interlocução entre os saberes tradicionais e os conhecimentos e recursos da medicina ocidental, sendo assim, várias ações podem ser realizadas para a promoção da saúde envolvendo dessa forma, tanto Porto Murtinho quanto Carmelo Peralta, como um território uno.
4. Para a viabilização de ações voltadas à saúde relacionada aos saberes tradicionais, é imprescindível que haja o fortalecimento comunicacional entre os agentes de saúde de Porto Murtinho e Carmelo Peralta objetivando a valorização dos ancestrais, dos saberes diversos, das formas populares e individuais desses saberes na saúde coletiva.
5. A implementação de comitês estratégicos que tenham em mente o fortalecimento de ações intersetoriais relacionando saúde, educação, centros de atendimento aos idosos, voltadas à prevenção e cuidados com a saúde.
6. A formação contínua dos profissionais de saúde deve ser estimulada por meio de cursos, seminários, encontros intersetoriais com a presença da universidade, representantes municipais, estaduais e federais da Saúde no fortalecimento de conhecimentos e ações intersetoriais.

7. Dar visibilidade aos saberes fronteiriços e indígenas na produção de cuidados voltados à saúde sob o olhar dos saberes tradicionais em escolas, comunidades.
8. Incentivar relações cooperativas com a comunidade de Porto Murtinho e Carmelo Peralta, com as instituições socioambientais voltadas ao conhecimento sobre a biodiversidade local por meio de plantas medicinais e demais usos.
9. A necessidade da qualificação dos profissionais de saúde sobre as terapias complementares, assim como a ampliação de conhecimentos sobre as plantas e ervas utilizadas, como meio de evitar a automedicação e consequentemente a intoxicação ao uso indevido desses saberes tradicionais.
10. Promover a articulação entre a rede intersetorial de políticas públicas, saúde, educação e assistência social, em ações conjuntas por parte das políticas públicas na valorização do saber e das práticas populares articulando discussões de práticas de educação em saúde na fronteira a partir das gerações de jovens e idosos em partilha de conhecimentos mediados por profissionais habilitados para tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que o **idoso** tem um lugar de destaque dentro das comunidades tradicionais pois é por meio dos mais velhos é que são transmitidos os conhecimentos e vivências que foram passados a eles pelos nossos ancestrais e os costumes e tradições continuam a ser passados adiante. Os **idosos** são os mestres no aprendizado e transmissão sobre os saberes tradicionais, a lida e cultivo da terra, o preparo dos alimentos, as rezas, as benzeduras e a manipulação de ervas medicinais.

Esta pesquisa realizada ao longo de 02 anos, possibilitou uma série de reflexões, uma delas talvez a mais importante é sobre a necessidade de um melhor acesso à informação tanto nas comunicações internas ou externas nos centros de saúde.

Quanto às relações fronteiriças estabelecidas entre Porto Murtinho e Carmelo Peralta, se observadas na área da saúde, o entendimento da importância dos aspectos culturais relacionados aos saberes populares é de extrema importância para que não ocorra a homogeneização das perspectivas técnicas/médicas.

A concepção do conceito de saúde como “saber plural”, pode promover uma maior compreensão sobre os processos de saúde no reconhecimento das práticas e saberes distintos, tão necessários e habilitados quanto os saberes convencionais aplicados na saúde.

Outro aspecto importante por parte das redes intersetoriais é a possibilidade da recuperação das informações trazidas pelos pacientes detentores desses saberes, como subsídio de conhecimento do potencial existente e de grande valia para os tratamentos complementares de saúde.

Com a construção da Ponte ligando Porto Murtinho e Carmelo Peralta, e conseqüentemente, possibilitando que o município brasileiro se torne o “Portal de passagem para o Corredor Rodoviário Bioceânico”, haverá grandes mudanças nas duas cidades em todos os setores.

Este empreendimento já em construção, provocará em Porto Murtinho e conseqüentemente em Carmelo Peralta, impactos de desenvolvimento social, cultural, econômico e principalmente da saúde em razão da demanda de pessoas que chegarão a Porto Murtinho e Carmelo Peralta, seja para fixarem residência, como novos moradores em busca de empregos, seja como turistas ou caminhoneiros atravessando a Ponte da Rota Bioceânica com cargas advindas de diferentes setores, rumo aos portos do Norte do Chile.

Percebe-se, portanto, a importância e a iniciativa da pesquisa “Rede Intersectorial de Políticas Públicas: saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS”, já mencionada anteriormente.

As mudanças que advirão a partir da implantação do Corredor Rodoviário Bioceânico e consequentemente de novos empreendimentos em todos os setores, exigirão, tanto de Porto Murtinho quanto de Carmelo Peralta, a garantia da prática de promoção e garantia dos direitos ao acesso integral em saúde, daí a importância com uma atenção especial às práticas dos saberes tradicionais, muitas vezes consideradas por parte da população como o único mecanismo para o tratamento de doenças.

Como reflexão final, pontuamos que a integração regional e fronteiriça e as políticas públicas de Porto Murtinho e Carmelo Peralta propiciam ações voltadas ao Desenvolvimento local: com conhecimentos e experiências locais e regionais, que podem ser utilizadas nos atendimentos da Rede intersectorial de saúde das respectivas cidades, por meio de trocas de conhecimento, de formações continuadas para os profissionais de saúde, de diálogos constantes entre os gestores de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, José Lindomar C. **A dinâmica das fronteiras**: os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai. São Paulo: Annablume, 2010.

ALMEIDA, Luciane Pinho de; TEIXEIRA, Léia Lacerda; FIGUEIRA, Kátia Cristina Nascimento. A importância do estudo dos impactos sociais junto às comunidades locais dos territórios que integram o Corredor Rodoviário Bioceânico. **Revista INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 20, n. especial, p. 285-296, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/interv20iespecial.2590>. Acesso em: 25 ago. 2023.

BANDEIRA, F. S. F. Construindo uma epistemologia do conhecimento tradicional: problemas e perspectivas. *In: Encontro baiano de Etnobiologia e Etnoecologia*, 1, 2001, Feira de Santana. Anais... Feira de Santana: UEFS, 2001. p. 109-133.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2006; 04 maio. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em 08 de setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2023.

BENITES, Maristela; MAMEDE, Simone; CENTENO, Carla Villamaina; ALVES, Gilberto Luís. Porto Murtinho, Mato Grosso do Sul, e o Corredor Bioceânico: caminhos possíveis para a sustentabilidade socioambiental. **Revista INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 20, n. especial, p. 267-284, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/interv20iespecial.2413>. Acesso em: 12 set. 2023.

BERTONI, Moisés. **De la medicina guaraní:** etnografía sobre plantas medicinales. Buena Vista Editores, 2008.

BOSCOLO, Odara Horta, ROCHA, Joyce Alves. Saberes tradicionais e a segurança alimentar. *In: SANTOS, Marcelo Guerra, QUINTERO, Mariana (orgs). Saberes tradicionais e locais: reflexões etnobiológicas* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 50-71.

CHASSOT, Attico. Saberes Populares fazendo-se saberes escolares: uma alternativa para a alfabetização científica. *In: Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*, 5, 2004, Curitiba. Anais... Curitiba, 2004.

CEOLIN, Teila; HECK, Rita Maria; BARBIERI, Rosa Lia; SCHWARTZ, Eda; MUNIZ, Rosane Manfrin; PILLON, Clenio Nailto. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, 2011; 45(1):47-54. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 17 set. 2023.

CUNHA Manuela Carneiro da. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. **Revista USP**, (75), 76-84, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13623>. Acesso em: 07 set. 2023.

CRUZ, Antônio. Políticas Públicas para a Economia Solidária: fronteira entre política social e política para o desenvolvimento local. **Revista Sociedade em Debate**, v. 12, n. 1, p. 117-138, 2012. Disponível em: <https://base.socioeco.org/docs/440-1637-1-pb.pdf>. Acesso em: 27 set. 2023.

CRUZ, Valter do Carmo. Povos e Comunidades Tradicionais. *In: CALDART, Roseli Salete; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO Paula; FRIGOTTO, Gaudêncio. (Org.). Dicionário da Educação do Campo*. 1ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Expressão Popular, 2012, v. 594-600.

DIEGUES, Antônio Carlos. **O mito moderno da natureza intocada**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FITAS, Ana Paula. Da Sociologia da Cultura à Etno-Botânica. **Revista Sítios e Memória**, n. 2, pp. 68-75, 1998. Disponível em: <http://www.etnobotanica.uevora.pt/2003%20AP%20Fitas%20Sociologia%20da%20Cultura.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

FOUCAULT, Michael. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Tradução de L. F. B. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 239p.

GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura; DAMASCENO, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 02 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>. Acesso em: 02 jun. 2023.

LOPES, Alice Ribeiro Cassimiro. **Conhecimento escolar: ciência e cotidiano**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1999.

MEDEIROS, Lis Cardoso Marinho. **As plantas medicinais e a enfermagem: a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes** [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-286006>. Acesso em: 10 out. 2023.

MOURA, Elen Cristina Dias de. **Eu te benzo, eu te livro, eu te curo nas teias do ritual de benzecao**. MNEME – REVISTA DE HUMANIDADES, 11(29), 2011 – jan / julho. Publicação do Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/980>. Acesso em: 05 out. 2023.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1996.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Traditional Medicine Strategy**. WHO/EDM/TRM/2008. Geneva: World Health Organization, 2002. 74 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>, 2002. Acessado em: 14 maio 2023.

ROCHA, Marcelo Cardona; FAVILLA, Kátia Cristina. Doze anos de inserção dos Povos e Comunidades Tradicionais no cenário político do Estado brasileiro e na garantia de direitos individuais e coletivos. *In*: CERQUEIRA, Edmilton; SOUZA, Luiz Fernando M. de; MELO, Patrícia; SANTOS, Quêner C. dos; PIRES, Tauá Lourenço (Orgs.). **Os povos e comunidades tradicionais e o ano internacional da agricultura familiar**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2015.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *In*: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.) **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisado**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 777-821.

SILVA, Márcia Regina Farias. **Ciência, técnica e experiências sociais na pesquisa e na extensão universitárias: possibilidades de diálogos entre saberes**. Piracicaba, Tese (Doutorado). Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Centro de Energia Nuclear na Agricultura, 2009.

SHIOTA, Hanae Caroline Quintana; AKAMINE, Mariana de Barros Casagrande; CHAIA, Alessandra; SILVA, Éricka Santos; DORSA, Arlinda Cantero. La Red Universitaria de la Ruta de Integración Latinoamericana (UniRila) y el Corredor Bioceánico: relaciones culturales entre Porto Murtinho/Brasil y Carmelo Peralta/Paraguay. **Revista INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 22, n. 4, p. 1175-1188, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/ZBBz5n74htD6kwQWpFjdghL/?format=pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

SOUTHERLAND, Sherry A. Epistemic universalism and the shortcomings of curricular multicultural science education. **Science & Education**, v. 9, n. 3, pp. 289-307, 2000. Disponível em: <https://ui.adsabs.harvard.edu/abs/2000Sc%26Ed...9..289S/abstract>. Acesso em 06 de setembro de 2023.

SOUZA, Mariana Jantsch. **Fronteiras simbólicas**: espaço de hibridismo cultural, uma leitura de dois irmãos, de Milton Hatoum. **Revista Letrônica**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 475-89, 2014. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/letronica/article/view/16655>. Acesso em: 04 set. 2023.

SHIVA, Vandana. **Biopirataria**: a pilhagem da natureza e do conhecimento. Tradução de L. C. B. Oliveira. Petrópolis: Vozes, 2001. 152p. (Coleção Zero à Esquerda).

UNESCO. **Convenção para a salvaguarda do patrimônio cultural imaterial**. Paris, 17 de outubro de 2003.

VASCONCELOS, Edgar Mourão. **Para além do controle social**: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. Participação, Democracia e Saúde. Sônia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa (orgs). Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 270-88.

12

Sandra Maria Rebello de Lima Francellino

**SAÚDE E O MOVIMENTO
PENDULAR ESTUDANTIL
NA FRONTEIRA
BRASIL E PARAGUAI**

INTRODUÇÃO

Por apresentar formas acentuadas de contradições culturais e socioeconômicas que se materializam nas relações de trabalho, escolarização e convivência social, o território de fronteira é um espaço que estabelece uma forma complexa de interações. Dessa forma, ao selecionar os deslocamentos pendulares para estudo na fronteira, se faz necessário discutir os aspectos mais marcantes das contradições vivenciadas por estudantes fronteiriços que estão em processo de escolarização nesse espaço de diversidades.

Isto posto, o objetivo desse artigo é compreender como ocorrem os deslocamentos pendulares para estudos nas regiões de fronteiras, especificamente do Brasil e do Paraguai, identificando as principais dificuldades enfrentadas por esses estudantes, bem como levantar o perfil desses alunos considerando a relação educação e saúde. Ressaltamos, que o capítulo é o resultado da pesquisa "Rede Intersectorial de Políticas Públicas: saúde, saberes e diversidades no município fronteiriço de Porto Murtinho/MS", financiada por meio do Programa de Pesquisa para o SUS, pela Fundect, com apoio do CNPq e do Ministério da Saúde. Este projeto teve como finalidade discutir a política de saúde e a intersectorialidade das políticas públicas e, nesse sentido, a área de educação também constitui uma importante linha de análise para compreender o território fronteiriço.

Na cidade de Porto Murtinho, observa-se o deslocamento frequente de jovens e adultos brasileiros e paraguaios que atravessam o rio Paraguai, de um lado para o outro, tanto para trabalho como para o estudo diariamente. No que se refere ao deslocamento de trabalhadores, observamos que há professores brasileiros e outros profissionais de Porto Murtinho que vão ministrar aulas e trabalhar em Carmelo Peralta assim, como há trabalhadores de Carmelo Peralta que trabalham em Porto Murtinho.

Neste capítulo, estaremos evidenciando os deslocamentos de estudantes fronteiriços que atravessam a fronteira com a finalidade de cursarem o ensino fundamental na Escola Municipal Thomaz Larangeira⁹⁸. Esta foi escolhida, para a realização do estudo, por localizar-se na região central e também pelo fato de se mostrar bastante interessada no desenvolvimento da pesquisa, facilitando o acesso aos dados. No decorrer das investigações, identificamos que há alunos de Porto Murtinho que vão cursar o ensino médio profissionalizante no Colégio Nacional Capitán Marcial Ramirez que oferece o ensino básico do 7 ao 9 ano e ensino médio na modalidade de Ciências Básicas e Tecnologia.

Entretanto, por não ter tido acesso às informações do Colégio Captain Marciel Ramirez, centralizamos nosso estudo na Escola Municipal Thomaz Larangeira que possui alunos paraguaios regularmente matriculados em diferentes séries. Caracterizando assim, o movimento pendular que ocorre pelo fato de serem brasileiros de registro, facilitando o acesso à escola brasileira e aos benefícios que são oferecidos, como uniformes, merenda, kit de material escolar entre outros. Essa realidade faz surgir desafios, para professores e funcionários da escola, diante da inserção de elementos que ampliam a diversidade no ambiente educacional.

A metodologia de pesquisa consistiu em estudos e levantamentos bibliográficos e pesquisas de campo sobre movimento pendular para estudo e sua interface com a educação em saúde. A pesquisa de campo foi realizada junto à Secretaria de Educação do Município de Porto Murtinho e na Escola Municipal Thomaz Larangeira, por meio da realização de entrevistas com a direção, coordenação e rodas de conversa com os professores. O formulário de levantamento de dados abarcou vários aspectos tais como: localização, infraestrutura, horário de funcionamento, número de alunos matriculados,

98

Escola Pública e Urbana que oferece a modalidade de ensino regular, ensino fundamental e EJA - fundamental.

bem como questões relacionadas ao movimento pendular e aspectos de saúde visando a educação para a saúde de todos os alunos brasileiros e paraguaios.

Este texto divide-se em 3 partes:

1. Discussão sobre movimento pendular para estudo na fronteira,
2. O contexto educacional e de saúde atual no município e,
3. Alguns indicativos e estratégias para minimizar as dificuldades e vulnerabilidades entre os dois países.

O MOVIMENTO PENDULAR NA FRONTEIRA

De acordo com Jardim (2007), os movimentos pendulares estão relacionados aos processos de deslocamentos da população no território, em um determinado contexto e tempo socialmente constituído, e que, à medida que acontecem mudanças na organização da economia e da sociedade, adquirem especificidades e finalidades. Nesse sentido, não deve estar desvinculado dos estudos de urbanização, que, por sua vez, não estão à margem das mudanças sociais e do desenvolvimento econômico.

Segundo Beaujeu-Garnier (1980), o termo pendularidade está relacionado à sua feição característica, que é o movimento de vai-e-vem, semelhante ao de um pêndulo, razão por que é denominado de deslocamento pendular. Esse movimento se refere aos deslocamentos diários dos indivíduos para realizar ações de sua vida cotidiana como trabalhar, estudar ou, ainda, por lazer, entre outros. Entretanto, representa muito mais que um movimento de idas e vindas das pessoas; além de se caracterizar pela periodicidade, envolver distâncias consideráveis e meio de transporte, também significa

viver o lugar, relacionar-se com outros indivíduos, compartilhar, no seu cotidiano, sentimentos, dificuldades, superações e experiências.

Ojima e Fusco (2015) destacam que um dos aspectos mais importante, no movimento diário da população, é a separação geográfica entre os diferentes lugares de atividade e lugares de residência, haja vista que as pessoas necessitam se locomover com certa regularidade para suprir suas necessidades vitais. Assim, pelo movimento pendular, as pessoas podem escolher onde desejam morar, de acordo com seu padrão socioeconômico e usufruir dos serviços necessários à sua subsistência.

Como já mencionado, estaremos evidenciando o movimento pendular na fronteira Brasil e Paraguai destacando os territórios de Porto Murtinho e Carmelo Peralta que apresentam como características a condição de cidade gêmea⁹⁹. Área que até alguns anos atrás, jamais havia contado com grandes investimentos governamentais e que é precariamente conectada aos grandes centros de poder de seus respectivos países. Com a assinatura do acordo para a construção do Corredor Rodoviário Bioceânico entre os dois países em dezembro de 2018, essas cidades ganharam maior atenção e visibilidade (SILVA, GRECHI, CARNEIRO, 2022).

Porto Murtinho por estar localizado às margens do rio Paraguai é um ponto estratégico e atraente por sediar o porto de exportações que, ao longo da história tem contribuído nos vários ciclos econômicos e na dinâmica da economia estadual. Na outra margem do rio Paraguai Carmelo Peralta tem sua economia baseada na agropecuária e no turismo com destaque para a pesca e os barcos hotéis.

De acordo com Oliveira (2011, p. 4) a “condição de fronteira impõe mobilidade aos indivíduos de qualquer classe social, com diferentes graus de intensidades legitimando os mecanismos de

99

Cidades localizadas junto dos limites fronteiriços de dois países, com fluxos de pessoas e mercadorias diários.

complementariedade". Dessa forma, as áreas de fronteiras podem funcionar como motivadores do desenvolvimento, áreas de transição, contato, articulação com vivacidade e dinamismo próprio.

Segundo Oliveira (2014), a movimentação pendular está relacionada com a atratividade do município e, desse modo, destaca-se o setor educacional como um elemento fundamental nesse processo. Salientamos que quando abordamos a educação na região de fronteira é necessário levar em consideração suas especificidades e complexidades, considerando que encontramos alunos com línguas, costumes e culturas diferentes.

De acordo com Silva (20011, p. 63):

Uma fronteira representa muito mais do que uma mera divisão e unificação dos pontos diversos. Vai além do limite geográfico. É um campo de diversidades. É o encontro com o diferente físico e social. E, é nesse espaço que as relações se formam e se deformam, completam-se e dão forma à diversidade, à cultura. Por meio de amizades e companheirismos formam-se famílias, amigos e irmãos.

Essa junção de pessoas de nações diferentes mostra a formação de uma cultura diversa, em que famílias carregam traços de ambas as culturas o que leva ao desenvolvimento de vários aspectos na vida escolar dos estudantes fronteiriços. Ao escolher um dos lados da fronteira para seu processo de escolarização, necessariamente alguns aspectos serão valorizados culturalmente em detrimento de outros, que poderão ficar incógnito, ainda que fazem parte da identidade de cada aluno.

Silva (2017) sobre a relação entre o Brasil e o Paraguai no que se refere ao sistema educacional afirma que é estabelecida de forma que o Brasil assume a responsabilidade em grande parte de sua fronteira com o Paraguai, pela educação dos alunos fronteiriços residentes dentro de determinados limites territoriais, tendo em vista que na Constituição Federal Brasileira (1988) a educação é

considerada um direito do indivíduo e dever do Estado. Sendo assim, muitas crianças e jovens paraguaios estudam nas escolas situadas do lado brasileiro da fronteira. Ressaltamos, que alguns paraguaios possuem dupla cidadania, outros a carteira transfronteiriça o que lhes possibilitam o direito ao uso de serviços sociais coletivos. A seguir, caracterizamos o movimento pendular para estudo e como ele acontece na fronteira do Brasil com o Paraguai.

ESTUDANTES EM MOVIMENTO NA FRONTEIRA BRASIL E PARAGUAI

A fronteira urbana e rural entre a cidade de Porto Murtinho e Carmelo Peralta apresenta fluxos de deslocamento pendulares. Brasileiros, paraguaios e indígenas da etnia Ayoreo¹⁰⁰ se mobilizam entre os países como se estivessem transitando em bairros vizinhos. Esses dois países se integram por meio de um sistema próprio e peculiar dessa região fronteira - paraguaios que trabalham ou estudam em Porto Murtinho e brasileiros que trabalham ou estudam em Carmelo Peralta, indo e vindo cotidianamente.

