



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
DOUTORADO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

ANTONIO JORGE ATAÍDE SOUZA

**O SISTEMA OFICIAL DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE BRASIL,
COLÔMBIA E PERU**

Belém/PA
2018

ANTONIO JORGE ATAIDE SOUZA

**O SISTEMA OFICIAL DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE BRASIL,
COLÔMBIA E PERU**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU), do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), para obtenção do grau de Doutor, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ligia Terezinha Lopes Simonian.

Belém/PA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Biblioteca do NAEA/UFGPA

Souza, Antonio Jorge Ataide, 1965 -

O sistema oficial de saúde na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru /
Antonio Jorge Ataide Souza – 2018.

299 f.: il.;29 cm.

Inclui bibliografias

Orientadora: Ligia T. Lopes Simonian

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos
Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento
Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2018.

1. Saúde – Aspectos - Amazônia. 2. Comunidade – Saúde –Amazônia. 3. Brasil
– Fronteiras – Peru. 4. Peru - Fronteiras – Brasil. 5. Brasil – Fronteiras – Colômbia.
6. Colômbia – Fronteiras – Brasil. I. Simonian, Ligia T. Lopes, orientadora. II. Título.

CDD 22. ed. 368.4209811

Elaborado por
Ruthane Saraiva da Silva
CRB 2/1128

ANTONIO JORGE ATAIDE SOUZA

**O SISTEMA OFICIAL DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE BRASIL,
COLÔMBIA E PERU**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU), do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), para obtenção do grau de Doutor em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido

Data da aprovação: 30/01/2018

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ligia Terezinha Lopes Simonian
Orientadora- PPGDSTU/ NAEA

Prof.^a Dr.^a Rosa Elizabeth Acevedo Marin
Examinadora interna – PPGDSTU/ NAEA

Prof.^a Dr.^a Edna Maria Ramos de Castro
Examinadora interna – PPGDSTU/NAEA

Prof. Dr. Raymundo Heraldo Maués
Examinador externo – PPGSA/IFCH

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva
Examinador externo – PPGCF/ICS

Dedico esta tese aos amores da minha vida, meus filhos, pelos quais busco forças para enfrentar desafios como este.

A minha amada esposa, pela parceria, afeto, apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dom da vida.

A meus pais, Antônia e Jorge, pelos ensinamentos que através dos quais pauto minha vida.

Aos meus irmãos pela confiança, força e apoio.

Prof.^a Ligia T.L. Simonian pela dedicação, confiança, apoio, paciência e orientação nos pormenores manifestados nos textos e nos contextos.

Ao Exército brasileiro pelo apoio durante a estadia na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru por ocasião da pesquisa de campo, sem o qual seria impossível a conclusão deste trabalho.

Aos meus chefes e colegas de trabalho pela compreensão e permissão de ausência do trabalho por acreditarem ser possível, um homem melhor, por conseguinte um profissional melhor.

Aos meus amigos e companheiros do PGDSTU/NAEA pela construção de um conhecimento sólido, a partir de calorosas discussões e agradáveis descontrações.

Aos professores e funcionários do PGDSTU/NAEA pelo carinho e atenção.

As comunidades, autoridades e profissionais de saúde de Tabatinga, Benjamin Constant, Letícia, Islândia e Santa Rosa por compartilhar seus conhecimentos.

O conhecimento é, portanto, um fenômeno multidimensional, de maneira inseparável, simultaneamente físico, biológico, cerebral, mental, psicológico, cultural, social.

Edgar Morin

RESUMO

A Amazônia e fronteira formam uma díade intrigante que aguça a curiosidade de pesquisadores por apresentarem dinâmicas específicas. A fronteira amazônica entre Tabatinga, Benjamin Constant, no Brasil; Letícia na Colômbia; Islândia e Santa Rosa no Peru entram nesta perspectiva por conter variáveis diferentes das encontradas em outros territórios das nações. Nos primórdios desta região os povos que ali viviam formavam uma sociedade, separadas por suas etnias, línguas e costumes. Com a chegada do Estado e por conseguinte do capital na região, a dinâmica da sociedade muda e novos valores são absorvidos pela comunidade amazônica. Portanto, em outros termos, há segregação desta sociedade em brasileiros, colombianos e peruanos, marcados principalmente pelos idiomas de seus colonizadores. Com a complexidade da nova sociedade nesta região, problemas complexos surgem que vão exigir do estado estratégias para solucioná-los. Para tentar compreender esta dinâmica social, fez-se um recorte metodológico pelo campo da saúde oficial, onde se observou que brasileiros, colombianos e peruanos utilizam os sistemas de saúde disponíveis na tríplice fronteira para resolver seus problemas de saúde, desconsiderando as regras impostas pelos respectivos Estados-nação. Através de uma abordagem interdisciplinar e comparativa se obteve informações, que permitiram compreender em parte estas relações sociais, haja vista, a impossibilidade de compreensão da sociedade na sua plenitude. Conclui-se que apesar das forças coercitivas do Estado e do capital que impõe dinâmicas político-administrativas no sentido de segregação sobre as populações que ali vivem, seus laços simbólicos, históricos, culturais destes povos não reconhecem esta segregação e se consideram como povos únicos.