Esses deslocamentos de pessoas, bens, mercadorias e identidades tornam essa região carregada de características próprias e singulares. De acordo com Albuquerque (2010) são sujeitos fronteiriços, ou seja, sujeitos que vivem em uma faixa de região entre dois países em “[...] um espaço mais amplo de relações sociais de um lado e outro do limite político [...]”, pensando-os como sujeitos que vivem “[...] no entrelaçamento de brasileiros e paraguaios vistos especialmente, em território brasileiro” (SOUZA, 2009, p. 109).

100

Indígenas de nacionalidade brasileira e paraguaia, residentes na comunidade Punta, pertencente a colônia de Carmelo Peralta no Paraguai. Essa colônia paraguaia está separada do município brasileiro pelo rio Paraguai

Por sua vez, Almeida *et al.* (2022, p. 3) afirmam

...que as realidades fronteiriças denotam expressões que se fundem, que transitam entre o consenso e o dissenso, entre as homogeneidades e as diversidades que ao mesmo tempo que se igualam se diferenciam, se interconectam e se distanciam, todavia não de forma dualista, mas na contradição dialética que se dá na complexidade do cotidiano social.

Ressaltamos, que as interações e o dinamismo que acontecem nas áreas de fronteiras, não é um processo recente na história dos fluxos populacionais, eles foram se ampliando e intensificando com o processo da globalização. Assim, as comunidades de fronteira, especialmente a fronteira brasileira e paraguaia vivenciam a ambivalência dessas duas lógicas territoriais, ao mesmo tempo que deparam com o controle rígido das barreiras fronteiriças internacionais experienciam múltiplas redes de solidariedade, de trocas comerciais, culturais e até mesmo políticas de caráter transfronteiriços.

O local e o internacional, são espaços que se articulam, estabelecendo vínculos e processos próprios, construídas e reforçadas pelas populações fronteiriças. Neles estão expostas as identidades e as culturas nacionais de cada um dos países envolvidos, que constrói, reelabora e forma outra cultura e identidade diferenciada, capaz de recriar um novo lugar com aspectos regionais.

Com base nos levantamentos de estudos realizados para a pesquisa, o movimento pendular motivado pelo estudo é um tema ainda pouco explorado no Brasil, comparado com a demanda de deslocamentos diários da população para o trabalho. De acordo com Lima (2015), existe "uma provável hipótese para a escassez da produtividade desse tema no Brasil se dê por um fator metodológico". Nesse sentido, existe uma lacuna sobre a temática, até o momento; o que inviabiliza um estudo maior nessa área são as informações disponibilizadas pelo Censo Demográfico sobre as pessoas que estudam em municípios diferentes daqueles em que residem, que são limitadas em algumas variáveis.

Lima (2015), também aponta a existência de outras fontes que podem ser utilizadas para um melhor desenvolvimento de estudos sobre a migração pendular de estudantes. Um recurso bastante acessível a todas as pessoas e que possibilita um maior grau de detalhamento e recursos para a produção de um trabalho bem consistente e de maior visibilidade é o Censo Escolar.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), em todo o Brasil, 7,4 milhões de pessoas se deslocam para cidades vizinhas de onde moram para trabalhar ou estudar, correspondendo a 6,7% da população que estuda e/ou trabalha. Essas informações são baseadas no Censo de 2010, sobre concentrações urbanas e arranjos populacionais. Esse percentual sobe para 10,6%, quando se consideram as regiões metropolitanas, pois de um modo geral, os fluxos associados a esses tipos de deslocamentos se concentram nas principais aglomerações urbanas do país.

Segundo o IBGE (2015), os arranjos populacionais se formam, em grande maioria, por motivos econômicos, já que, em geral, as populações de cidades menores e mais pobres procuram alternativas de emprego e estudo em cidades vizinhas. Há ainda situações em que o motivo da formação do arranjo é política, no caso de cidades que são separadas, mas mantêm ligação histórica como se ainda fosse uma só.

São inúmeros e específicos os fatores que fazem uma pessoa sair do seu lugar e se movimentar para outro, muitas vezes inexplorável e repleto de diferenças, valores culturais, sociais, políticos exercendo mudanças na identidade de cada um. Assim, tais lugares, em função das interações sociais, sofrem mutações constantes em sua paisagem, formas e na cultura local. Aqui destaca-se o objeto deste estudo, que são as crianças e adolescentes paraguaias; estes saem de seu país, diariamente, para estudar e esse fato lhes impõe o contato com a cultura e costumes diferentes.

Um dos fatores que levam ao deslocamento pendular estudiantil consiste no fato de as pessoas serem impedidas de continuarem seus estudos nos municípios em que residem, pela falta de oportunidade se movimentam para cidades vizinhas. Buscam uma formação acadêmica superior ou preparação profissional, contudo, não fixam residência nesses lugares. Essa migração diária representa uma nova exteriorização e interiorização de simbolismo, que possibilitarão novas práticas culturais e sociais, ritmos e rotinas diárias associadas a um dado contexto espacial e afetivo.

O ato de ir e vir, as mesmas viagens, as trajetórias repetitivas e rotineiras, os barulhos dos carros, da população geram lembranças e estabelecem conexões com o espaço, fazem parte do cotidiano dessas pessoas, assumem um valor simbólico com a cidade e o sentimento de pertencer ao lugar.

Nas palavras de Geminiano Junior (2012, p. 36), o espaço geográfico,

Por menor que seja, contém sua história, seus traços sociais, suas peculiaridades, seus cheiros, seus sons, e conseqüentemente indivíduos que se identifiquem com o mesmo, é caracterizado por acumulações de paisagens, formas marcadas e remarcadas, pelo concreto, mas também por valores invisíveis aos olhares de um turista ou alguém que desconhece as relações ali um dia exercidas, entretanto podem ser sentidos por quem ali conviveu, produziu vínculos, estudou, no contexto acadêmico, ou vinculou-se com a cidade, tais marcas são fomentadas nas práticas sociais com esse espaço geográfico.

Alguns estudos demonstram que o movimento pendular envolve, de um lado, aspectos positivos como o desejo de mudança de vida e a procura de melhor posição no mercado de trabalho, que pode trazer melhores chances de realização das aspirações sociais. De outro lado, existem fatores negativos, tendo em vista que as pessoas acabam por correr o risco de ter que abandonar a escola por causa

de desgastes provocados pelo tempo de deslocamentos, recursos financeiros insuficientes para suprir a demanda necessária no transporte e alimentação, as estradas com má conservação, entre outros que podem causar grandes prejuízos e implicações na formação.

No caso específico da fronteira Porto Murtinho e Carmelo Peralta encontramos como adversidades a travessia do rio Paraguai. Embora seja normalmente tranquila e de curta duração em períodos de chuvas e frio, pode se tornar arriscado. Desse modo, o deslocamento entre a residência e o local de estudo pode expor os estudantes a situações de vulnerabilidade, enfraquecendo os mecanismos de proteção à família, lugar e comunidade.

Na fronteira Porto Murtinho e Carmelo Peralta identificamos o movimento de ida e vindas em ambos os países para estudo. Há estudantes que vem de Carmelo Peralta para frequentar o ensino fundamental e jovens de Porto Murtinho regularmente matriculados em cursos profissionalizantes em Carmelo Peralta. No ensino fundamental identificamos três estudantes paraguaios com documentação paraguaia que estudam na escola Thomaz Larangeira e 24 alunos que residem no Paraguai e têm documentos brasileiros.

Esses estudantes que residem na fronteira do Brasil com o Paraguai atravessam o rio, diariamente, em uma lancha com capacidade para 12 passageiros, terceirizada e pilotada por um funcionário contratado pela prefeitura, que faz mais de uma viagem por dia. A primeira travessia ocorre às 6 horas, com os alunos do colégio José Bonifácio; às 6h:40m o barco transporta os demais alunos, ao todo são transportados diariamente entorno de 90 crianças e jovens, destes 68 são de Carmelo Peralta a Porto Murtinho¹⁰¹, podemos inferir que em torno de 22 jovens frequentam a escola em Carmelo Peralta. Esse deslocamento dura de 5 a 7 minutos. De modo geral, não há dificuldades por parte dos alunos para frequentarem a escola. O que

ocorre em algumas ocasiões é a dificuldade para frequentar a escola, a exemplo do período de chuvas, pois o rio fica muito cheio e agitado, impedindo uma travessia segura.

CONTEXTO EDUCACIONAL ATUAL NO MUNICÍPIO DE PORTO MURTINHO

De acordo com Assis (2016), a busca de educação nas regiões de fronteiras internacionais é intensificada por interesses econômicos e sociais. A finalidade está em garantir às crianças e jovens melhores perspectivas de vida futura. Assim, nos diversos espaços institucionais como por exemplo a escola, se estabelecem as relações entre sujeitos de nacionalidades distintas revelam processos de interação entre ideologias, costumes, crenças, saberes e, também, processos de conflitos, tensões e confrontos diários. Dessa forma, a escola de fronteira traz uma historicidade local que perpassa por conhecimentos, ações políticas, culturas, afirmações de identidades, significados e valores referenciados na territorialidade, no pertencimento a um estado ou nação.

Nesse sentido, a educação escolar em áreas de fronteira se apresenta cheia de desafios, tendo em vista que os escolares que frequentam escolas em regiões fronteiriças podem ser tanto do lado de cá, como do lado de lá da fronteira, e por esses motivos carregam consigo diferenças étnicas e culturais que não podem ser ignoradas no ambiente de aprendizagem. Isto posto, a seguir faremos uma breve exposição da atual realidade escolar do município de Porto Murtinho, uma caracterização da escola Thomaz Larangeira, bem como uma reflexão sobre os principais desafios enfrentados na escola pelos escolares e pelos educadores no seu fazer pedagógico.

No município de Porto Murtinho, o acesso a educação escolar tem uma taxa de escolarização de 94,1% para crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos, público objetivo da educação primária, que é uma etapa das etapas obrigatória de escolarização no Brasil (Basso & Ferreti, 2021, p.1203 tradução nossa). Ao todo são 13 escolas, uma escola privada, duas estaduais e 11 municipais, sendo 8 na região urbana e 3 na área rural, destas últimas duas são em terras indígenas.

Em 2020, as doze escolas públicas atendiam um total de 3.462 alunos divididos em jardim da infância, ensino fundamental e médio. Indicadores anteriores mostram que o maior número de matrículas está concentrado no ensino fundamental. No ensino médio há um número baixo de matrículas, em torno de 500 estudantes com falta de ensino profissionalizante ou técnico, que pode estar relacionado a baixa taxas de empregabilidade e número reduzido de indústrias na cidade (Basso & Ferreti, 2021, p.1203, tradução nossa).

De acordo com as referidas autoras, esses dados mostram um descumprimento de uma das metas estabelecidas no plano de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira/ MS, publicado em 2012 pelo governo do Estado de Mato Grosso do Sul. Nesse plano, a educação é uma estratégia que tem como uma das suas metas “[...] incrementar o número de cursos técnicos em educação profissional para os jovens residentes em municípios fronteiriços” (MATO GROSSO DO SUL, 2012, p. 4).

Com o Corredor Rodoviário Bioceânico, se faz necessário e urgente a implantação tanto no setor privado como no público de cursos de qualificação de mão de obra especializada, deixando de importar de outros municípios ou estados, visando o desenvolvimento da comunidade local. Ressaltamos, que estaremos enfatizando a educação da rede municipal. Assim, das 11 escolas, selecionamos para desenvolver a pesquisa a Thomaz Lorangeira que atende o ensino fundamental e o EJA no período noturno pois, esta

possui um número significativo de alunos que se deslocam pelo rio Paraguai diariamente para estudar em Porto Murtinho.

A ESCOLA THOMAZ LARANGEIRA E AS PRINCIPAIS PROBLEMÁTICAS E DESAFIOS ENFRENTADOS POR PROFESSORES E ALUNOS

A Escola Thomaz Larangeira se localiza no centro da cidade de Porto Murtinho. É uma escola municipal que atende crianças do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental I, no período matutino e vespertino, e do EJA, no período noturno. Funciona das 7 horas às 11h15 e das 13 às 17 horas. O EJA funciona das 19h às 23 horas. Os alunos da área rural chegam às 6 horas da manhã; para esses estudantes é oferecido café da manhã.

A localização da escola é de fácil acesso aos alunos. O espaço físico está adequado à proposta pedagógica, e recentemente foi todo reformado. As salas são amplas, arejadas, possuem ventiladores e ar condicionado, pátio grande; há quadra de esportes, sala de informática com 10 computadores e sala de recursos em fase de instalação; há salas de professores e banheiros.

No período matutino funcionam 14 salas de aulas e no período vespertino, 11 salas; no período noturno há 3 salas de aulas funcionando. Todas as salas têm capacidade para 35 alunos, mas cada turma mantém, em média, de 25 a 30 alunos; as salas mais lotadas são a da quinta série, com 28 alunos matriculados, e a do segundo ano, com 25 alunos.

A escola possui 666 alunos regularmente matriculados¹⁰², destes, 112 alunos são da zona rural, em cujas fazendas circula um ônibus cedido pelo município. Há alunos que saem de casa às

3h30m. para estarem às 6 horas na escola. O número de alunos teve uma queda expressiva com a transferência das crianças do sexto ao nono ano para a escola cívica militar.

Houve consenso, entre os entrevistados na pesquisa, tanto em relação aos problemas de saúde, social e familiar enfrentados por todos os alunos quanto em relação aos desafios da interculturalidade. De um modo geral, as grandes dificuldades, na escola, residem nos problemas de interlocução entre os alunos paraguaios, brasileiros e indígenas, pois estes sofrem bullying e recebem apelidos ofensivos. Esse tipo de atitudes caracteriza condutas preconceituosas e estigmatizantes, por parte da sociedade dominante, baseadas em atributos físicos, linguísticos e socioculturais dos fronteiriços, que além do mais são vistos como ameaça. Em seus estudos, Silva (2017) mostra o lado perverso dessas posturas, que muitas vezes encontram abrigo na escola, um espaço no qual, justamente, deveriam ser combatidas com empenho.

De acordo com os professores entrevistados, a língua materna dos alunos paraguaios e dos indígenas Ayoreo é o maior desafio do trabalho na fronteira, pois dificulta a alfabetização, principalmente das crianças de 6 a 7 anos que convivem com os avós. Essa afirmação corrobora com os estudos de Cursino (2020), para quem um dos principais desafios para a rede pública de ensino é o idioma, quando se trata de alunos estrangeiros. A maioria das crianças fronteiriças não conhece fluentemente o português e, dessa forma, frequenta a escola sem entender os conteúdos desenvolvidos em sala de aula, sem conseguir se comunicar com os professores e colegas. A autora destaca que são raros os momentos em que a língua portuguesa é ensinada a esses alunos como língua adicional, um fator que pode contribuir para o baixo rendimento e evasão escolar.

Balzan *et al.* (2023) destacam a necessidade de uma postura de acolhimento por parte de toda a escola. Assim, toda a comunidade escolar (equipe diretiva, professores e alunos) deve estar mobilizada

para receber um aluno estrangeiro. A fim de entender suas demandas, deve-se estar atento à linguagem corporal e à expressão facial desses estudantes. Para os referidos autores, no espaço escolar, os alunos precisam se comunicar, para poderem existir como sujeitos na comunidade da qual fazem parte, compartilhando sua cultura, seus saberes e suas vivências com os colegas e seus professores.

No município, constatou-se também, a partir dos relatos dos entrevistados, que os alunos de um modo geral, não conseguem acompanhar e ter um bom desempenho por motivo de saúde, alimentação e estrutura familiar. No que se refere à alimentação, considerem-se dois fatores: o primeiro é bem preocupante, a falta de alimento como um problema social; o outro diz respeito à questão de hábitos alimentares que reflete na alimentação com valor nutricional alterado. Uma dessas alterações pode ser a desnutrição, que limita o desenvolvimento físico e intelectual de crianças e adolescentes, e, conseqüentemente, favorece a evasão escolar.

Com relação à família, muitos lares são desestruturados e têm problemas com drogas (alcoolismo, tabagismos entre outros), afetividade e riscos relacionados à sexualidade, revelando uma vulnerabilidade acentuada para jovens e adultos. São dados que evidenciam a carência de serviços públicos, especialmente na área de saúde e assistência social, nessa região fronteiriça, razão por que é comum que os moradores do município e de Carmelo Peralta busquem ações e serviços em Porto Murtinho, muitas vezes sobrecarregando o atendimento no SUS.

Ferreira, Mariani e Braticevic (2015), citados por Almeida *et al.* (2021), argumentam que isso ocorre pelo fato de o Brasil possuir melhor infraestrutura no campo da saúde e por oferecer serviços gratuitos a todos os habitantes; as pessoas cruzam as fronteiras em busca desses serviços, contudo, com conseqüências para o cotidiano e qualidade de vida de todas as pessoas que fazem parte

desse contexto. Muitos paraguaios sempre utilizam serviços do lado brasileiro da fronteira por não conseguirem acesso no seu país.

Essa busca dos fronteiriços por atendimento de saúde no lado brasileiro, de acordo com Giovanela *et al.* (2007), acarreta dificuldades para a gestão do SUS, no que tange ao financiamento das ações e serviços de saúde, haja vista que parte dos recursos federais é calculado pela quantidade de habitantes nos municípios; portanto, a população do movimento pendular não é contabilizada, ainda que portadora de documentos brasileiros, pois não possuem residência fixa no Brasil.

Entre os problemas de saúde existentes e relatados pelos participantes da pesquisa, foram relatados: gripe, diarreias, vômito, dores no estômago. De acordo com as gestoras e professores, há dias em que, por período, de 8 a 10 crianças apresentam esses sintomas, que podem estar relacionados à falta de água potável em Porto Murtinho e Carmelo Peralta. Alguns nem vêm à escola, entretanto, outros vêm assim mesmo e passam mal. Quando não se sabe o que a criança tem, ela é encaminhada ao posto de saúde do SUS para atendimento.

Outro problema enfrentado pelos habitantes do município e fronteiriços relacionados à saúde de um modo geral é a falta de atendimento especializado. Há casos de crianças que têm desmaios (autistas, epiléticos), que precisam de exames neurológicos, mas não conseguem sequer fazer uma tomografia, pois não têm recursos. Na escola Thomaz Larangeira para poder dar suporte e apoio a esses alunos, uma das professoras fez, por conta própria, o curso de primeiros socorros.

Há histórico de família inteira que tem dificuldade de aprendizagem, não aprende a ler e escrever, por condições de saúde (uso de álcool, drogas, cigarro eletrônico), e vão à escola só para se alimentar. Tanto os alunos do Paraguai como do Brasil têm acesso

aos serviços de prevenção à saúde, vacinas; também têm havido campanhas oferecidas pela prefeitura e pelo pessoal da secretaria de saúde sobre diversos temas, contudo, não há um projeto específico de saúde na escola.

Considerando o exposto, o planejamento de um programa de educação em saúde nessas regiões fronteiriças é fundamental, na medida em que pode, efetivamente, contribuir para a construção de políticas que respondam a sua complexidade. As regiões de fronteira apresentam, portanto, singularidades inerentes a contextos culturais e territórios, constroem identidades próprias em que se mesclam saberes, conhecimentos e diversidades.

DISCUSSÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Demonstrada a realidade social encontrada nessa região fronteiriça, considera-se relevante refletir sobre a educação em saúde, que é um meio fundamental e significativo para ampliação do conhecimento de práticas que dizem respeito a comportamentos saudáveis das pessoas. Esse campo é relativamente amplo, pois inclui desde técnicas que visam assegurar a adesão terapêutica até aquelas orientadas para a prevenção de comportamento de risco tais como: gravidez precoce, consumo de drogas legais e ilegais, falta de higiene corporal, sedentarismo, entre outros.

De acordo com Almeida *et al.* (2022), a educação em saúde se dá como processo educativo e de interação entre profissionais da área da saúde e a população local, a fim de mutuamente construírem conhecimentos a partir de suas realidades locais e implementarem autonomia nos cuidados individual e coletivo em saúde. Essa relação

só pode acontecer no âmbito da vida comunitária, numa relação dialógica e de mútuo respeito aos conhecimentos de cada grupo social.

A OMS define educação em saúde como ação nacional

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006, p. 19).

A educação em saúde constitui, antes de mais nada, como importante vertente preventiva aos condicionantes e determinantes de saúde que se colocam nas condições de vida e de saúde das populações. Desse modo, suas ações são de extrema importância, na medida em que podem contribuir para a prevenção de doenças e de violações dos direitos; podem, ainda, contribuir no processo de consciência da população a respeito de suas necessidades básicas e seus condicionantes de saúde, e, principalmente, para mudanças de comportamento, práticas e atitudes que colaborem com os usuários do SUS no sentido de adquirirem autonomia nas escolhas e opções que precisam fazer na vida (ALMEIDA, SILVA, DORSA, FONTOURA, LIMA, 2022).

De acordo com Falkenberg et al (2014), a educação em saúde,

...é prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, uma vez que pode ser considerada no âmbito de práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde.