Palavras - chave: Fronteira Amazônica. Saúde. Brasil. Colômbia. Peru.

ABSTRACT

The Amazon and border form an intriguing dyad that sharpens the curiosity of researchers as it presents specific dynamics. The Amazon border between Tabatinga, Benjamin Constant, in Brazil; Leticia in Colombia; Iceland and Santa Rosa in Peru enters in this perspective because it contains different variables from those found in other territories of the nations. In the beginning of this region the peoples that lived there formed a society, separated by their ethnic groups, languages and customs. With the arrival of the state and therefore of capital in the region, the dynamics of society changes and new values are absorbed by the Amazonian community. Therefore, in other terms, there is segregation of this society in Brazilians, Colombians and Peruvians, marked mainly by the languages of their colonizers. With the complexity of the new society in this region, complex problems arise that will require the state's strategies to solve them. In order to try to understand this social dynamics, a methodological cut was made in the field of health, where it was observed that Brazilians, Colombians and Peruvians use the official health systems available in the three frontiers to solve their health problems, disregarding the rules imposed by the respective states -nation. Through an interdisciplinary and comparative approach was obtained information, which allowed to understand in part these social relations, given the impossibility of understanding society in its fullness. It is concluded that despite the coercive forces of the state and capital that imposes political-administrative dynamics in the sense of segregation over the populations living there, their symbolic, historical, cultural ties do not recognize this segregation and consider themselves as unique peoples.

Keywords: Amazonian Border. Health. Brazil. Colombia. Peru.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esquema 1 - Ciclo de elaboração conceitual de fronteira.....	51
Fluxograma 1 – Percentual de contribuição para o Sistema de Saúde da Colômbia.....	102
Esquema 2 - Sistema de Atenção à Saúde no Peru.....	231

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proposta de estrutura das relações sociais no campo da saúde	37
Figura 2 – Dendograma aplicado ao conceito de fronteira.....	47
Figura 3 - Gráfico de similitude aplicado ao conceito de fronteira.....	48
Figura 4 - Nuvem de palavras aplicada ao conceito de fronteira.....	49
Figura 5 – Estrutura e Relações sociais no campo da saúde no Brasil.....	99
Figura 6 – Estrutura e Relações sociais no campo da saúde na Colômbia..	105
Figura 7 – Estrutura e Relações sociais no campo da saúde no Peru.....	111
Figura 8 - Mapa de Kernel de localização dos estabelecimentos de saúde nas cidades de Tabatinga, Benjamin Constant, Leticia e Islândia.....	270

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Área de Estudo na fronteira do Brasil, Peru e Colômbia.....	28
Mapa 2 - Carta Imagem de Tabatinga e pontos de pesquisa P1TB e P2TB	114
Mapa 3 - Saúde em Área Urbana de Tabatinga.....	141
Mapa 4 - Carta Imagem de Benjamin Constant e pontos de pesquisa P1BC, P2BC e P3BC.....	144
Mapa 6 – Saúde em Área Urbana de Benjamin Constant.....	155
Mapa 7 – Divisão Política do Departamento do Amazonas na Colômbia.....	158
Mapa 8 – Mapeamento geoeconômico do Departamento do Amazonas/Colômbia.....	159
Mapa 9 – Fluxo de água contaminada em Direção ao Solimões e ponto de captação de água para tratamento, distribuição e consumo pela população de Tabatinga e Isla de Santa Rosa.....	182
Mapa 10 – Saúde em Área Urbana de Letícia/Colômbia.....	197
Mapa 11 – Carta Imagem da Islândia e pontos de pesquisas P1IS e P2IS.....	203
Mapa 12 – Carta Imagem do mapa da saúde Islândia/Peru.....	221
Mapa 13 - Carta Imagem da Isla de Santa Rosa e pontos de pesquisa P1SR e P2SR.....	223
Mapa 14 – Carta imagem das áreas de pesquisa na cidade de Letícia/Colômbia.....	245