Os referidos autores enfatizam, ainda, que as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas, muitas vezes, na organização e planejamento dos serviços, bem como na execução das ações de cuidado e na própria gestão, ficam relegados a um segundo plano.

Nas práticas de educação em saúde existem três grupos de agentes preferenciais; o primeiro seriam os profissionais de saúde, que devem valorizar a prevenção e a promoção da saúde, tanto quanto as práticas curativas; o segundo seriam os dirigentes que apoiam esses profissionais; o terceiro, a comunidade que precisa construir seus conhecimentos e aumentar a sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos.

Quando se refere à educação em saúde, enfatiza-se a educação popular em saúde, que abrange os saberes e os conhecimentos prévios da população, valorizando os saberes locais que devem ser refletidos com a comunidade. Desse modo, a educação popular pressupõe uma concepção voltada à transformação da relação entre os atores, ou seja, o momento do ensino possibilita o compartilhamento crítico e reflexivo de saberes, valorizando aquele que possui experiência de vida; assim, os educandos se tornam sujeitos e protagonistas no processo de aprendizagem, incitados ao senso crítico diante da busca pela realização dos seus direitos sociais.

Nesse sentido, considera-se que:

[...] o desafio principal da educação em saúde é trazer abertura para debates no âmbito governamental, com os profissionais e a população. Com isso terá um avanço apontando para a construção e difusão do saber e do conhecimento visando à melhoria na qualidade de vida” (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004, p. 761).

Assim, a escola surge como importante aliada para a realização de metodologias participativas, na promoção de saúde, voltadas ao fortalecimento das capacidades de crianças e adolescentes tomarem decisões benéficas para sua saúde. Muitas atividades podem ser desenvolvidas junto às comunidades locais: debates interdisciplinares, palestras, reflexões, diálogos geracionais, visitas às comunidades dentre outras. As atividades educativas podem abordar temas que se vinculam à saúde e à prevenção de doenças e violências, potencializando saberes e o protagonismo da sociedade local da região de fronteira.

Desse modo, percebe-se que educação e saúde estão essencialmente vinculadas, pois são consideradas complementares e fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de saúde. Assim, saúde e educação não podem ser separadas, caminham juntas e se articulam como práticas sociais.

INDICADORES E ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA

No Brasil, a utilização de informações sobre saúde envolve um complexo sistema de relações institucionais; além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, estão envolvidas instituições de ensino e pesquisa, agências não governamentais, associações técnicas científicas entre outras. Assim, há ampla disponibilidade eletrônica de dados sobre nascimento, doenças de notificação, óbitos, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, entre outros.

Essas informações são essenciais para a análise e tomada de decisão referentes à programação de ações em saúde. Por isso, cabe aos gestores de cada município conhecer e monitorar esse conjunto de informações e, em articulações com as demais esferas de governo (educação, meio ambiente, assistência social, urbanismo etc.), desenvolver ações em conjunto, visando intervenções intersetoriais de modo a contribuir para a promoção de melhores condições de vida e de saúde da população.

A intersetorialidade consiste no planejamento de administração em diferentes níveis da efetivação, que determina a busca de aspectos mais estruturados e coordenados das políticas e setores governamentais, marcado pela necessidade de uma abordagem mais abrangente sobre políticas públicas de saúde e as condições para a produção e reprodução social.

De acordo com Bourguignon (2001, p. 4), a intersectorialidade é definida como a

[...] articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção, inclusão e promoção da família vítimas do processo de exclusão social. Considera-se a intersectorialidade um princípio que oriente as práticas de construção de redes municipais.

Essa mesma autora, em seus estudos, explicita que, tradicionalmente, as políticas públicas básicas (educação, saúde, assistência social, cultura, trabalho entre outras) são setoriais e desarticuladas, sinalizando para uma administração com características controladoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não produzem a promoção humana. Salienta o fato de cada área de políticas públicas possuir uma rede própria de instituições e serviços sociais, um formato de gestão que ocasiona fragmentação da atenção às necessidades sociais, paralelismo de ações, centralização de decisões, divergências quanto ao papel de cada área, unidade, instituições ou serviços participantes da rede, bem como fragilização do usuário.

Os dados da pesquisa que gerou este artigo evidenciaram que a fronteira Brasil e Paraguai acumulam características específicas que impactam diretamente o cotidiano dos indivíduos transfronteiriços. É visível a precariedade dos serviços de saúde e educação para uma parcela significativa da população; há falta de serviços especializados, observa-se o despreparo de profissionais para atuarem em ambiente de fronteira, principalmente em relação ao atendimento ao estrangeiro.

Com base no que se observou no seminário Rede Intersectorial, educação e saúde na fronteira, realizado em julho/2023, entre os diferentes atores do município em referência neste estudo, constatou-se a necessidade de um trabalho conjunto entre educação,

assistência e saúde, no qual a intersetorialidade mostra-se como estratégia chave para minimizar as desigualdades sociais. Embora haja alguns projetos que têm como finalidade compreender as condições de saúde e educação nesse contexto, percebe-se que estes ainda não são suficientes; falta criarem-se políticas públicas que viabilizem ações de valorização das especificidades socioculturais das populações fronteiriças (nacionais e estrangeiros), a diversidade de povos indígenas, de forma a promoverem a qualidade de vida em nível de integração local e regional.

Como proposta para superar alguns dos problemas apresentado pelos escolares em educação em saúde sugerimos:

1. A criação de um acordo de cooperação entre o Brasil e o Paraguai com a finalidade de minimizar alguns dos problemas que são comuns aos dois países (discriminação, problema da língua, atendimento em saúde, falta de água tratada, DSTs e gravidez na adolescência, bem como o uso de álcool e drogas).
2. Fortalecimento da integração fronteiriça e para sua efetivação é necessário a participação ativa dos 3 poderes (municipal, estadual e federal).
3. No que se refere a deficiência no tratamento de água potável no município se faz necessário campanhas de conscientização, pelos atores da educação e saúde, nas comunidades locais abarcando os dois países. Incentivando o tratamento da água com filtragem em coador de papel ou pano limpo e posteriormente fervida. Assim, estarão eliminando bactérias, vírus e parasitas, minimizando alguns sintomas como diarreias, vômitos e mal estar.
4. Elaboração de uma política permanente em saúde entre os dois países, visando não só a prática de ensino aprendizagem, mas uma política de educação em saúde, realizando ações

preventivas nas escolas, envolvendo educadores, assistente social e atores da saúde em campanhas que envolvam temas relacionados a educação sexual tais como: infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e suas implicações sociais.

5. Incentivar diálogos internos centralizados nas escolas dos dois países valorizando as diferenças culturais e implementando campanhas de conscientização para e erradicação dos problemas de discriminação, preconceitos através de palestras e debates fornecendo informações sobre suas consequências.
6. Propomos que a inserção do ensino da língua portuguesa nessas regiões fronteiriças se baseie em metodologias educacionais visando a pluralidade. Assim, é importante estar formando professores ou profissionais bilíngues, que entenda a língua deles e sirvam como intérpretes. Mas, não é só isso, além de desenvolver competências linguísticas eles devem aceitar as diferenças dos sujeitos que de acordo com Cursino (2020) é fundamental em uma proposta de educação plurilingue.

No que se refere aos movimentos pendulares, é preciso criar um acordo entre os dois países visando um melhor atendimento não só dos educandos como da população em geral, no que se referem ao atendimento educacional e de saúde. Observamos, que o município além de receber crianças e jovens de Carmelo Peralta, há jovens brasileiros que atravessam a fronteira em busca de uma formação técnica. Desse modo, com o corredor rodoviário bioceânica, se faz necessário e urgente a implantação tanto no setor privado como no público de cursos de qualificação de mão de obra especializada cumprindo uma das metas estabelecidas no plano de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira/MS, promovendo o desenvolvimento econômico local e gerando oportunidade de emprego.

7. Quanto à falta de atendimento especializado, principalmente na área de saúde, é fundamental estar criando políticas de incentivos para recrutar e fixar profissionais e especialistas na região de fronteira.
8. Fortalecer os programas e campanhas sobre o uso de drogas e álcool, alertando sobre os riscos e prejuízos causados à saúde do sujeito e suas implicações sociais. Essas ações devem envolver a rede de atenção psicossocial por meio do SUS, as escolas com projetos voltados à educação em saúde, saúde da família gerando uma rede melhor integrada, articulada e intersetorial com vistas à redução de danos, promovendo uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho procuramos fazer uma articulação entre deslocamento pendular internacional para estudo e educação em saúde. Os estudantes transitam nesse limite fronteiro estudando de um lado e morando do outro, buscando uma melhoria da sua condição social. A travessia ocorre de forma natural pelo rio Paraguai.

Os deslocamentos pendulares são muito mais que o ato de ir e vir das pessoas, mas sim de ter acesso à educação, a saúde ao serviço social, conviver é viver o lugar de modo que se relacione com outros indivíduos e, com estes, compartilhar seus sentimentos, expectativas, interesses e necessidades, de modo a construir sua própria história.

Vimos que os deslocamentos pendulares se ampliam e se tornam complexos a cada dia, e não tem incidência somente em grandes centros urbanos, eles podem ser identificados em cidades pequenas e em região de fronteiras entre dois ou mais países,

desencadeando diversos problemas para a população fronteiriça principalmente para uso dos serviços de saúde e educação, bem como da área social.

Conclui-se que a fronteira brasileira carece significativamente de estudos e atuações interdisciplinares de profissionais da educação e da saúde, bem como da criação e manutenção de políticas públicas que promovam a educação em saúde em nível de integração local e regional. Portanto, é imprescindível a observação e a compreensão da dinâmica econômica e política dos dois países com a finalidade de se construir um olhar panorâmico sobre esse fenômeno de forma a elaborar estratégias de trabalho que minimizem as desigualdades sociais na fronteira do Brasil com o Paraguai.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, José Lindomar C. **A dinâmica das fronteiras**: os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai. São Paulo: Annablume, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/cthfCSRbsgkKrHFpGm4c9Rf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2023.

ALMEIDA, Luciane Pinho de; SILVA, Gabriela Pereira; SALES, Gabriel de Souza; LAURA, Livia Elena Cunha de. La Ruta Bioceánica y las políticas públicas de los municipios fronterizos de Porto Murtinho/Brasil – Carmelo Peralta/Paraguay. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 22, n. 4, p. 1145-1158, out./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v22i4.3420>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ALMEIDA, Luciane Pinho; SILVA, Ana Maria Vasconcelos; DORSA, Arlinda Cantero; FONTOURA, Flaviany Aparecida Piccoli, LIMA, Sandra Maria Rebello de. Políticas de educação em saúde na região de fronteira Brasil X Paraguai: a realidade sul mato grossense. **IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social**: desafios contemporâneos. Anais...Londrina/Paraná, maio/2022. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/sersocial/pages/arquivos/Congresso%202022/Politica%20social%20seguridade%20social%20e%20protecao%20social/6498-407505-56619-2022-04-04.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

ASSIS, Jacira Helena do Valle Pereira. **Veias abertas nas fronteiras internacionais do Brasil:** percalços na efetivação da educação como um direito universal. *International Studies on Law and Education*. IJI-Univ. do Porto. 22 jan-abr, 2016.

BALZAN, Carina Fior Postingher; SOUZA, Monique Dias; PEDRASSANI, Júlia Sonaglio; VIEIRA, Leandro Rocha; SANTOS, Alexia Islabão dos. Os desafios no acolhimento e no ensino de língua portuguesa para estudantes imigrantes e refugiados na educação básica. **Gragoatá**, Niterói, v. 28, n. 60, e-53123, jan.-abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/gragoata.v28i60.53123.pt>. Acesso em: 6 ago. 2023.

BASSO, Jaqueline Daniela; FERRETTI Vanessa Arlésia de Souza. Impactos de la Implementación del Corredor Vial Bioceánico en la Educación escolar en la frontera Brasil/Paraguay: conociendo el contexto. **Revista Interações**. Campo Grande, MS, v. 22, n. 4, p. 1197-1212, out./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/interv22i4.3423>. Acesso em: 02 set. 2023.

BEAUJEU-GARNIER, Jacqueline. **Geografia da população**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1980.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/citations?user=vhYfw9kAAAAJ&hl=pt-BR>. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília, 5 de outubro de 1988. <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/legislacao/constituicao-federal>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CURSINO, Carla Alessandra. Formação de professores numa perspectiva plurilíngua para o acolhimento linguístico de estudantes migrantes/ refugiados. **Revista de Estudos de Português Língua Internacional**. Políticas linguísticas de internacionalização da língua portuguesa. v. 2 n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/repli/article/view/62608>. Acesso em 17 de agosto de 2023.

FALKENBERG, Miriam Benites; MENDES, Thais de Paula Lima, MORAES, Eliane Pedrozo; SOUZA, Elza Moreira de. Saúde em educação e educação em saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**. volume 19, número 03. Mar/ 2014. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/educacao-em-saude-e-educacao-na-saude-conceitos-e-implicacoes-para-a-saude-coletiva/12279?id=12279>. Acesso em: 10 ago. 2023.

FERREIRA, Clarice Mendes Pinto Gomes; MARIANI, Milton Augusto Pascotto.; BRATICEVIC, Sérgio Ivan. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1137-1150, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JhCQnCKd6HzGGMyHqdwsfC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jul. 2023.

GEMINIANO JUNIOR, Jessé. **Um aporte da mobilidade pendular dos estudantes do curso de geografia da UEPB**: Implicações no processo de ensino aprendizagem. 2012. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Campina Grande-PB, 2012. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2768/1/PDF%20-%20Jessé%20Geminiano%20Júnior.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura; DAMASCENO, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 10 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Arranjos Populacionais e concentrações urbanas do Brasil**. 2015. Rio de Janeiro. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Municípios da faixa de Fronteira e Cidades Gêmeas**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html>. Acesso em: 22 jul. 2023.

JARDIM, A. P. Algumas reflexões sobre o estudo das migrações pendulares. **V Encontro Nacional sobre Migrações**. Núcleo de Estudos Populacionais, NEPO, Unicamp, 2007.

LIMA, William de Mendonça. **Mobilidade, espaço de vida e desempenho escolar**: o caso dos estudantes de Ensino Médio no município de Natal. 2015. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Natal, RN, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22866>. Acesso em: 01 set. 2023.

MOURA, R.; CARDOSO, N. A. **Mobilidade Transfronteiriça**: o ir e vir na fronteira do possível. Disponível em: <file:///Users/macbookpro/Downloads/183-Texto%20do%20artigo-701-1-10-20181005.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

NUNES, Flaviana Gasparotti. Projetos de Formação Escolar para Escolas em Áreas de Fronteira. **Revista da ANPEGE**, v. 7, n. 1, número especial, p. 205-216, out. 2011. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/6564>. Acesso em: 23 jul. 2023.

OJIMA, Ricardo; FUSCO, Wilson. Migrações e nordestinos pelo Brasil: uma breve contextualização /n: OJIMA, R.; FUSCO, W. **Migrações Nordestinas no Século 21 - Um Panorama Recente**. São Paulo: Blucher, 2015. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/migraes-e-nordestinos-pelo-brasil-uma-breve-contextualizao-19347>. Acesso em: 18 jul. 2023.

OLIVEIRA, Patrícia Aparecida Brugger de. **Análise da mobilidade pendular na região metropolitana de Belo Horizonte em 2001-2002**. 2011. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica-PUC, Minas Gerais, 2011. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/TratInfEspacial_OliveiraPAB_1.pdf. Acesso em: 08 ago. 2023.

OLIVEIRA, Aline Alves. Mobilidade pendular nas regiões metropolitanas do interior cearense: perfil do trabalhador pendular. 2014. /n: XXII **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Abep (associação brasileira de estudos populacionais (7 a 11 de novembro de 2022)). Disponível em: https://www.encontro2022.abep.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=30. Acesso em: 7 ago. 2023.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon; GONÇALVES, Maria Jaciema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 2004 nov/dez, 57(6):761-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600028>. Acesso em: 9 ago. 2023.

SILVA, Zanete Ruiz. **Práticas pedagógicas interculturais na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru**: um estudo na Escola Estadual Marechal Rondon. 2011. 198 f. Dissertação (mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SILVA, Givaneide Nunes da. **Intersectorialidade na saúde**: estratégia de atenção do serviço social. 2013. Dissertação (mestrado), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA), Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11714?locale=pt_BR. Acesso em: 25 jul. 2023.

SILVA, Sidney de Souza. **Do estado plurinacional da Bolívia para o Brasil:** um estudo da situação sociolinguística de um grupo de imigrantes bolivianos que vivem na região metropolitana de São Paulo. 2017, 322p. Tese (Doutorado em Letras e Linguística), Programa de Pós-graduação em Letras e Linguística, Faculdade de Letras-UFG, Goiânia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/f5589976-c876-48c2-bff6-0e8085a5d55d>. Acesso em: 16 ago. 2023.

SILVA, Rodrigo Rocha. **A educação na fronteira entre Brasil e o Paraguai:** narrativas auto(biográficas) de um fronteirício. 2017. 50 f. monografia (Graduação em Geografia) – Faculdade de Geografia, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

SILVA, Fábio Roberto Cordeiro, GRECHI, Dores Cristina; CARNEIRO, Camila Pereira. O turismo e o desenvolvimento regional na fronteira Brasil e Paraguai. **Conhecer:** debate entre o público e o privado. 2022, Vol. 12, nº 29 ISSN 2238-0426. Disponível em: <https://doi.org/10.32335/2238-0426.2022.12.29.8335>. Acesso em: 19 ago. 2023.

SOUZA, Edson Belo Clemente de. Tríplice Fronteira: fluxos da região Oeste do Paraná com o Paraguai e Argentina. **Terr@Plural**, Ponta Grossa, v.3, n.1, p.103-116, jan./jul. 2009.

ZASLAVSKY, Ricardo; GOULART, Barbara Niegia Garcia de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. Opinião. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22 (12), dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. Acesso em: 08 jul. 2023.

13

Ana Maria de Vasconcelos Silva

**INTERCULTURALIDADE
E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NA ESCOLA DE FRONTEIRA
BRASIL/PARAGUAI:**

**SOB O OLHAR DE ALUNOS,
PAIS E PROFESSORES**

INTRODUÇÃO

Este texto visa apresentar a pesquisa “Interculturalidade e Educação em Saúde na Escola: sob o olhar de alunos, pais e professores”, tendo por objetivo analisar a compreensão da comunidade escolar sobre a interculturalidade e a educação em saúde na escola. Essa pesquisa foi realizada na Escola Municipal Thomaz Larangeiras, localizada no centro da cidade de Porto Murtinho (MS). A região de fronteira Brasil/Paraguai é composta pelos municípios de Porto Murtinho (MS) e de Capitán Carmelo Peralta (PY). As cidades são consideradas gêmeas e entrecortadas pelo limite dado pelo rio Paraguai.

A região de fronteira é entendida como uma síntese de relações sociais, de diálogo e contradições entre as duas nações, conformed numa totalidade histórico-social. Assim, ao considerar essas características da fronteira, faz-se necessário olhar para as relações interculturais, e a escola de fronteira que é um espaço privilegiado para entender a dinâmica e a complexidade dessas relações.

A relação entre cultura e educação é intrínseca ao processo de desenvolvimento da escola, no entanto só recentemente, a partir das últimas décadas, a dimensão cultural passa a constituir-se como eixo desencadeador de discussões sistemáticas a respeito de confrontos e de interações culturais implicadas no processo educacional. Esse movimento se dá em decorrência de críticas contundentes ao universalismo, bem como pela persistência de indicadores díspares/desiguais entre os diferentes grupos étnico-raciais de acesso, permanência e rendimento, que trouxeram a cultura para o centro do debate educacional. Dessa forma, são muitos os movimentos sociais e educacionais, em âmbito nacional e internacional, que propõem a construção de referenciais epistemológicos pertinentes à convivência democrática entre diferentes grupos e culturas.

O tema da diversidade cultural na área das políticas educacionais no Brasil surge a partir da Constituição de 1988 e da implementação da LDB/96. Com a Constituinte de 1988, retoma-se a participação de diversos grupos organizados da sociedade, como os movimentos sociais nas conjecturas das políticas públicas. Dessa forma, a Constituição é considerada um avanço no sentido de assegurar direitos sociais e, dentre eles, o acesso à educação. Waldman (2012) pontua que a Constituição apresenta, pela primeira vez, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamental e destaca, como objetivos fundamentais, a “[...] promoção do bem para todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (WALDMAN, 2012, p. 63).

No que diz respeito à saúde e à promoção da saúde, em nenhum outro momento histórico, falou-se tanto sobre elas como no contexto atual, o que reverbera a importância do papel de promoção da saúde afeita ao ambiente escolar como elemento promotor de transformação da realidade. Reconhecemos a necessidade de atuação, não somente do setor saúde, mas também do resultado de ações intersetoriais e multidisciplinares. Assim, as políticas de saúde no contexto brasileiro têm se voltado para o reconhecimento da intersetorialidade.

O termo educação em saúde vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX, com a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que apresentava estratégias de educação em saúde por meio das chamadas campanhas sanitárias. Outras formas de educação em saúde eram caracterizadas por ações verticais de caráter informativo, com o intuito de transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde e apontando que as origens dos problemas nessa área eram de responsabilidade individual, não contextualizando os problemas sanitários de forma crítica a partir de mudanças coletivas.

A relação entre escola e ações de saúde ganhou impulso a partir do final do século XIX e da primeira metade do século XX, de modo a regulamentar e reger algumas ações dentro da escola que estavam relacionadas aos serviços de “saúde escolar”, ou “higiene escolar”. Vinculados à pasta da educação, responsável pelas ações desenvolvidas a partir do final do século XIX e, especialmente, após 1910, esses serviços, ao se apropriarem da concepção higienista-eugenista vigentes à época, tinham como objetivo “[...] promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças” (COLLARES, 1985, p. 13).

Nesse sentido, a escola passou a ser considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas direcionadas à melhoria das condições sanitárias de uma parcela significativa da população – as crianças – com ênfase na higiene tanto física quanto dos modos de ser. Baseada em princípios da área da saúde a partir de sua racionalidade científica, a saúde escolar começou a fazer parte do ambiente da escola e passou a determinar ações e intervenções durante todo o século XX. Sob essa perspectiva, “[...] a prescrição de um elenco de preceitos e práticas a serem institucionalizados no espaço público da escola, pretendendo ordenar a vida dos escolares sob um novo modo de relação com o mundo – a higiene –, constituiu o cerne do discurso nascente da saúde escolar, então higiene escolar” (LIMA, 1985, p. 54).

Os modelos higienistas de Saúde Escolar não atenderam, de fato, às necessidades de saúde dessa população e criaram uma equivocada tarefa de a Saúde ter que responder pelo processo de aprendizagem de crianças e adolescentes, medicalizando as questões da educação e privilegiando a prática terapêutica como modelo de intervenção junto ao sujeito e à sociedade.

Dessa forma, Zucoloto (2007, p. 137) explica:

A patologização da educação consiste em um reducionismo biológico, que é explicar a situação e o destino de indivíduos e grupos através de suas características individuais, desse modo esconde os determinantes políticos e pedagógicos do fracasso escolar, isentando de responsabilidades o sistema social vigente e a instituição escolar.

Em decorrência dessa concepção, o indivíduo passou a ser o maior responsável por sua condição de vida e o destino, as circunstâncias sociais e políticas teriam influência mínima. Dessa forma, os termos educação em saúde, educação e saúde e educação na saúde e suas interfaces, muitas vezes utilizados de formas indistintas, implicam na compreensão de projetos de sociedades e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

Além dessa breve introdução, este texto estrutura-se em quatro eixos: no primeiro, apresentamos os Marcos Legais da educação, que incluem a educação em saúde na escola; no segundo, abordamos o Programa de Educação em Saúde na Escola (PSE); no terceiro, discutimos a Interculturalidade e Educação em Saúde na Escola, no quarto a Compreensão da Comunidade escolar da fronteira Brasil/Paraguai sobre Interculturalidade e a Educação em Saúde na Escola e no quinto eixo Ações que podem promover a saúde na escola de fronteira.

MARCOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO QUE INCLUEM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

Do ponto de vista da Educação, destaca-se como marco inicial a promulgação da Lei 5.692/71 (BRASIL, 1971), conhecida como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1971 (LDB), que instituiu que temas da saúde deveriam ser desenvolvidos de maneira compulsória nos currículos escolares de todos os estabelecimentos de ensino do Brasil, por meio dos programas de saúde.

Monteiro e Bizzo (2015, p. 414) pontuam que “[...] percorridos mais de quarenta anos entre a promulgação da LDB de 1971 e os dias atuais, são poucos os documentos com essas características que tratam especificamente do tema da saúde.” Os autores destacam dois documentos: o Parecer 2.246/74, do antigo Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1974), de caráter obrigatório, e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), publicados pelo Ministério da Educação (MEC), na década de 1990, de caráter não obrigatório, mas que influenciaram e continuam influenciando o cotidiano em sala de aula.

Apesar de o Parecer 2.246/74 assumir como premissa a definição de saúde como completo bem-estar, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o enfoque continua individual, voltado para as questões relacionadas à higiene do corpo, atitudes e comportamentos, ou seja, questões relativas à aquisição de hábitos saudáveis. “É evidente que o objetivo final da educação da saúde é a aquisição de um comportamento adequado quanto aos problemas de saúde, pois só esse comportamento pode favorecer a conservação e a promoção da saúde” (BRASIL, 1974, p. 70). Nesse sentido, a saúde é entendida como uma questão de escolha e de responsabilidade

estritamente pessoal, em detrimento da compreensão de sua dimensão coletiva, como, por exemplo, o reconhecimento dos aspectos culturais, as responsabilidades coletivas e institucionais, as condições de vida, os determinantes macroeconômicos, bem como as desigualdades sociais, o direito à saúde e ao acesso à assistência.

Na segunda metade da década de 1990, após a promulgação da Lei 9.394/96 – LDB/96 (BRASIL, 1996), vigente atualmente, a qual estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental elaboradas na época (BRASIL, 1998a), a saúde é apresentada como um dos componentes da Base Comum Nacional (BCN) que “[...] deve integrar-se em torno do paradigma curricular em todas as escolas no Brasil, a fim de legitimar e qualificar a ação pedagógica na diversidade nacional” (BRASIL, 1998a, p. 1).

Nesse sentido, de acordo com o parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE), que estabelece essas diretrizes (BRASIL, 1998b), a incorporação da saúde na BCN é justificada em função da afirmação de sua importância na formação integral do aluno. (BRASIL, 1998b). O parecer ressalta que

[...] as escolas, com suas propostas pedagógicas, contribuirão para um projeto de nação, em aspectos da Vida Cidadã, expressando as questões relacionadas com a Saúde, a Sexualidade, a Vida Familiar e Social, o Meio Ambiente, o Trabalho, a Ciência e a Tecnologia, a Cultura e as Linguagens, [que] se articulem com os conteúdos mínimos das Áreas de Conhecimento” (BRASIL, 1998b, p. 9).

Em tal contexto, apresenta-se uma mudança na perspectiva de construção da cidadania adotada em relação ao desenvolvimento do tema da saúde em sala de aula. Assim, ações decorrentes da promulgação da LDB de 1996 foram publicadas em 1997 pelo MEC, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que, mesmo não tendo caráter obrigatório, passaram a exercer importante influência nos currículos escolares e nos materiais de apoio ao trabalho docente, influência essa que pode ser vista até os dias de hoje como, por

exemplo, nos critérios de escolha e adoção de livros didáticos por professores (MONTEIRO, BIZZO, 2015; LIMA, SILVA, 2010; CARNEIRO; SANTOS; MOL, 2005).

Os PCNs ratificam a importância do desenvolvimento da temática da saúde quando definem, como um dos blocos temáticos de conteúdos da disciplina, as ciências naturais no ensino fundamental (BRASIL, 1997a, p. 52), como também ao estabelecer a saúde como um dos Temas Transversais que devem ser desenvolvidos pelo conjunto de disciplinas escolares de modo transversal ao currículo, em todos os anos de escolarização (BRASIL, 1997b). Em relação às expectativas gerais relacionadas ao ensino fundamental (EF), os PCNs se referem ao tema saúde na definição de um dos objetivos gerais a alcançar ao final desse ciclo escolar: “[...] que os alunos sejam capazes de conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (BRASIL, 1997a, p. 5). Nesse sentido, mais uma vez a escola é concebida como espaço privilegiado para o desenvolvimento de hábitos e atitudes para promoção de saúde, enfatizando a ideia de saúde a partir das escolhas pessoais.

No que diz respeito à relação entre a área das ciências naturais e a saúde, os PCNs assinalam que um dos objetivos gerais dessa área para o ensino fundamental é “[...] compreender a saúde como um bem individual e comum que deve ser promovido pela ação coletiva” (BRASIL, 1997a, p. 31). Nessa perspectiva, a saúde é entendida como um “bem” e não apenas na sua dimensão individual, mas também coletiva (BRASIL, 1997a, p. 34).

Em tal perspectiva, desde o estabelecimento da obrigatoriedade do desenvolvimento dos programas de saúde, em 1971, os dois documentos oficiais de escopo nacional, o Parecer 2.246/74 do Conselho Federal da Educação (de caráter obrigatório) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (não obrigatórios), considerados

marcos nessa trajetória, ecoam os contextos sociais e políticos nos quais foram elaborados e refletem diferentes concepções de saúde, além de objetivos distintos relacionados ao desenvolvimento dos temas relacionados à saúde humana em todos os sistemas de ensino da educação básica.

No caso do parecer de 1974, este reverbera a ênfase no indivíduo, descontextualizado de seu ambiente, contrastando com a proposta da saúde como componente da cidadania e como estratégia de promoção da saúde sustentada em sua dimensão coletiva e entendida como um direito no caso dos PCNs. Nesse sentido, ao afirmar a saúde como direito e determinada por fatores que dizem respeito à construção de condições de vida nas orientações expressas nos PCNs, registra-se um avanço tanto do ponto de vista conceitual quanto epistemológico e político.

Em 2010, o ensino fundamental no Brasil passou a ter nove anos e novas diretrizes foram formuladas (BRASIL, 2010a). Essas diretrizes determinam um conjunto de princípios éticos, políticos e estéticos a serem seguidos como norteadores das políticas e das ações pedagógicas das escolas e sistemas de ensino. Entre seus princípios políticos está “[...] o reconhecimento dos direitos e deveres de cidadania, de respeito ao bem comum e à preservação do regime democrático [...] da busca da equidade no acesso à educação, à saúde, ao trabalho, aos bens culturais e outros benefícios” (BRASIL, 2010a, p. 2).

Nesse sentido, as diretrizes definem que a saúde deve integrar as propostas curriculares, uma vez que,

[...] os componentes curriculares e as áreas de conhecimento devem articular em seus conteúdos, a partir das possibilidades abertas pelos seus referenciais, da abordagem de temas abrangentes e contemporâneos [...] Temas como saúde, sexualidade e gênero, vida familiar e social [...] devem permear o desenvolvimento dos conteúdos da

base nacional comum e da parte diversificada do currículo” (BRASIL, 2010a, p. 5).

O parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) referente a essas diretrizes, ao discutir as orientações para a escola de tempo integral, aponta que atividades de promoção da saúde devem fazer parte do conjunto de atividades propostas pelas escolas que adotarem essa modalidade de ensino (BRASIL, 2010b).

Monteiro e Bizzo (2015, p. 422) destacam dois aspectos no que se refere a essas diretrizes,

[...] primeiramente o fato de que não existe atualmente nenhum documento oficial que aponte concepções ou perspectivas para o ensino dos temas relacionados à saúde na escola, seja por meio de sua incorporação nas propostas curriculares, seja pelo desenvolvimento de programas e projetos específicos. Os PCN, mesmo tendo sido publicados há mais de 15 anos e não tendo caráter obrigatório, continuam sendo referências importantes tanto para professores quanto para os formuladores e autores de materiais didáticos e de apoio à sala de aula. Em segundo lugar, não trata a saúde como um tema que deve fazer parte dos currículos escolares, apenas reafirma a importância do desenvolvimento do tema como fundamental para a construção da cidadania e para o desenvolvimento integral do aluno. Adicionalmente, ambos os documentos (diretrizes e parecer) afirmam, de maneira um tanto vaga, ser a “área da saúde” uma das fontes teóricas nas quais as diversas disciplinas escolares se devem apoiar para a definição dos conceitos e dos conteúdos a desenvolver.

Nesse contexto, de acordo com os autores, há falta de um documento atual que oriente o ensino dos temas da saúde na escola, portanto o desenvolvimento de temas com essa complexidade em sala de aula cabe aos professores, muitas vezes sem a formação necessária para tal e subsidiados por materiais de diferentes concepções. Nesse sentido, pouco ou nada se fala sobre a educação em saúde na fronteira.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Ippolito-Sheperd, Mantila e Cerqueira (2006), em suas investigações sobre a perspectiva geral e atual dos programas de saúde escolar na América Latina e Caribe, identificaram um percurso de saúde escolar de várias décadas nessa região e constituíram ações que se sustentaram simultaneamente em consonância àquelas vigentes em outros locais do mundo.

Para as autoras, tais programas, até a década de 1980 e início de 1990, caracterizaram-se por apresentar tendência a ações voltadas para a mudança de comportamento individual, com o objetivo de concentrar esforços para melhorar condições de higiene e saneamento básico, prevenção de doenças transmissíveis, tratamento de doenças específicas e realização periódica e indiscriminada de exames médicos ou provas de triagem (IPPOLITO-SHEPERD; MONTILA; CERQUEIRA, 2006). Mas, foi a partir de 1995 que as ações de promoção em saúde (PS) na escola passam a ser abordadas com base na nova concepção de PS.

Esse processo foi marcado pelo lançamento da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) nos Estados-Membros da América Latina e do Caribe. A iniciativa tem como objetivo fortalecer as ações de PS, a partir de uma rediscussão e reflexão sobre atividades que considerem o conceito ampliado de saúde no campo da saúde escolar (BRASIL, 2007a). O conceito de promoção da saúde, no qual se fundamenta a IREPS, surgiu a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Otawa/Canadá, que define promoção da saúde “[...] como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2007, p. 24).

Na abordagem da PS, considera-se a importância e a relevância dos determinantes sociais sobre as condições de vida, devendo as ações de PS ser norteadas por estratégias capazes de proporcionar a transformação das condições de vida, as quais se constituem como questões centrais dos problemas de saúde. Em tal contexto, a escola, demanda parcerias e investimentos de ordem intersetorial (SANTOS; BÓGUS, 2007). Dessa forma, a PS na escola, na perspectiva do enfoque ampliado e integral proposto pelas Escolas Promotoras de Saúde (EPS), tem três componentes relacionados entre si: "1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa" (IPPOLITO-SHEPERD, 2006, p. 08).

A implantação de escolas promotoras de saúde implica um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los, ou seja, tais ações e estratégias devem ser construídas junto com os educadores e inseridas no projeto político pedagógico da escola.

Nesse sentido, a proposta da EPS apresenta subsídios para que as equipes da saúde e da educação possam atuar conjuntamente na melhoria da qualidade de vida de alunos e suas famílias, professores, direção, funcionários e dos determinantes sociais, interferindo nas condições que levam ao adoecimento dentro e fora do ambiente escolar (GUIMARÃES; AERTS; CÂMARA, 2012).

Em tal contexto, seguindo a perspectiva da EPS, foi criado no Brasil o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em todo o território nacional pelo Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b). Entre os objetivos desse programa, destacam-se: contribuir para a formação integral de educandos e a construção de

um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; promover a saúde e a cultura da paz; articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública; favorecer a articulação das redes de saúde e educação nas etapas de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de ações (BRASIL, 2007b).

Em consonância com a proposta de saúde atual, o PSE deverá ser implementado com a participação efetiva das equipes de Estratégia em Saúde da Família, respeitando-se todos os princípios do SUS. Dessa forma, as ações e as estratégias em saúde no âmbito do PSE, a serem desenvolvidas em articulação com a Saúde e a Educação, deverão considerar a integralidade dos educandos, por meio de uma cultura da prevenção no âmbito escolar, garantindo a cada um dos educandos o direito à avaliação clínica, psicossocial, saúde e higiene bucal, oftalmológica, auditiva, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, e acesso às ações educativas que lhes garantam educação permanente em saúde.

INTERCULTURALIDADE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

Como foi discutido nos itens anteriores, trabalhar a saúde na escola requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a promoção de saúde e a articulação intersetorial, atribuindo outra lógica às ações direcionadas para a escola, no sentido de possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida.

Em tal contexto, na área de educação, a questão da diversidade cultural tem sido amplamente abordada como um elemento do combate aos preconceitos de gênero, raça, religião e padrões culturais. Carvalho e Faustino (2016) atribuem a esse fenômeno as ações e articulações dos organismos e agências internacionais, especialmente da Organização para a Educação e Cultura das Nações Unidas (Unesco), por meio de documentos que vêm orientando as políticas públicas.

Visando à construção do consenso, os documentos “Recomendacion de la Cuarta Reunion Regional Intergubernamental del Projeto Principal de Educacion em America Latinay el Caribe” (UNESCO, 1993), o “Relatório Delors” (1996) e o texto “Construindo um futuro comum: educando para a integração na diversidade” (2002) advogam uma política de reconhecimento e de respeito às diferenças étnicas, sociais e culturais na escola (CARVALHO; FAUSTINO, 2016). Nesse sentido, Faustino (2006) chama a atenção para a concepção e a origem dessa política internacional de inserção e fortalecimento da diversidade cultural na educação, pois ela situa-se no contexto da crise econômica do sistema capitalista, nos anos de 1970, e de adesão das economias centrais – Estados Unidos e Inglaterra – ao projeto neoliberal no início dos anos 1980.

O reconhecimento da diversidade cultural tem sido objeto de informes e resoluções de organismos como a Unesco, que, em 1995, propôs uma nova relação do tema com os programas de desenvolvimento e, em 1998, em seu Plano de Ação, incluiu a diversidade cultural como um condicionante do desenvolvimento. Já em 2001, em sua Declaração Universal sobre o tema, considerou que o respeito à diversidade cultural não é só um direito, mas uma condição indispensável das políticas desenhadas para promover o “diálogo entre os povos” (MOISÉS, 2002).

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, com base na Constituição Federal, em 2003, incluiu a Lei

10.639/03, tornando o ensino de história da África e da cultura afro-brasileira obrigatório no currículo das escolas públicas brasileiras e, em 2008, essa Lei foi ampliada e instituiu a obrigatoriedade da temática história e cultura afro-brasileira e indígena no currículo escolar da educação básica, homologando a Lei n. 11.645/08 que, em seu artigo 26-a, rege: “Nos estabelecimentos de ensino fundamental e de ensino médio, públicos e privados, torna-se obrigatório o estudo da história e cultura afro-brasileira e indígena” (BRASIL, 2008).

Há de se reconhecer que, a partir de 1995, algumas iniciativas e mudanças na ação do Estado foram promissoras como, por exemplo, a ação do poder público na área educacional voltada para o combate ao preconceito e à discriminação racial nas escolas, observado nos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs (BRASIL, 1998). No entanto, dado ao caráter restrito e pontual dessas iniciativas, elas devem ser consideradas como paliativas frente à necessidade de ações estruturais que expressem um compromisso da política educacional no combate ao racismo e à discriminação racial.

Dessa forma, iniciativas que se propõem a ser interculturais ou multiculturais podem estar estruturadas a partir de uma perspectiva mantenedora das relações de poder em vez de promover a coexistência de múltiplas culturas em relações recíprocas, igualitárias, sem hierarquia ou opressão.

Nesse sentido, Walsh (2010, p. 90) pontua: “[...] o reconhecimento e a tolerância com os outros que o paradigma multicultural promete não só mantêm a permanência da iniquidade social como deixam intactas as estruturas sociais e institucionais que constroem, reproduzem e mantêm essas iniquidades”.

No que se refere ao conceito de interculturalidade, a autora explica que uma diferença fundamental entre os conceitos é que a ideia de multiculturalismo foi elaborada pelos “de cima” e, portanto, está ligada à manutenção dos centros de poder. Já o conceito de

interculturalidade, foi desenvolvido nas lutas sociais, por grupos subalternizados, como os movimentos indígenas e afrodescendentes. “A interculturalidade assinala uma política cultural e um pensamento de oposição não baseados simplesmente no reconhecimento ou na inclusão, mas também dirigidos a uma transformação estrutural e sócio-histórica”. (WALSH, 2010, p. 91).

A autora destaca que a ideia de interculturalidade que nasce dos movimentos sociais segue uma “[...] lógica radicalmente distinta da que orienta as políticas de diversidade estatais”, exatamente porque “[...] não busca a inclusão no Estado-nação estabelecido”. Ao contrário, reivindica uma outra sociedade, em que “[...] a diferença não seja aditiva, mas sim constitutiva” (WALSH, 2010, p. 92).

Nessa perspectiva, Walsh (2010) define a interculturalidade em relacional, funcional e crítica. A perspectiva relacional refere-se à forma básica de contato e intercâmbio entre culturas, entre pessoas, valores e tradições, em condições de igualdade ou desigualdade, sem se deter nos conflitos de interesses dos diferentes grupos étnicos. A interculturalidade é vista como algo que sempre existiu, naturalizando o contato e a relação entre os povos como, por exemplo, os indígenas, os afrodescendentes, a mestiçagem dos sincretismos e as transculturações. Nesse sentido, oculta ou minimiza os conflitos nos contextos de poder, dominação e colonialidade, os quais permeiam as relações. A interculturalidade se limita aos contatos e às relações individuais, negando-se as intencionalidades e as implicações sociais e políticas.

Na perspectiva funcional, a interculturalidade se baseia no reconhecimento da diversidade e das diferenças culturais, com propostas de inclusão na estrutura social estabelecida, buscando o diálogo, a tolerância e a convivência. Ou seja, a interculturalidade é funcional ao sistema existente, pois não se questionam as causas das assimetrias e das desigualdades sociais, estabelecendo uma relação de compatibilidade com a lógica do modelo neoliberal (WALSH, 2010).

A terceira vertente trata-se da interculturalidade crítica, que não parte da diversidade cultural, mas da estrutura-colonial-racial. Para Walsh (2010, p. 90), ela parte “[...] do reconhecimento de que a diferença se constrói dentro de uma estrutura e matriz colonial de poder racializado e hierarquizado”. Nesse sentido, a interculturalidade é compreendida como ferramenta, processo e projeto, construída com base nas necessidades das pessoas e não imposta a elas. Busca a transformação das estruturas sociais com base na construção de relações de respeito às diferenças.

A seguir apresentamos a abordagem metodológica orientadora do estudo e as etapas do trabalho de campo.

COMPREENSÃO DA COMUNIDADE ESCOLAR SOBRE INTERCULTURALIDADE E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA NA FRONTEIRA BRASIL/PARAGUAI.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, foram realizados levantamento bibliográfico e trabalho de campo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida no ano 2022, na Escola Municipal Thomaz Larangeiras, localizada no centro da cidade de Porto Murinho (MS). A abordagem qualitativa surgiu como o caminho possível de ser trilhado, por permitir revelar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta; por tornar possível melhor interação entre sujeitos e pesquisador; assim como possibilitar mais acesso às experiências das pessoas em seu ambiente natural (FLICK, 2009).

A escola atendia, em 2022, 666 alunos do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental I, no período matutino e vespertino, e EJA no período noturno. Destes, 112 pertenciam à zona rural, 24

alunos residiam no Paraguai, possuindo documentação brasileira e 3 paraguaios com documentação paraguaia. Os estudantes que residiam no Paraguai atravessavam diariamente o rio, que tem o mesmo nome do país. O número de alunos teve uma queda expressiva com a transferência das crianças do sexto ao nono ano para a escola cívico-militar.

A coleta de dados foi realizada por meio de oficinas (alunos) e rodas de conversa (pais e equipe escolar). Os temas-guias foram "Educação em Saúde na Escola" e "Interculturalidade/Multiculturalidade". A pesquisa procurou analisar a compreensão da comunidade escolar sobre a educação em saúde na escola e a interculturalidade. Assim, inicialmente foram explicados os objetivos da pesquisa e o processo de desenvolvimento da oficina para os alunos, e da roda de conversa para os pais e equipe escolar. O desenvolvimento das oficinas foi registrado por gravação e fotos, e as rodas de conversa foram gravadas. Para a análise, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1977).

Dessa forma, foram realizadas cinco oficinas temáticas (com 25 participantes em cada uma), com alunos do 5º ano do ensino fundamental. Os alunos foram distribuídos em grupos por temas e para cada grupo foi entregue uma folha de papel pardo, de aproximadamente um metro e meio, canetinhas coloridas e lápis grafite, a fim de que eles expressassem por meio de desenhos a compreensão dos temas. Após esse processo, os alunos apresentaram e explicaram para o grupo seus desenhos e suas respectivas representações.

Com a equipe escolar e os pais, foram realizadas duas rodas de conversa, uma para cada grupo. No primeiro grupo, participaram quatro professoras e uma técnica administrativa e foram abordados os dois temas-guias. Com o grupo de pais, 35 participaram da roda de conversa e o tema-guia foi "Educação em Saúde na Escola". Após a apresentação da proposta da pesquisa e do procedimento

da roda de conversa, os participantes tiraram suas dúvidas e deram o aceite de participação.

No que diz respeito aos grupos de alunos que trabalharam nas oficinas com os temas “Interculturalidade/Multiculturalidade”, quando observada a frequência dos conteúdos, em primeiro lugar suas produções ilustraram o rio com barcos, transportando os alunos para a escola. Na sequência, a escola com salas de aulas com alunos de ambos os países, bem como as bandeiras do Brasil e Paraguai, o tereré, as danças e comidas típicas do Paraguai.

Na roda de conversa com a equipe escolar, com a mesma temática, as participantes apontaram que há problemas na convivência entre alunos brasileiros, paraguaios e indígenas. Os alunos brasileiros fazem bullying com os alunos migrantes do Paraguai e com os indígenas; esses últimos são muitas vezes xingados de macacos. Em relação ao bullying, a escola já desenvolveu um trabalho de conscientização com os alunos e, segundo as participantes, foi percebida uma diminuição dessa ocorrência.

As participantes explicaram também que a escola não tem uma metodologia específica para atender os alunos na perspectiva da interculturalidade, mas alguns professores desenvolvem trabalhos pontuais com temas que estão na proposta do projeto político pedagógico da escola, tais como as lendas paraguaias, as danças e as comidas, promovendo também a festa dos estados. Ainda de acordo com as participantes, a língua materna apresenta-se como o maior desafio do trabalho na fronteira, pois dificulta a alfabetização.

Observamos que, no que se refere à percepção e à atuação sobre a interculturalidade, tanto nas produções dos alunos nas oficinas quanto na roda de conversa com a equipe escolar, predomina a perspectiva da interculturalidade funcional de Walsh (2010), ou seja, baseada no reconhecimento da diversidade e das diferenças culturais, buscando o diálogo, a tolerância e a convivência. Mas, não se

questionam as causas das assimetrias e das desigualdades sociais, estabelecendo uma relação compatível com a lógica do modelo neoliberal com propostas de inclusão na estrutura social estabelecida.

É importante salientar que, apesar dos avanços nas políticas educacionais para a diversidade, a tendência de homogeneização curricular, que isola a escola de seu contexto, é registrada no Brasil como um todo. Nessa perspectiva, Santomé (1995) ressalta o silenciamento existente nos currículos nacionais em relação às minorias no espaço escolar e argumenta que, no caso da presença de migrantes nas escolas fronteiriças, tem-se a impressão de sua inexistência.

A pesquisa evidenciou essa invisibilidade, uma vez que a escola de fronteira não se diferencia das demais escolas públicas brasileiras, pois as disciplinas oferecidas são as sugeridas pelo Conselho Estadual ou Municipal de Educação e os livros didáticos usados são aqueles enviados pelo Ministério da Educação (MEC), os quais não consideram as necessidades locais. A realidade da escola foco da pesquisa não é diferente, pois as aulas são dadas como em qualquer outro lugar do país, ignorando as peculiaridades e as diversidades dessas escolas de fronteira, que são constituídas por alunos falantes das línguas guarani, espanhol e português, pertencentes às culturas paraguaia, brasileira e indígena e com biotipos diversos, entre outros aspectos interculturais vivenciados no mosaico fronteiriço.

Em tal contexto, faz-se necessário romper com a ideologia do sistema educativo nacional, que se utiliza da interculturalidade de forma simplista, reduzindo as complexidades culturais a alguns símbolos, tais como comidas, danças, roupas e heróis, destacando a cultura como algo homogeneamente compartilhado por todos, sem considerar as diferenças intraculturais do próprio grupo.

Com base nesses pressupostos, Oliveira (2005) chama a atenção para a relação indivíduo-sociedade, que só pode ser compreendida como expressão de uma relação mais ampla, isto é, da

relação indivíduo-genericidade. A concretização da genericidade na vida do indivíduo, ou seja, sua constituição como ser pertencente ao gênero humano, só se realiza por meio do processo de sua sociabilidade, nas apropriações particulares das objetivações humano-gênicas. Nesse sentido, Vigotski anuncia uma Educação universalizadora do homem, independentemente de sua raça ou etnia.

As produções dos alunos referentes ao segundo tema-guia "Educação em Saúde na Escola", em ordem de frequência de conteúdo, centraram-se em: 1) Boa alimentação; 2) Práticas de exercícios físicos com desenhos de várias modalidades de esporte (vôlei, futebol, futsal), considerando que o sentido dado pelos alunos a esses esportes foi o do brincar; 3) O brincar no sentido de brincadeiras de modo geral: pular corda, jogar bola e 4) A importância da higiene das mãos e o cuidado com o lixo.

Chama a atenção ao destaque que os alunos deram "ao brincar", ocupando o segundo e o terceiro lugar nas produções e demonstrando uma compreensão de que o "brincar" faz parte do conceito de promoção de saúde na escola. Isso mostra a importância de se pensar em espaços e oportunidades para brincadeiras e, conseqüentemente, como eles estão sendo disponibilizados nas escolas de ensino fundamental I. Esse conhecimento, portanto, precisa ser considerado ao se planejarem ações e se organizarem espaços na educação de ensino fundamental I. Os resultados do presente estudo também servem de alerta para o fato de que as crianças saem da educação infantil para o ensino fundamental I e a mudança em relação às atividades fora da sala de aula diminuem bastante. É importante que as propostas pedagógicas tomem o brincar como eixo do trabalho desenvolvido com as crianças.

A literatura nos revela, de forma muito estruturada, a importância do brincar e da atividade física para o desenvolvimento cognitivo, físico, social, motor e emocional das crianças. Sabemos que brincar estimula as "[...] sensações cenestésicas, proprioceptivas, e

conduz à aprendizagem, além de contribuir, também para a melhoria da percepção de si mesmo e do outro, da interação social, da autoeficácia, autoestima, assim como favorece a saúde física e o bem-estar físico e psicológico” (NETO, 1997, p. 19).

Na sociedade capitalista, em que a vida dos indivíduos é conduzida pela lógica do trabalho, a escola acaba assumindo uma importância significativa na socialização das crianças, na medida em que compartilha com a família a socialização e a inserção delas no mundo cultural. Mas, a forma como essa socialização vem sendo conduzida no interior da escola pública precisa ser discutida e revista, tanto pelos profissionais que atuam no seu interior quanto pelas agências de formação.

As produções que ficaram em primeiro lugar, uma boa alimentação, e em quarto, a importância de lavar as mãos e os cuidados em relação ao lixo apontam para proposta de higiene escolar.

Na roda de conversa com a equipe escolar sobre a Educação em Saúde na Escola, as participantes pontuaram que: tanto os alunos paraguaios como os brasileiros têm acesso às unidades de saúde Porto Murtinho e de Carmelo Peralta e ao hospital no território brasileiro; não há projeto sobre educação em saúde na escola; os professores fizeram o curso de primeiros socorros por interesses próprios, pois não há um trabalho em conjunto com saúde, assistência social e educação e, quando a escola precisa, acionam esses setores.

As participantes apresentaram alguns temas que acreditam ser importantes para se trabalhar na escola, tais como: higiene pessoal com os alunos; educação sexual; questão do bullying infligidas por crianças brasileiras às crianças paraguaias e indígenas (fato que ainda ocorre, mesmo que tenha sido minimizado com o trabalho realizado pelos professores sobre o tema); problemas de dependência química, uso de drogas e cigarros nas famílias; exploração e abuso sexual (crimes que podem aumentar com a construção da ponte do

Corredor Rodoviário Bioceânico. As participantes disseram ainda que muitas crianças apresentam problemas emocionais (choram em sala de aula) e que há falta de profissionais de fonoaudiologia e de psicologia para atenderem as crianças da escola.

Na roda de conversa com os pais sobre o mesmo tema, eles pontuaram a importância de uma comunicação melhor com a escola e apresentaram a segurança dentro da escola como no seu entorno como uma questão de saúde, pois se sentem inseguros quando sabem de brigas de alunos tanto dentro da escola quanto de fora dela. Alguns pais lembraram que a escola já teve consultórios de dentista dentro da escola, sendo esta considerada uma boa política de saúde implantada na educação. Além disso, eles julgam que tanto esse profissional de saúde como outros (oftalmologista, médicos, psicólogos) deveriam estar na escola.

As falas dos participantes das rodas de conversa (equipe escolar e pais) traduzem-se em discursos que remetem aos modelos higienistas de saúde escolar adotados no início do século XX e a compreensão das questões de educação em saúde na escola tem sido abordada do ponto de vista do controle e da prevenção do adoecimento e de situações de risco e agravos à saúde, numa perspectiva de assistência clínico-terapêutica. Ou seja, desloca-se o eixo central da saúde pública das condições de vida daquela população para a responsabilização individual, isentando o Estado de sua responsabilidade de possibilitar condições mais saudáveis de vida para a população.

Como vimos no início deste texto, os conteúdos relacionados à saúde integrados ao currículo são atribuídos como responsabilidade dos componentes das ciências naturais e biológicas, como a Ciência e a Biologia, disciplinas que aproximam os estudantes dos temas da saúde, exclusivamente na lógica do biológico e do patológico, reafirmando a hegemonia desse campo de saber sobre os demais. Quando os PCNs estabelecem a saúde como tema

transversal, pressupõem uma abordagem que perpassa todo o currículo escolar. A própria multicausalidade do processo saúde-doença torna isso uma realidade possível, pois abordar saúde é discutir sobre a construção histórica de sociedades, bem como acerca da importância do meio ambiente, da valorização da diversidade e do enfrentamento das desigualdades produzidas, seja elas étnicas, de raça e de gênero.

A educação em saúde constitui um eixo de ação preventiva aos condicionantes e determinantes que se colocam nas condições de vida e de saúde das populações. Nesse sentido, suas ações são de extrema importância na medida em que podem contribuir para a prevenção de doenças e de violações de direitos e, principalmente, do processo de conscientização da população a respeito de suas necessidades básicas e seus condicionantes de saúde, contribuindo para mudanças de comportamento, práticas e atitudes para uma melhor qualidade de vida.

A escola, além de desenvolver processos de ensino-aprendizagem, poderá desempenhar papel fundamental na formação dos alunos com vista à construção da cidadania, integrando uma rede de ações intersetoriais no sentido de uma articulação das possibilidades dos distintos setores destinados a pensar a saúde e responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, promovendo ações de troca e construção coletiva de saberes, de modo a tornar-se possível produzir soluções para a melhoria da qualidade de vida.

Na perspectiva da promoção à saúde como ação intersetorial, a escola ocupa um lugar central na ideia de saúde como conhecimento e mudança de comportamento. Esses conhecimentos favorecem a busca por serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e mais bem utilizados por eles.

Em tal contexto, a partir de diversos contextos históricos e referenciais teóricos, é possível perceber a tensão até hoje presente entre os setores da saúde e da educação. O desenvolvimento histórico dessa articulação intersetorial, tendo como cenário a escola, revela instabilidade das articulações e a fragilidade do diálogo intersetorial.

O discurso biomédico hegemônico apresenta questões sob a ótica da saúde, muito pouco problematizadas pela comunidade escolar nos contextos históricos aqui discutidos, ou seja, o discurso permaneceu imposto verticalmente sobre as escolas. Propostas inovadoras, influenciadas pelo debate da promoção da saúde tentam romper com esse discurso ao reconhecer o contexto e o papel da escola na construção de saberes e de conhecimentos. Dessa forma, o atual conceito de promoção da saúde traz novo referencial em que iniciativas mais dialógicas e reflexivas a partir da experiência prática dos atores são centrais.

Nesse sentido, a intersetorialidade é compreendida como um processo de inter-relação da Saúde e da Educação. Entretanto, apesar de ser muito difundida como estratégia de política pública, apresenta pouco alcance ou efeitos positivos, já que é um processo lento de confiança em diálogo constante. Dessa forma, os programas de saúde na escola ainda têm muito que avançar em uma perspectiva mais integrada e inovadora. A ação intersetorial deve ser negociada e incluída na rotina e na prática dos profissionais, promovendo construção de saberes mais dialógicos e contextualizados para políticas de saúde mais efetivas na escola (SILVA; BODSTEIN, 2016).

AÇÕES QUE PROMOVEM SAÚDE NA ESCOLA DE FRONTEIRA

Ressaltando que as práticas de educação em saúde na escola não se restringem ao profissional de saúde e aos serviços de saúde, tais práticas devem ser construídas junto com os educadores e inseridas no projeto político pedagógico da escola. Dito isso, ressaltamos algumas ações em promoção de saúde na escola e na relação intercultural na escola de fronteira a serem adotadas:

1. Construir comunidades de aprendizagem no trabalho cotidiano em relação à promoção de saúde na escola, como também promover uma interculturalidade crítica;
2. Diante da diversidade de culturas e línguas na escola de fronteira, assegurar que haja professores habilitados nas línguas maternas dos alunos matriculados na escola que possam fazer o acolhimento desses alunos, que serão alfabetizados em uma segunda língua, no caso, o português;
3. Desenvolver material didático transcrito para idiomas circulantes na sala de aula, além do português, como também para a identificação dos espaços da escola;
4. Desenvolver projetos junto à comunidade escolar para o enfrentamento da xenofobia;
5. Buscar a autonomia da comunidade escolar no sentido de possibilitar a consciência do processo histórico que envolve o lugar dos coletivos na região de fronteira;
6. Priorizar ações que sejam transformadoras, pautadas no diálogo e no exercício da consciência crítica reflexiva, que prioriza a transformação da realidade e das pessoas envolvidas

por meio da ampliação da capacidade de entender a complexidade dos determinantes do ser saudável;

7. Priorizar a produção do conhecimento com foco em promover saúde, e não em evitar doenças, valorizando-se a atuação multiprofissional e interdisciplinar nas práticas e nas políticas públicas por meio da construção e da gestão compartilhada;
8. Envolver todos os membros da escola e da comunidade na tomada de decisões e na execução das decisões;
9. Construir e compartilhar conhecimento relativo às práticas de saúde que suscitem questionamentos sobre a postura profissionais das áreas de saúde e educação, que possam fornecer indícios e reflexões em busca de uma prática em educação em saúde na escola mais condizente com os pressupostos do SUS, que, ao discutir as contradições da realidade, possa fornecer subsídios para transformá-la;
10. Construir práticas compartilhadas em educação em saúde entre Brasil - Paraguai, realizando campanhas em saúde conjuntas, troca de experiências em práticas de saúde, e diálogos entre professores das escolas dos dois municípios;
11. Construir práticas de planejamento intersetorial entre as políticas de saúde, assistência social e educação com vistas à educação em saúde na fronteira e possibilitar a inclusão dessas discussões com o município paraguaio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escola é um ambiente de importantes interações sociais entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, com diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas no sentido mais amplo. Dessa forma, trabalhar a saúde na escola requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a PS e a articulação intersetorial, estabelecendo outra lógica às ações voltadas para a escola, ou seja, possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida. Para isso, se fazem necessárias definições para provocar a intersectorialidade, a interdisciplinaridade e a participação de maneira contextualizada, considerando a realidade socioeconômica e política em nível micro e macro, como também para pensar sobre quais realidades e estratégias as políticas públicas de saúde escolar engendram e o quanto delas está em um contexto democrático, participativo e popular (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Essa perspectiva de educação em saúde na escola vai ao encontro da compreensão da escola de fronteira exercendo papel articulador e marcador de uma interculturalidade crítica na fronteira, valorizando sua territorialidade, expressões e sentidos culturais nessas regiões, construindo coletiva e socialmente a identidade do transfronteiriço. Nesse sentido, a interculturalidade implica em ferramenta, processo e projeto de transformação das estruturas sociais com base na construção de relações de respeito às diferenças.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**– Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série Promoção da Saúde; n. 6).

BRASIL. Lei n. 11.645. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 5.692 de 11 de agosto de 1971**. Fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º grau, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5692.htm. Acesso em: 27 abr. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer 2.246/74**. Ensino de 1º e 2º grau. Educação da Saúde e Programas de Saúde. Documenta 165. Brasília, 1974.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente, saúde (1ª a 4ª séries)**. Brasília: MEC/SEF, 1997a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro091.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Pluralidade Cultural**. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CEB n. 2/1998**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1998a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao_ceb_0298.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Parecer CEB 04/98**. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1998b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/13254-parecer-ceb-1998>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: apresentação dos temas transversais, ética. Brasília: MEC/SEF, 1997b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução n.7/2010**. Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos. Brasília: Ministério da Educação, 2010a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Parecer n.11/2010**. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos. Brasília: Ministério da Educação, 2010b. Disponível em: <http://www.educacaotiete.sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/11/Parecer-11-2010-CNE-CEB-Diretrizes-Curriculares-Ensino-Fundamental.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.645. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003**, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11645.htm. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. **Lei 5.692 de 11 de agosto de 1971**. Fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5692.htm. Acesso em: 27 abr. 2023.

CARNEIRO, Maria Helena da Silva; SANTOS, Widson Luiz. Pereira dos; MÓL, Gérson de Souza. Livro didático inovador e professores: uma tensão a ser vencida. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 7, n. 2, p.119-130, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epec/a/s8K7cB5J4zqgQh46kjf6NBr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

CARVALHO, Elma *Júlia* Gonçalves; FAUSTINO, Rosangela *Célia*. Educação para a diversidade cultural: reflexões sobre as influências internacionais na atual política educacional. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 8, n. 15, p. 187-208, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/5495>. Acesso em: 15 set. 2023.

CASEMIRO Juliana Pereira.; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fábio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>. Acesso em: 30 ago. 2023.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Educação ou Saúde? Educação X Saúde? Educação e Saúde! **Cadernos Cedex**, n.15, p.7-16, 1985. Disponível em: <https://evoluireducacional.com.br/wp-content/uploads/2012/08/A-Transformação-do-Espaço-Pedagógico-em-Espaço-Clínico-A1.pdf>. Acesso em: 05 set. 2023.

FAUSTINO, Rosângela Célia. 2006. 334 f. **Política educacional nos anos de 1990: o multiculturalismo e a interculturalidade na educação escolar indígena**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88422>. Acesso em: 02 out. 2023.

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIMARÃES, Geysa.; AERTS, Denise; CÂMARA, Sheila Gonçalves. A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 12, n. 2, p. 88-95, ago./dez. 2012. Disponível em: <https://10sieflas.paginas.ufsc.br/files/2014/07/32-142-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>. Acesso em: 02 jun. 2023.

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. **Escolas Promotoras de Saúde-Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3186.pdf>. Acesso em: 02 set. 2023.

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa; MANTILA C. L.; CERQUEIRA, Maria Teresa. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington: DC; OPS, 2006 (Série Promoção da Saúde, n. 4). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

LIMA, Maria Emília Caixeta de Castro.; SILVA, Penha Souza. Critérios que professores de química apontam como orientadores da escolha do livro didático. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v.12, n. 2, p.121-136, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epcc/a/3z8KPxyxxNknjLtfMdXcPB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

LIMA, Gerson Zaneta de. Saúde Escolar – perspectivas de desenvolvimento. **Cadernos Cedex**, n. 15, p. 55-61, 1985.

MOISÉS, José A. Diversidade cultural e desenvolvimento nas Américas. **Revista Palmares em Ação**, v. 1, n. 2, p. 40-55, 2002.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A Saúde na Escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 411-42, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-35836>. Acesso em: 01 set. 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães; FONSECA Angelica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em Saúde. *In*: Isabel Brasil Pereira; Júlio César França Lima (Orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 155-162. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

NETO, Carlos. Tempo e espaço de jogo para criança: rotinas e mudanças sociais. *In*: NETO, Carlos. **Jogo e desenvolvimento da criança**. Edições FMH, Cruz Quebrada, 1997. p.10-22.

OLIVEIRA, Betty. **A dialética do singular-particular-universal**. Método Histórico-Social na Perspectiva Social. Ângelo Antônio Abrantes, Silva, Nilma Renildes da Silva, Sueli Terezinha Ferreira. Petrópolis-RJ: Vozes, 2005. Disponível em: <https://evoluieducacional.com.br/wp-content/uploads/2012/08/OLIVEIRA-B.-A-Dialetica-do-Singular-Particular-Universal.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe, Santiago, **Boletín 30**, p. 3-10, 1993. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000095110_spa. Acesso em: 12 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). **Medium-Term Strategy 1996-2001**. Paris, 1996. PREFEITURA DE PORTO MURTINHO – **Homepage**. Disponível em: <https://portomurtinho.ms.gov.br/>. Acesso em: 01 ago. 2023.

SANTOMÉ, Jurjo Torres T. As culturas negadas e silenciadas no currículo. *In*: SILVA, T. T. (Org.). **Alienígenas na sala de aula**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 159-177.

SANTOS, Kátia Ferreira dos; BÓGUS, Cláudia Maria. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 3, p. 123-133. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300013. Acesso em: 22 ago. 2023.

SILVA, Carlos dos Santos; BODSTEIN, Regina C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, jun., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016> . Acesso em: 7 ago. 2023.

WALDMAN, Tatiana, Chang. **O acesso à educação escolar de imigrantes em São Paulo**: a trajetória de um direito. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.2012. 236f. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-15082013-101420/publico/dissertacao_tatiana_waldman.pdf. Acesso em: 09 ago. 2023.

WALSH, Catherine. Interculturalidad crítica y educación intercultural. **Construyendo interculturalidad crítica**. Jorge Viana; Luis Tapia, Catherine Whash. La Paz: Instituto Internacional de Integración – Convenio Andrés Bello, 2010. Disponível em: <https://medhc16.files.wordpress.com/2018/06/interculturalidad-crc2a1tica-y-educacic2a6n-intercultural1.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Valle; Patto M.H.S. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n1/13.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

14

Luciane Pinho de Almeida

**ESTRATÉGIAS
DE EDUCAÇÃO
INTERSETORIAL
EM SAÚDE
NA FRONTEIRA
BRASIL-PARAGUAI**

DOI: 10.31560/pimentacultural/2024.9969714

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta uma breve discussão dos debates, reflexões e construção de indicativos para compor estratégias de educação intersetorial em saúde na fronteira Brasil – Paraguai, efetivados pela equipe de pesquisadores do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas. Trata-se do resultado final da pesquisa realizada e apresenta proposições concretas, articuladas entre os temas abordados e discutidos durante o seu desenvolvimento.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008, p. 2).

Cabe, aqui, diferenciar os conceitos “educação na saúde” e “educação em saúde”. Neste trabalho, consideramos educação **em saúde**, entretanto, não deixamos de destacar a importância da educação **na saúde** para os trabalhos do SUS e, também, vinculada a outras políticas públicas. De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20 *apud* BRASIL, 2018). Nesse sentido, considera-se a importância tanto de atualizações, cursos como também de uma educação continuada para os gestores e trabalhadores das políticas públicas.

Por sua vez, o trabalho desenvolvido nos municípios de Porto Murtinho e Carmelo Peralta enfatizou uma discussão com vistas a compreender a educação em saúde popular por meio da escuta, a

fim de se construírem propostas viáveis que venham a responder pelas demandas nessas cidades fronteiriças.

De fato, compreende-se a necessidade de maior aprofundamento das discussões sobre educação em saúde, contudo, por outro lado entende-se a especificidade da discussão frente à novos elementos, como a questão de território¹⁰³, fronteira¹⁰⁴, territorialidade¹⁰⁵ e inter-setorialidade dos serviços das políticas públicas, demonstrando a originalidade da pesquisa para tratar a temática da saúde na fronteira.

Denota-se que os indicativos propostos pelos pesquisadores e inseridos nos capítulos desta publicação não foram construídos somente a partir do olhar da equipe de pesquisadores, mas resultam de uma construção coletiva realizada pelos diversos atores participantes da pesquisa, ou seja, lideranças locais, mulheres transfronteiriças, trabalhadores municipais e estaduais de saúde, de assistência social e gestores das políticas de saúde, assistência social e educação. Por se tratar de uma pesquisa participante, envolveu pessoas residentes locais de diversos órgãos e instituições públicas do município de Porto Murtinho e do estado de Mato Grosso do Sul, além de instituições privadas e população em geral. O objetivo foi provocar reflexões sobre a educação em saúde na região da fronteira Porto Murtinho – Carmelo Peralta de forma intersectorial, visando refletir as práticas de prevenção e promoção em saúde, à população em geral.

Destaca-se que um limite da pesquisa desenvolvida foi determinado pelo tempo disponível para a realização, que foi insuficiente para abarcar os processos de mobilização necessários para a construção final de um Plano Intersectorial Municipal de Saúde na

103 Território compreendido com espaço territorial da fronteira Porto Murtinho/Brasil-Carmelo Peralta/Paraguai, como território único e múltiplo, entendido, aqui, como espaço além do territorial, e assinalado no composto das culturas e formas de expressão de um povo.

104 Fronteira trata dos limites territoriais entre dois ou mais Estados-Nações.

105 Compreendida como expressão cultural, formas de concepção, mitos e relações sociais de uma população de determinado território.

Fronteira, razão por que apenas foram propostos indicativos que fossem possíveis de consecução.

Assim, este capítulo apresenta uma breve discussão sobre educação em saúde na fronteira e sugere apontamentos, com base nos registros dos pesquisadores integrantes do Projeto “Rede Inter-setorial de Políticas Públicas”; a serem considerados na elaboração de um Plano Inter-setorial Municipal de Educação em Saúde na Fronteira.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE AS POLÍTICAS DE FRONTEIRA

Considera-se que a Educação em Saúde é um dos pilares da promoção da saúde de uma determinada população. De acordo com Falkenberg *et al.* (2014), a educação em saúde é definida, pelo Ministério da Saúde, como processo articulador que reúne gestores, profissionais e usuários, e tem como meta a produção da autonomia das populações frente às questões que envolvem a saúde, promovendo o empoderamento delas e visando o bem estar e a melhoria da qualidade de vida.

A reflexão desenvolvida neste capítulo sobre educação em saúde denota o conceito atribuído pelo Ministério da Saúde, entendido como um “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]” (BRASIL, 2009). Esse processo educativo é constituído por um conjunto de práticas que contribuem para aumentar a autonomia de as pessoas se cuidarem e pelo debate com os profissionais e gestores,

a fim de que alcancem uma atenção, em relação à saúde, de acordo com suas necessidades.

Nesse sentido, a promoção da saúde pressupõe um processo de capacitação contínua da comunidade, a fim de promover melhorias na qualidade de vida e saúde (MACHADO, MONTEIRO, QUEIROZ, VIEIRA, BARROSO, 2007). A participação das comunidades envolvidas torna-se fundamental, pois a política de saúde pressupõe práticas que têm por base a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e parcerias entre o público e o privado, que se constituem estratégias importantes para a efetividade da saúde para todos (MACHADO, MONTEIRO, QUEIROZ, VIEIRA, BARROSO, 2007).

A educação em saúde é, portanto, prática privilegiada no campo da saúde coletiva, pois considera ações em diferentes organizações e instituições na área da saúde local. Todavia, uma boa articulação em educação deve ir além de práticas educativas isoladas, para propor uma aproximação com as diversas comunidades que habitam o território. Considerar, portanto, a educação em saúde num viés de educação popular em saúde, consiste em partir do entendimento de que a diversidade de sujeitos se torna ponto chave para qualquer prática em educação; assim, consideram-se os

[...] sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes “populares”, e na análise crítica da realidade (FALKENBERG, MENDES, MORAES, SOUZA, 2014, p. 3).

Nesse sentido, a educação popular em saúde passa a ser “um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrativas, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e

comunicação como de participação popular e participação social” (FALKENBERG, MENDES, MORAES, SOUZA, 2014, p. 3).

É importante que se destaque, ainda, a relevância da corresponsabilização e comprometimento de gestores e trabalhadores do SUS; nesse sentido, ressalta-se a necessidade de se pensar a educação continuada e a formação profissional destes. “A formação profissional é um grande desafio para todos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), o que demanda a necessidade de complexas e demoradas transformações, tanto institucionais quanto individuais, nos próprios profissionais e gestores da Saúde e da Educação” (MUÑOZ; FREITAS; SOUSA, 2020, p. 19).

O desenvolvimento do Projeto Rede Intersetorial de Políticas Públicas teve por princípio estabelecer o diálogo entre diversos atores, para, enfim, propor práticas e ações no campo da educação em saúde, convidando os envolvidos (sujeitos) da pesquisa a participarem, através de rodas de conversa, das reflexões sobre diversos temas que surgiram de suas próprias demandas. Portanto, o desenvolvimento da pesquisa primou pela escuta e a construção conjunta de indicativos para o Plano Intersetorial de Educação em Saúde na fronteira Porto Murtinho – Carmelo Peralta. Este trabalho se deu a partir da realidade local do território de fronteira, numa vertente de educação popular em saúde e também na proposição de educação continuada aos profissionais da saúde em articulação intersetorial com os profissionais das políticas de assistência social e educação.

No âmbito da pesquisa participante em região de fronteira, é sempre necessário um olhar para o território como “uno”, como o do Brasil-Paraguai, e, frente a essa compreensão, entender que a saúde deve possuir um viés universal, acessível e de qualidade para todos. Nesse sentido, o principal lócus para a educação em saúde é a atenção primária, cuja conformação envolve a assistência e as ações de prevenção que devem ser realizadas por todos os profissionais inseridos nos serviços.

No território de fronteira pesquisado, o campo da Atenção Primária à Saúde - APS¹⁰⁶ constitui a principal área de atuação, visto que se trata de cidades de pequeno porte, cujos serviços do município estão centrados, portanto, nesse tipo de atendimento, que “constitui o primeiro nível de atenção e porta de entrada ao Sistema de Saúde Brasileiro, é constituída por uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde”¹⁰⁷ (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária em Saúde tem por escopo facilitar os vínculos cotidianos com os usuários, de tal forma que convoca a comunidade a compartilhar suas visões sobre os processos de adoecimento, estratégias e intervenções para combatê-los ou formas de vivenciá-los. Já que esta tem seu foco nos determinantes sociais de saúde da realidade do território e de sua territorialidade, nesse sentido, os sujeitos possuem suas próprias concepções e crenças, os profissionais devem compreendê-las no intuito de proporem comunicações e intervenções efetivas dentro desses cenários. O território e a territorialidade passam, então, a ser o ponto de partida para qualquer intervenção no campo da saúde.

É imprescindível compreender que o território resguarda determinantes sociais, no processo de saúde-doença, que são intrinsecamente relacionados aos contextos das comunidades que habitam esse território, compreendendo que suas dimensões perpassam as relações sociais, cultura, formas de expressão e vivências e ainda pelo acesso à renda e emprego, moradia, lazer e outros. Sendo assim, o Projeto Rede Intersectorial de Políticas

106 **Atenção Primária à Saúde (APS)** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. (Ministério da Saúde, 2023).

107 Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Públicas considerou a integralidade e totalidade dos serviços e da interlocução entre os diversos saberes através da intersetorialidade das políticas públicas com vistas à educação em saúde na fronteira.

Desse modo, a educação em saúde diz respeito aos esforços dos atores que compuseram este trabalho com vistas às ações de planejamento, investigação e análise sócio-territorial, fazendo emergir a multidimensionalidade, as potencialidades e necessidades das diversas comunidades que compõe o território Porto Murinho e Carmelo Peralta. Tais elementos foram construídos, como já assinalado aqui, para a formulação de estratégias que congregam a saúde, a assistência social e a educação objetivando o fortalecimento das redes e a promoção de mudanças efetivas no âmbito da saúde da população local.

Falkenberg *et al.* (2014) consideram educação em saúde como processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a ter autonomia e emancipação, como sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

A partir dos determinantes sociais levantados, expressos pela população local durante o processo de desenvolvimento da pesquisa, selecionaram-se algumas temáticas que faziam sentido para a população do território de fronteira trabalhado. Cada temática, desse modo, envolveu a compreensão dos participantes da pesquisa e de suas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde.

Os pesquisadores foram impulsionados a trabalhar essas temáticas, optando por aquela que pudesse melhor desenvolver em seu trabalho. As temáticas de pesquisa foram impulsionadoras das rodas de conversa, levando a que se refletisse sobre possíveis

soluções às demandas locais e sobre a educação em saúde na região de fronteira.

Os temas de discussão foram os seguintes: 1. Saúde na Fronteira - questões de saúde nesse território; 2. Saúde Mental – álcool e drogas, suicídio e autismo; 3. Violências e seus ciclos - violência contra a mulher, contra a criança e adolescente; 4. Saúde Primária - saúde da mulher e materna, gravidez na adolescência; 5. Saúde Popular, cultura e crenças; 6. Saúde de escolares e fluxos na fronteira (movimento pendular); 7. Educação em saúde frente aos determinantes sociais.

As práticas de educação em saúde devem sempre partir das realidades sociais, além de levar os gestores das políticas a terem atenção especial ao planejamento e organização dos serviços de saúde, na execução das ações de cuidado e na própria gestão da saúde no território. A discussão de saúde não se ateve ao âmbito de um campo isolado, mas buscou-se uma proposta de interlocução das políticas de forma intersetorial, ampliando o debate para além da especificidade da saúde, adentrando às questões sociais vigentes e em suas demandas e necessidades sociais, tendo em vista a compreensão de saúde como o completo bem-estar físico, social e mental da população.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FRONTEIRA: PROPOSIÇÕES E ARTICULAÇÕES

A Educação em Saúde na Fronteira norteou o desenvolvimento da pesquisa como campo de potencialidades e conhecimento do território de fronteira Brasil-Paraguai. Desse modo, a pesquisa propôs, ao final do Projeto “Rede Intersetorial de Políticas Públicas”, a composição de uma **equipe intersetorial composta**

por trabalhadores das diversas políticas públicas no Porto Murtinho/MS, a fim de se dar continuidade do trabalho desenvolvido com vistas à composição de planejamentos intersetoriais estratégicos entre as diversas políticas, no caso, educação, saúde e assistência social.

Considera-se, contudo, que, além dessa equipe, ainda é necessário reforçar o trabalho no território como um todo. Nesse sentido, faz-se imprescindível organizar uma equipe ampliada da fronteira para pensar estratégias comuns de atuação nos dois municípios fronteiriços. A Atenção Primária em Saúde pode ser o ponto de partida para a articulação dos serviços e demandas nas regiões de fronteira, com ações comuns voltadas para mulheres e crianças, jovens, idosos e população geral, com ênfase no cuidado, prevenção de agravos, proteção à saúde da população transfronteiriça, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos e manutenção da saúde.

Também se faz urgente que haja a devida atenção às propostas de práticas voltadas à melhoria sanitária, abastecimento de água tratada às comunidades que dela necessitam e de ações educativas voltadas ao manejo de resíduos sólidos, prevenção contra doenças como verminoses, dengue e outras.

Outro ponto crucial é propor estratégias de ações de vigilância em saúde no território fronteiriço. Trata-se de um importante processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação e análise de dados e informações, que visa ao planejamento e implementação de medidas de saúde pública, como também à articulação das informações e ações de vigilância com vistas ao território Brasil-Paraguai, em sua totalidade; desse modo, a vigilância em saúde se torna efetiva e capaz de atuar em sistemas de prevenção contínua.

Há que se buscarem estratégias de acesso e atendimento conjunto para a população de fronteira Brasil/Paraguai, no âmbito da saúde, de forma a desconstruir barreiras e se abrir o diálogo mútuo

dos territórios através de conferências, debates e proposições sobre as singularidades em saúde inerentes a essas regiões.

Todavia, considera-se que o trabalho local, embora importante, deve ser implementado por meio de acordos bilaterais de cooperação entre os países e, nesse sentido, o papel dos governos nacionais é fundamental para as áreas de fronteira, por meio de ações estratégicas e integradas entre países. Uma articulação de importância seria a construção de sistemas de informação, com registros entre os países, que estabeleçam, mutuamente, diálogos que favoreçam práticas efetivas de vigilância em saúde. Além disso, práticas de educação permanente de profissionais da saúde na fronteira poderiam ser efetivadas em acordos comuns, respeitando-se as individualidades, a diversidade, a identidade nacional de cada país, mas entendendo as dinâmicas e potencialidades locais do território.

PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM REGIÕES DE FRONTEIRA

O campo da saúde mental é ainda pouco estudado e discutido em regiões de fronteira, de forma que esse se tornou um desafio para os pesquisadores que atuaram diretamente com essa temática. Embora pouco estudado, trata-se de uma área necessária e importante para qualquer discussão que aborde a realidade da fronteira.

Uma questão recorrente em regiões de fronteira consiste no alto índice de casos que envolvem o álcool e as **drogas**. Isso se deve às facilidades de fluxos e à falta de fiscalização dos governos desses países no enfrentamento às redes de tráfico de drogas. Observa-se que essa questão atinge a população, de forma geral, devido à facilidade de acesso para usuários - em sua maioria jovem e, em muitos casos, também de crianças -, também devido às redes de tráfico e

peças que trabalham nessas regiões ou, ainda, pela falta de atuação e enfrentamento dos diversos órgãos e políticas, que deveriam se empenhar com ações de prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, uso e tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Nesse sentido, aponta-se a necessidade de se implantarem serviços específicos de atendimento à população usuária de álcool e drogas, como o CAPs AD; contudo, ressalta-se uma questão específica dessas regiões, qual seja a do crime organizado que, muitas vezes, inibe a atuação governamental. Desse modo, percebe-se a necessidade de se refletir sobre as singularidades das regiões de fronteira de forma a colaborar na construção de uma política própria para essas regiões. Além disso, pensar estratégias comuns aos dois territórios é essencial, para a efetividade de qualquer política pública.

Nesse sentido, propõe-se, como ações de educação em saúde mental – álcool e drogas na fronteira, a implementação de comitês específicos, conferências, eventos e campanhas educativas nos dois territórios como propostas integradas. Além desses, a implementação de espaços de educação permanente para gestores e trabalhadores de saúde e de outras políticas que se articulam com a questão. Ressalta-se uma atuação sobre a produção do cuidado e de forma conjunta referente à questão de álcool e drogas, a necessidade de articulações de campanhas sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Durante a pesquisa, foi muito solicitado pelos trabalhadores do município e mães de **crianças com transtornos do espectro do autismo**, uma atenção especial para com possíveis formas de encaminhamento às situações que estão se tornando cada vez mais frequentes no território. Nesse sentido, considera-se a necessidade da implementação de um CAPs, no território; devido à grande demanda, indica-se a ampliação e intensificação dos serviços de ONGs já existentes na região e do próprio serviço de saúde local. Destaca-se, nesse sentido, a relevância das redes de atendimento e dos fluxos para busca de diagnósticos mais precisos.

Em termos de educação em saúde, sugere-se, conforme constam no Capítulo 4 desta publicação, campanhas temáticas, como forma de conscientização e informação à comunidade local, para reduzir o preconceito e a discriminação. Essas poderiam ser realizadas no âmbito dos dois territórios e de políticas articuladas como saúde e educação. A educação permanente se faz relevante, na medida em que contribui para dirimir críticas e capacitar profissionais habilitados a garantir um trabalho comprometido com a questão.

Como última temática vinculada à questão da saúde mental, foram observados casos de suicídio, no território. Essa questão se mostrou polêmica, haja vista que diversas lideranças locais afirmaram que essa não era uma realidade em Porto Murtinho e Carmelo Peralta. Todavia, esse posicionamento se mostrou contraditório, uma vez que diversos casos ocorreram no tempo em que se desenvolvia o projeto. Observou-se a subnotificação como expressão presente em vários dos equipamentos públicos de atendimento a **casos ou tentativas de suicídio**. Desse modo, há necessidade de se tomarem providências com relação à subnotificação e fortalecer de forma efetiva a rede de atenção básica das políticas de saúde, assistência social e educação em suas interfaces com as demais políticas.

Assim, as ações de educação em saúde em casos ou ideação suicida devem prever, sobretudo, a desmistificação sobre o tema, a partir de reflexões, diálogos, rodas de conversas e campanhas educativas nos dois territórios. Considere-se, por exemplo, a promoção de capacitações e educação continuada com os profissionais da saúde e das demais políticas, para possibilitar melhor atendimento local às demandas que aparecem.

O TERRITÓRIO DE FRONTEIRA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRANSNACIONAL BRASIL/PARAGUAI, A PARTIR DAS PRÁTICAS CULTURAIS E DA DIVERSIDADE DA POPULAÇÃO

Quando se aborda sobre o tema da saúde, é imprescindível considerar a diversidade de fatores envolvidos. Nesse sentido, considerar a diversidade cultural em território de fronteira é essencial para qualquer atuação no campo da saúde, principalmente quando se trata de saúde coletiva. Também não se podem ignorar as desigualdades sociais presentes nesse território.

As diversidades culturais onde interferem as diferenças religiosas, educativas, étnicas; as diferenças de gênero, de idade, de classes sociais; as diferenças somáticas, regionais e tantas outras colocam novamente os sistemas de saúde e a medicina moderna diante de um universo plural e multifacetado que exige dela atenções e olhares diferenciados. As propostas de intervenção, os projetos e programas de saúde devem ser diversificados e diferenciados (MUNANGA, 2007, p. 1).

Para qualquer trabalho de educação em saúde na fronteira, é imprescindível considerar que esse território é dotado de jogos de poder e de imaginários próprios que se expressam nas relações entre médicos e pacientes, e nas relações de classe social, gênero, raça e etnia de sua população. Portanto, o território de fronteira apresenta singularidades importantes de serem potencializadas. Durante o percurso desta pesquisa, a equipe de pesquisadores conheceu diversos desses saberes, mitos, crenças e conhecimentos populares dotados de potencialidades e práticas em saúde do território. Destaca-se, nesse âmbito, a importância de se preservarem os saberes e conhecimentos tradicionais da população fronteiriça.

Especial atenção deve ser dada ao conhecimento das diversas comunidades indígenas relacionados aos cuidados com a saúde. Esse campo é dotado de muito potencial, seja para produção de novos conhecimentos, seja na valorização das práticas, ou seja, ainda, para a difusão, preservação e ações que podem ser construídas de forma coletiva. Nesse sentido, propõem-se ações educativas de partilha de conhecimentos e valorização de saberes, principalmente das populações mais idosas. Assim, fortalecer uma educação em saúde na fronteira que dê voz e potencialidade à população do território indígena é fundamental para qualquer prática de saúde.

Outro aspecto relevante é o ambiente escolar. Os espaços escolares são espaços potenciais para o diálogo, troca e difusão de conhecimento. Entretanto, a escola não é somente espaço de ações pontuais, mas espaços de compartilhamento, de ações intersetoriais construídas em várias instâncias e efetivadas através de planejamento conjunto e articulado. Nesse sentido, constroem-se comunidades de aprendizagem e de promoção da interculturalidade crítica ao mesmo tempo em que se favorece a aproximação por meio de atitudes que superem ações racistas e discriminatórias.

A difusão, aprendizado e valorização da língua falada e escrita dos países fronteiriços podem colaborar para diminuir tensão, conflitos e construir relações fortes e capazes de superação das dificuldades encontradas. A escola se torna importante espaço no processo articulatório para as ações intersetoriais.

As ações de saúde podem acontecer através de campanhas, rodas de conversa, construção de materiais didáticos comuns da fronteira e na produção de práticas compartilhadas.

APONTAMENTOS DE EDUCAÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA FRONTEIRA: SAÚDE DA MULHER, MATERNA E INFANTO-JUVENIL

A Atenção Primária à Saúde, além de se tratar do primeiro atendimento à comunidade local, é o serviço de atendimento mais próximo das pessoas e famílias de determinado território; inclui a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças agudas e infecciosas, controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação (OPAS/OMS – BRASIL, 2023).

Esse é um serviço amplamente utilizado em todo o território da fronteira de Porto Murtinho/MS – Carmelo Peralta/Paraguai, pois está centrado no atendimento das Unidades de Saúde nos dois territórios. Essas Unidades de Saúde encontram-se instaladas nos diversos bairros e comunidades locais a fim de atender às necessidades e demandas desses locais.

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS (2023), a saúde deve chegar para todos como direito universal e sua definição pauta-se na garantia que as pessoas tenham acesso à serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, agindo de forma sistemática sobre os determinantes de saúde e empoderando indivíduos e comunidades na otimização de sua saúde, no cuidado da coletividade e no seu bem-estar.

Um importante serviço da Atenção Primária à Saúde diz respeito ao cuidado e atenção à saúde de mulheres, crianças e adolescentes. No território fronteiriço, essa política de atenção é fundamental. A pesquisa desenvolvida buscou compreender os principais pontos de atuação do serviço de atendimento à população de fronteira, voltado à proteção, prevenção e promoção da saúde.

O número de mulheres gestantes, nesse território, é significativo e proporcionalmente maior em Carmelo Peralta do que em Porto Murtinho/MS. A equipe de pesquisadores do Projeto “Rede Intersetorial de Políticas Públicas” promoveu rodas de conversa levantando pontos importantes para essa discussão e sugeriu propostas de educação em saúde voltadas para a saúde da gestante e da criança/adolescente.

As propostas pautaram-se em articulações em redes de gestão, serviços de saúde com envolvimento intersetorial das políticas de saúde, educação e assistência social, desenvolvimento de ações educativas de atenção à saúde integral da mulher nos dois territórios. A ação educativa deve levar em consideração espaços de convivência para o compartilhamento de vivências e experiências, promovendo a participação e socialização de informações e de trocas compartilhadas entre as mulheres dos dois territórios.

Também foi proposto que se propiciem qualificação profissional, eventos, seminários, cursos, entre outros, para trabalhadores da saúde, assistência social e educação, no território Brasil/Paraguai, visando à atuações específicas inerentes da região, assim como ações intensivas nos territórios de forma unificada quanto à vigilância em saúde na fronteira. Outro ponto sugerido e de importante atuação é a efetivação de um Comitê Fronteiriço de Mortalidade materna, infantil e fetal.

Uma questão fundamental é a atuação de forma mais incisiva em processos educativos quanto à questão da gravidez na adolescência e da saúde reprodutiva, pois se trata de situação recorrente de incidência em ambos os territórios, observada como ciclos repetitivos em gerações. Essa característica é comum em regiões afastadas dos grandes centros urbanos e em territórios pautados em relações de gênero, nos quais o valor masculino se sobrepõe ao da mulher, reforçando a desigualdade social à qual as mulheres estão expostas.

Ações psicossociais são necessárias e importantes para o acompanhamento dessas situações.

Nesse sentido, ações educativas pautadas em campanhas, esclarecimentos, grupos de convivência e diálogo contínuo nos diversos espaços sociais em que se encontram crianças e adolescentes constitui-se agenda prioritária para a população de fronteira. Essas poderiam ser realizadas de forma planejada e estratégica pelos serviços públicos de saúde, educação e assistência social e de outros serviços públicos dos territórios de Porto Murtinho e Carmelo Peralta de forma integrada, corresponsável e coparticipativa.

Por fim, nesse contexto, propõem-se programas de capacitação para trabalhadores da saúde, educação e assistência social do território fronteiriço, com abordagem, por exemplo, à questão característica dessas regiões de alta incidência de pessoas do sexo masculino, de forma a atuar com uma agenda prioritária de educação em direitos humanos e proteção à criança e ao adolescente.

ESTRATÉGIAS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Dentre as temáticas levantadas no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, surgiu a questão da violência no território de fronteira manifestada de diversas formas, seja pelas redes de tráfico de drogas, seja na subjugação de pessoas para o trabalho escravo, nos conflitos entre pessoas, seja na violência doméstica ou expresso na violência contra crianças e adolescentes, entre inúmeros fatores. Desse modo, considera-se a violência um fenômeno sócio-histórico, de grande complexidade e que tem relação direta com os

determinantes sociais e com impactos diretos à saúde da população de um determinado território, afetando tanto a saúde individual como a coletiva (MINAYO, 2005).

A Organização Pan-Americana de Saúde considera que:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5).

Sendo assim, a temática da violência é agenda emergente para o território fronteiriço e implica pensar suas formas de prevenção e enfrentamento. Na pesquisa realizada no âmbito do Projeto “Rede Intersetorial de Políticas Públicas”, pautou-se a violência contra a mulher, criança e adolescente, já que se tratava de um tema recorrente surgido nas rodas de conversa realizadas pelos pesquisadores. Notou-se que essas violências são complexas, singulares e múltiplas ao mesmo tempo, pois associam-se a outros determinantes sociais em saúde, como, por exemplo, as relações de gênero e poder no território, o uso de álcool e drogas, situações decorrentes de condições socioeconômicas de populações, embora destaca-se a violência não possa somente ser atribuída a essas condições, já que se encontra presente inclusive em camadas mais abastadas da sociedade.

Ao se tratar a questão da violência contra a mulher atribui-se a condição de gênero, a partir de características históricas e socialmente construídas, fundadas em hierarquias na desigualdade entre sexos.

Gomes, Minayo e Silva (2005, p. 117) consideram a violência contra a mulher uma importante questão referente à saúde pública:

"[...] além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Estima-se que esse problema cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras." Os autores destacam que "[...] suas formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado".

No território de fronteira, destacam-se situações recorrentes de violência contra a mulher realizadas em âmbito doméstico, mas se pode citar outras visíveis no território Brasil – Paraguai em situações decorrentes da prostituição de mulheres e exploração sexual de crianças e adolescentes.

De acordo com os mesmos autores, as violências são múltiplas, complexas e revelam realidades sociais de um determinado tempo histórico, e, portanto, na análise de qualquer evento violento observa-se que se referem "[...] a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade" (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005, p. 221).

A equipe de pesquisadores não poderia deixar de atribuir um olhar para a questão da violência no território e, nesse sentido, propõe ações voltadas para a educação em saúde com foco na prevenção, no enfrentamento e em estratégias de empoderamento e autonomia das mulheres de região de fronteira, aos quais as políticas deveriam ser implementadas com recursos de programas e projetos transnacionais. Desse modo, ações educativas como campanhas, encontros, material didático e criação de grupos de mulheres transfronteiriças são essenciais para o desenvolvimento do enfrentamento à violência contra a mulher, a criança e o adolescente, na região de fronteira. Pode-se propor

também que essas ações se estendam aos agressores, a fim de promover a desconstrução de culturas machistas e discriminatórias.

A implementação de trabalhos conjuntos com vistas à vigilância epidemiológica que fortaleçam a coleta e sistematização de dados, que se contraponham a situações recorrentes de silêncio em torno da questão constitui ação essencial para planejar estratégias compartilhadas e articuladas para o território da fronteira, tendo em vista as situações de violência contra a mulher, a criança e o adolescente. Além disso, sensibilizar trabalhadores vinculados às políticas de saúde, educação e assistência social em relação ao tema da violência diante das particularidades da região de fronteira, é imprescindível, em se tratando da saúde dessa população.

Fundamental é a atenção das políticas de forma intersetorial na construção de fluxogramas de atendimento, atendimento psicossocial e acolhimento às vítimas, ações essenciais para a proteção e atendimento delas. Todavia, ações que também façam o enfrentamento e coação aos casos de violência são essenciais, em um trabalho efetivo das Delegacias de Polícia e Defensoria Pública atuando na violência doméstica contra a mulher, no enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes e combate à criminalidade e a todas as formas de violência. Há que se pensar, nesse contexto, em uma atuação mais efetiva por parte das autoridades municipais, estaduais e nacionais, com vistas à coação e ações educativas com a população majoritariamente masculina e móvel que, hoje, frequenta o território fronteiro - em períodos de turismo de pesca, em passagem de caminhões e nos trabalhos de construção da ponte - de Porto Murtinho e Carmelo Peralta.

A construção de políticas públicas de enfrentamento às questões de violência contra mulheres e crianças envolve muitos desafios, que, no caso da fronteira, devem ser enfrentados por meio de políticas de atuação transnacional e intersetoriais, com vistas a uma maior efetividade de respostas às demandas dessa região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Rede Intersectorial de Políticas Públicas provocou e convocou todos os atores envolvidos à reflexão coletiva sobre a temática da saúde na fronteira. Para promovê-la por meio de intervenções educativas, deve-se considerar o território e sua territorialidade; portanto, a educação popular em saúde é uma estratégia bastante eficiente no campo da difusão do conhecimento, mas, além dela, devem-se promover ações intersectoriais e transnacionais conjuntas para o enfrentamento às questões sociais em saúde na fronteira.

Estratégias de escuta, acolhimento e cuidado são essenciais a qualquer planejamento estratégico em educação em saúde na fronteira. Esse território é singular; por isso, considera-se que os governos nacionais devem dispensar atenção e construção de políticas públicas voltadas a essas populações, por meio de recursos específicos, com ações direcionadas e conjuntas entre Brasil e Paraguai. De acordo com Mallmann (2015), as ações educativas locais são de extrema importância para articulações de trabalho compartilhadas. Todavia, considera-se, com base nos resultados desta pesquisa, a necessidade de que os países se unam em objetivos comuns, na defesa dos direitos e saúde das populações transfronteiriças.

Por fim, pensar alternativas e práticas de uma educação em saúde envolve a transformação dos modos de vida de uma coletividade, com perspectivas para a promoção da qualidade de vida e saúde na construção conjunta de estratégias próprias para regiões de fronteira.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GOMES, Andréia Patrícia; REZENDE, Carlos Henrique Alves; SAMPAIO, Marcelo Xavier; DIAS, Orlene Veloso Dias; LUGARINHO, Regina Maria. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n. 3. P. 356-362. Rio de Janeiro/RJ – Brasília/DF: Associação Brasileira de Educação Médica, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/YSfdZCkkTd9KSvd8Vjmhsqn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde 1.ed.rev.Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Áreas Temáticas BVS MS. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/sus/universo_atuacao.php. Acesso em: 3 ago. 2023.

FALKENBERG, Miriam Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo; SOUZA, Elza Maria. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. n.19. v.03. Rio de Janeiro/RJ: ABRASCO. Março/2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero.

Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violenzia.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

MACHADO, Maria de Fátima Antero de Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graciele Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** n.12 v. 02, pp. 335-342. Rio de Janeiro/RJ: ABRASCO, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso 05 set. 2023.

MALLMANN, Danielli Gavião; GARLINDO NETO, Nelson Miguel; SOUSA, Jesueida de Carvalho; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** n. 20, v 06. Rio de Janeiro/RJ: ABRASCO, junho/2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>. Acesso em: 13 ago. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Brasil. Violência: Um problema para a saúde dos brasileiros. *In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violenzia.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

MUNANGA, Kabengele. Saúde e diversidade. **Revista Saúde e Sociedade.** n. 16. V. 02. São Paulo/SP: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública, agosto de 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200003>. Acesso em: 18 ago. 2023.

MUÑOZ, Rilva Lopes de Souza; FREITAS, Jandira Arlete Cunegundes; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares. Qualificação docente para a formação profissional no SUS. *In: MUÑOZ, Rilva Lopes de Souza; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares (Orgs.). Educação na saúde para o fortalecimento do SUS.* João Pessoa: UFPB, 2020. Disponível em: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/download/643/867/6814-1?inline=1>. Acesso em: 19 ago. 2023.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Mejorar la salud para todos, en todas partes.** Disponível em: <https://www.who.int/es/about>. Acesso em: 15 out. 2023.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde – Escritório para as Américas. Brasil. Atenção Primária à saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 7 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência y salud: resolución no XIX.** Washington, 1994. Disponível em: <https://www3.paho.org/portuguese/GOV/CD/cd44-15-p.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

AFETOS & PESQUISA

AUTORES E AUTORAS



Alessandro Luiz Pereira

É mestre em Ciência e religião pelo SETEMA (2000/2001). Especialista em metodologia do ensino superior pela FIFASU; em ensino do texto teoria e prática em sala de aula pela UNESP (1999/2000) e em Supervisão Escolar pelo instituto Cotemar (2006/2007). Graduado em Pedagogia pela FAFIS (1996/1998) e em Química pela UNIBF (2006). Atualmente é Diretor na Escola Municipal Rural Bonifácio Gomes, no município de Porto Murtinho/MS.

E-mail: aleluiz_pereira@hotmail.com



Ana Maria de Vasconcelos Silva

Psicóloga, doutora em Psicologia (UCDB), mestre em Educação (UFMS/CCHS). Professora Adjunta da UFMS/Campus do Pantanal (CPAN); Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cultura, Psicologia, Educação e Trabalho (CPET-UFMS/CPAN); Membro do Laboratório de Estudos Psicossociais em saúde frente a contextos da desigualdade social – LEPDS e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-histórica, Migrações e Gênero – GEPEMPS. Tem experiência na área de Educação, com ênfase na interface Psicologia e Educação.

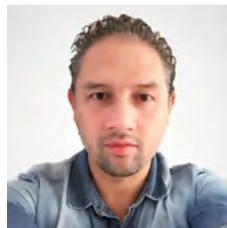
E-mail: ana.silva@ufms.br



Anita Guazzelli Bernardes

Doutora em Psicologia pela PUC/RS. Pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Docente e Pesquisadora de Pós-graduação em Psicologia UCDB. Coordenadora do Laboratório "Psicologia da Saúde, Políticas da Cognição e Subjetividade" (UCDB). Pesquisadora PQ/CNPq.

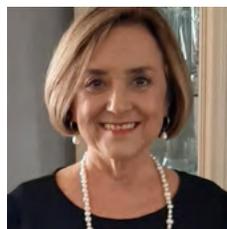
E-mail: anitabernardes1909@gmail.com



André Vinicius Batista de Assis

Graduado em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) (2003) com especializações em Teorias e Práticas Contemporâneas do Jornalismo pela Uniderp-Anhanguera (2006), Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz (2013); Regulação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), pela FSP/USP (2013) e especialização em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em facilitação de Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem, em Aprendizagem Significativa e Avaliação Formativa pelo IEP/HSL. Possui Mestrado em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde pelo IEP/HSL. Atualmente é Superintendente na Secretaria de Estado de Saúde em Gestão da Educação na Saúde, atuando como Diretor da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP / MS).

E-mail: sanitarista.andre@gmail.com



Arlinda Cantero Dorsa

Doutora em Língua Portuguesa pela PUC/SP. Pós-doutorado em Desenvolvimento Local (UNISSUAM_RJ), Docente e pesquisadora do PPGDL/UCDB/MS. Coordenadora do Grupo de pesquisa Observatório Interdisciplinar em Desenvolvimento Local e membro integrante do Projeto "Saúde e territorialidade na fronteira: desafios e estratégias intersetoriais".

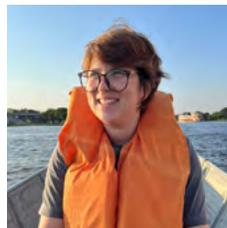
E-mail: acdorsa@ucdb.br; arlindadorsa1@gmail.com



Arthur Duarte Fantesia Costa Cruz

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2013-2017) e possui Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste (2017-2020). Atualmente é funcionário público da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul lotada na Escola Técnica do SUS, no cargo de Analista de Desenvolvimento Profissional.

E-mail: arthurfantesia@gmail.com



Carla Cristina de Souza

Mestra em Antropologia Social pela UFMS (PPGAS/UFMS). Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (PPGPSI/UCDB). É integrante dos grupos de pesquisa: "Psicologia da Saúde, Políticas da Cognição e da Subjetividade" (UCDB), do "Impróprias - Grupo de Pesquisa em gênero, sexualidade e diferenças" (CNPq/UFMS) e atuante na organização da sociedade civil Instituto Brasileiro de Inovações Pró Sociedade Saudável Centro Oeste (IBISS-CO).

E-mail: carlinhacdsouza@gmail.com



Cristiana Schulz

Graduada em enfermagem, Bacharelado pela Faculdades Integradas de Casilândia-FIC. Pós graduada em Auditoria em enfermagem, Pós graduada em Saúde Pública e da Família e pós graduanda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante-FAVENI. Atualmente é Gerente de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

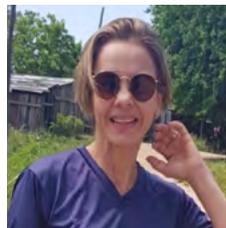
E-mail: cristianaschulz12@gmail.com



Edilson dos Reis

Teólogo, Filósofo e Psicólogo. Capelão e Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Extensão em Luto (NEPAL) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Humap-UFMS/Ebserh).

E-mail: bioetica.ufms.2010@gmail.com



Érika Rejane Rodrigues de Souza Fideles

Advogada. Doutora em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Integrante do Laboratório de Estudos Psicossociais em Saúde frente a Contextos de Desigualdade Social - LEPDS e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-histórica, Migrações e Políticas Sociais – GEPEMPS.

E-mail: erika.fideles@outlook.com



Everton Stringheta Junior

Graduado em Psicologia - Bacharelado e Licenciatura pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. Pós-graduado em Teoria Psicanalítica. Pós-graduando em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS). Atualmente é Gerente de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES).

E-mail: psi.evertonjr@gmail.com



Fabricia Santina de Oliveira Carissimi

Assistente Social do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Humap-UFMS/Ebserh), Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (PPGPSI-UCDB). Integrante do NEPAL Humap-UFMS/Ebserh, tendo atuado como vice-coordenadora até março de 2023.

E-mail: fabriciasoc@yahoo.com.br



Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura

Enfermeira pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Doutora em Psicologia – Área: Psicologia da Saúde (Universidade Católica Dom Bosco). Mestre em Psicologia (Universidade Católica Dom Bosco). Especialista em Metodologia do Ensino Superior (UNIGRAN). Docente efetivo do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Professora convidada pela Universidad de Málaga – Espanha (2023). *Membro* do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-Histórica, Migrações e Gênero.

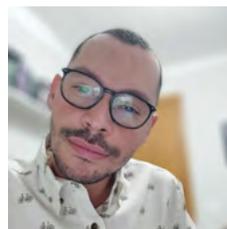
E-mail: flavianyfontoura@hotmail.com



Francisca Bezerra de Souza

Pós Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC GOIÁS, Bolsista CAPES (2023/2024), Mestrado e Doutorado em Psicologia/UCDB (2014/2020), Doutorado Sanduíche na Universidade de Salamanca-Espanha (11/2018 a out/2019/ Bolsista CAPES - Graduação em Serviço Social (1991), Graduação em Pedagogia (2022), Especialista em Recursos Humanos (1995). Experiência na área do Serviço Social - Serviço Social na Educação (Ensino Fundamental e Médio), Formação Profissional na Graduação, pesquisadora na temática de Migração de Retorno e Refúgio e Violência contra Mulheres, Adolescentes e Crianças.

E-mail: profpedagoga@gmail.com



Gabriel Luis Pereira Nolasco

Psicólogo social. Doutor em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Integrante do Laboratório de Psicologia da Saúde, Políticas da Cognição e Subjetividade (UCDB). Integrante do Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro Oeste (IBISS|CO).

E-mail: nolasco.gabriel@gmail.com



Inara Pereira da Cunha

Graduada em Odontologia (UFMS). Mestre em Clínica Odontológica (UFMS). Doutora em Saúde Coletiva (FOP/UNICAMP). MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde (HAOC). Gerente de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (ESP/MS).

E-mail: inara-pereira@hotmail.com



Jadir Dantas

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do MS - UFMS. Pós-graduada em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Atualmente responde pelo Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES).

E-mail: dantas.jadir@gmail.com



Liliane Pinho de Almeida

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Católica Dom Bosco (2002) e Pedagogia pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (2014). Mestre em Ciências do Movimento pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS (2022). Especialização em Educação Especial em 2011. Pós Graduação em Transtorno do Espectro Autista em 2023. Certificação Brasileira em Integração Sensorial 2023 - Integris. Atualmente é Técnica da Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA da Coordenadoria de áreas temáticas e Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde, e atuação na equipe multidisciplinar como Terapeuta Ocupacional na Clínica Explore - autismo e desenvolvimento infanto-juvenil.

E-mail: lilianepda@gmail.com



Liliane Dias Tenório Rodrigues

Graduada em Enfermagem - Bacharel pela Faculdade Uniron em Porto Velho/Rondônia. Pós-graduada em Ginecologia e Obstetria pela Faculdade de Pimenta Bueno- FAP/Estácio. Atualmente Enfermeira da Área Técnica da Saúde da Criança da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES).

E-mail: lanytenorio_30@hotmail.com



Luciane Pinho de Almeida

Doutora em Serviço Social pela UNESP - SP e Pós-Doutorado em Direitos Humanos pela Universidade de Salamanca/Espanha. É líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-Histórica, Migrações e Políticas Sociais (GPEMPS/CNPq) e do Laboratório de Estudos Psicossociais em saúde frente à contextos de desigualdade social (LEPDS/CNPq) Membro do GT ANPEPP - A Psicologia Sócio-Histórica e o Contexto Brasileiro de Desigualdade Social, Red ALEC - Reséau Internacional América Latina, Europa e Caraíbes - Territórios, Populações Vulneráveis, Políticas Públicas(França) e da Rede de Acolhimento ao Migrante e Refugiado de Campo Grande/MS. É pesquisadora PQ2/CNPq.

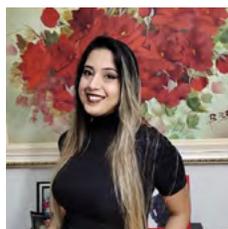
E-mail: lpinhoa@hotmail.com



Newton Gonçalves de Figueiredo

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1999). Possui especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, Brasil (2011) e Especialização em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Anhanguera - Uniderp, UNIDERP, Brasil (2007). É diretor da Escola Técnica do SUS de Mato Grosso do Sul.

E-mail: newton.figueiredo@saude.ms.gov.br



Paola Carvalho dos Santos Oliveira

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2013-2017) e possui Curso de Especialização em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Paciente Crítico (2018-2020). Atualmente é funcionária pública da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul lotada no Telessaúde - Mato Grosso do Sul, no cargo de Analista de Desenvolvimento Profissional.

E-mail: paollay@gmail.com



Raissa Piccoli Fontoura

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Bolsista de iniciação científica (PIBIC) ciclo 2023-2024 Fundect/CNPq.

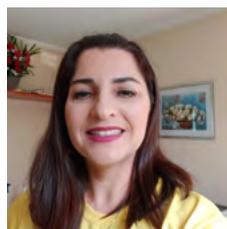
E-mail: raissa.piccoli@ufms.br



Raquel Silva Barretto

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (2009-2013), possui Mestrado (2014 - 2016) e doutorado (2017 - 2021) em Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / Fiocruz. Atualmente é funcionária pública da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul lotada na Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser - Mato Grosso do Sul, no cargo de Sanitarista.

E-mail: quelbarretto29@hotmail.com



Renata Alavarse Delfino de Lacerda

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Pós-graduada em Avaliação Psicológica pelo Complexo de Ensino Superior Faculdade Arthur Thomas (CESA). Pós-graduanda em Neuropsicologia: Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica pela Child Behavior Institute of Miami (CBI OF MIAMI). Pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS). Atualmente é Técnica de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES).

E-mail: arenatad@hotmail.com



Sandra Maria Rebello de Lima Francellino

Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, está lotada no Campus de Aquidauana (CPAQ), no curso de Pedagogia. Possui graduação em Psicologia e mestrado em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Doutorado em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco, atuando principalmente nos seguintes temas: educação, gênero, trabalho e migrações.

E-mail: sandra.francellin@ufms.br



Sofia Urt Frigo

Psicóloga (2010) e mestre em Psicologia (2015) pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Doutora em Psicologia (2021) pela Universidade Católica Dom Bosco - UCDB. Atualmente é Psicóloga do Instituto Federal de Mato Grosso do Sul - IFMS (Campus Três Lagoas), atuando principalmente nos seguintes temas: trabalho, educação profissional, teoria sócio-histórica e políticas sociais.

E-mail: sofia.urt@ifms.edu.br

ÁLBUM DE MEMÓRIAS INVESTIGATIVAS

Primeira reunião com a Secretária Municipal de Saúde de Porto Murtinho/MS



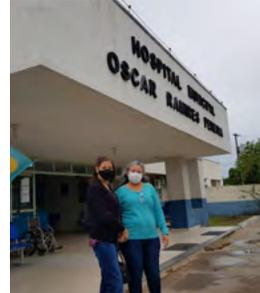
Reunião com a Polícia Federal



Reuniões com Secretaria de Estado Saúde de Mato
Grosso do Sul Saúde Primária e Saúde Mental



1ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
24 a 26/ Março de 2022



2ª Visita ao Município de Carmelo Peralta/Paraguai
06 a 08 / Maio de 2022



2ª Visita ao Município de Porto Murtinho
06 a 08 / Maio de 2022



2ª Visita ao Município de Porto Murtinho
06 a 08 / Maio de 2022



3ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
03 a 06 / agosto de 2022



3ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
03 a 06 / agosto de 2022



3ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
03 a 06 / agosto de 2022



3ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
03 a 06 / agosto de 2022



4ª Visita ao Município de Carmelo Peralta- Paraguai
07 a 09 de novembro de 2022



4ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
07 a 09 de novembro de 2022



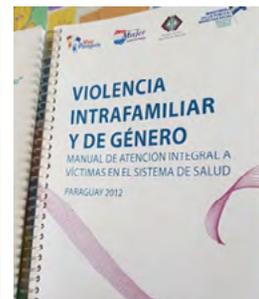
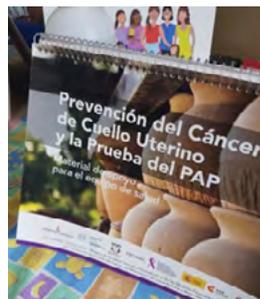
4ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
07 a 09 de novembro de 2022



5ª Visita ao Município de Carmelo Peralta - Paraguai
30 de novembro a 02 de dezembro de 2022



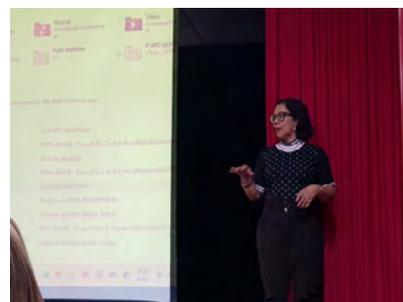
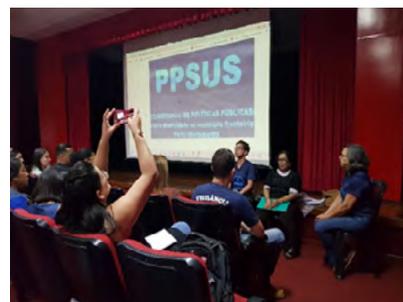
5ª Visita ao Município de Carmelo Peralta - Paraguai
30 de novembro a 02 de dezembro de 2022



5ª Visita ao Município de Carmelo Peralta - Paraguai
30 de novembro a 02 de dezembro de 2022



6ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
05 a 07 de Julho de 2023



6ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
05 a 07 de Julho de 2023



6ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
05 a 07 de Julho de 2023



6ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
05 a 07 de Julho de 2023





7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



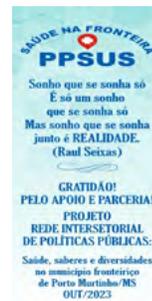
7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



7ª Visita ao Município de Porto Murtinho/MS
Seminário "Intersectorialidade e Saúde na Fronteira"
24 a 27 de outubro de 2023



ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 360, 363, 364, 380

Acompanhamento Terapêutico 163

água potável 58, 60, 83, 433, 439

atenção à saúde 78, 82, 88, 133, 210, 221, 231, 260, 264, 265, 277, 311, 316, 399, 408, 446, 481, 495, 496

Atenção Primária em Saúde 82, 146, 486, 489

B

Brasil-Paraguai 79, 138, 143, 165, 197, 201, 275, 325, 480, 485, 489

C

CAPS 147, 153, 164, 165, 166, 177, 186, 189, 213, 224

cartografia 149, 169

Centro de Atenção Psicossocial 147, 213, 224

ciclo geracional 285, 291, 296, 301

Conferências Nacionais de Saúde 118, 141

conhecimento científico 120, 290, 389, 392

cooperação internacional 101, 350

Corredor Rodoviário Bioceânico 29, 40, 49, 50, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 77, 83, 85, 89, 100, 109, 121, 200, 223, 226, 251, 288, 411, 412, 421, 429, 469

cultura híbrida 76

D

desigualdades sociais 335, 345, 439, 442, 453, 462, 466, 493

desinstitucionalização 147

determinantes sociais 39, 74, 75, 76, 77, 87, 90, 102, 104, 108, 109, 214, 227, 252, 296, 458, 486, 487, 488, 498

direitos humanos 88, 91, 106, 147, 178, 179, 205, 227, 235, 261, 265, 311, 322, 323, 324, 328, 341, 344, 350, 352, 362, 363, 459, 497, 499

diversidades 32, 33, 109, 138, 148, 152, 171, 192, 198, 199, 201, 225, 226, 277, 286, 341, 387, 402, 406, 412, 418, 422, 424, 434, 466, 493

E

educação 25, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 41, 42, 50, 53, 54, 56, 67, 73, 74, 76, 77, 90, 93, 96, 97, 101, 103, 104, 106, 112, 116, 118, 119, 126, 127, 129, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 148, 160, 163, 165, 166, 177, 179, 180,

181, 183, 184, 185, 188, 190, 191, 194, 195, 200, 202, 203, 216, 217, 219, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 235, 241, 247, 252, 254, 256, 257, 267, 277, 279, 280, 282, 286, 290, 291, 297, 303, 304, 305, 306, 308, 310, 311, 313, 315, 316, 317, 318, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 355, 356, 357, 364, 371, 375, 376, 377, 378, 379, 383, 385, 405, 408, 409, 410, 418, 419, 420, 422, 428, 429, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 455, 456, 458, 459, 460, 461, 464, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 496, 497, 499, 500, 501, 502, 503, 513

educação em saúde 27, 32, 34, 41, 42, 74, 90, 104, 106, 112, 118, 137, 138, 139, 165, 202, 223, 252, 254, 256, 257, 277, 279, 282, 291, 304, 305, 308, 310, 317, 345, 357, 376, 385, 408, 410, 419, 434, 435, 436, 439, 441, 442, 443, 447, 448, 449, 451, 452, 456, 464, 468, 469, 470, 472, 473, 474, 481, 482, 483, 484, 485, 487, 488, 491, 492, 493, 494, 496, 497, 499, 500, 501, 502, 503, 513

escolas 40, 115, 117, 131, 179, 311, 312, 313, 316, 346, 378, 410, 423, 428, 429, 440, 441, 453, 455, 456, 458, 461, 466, 467, 471, 473, 477

exploração sexual 39, 83, 105, 212, 215, 216, 256, 287, 290, 301, 316, 333, 335, 345, 348, 358, 499, 500

F

formação em recursos humanos para a saúde 117

formação profissional 481, 485, 503

fronteira 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 37, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 60, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 113, 114, 121, 123, 125, 131, 133, 134, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 151, 165, 166, 170, 171, 172, 173, 185, 186, 187, 188, 197, 198, 199, 200, 201, 205, 206, 214, 215, 216, 220, 221, 223, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 252, 256, 258, 259, 263, 266, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 280, 282, 284, 285, 286, 288, 291, 298, 301, 303, 309, 310, 312, 315, 316, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 330, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 339, 340, 341, 345, 346,

347, 348, 350, 352, 355, 356, 357, 358, 365, 370, 371, 372, 375, 376, 378, 380, 381, 382, 384, 388, 390, 399, 400, 401, 402, 404, 405, 408, 410, 412, 414, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 427, 428, 429, 431, 433, 434, 437, 438, 440, 441, 442, 444, 445, 446, 447, 448, 451, 452, 457, 465, 466, 472, 473, 474, 480, 481, 482, 483, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 493, 494, 495, 496, 497, 499, 500, 501, 502, 506

fronteira Brasil-Paraguai 138, 143, 201, 325

fronteira do Mato Grosso do Sul 322

G

gênero 205, 212, 213, 214, 235, 243, 247, 256, 260, 322, 323, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 335, 337, 341, 342, 344, 346, 347, 348, 349, 351, 352, 353, 355, 363, 364, 371, 375, 455, 460, 467, 470, 493, 496, 498, 503, 507, 513

globalização 358, 424

gravidez na adolescência 30, 39, 90, 104, 235, 286, 287, 289, 292, 293, 296, 297, 300, 301, 302, 312, 315, 439, 440, 488, 496

I

identidade 36, 45, 46, 51, 60, 75, 81, 96, 103, 237, 259, 292, 324, 368, 384, 393, 396, 398, 401, 403, 422, 424, 425, 474, 490

indígenas 48, 51, 56, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 106, 107, 134, 136, 138, 166, 199, 205, 227, 233, 234, 387, 391, 393, 394, 395, 398, 401, 408, 409, 410, 423, 429, 431, 439, 462, 465, 468, 494

infraestrutura de saúde 233, 234

interculturalidade 138, 388, 431, 448, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 472, 474, 477, 494

interrupção da gravidez 361, 373, 383

intersetorialidade 27, 70, 73, 74, 75, 91, 93, 94, 112, 117, 128, 172, 183, 221, 224, 304, 310, 318, 371, 384, 418, 437, 438, 439, 449, 471, 474, 482, 487

L

Lei 8.080/1990 116

M

mortalidade 125, 126, 204, 255, 266, 267, 278, 283, 284, 363

mortalidade materna 255, 267, 278, 283, 284, 363

P

participação social 127, 190, 277, 485

patriarcado 327, 328, 329, 330, 334, 344, 352, 353

políticas públicas 27, 29, 34, 39, 41, 42, 50, 56, 68, 70, 72, 73, 78, 81, 83, 86, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 100, 103, 107, 108, 109, 123, 153, 172, 182, 188, 189, 195, 199, 200, 201, 206, 209, 215, 216, 219, 221, 223, 224, 225, 227, 228, 250, 260, 270, 282, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 299, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 313, 314, 322, 332, 339, 341, 345, 346, 347, 348, 355, 356, 359, 365, 371, 372, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 387, 388, 404, 406, 407, 410, 412, 418, 437, 438, 439, 442, 449, 460, 473, 474, 481, 482, 487, 489, 500, 501

população de fronteira 95, 205, 489, 495, 497

população rural 81, 82, 131

populações locais 27, 33, 48, 86, 123, 201, 205, 388

prostituição 235, 333, 348, 499

R

rede de atenção psicossocial 147, 441

rede de atendimento 172, 184, 188, 287, 297, 302, 304, 306, 313, 348, 350

rede intersetorial 33, 189, 190, 201, 206, 388, 410, 443

reforma psiquiátrica 146, 147, 148, 150, 152, 157, 167

S

saneamento básico 58, 83, 200, 272, 457

saúde 13, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 50, 53, 54, 56, 60, 63, 67, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 174, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 245, 246, 247, 249, 250, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262,

263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 289, 290, 291, 293, 295, 296, 297, 299, 300, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 323, 324, 330, 331, 332, 335, 341, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 352, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 368, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 382, 383, 384, 386, 387, 388, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 402, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 414, 416, 418, 419, 420, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 464, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 511

saúde da mulher 30, 254, 256, 258, 260, 261, 264, 277, 280, 283, 284, 382, 488

saúde e assistência social 86, 289, 315, 348, 432, 489

saúde mental 29, 30, 129, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 171, 174, 188, 191, 192, 193, 194, 197, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 234, 235, 236, 237, 240, 245, 249, 250, 271, 279, 331, 490, 491, 492

saúde na fronteira 32, 39, 42, 74, 76, 78, 89, 99, 103, 109, 121, 223, 231, 252, 376, 378, 410, 437, 438, 456, 473, 481, 482, 483, 487, 490, 493, 494, 496, 501

serviços de saúde 84, 86, 90, 91, 97, 105, 106, 111, 116, 119, 123, 128, 146, 147, 154, 157, 158, 159, 190, 207, 220, 221, 230, 235, 246, 256, 259, 260, 264, 265, 270, 273, 274, 277, 279, 311, 331, 349, 358, 359, 377, 398, 408, 433, 438, 442, 458, 470, 472, 481, 484, 488, 496

Sistema Único de Saúde 27, 73, 78, 81, 86, 90, 93, 116, 119, 127, 140, 143, 146, 168, 171, 172, 177, 178, 181, 183, 189, 192, 194, 207, 233, 235, 255, 259, 262, 273, 279, 280, 281, 284, 359, 383, 398, 405, 413, 437, 459, 485, 486, 502, 506

suicídio 30, 39, 87, 89, 94, 105, 126, 197, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 488, 492

SUS 27, 28, 32, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 73, 74, 78, 81, 87, 93, 95, 98, 109, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 123, 127, 128, 131, 132, 133, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 148, 151, 168, 171, 181, 183, 188, 189, 192, 196, 201, 207, 230, 231, 232, 233, 235, 249, 255, 258, 259, 260, 263, 264, 267, 273, 277, 279, 280, 281, 324, 331, 359, 383, 387, 398, 399, 405, 408, 413, 414, 418, 432, 433, 435, 441, 444, 459, 473, 481, 485, 486, 502, 503, 506, 511

T

TEA 171, 173, 174, 175, 176, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 194, 510

territorialidade 36, 37, 44, 45, 46, 47, 69, 74, 75, 76, 92, 95, 106, 108, 173, 428, 474, 482, 486, 501, 506

território 18, 30, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 57, 58, 59, 60, 64, 66, 67, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 84, 86, 88, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 104, 105, 106, 107, 108, 125, 131, 137, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 161, 162, 163, 164, 167, 169, 173, 191, 198, 199, 200, 207, 212, 215, 224, 227, 230, 258, 259, 273, 274, 276, 287, 291, 295, 298, 301, 309, 315, 316, 320, 323, 325, 326, 330, 331, 332, 334, 336, 339, 340, 341, 345, 346, 358, 371, 392, 394, 400, 404, 405, 409, 418, 420, 423, 458, 468, 482, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501

tráfico de pessoas 269, 358

Transtorno do Espectro Autista 171, 173, 180, 184, 185, 187, 193, 195, 510

V

violência 13, 30, 35, 39, 88, 89, 95, 97, 105, 137, 160, 208, 210, 214, 235, 246, 248, 256, 258, 260, 261, 268, 269, 270, 271, 280, 281, 293, 294, 298, 301, 302, 303, 306, 309, 311, 312, 313, 314, 320, 322, 323, 324, 326, 328, 329, 330, 332, 333, 334, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 383, 488, 497, 498, 499, 500, 503

violência contra as mulheres 268, 269, 270, 349, 351

violência sexual 105, 208, 293, 312, 314, 342, 354, 355, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 369, 370, 372, 373, 374, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 383

vulnerabilidades sociais 288, 310, 345



www.pimentacultural.com

Saúde na Fronteira Brasil-Paraguai



territorialidades e intersetorialidades
nas estratégias de cuidado e educação em saúde