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relações sociais no campo da saúde.....	37
Quadro 2 - Organização conceitual de fronteira a partir do IRAMUTEQ...	50
Quadro 3 - Incumbências da Comissão de Regulação em Saúde.....	102
Quadro 5 - Responsabilidades das instituições governamentais sobre o Sistema de Saúde no Peru.....	107
Quadro 6 - PIB comparativo de Tabatinga de 2013 e 2014.....	118
Quadro 7 – Princípios, objetivos e instrumentos da Lei ambiental nº 537/09 de Tabatinga.....	127
Quadro 8 – Ações da Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Tabatinga em 2015.....	129
Quadro 9 - Produção ambulatorial no Sistema Único de Saúde em Tabatinga ano de 2015.....	137
Quadro 10 - Produção Hospitalar no Sistema Único de Saúde em Tabatinga ano de 2015.....	138
Quadro 11 – Número de profissionais cadastrado no SUS em Tabatinga ano de 2015.....	138
Quadro 12- Parâmetros de análises para classificação no SISBÉN.....	162
Quadro 13 - Estabelecimentos de saúde na cidade de Letícia/Colômbia	196
Quadro 14 - Quantidade de atendimento hospitalar no Hospital San Rafael em 2015.....	198
Quadro 15 - Recursos humanos lotados no Centro de Saúde de Santa Rosa/Peru.....	234

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Produção agrícola permanente em 2015.....	115
Gráfico 2 - Produção agrícola temporária em 2015.....	116
Gráfico 3 - Pecuária - Rebanho em 2015.....	116
Gráfico 4 - Pecuária - Subproduto 2015.....	117
Gráfico 5 - Evolução do PIB per capita de 2010 a 2014 de Tabatinga	117
Gráfico 6 - Percentual de crimes registrados em Boletim de Ocorrência na cidade de Tabatinga no ano de 2015.....	120
Gráfico 7 - Distribuição de alunos da educação infantil, fundamental, médio e superior por nacionalidade matriculados nas Instituições de ensino no município de Tabatinga no ano de 2015.....	121
Gráfico 8 – Percentual das principais causas de mortes em Tabatinga entre 2010 a 2015.....	132
Gráfico 9 - Taxa de mortalidade em Tabatinga entre 2010 a 2015.....	133
Gráfico 10 - Mortalidade geral de Tabatinga entre 2010 a 2015.....	133
Gráfico 11 - Mortalidade por homicídio em Tabatinga entre 2010 a 2015.....	134
Gráfico 12 - Mortalidade em menores de 5 anos ocorridos na cidade de Tabatinga no ano de 2015.....	135
Gráfico13 - Porcentagem das principais doenças de notificação compulsórias ocorridas entre a população de Tabatinga no ano de 2015....	135
Gráfico 14 - Percentual de violência por sexo e faixa etária em Tabatinga no ano de 2015.....	136
Gráfico 15 - Percentual dos casos de violência por raça em Tabatinga no ano de 2015.....	136
Gráfico 16 - Principais crimes registrados pela polícia Militar de Benjamin Constant em valores absolutos no ano de 2015.....	147
Gráfico 17 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade no Município de Benjamin Constant entre os anos de 2010 a 2015.....	150
Gráfico 18 - Percentual das Principais Causas de Óbitos por Capítulo do CID 10 ocorridas na População de Benjamin Constant em 2015.....	150
Gráfico 19 - Percentual de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório em faixa etária de 40 anos e mais em Benjamin Constant no ano de 2015.....	151
Gráfico 20 - Percentual de Óbito por Capítulo do CID 10, por Sexo na População de Benjamin Constant em 2015.....	152
Gráfico 21 - Percentual de Homicídio em Benjamin Constant em 2015.....	153
Gráfico 22 - Percentual das principais causas de mortalidade em Menor de 5 anos ocorridas no município de Benjamin Constant no ano de 2015.....	153

Gráfico 23 - Percentual de doenças de maior incidência ocorridas na População de Benjamin Constant no ano de 2015.....	154
Gráfico 24 - Porcentagem de habitantes por sexo na cidade de Letícia.....	161
Gráfico 25 - Percentual de Pessoas Cadastradas por Nível no SISBEN.....	163
Gráfico 26 - Valor Percentual de Famílias Cadastradas por Nível no Sisben.....	163
Gráfico 27 - Valor Percentual de Crianças de 0 a 6 anos Cadastradas por Nível no SISBEN.....	163
Gráfico 28 - Percentual de crimes registrados em Boletim de Ocorrência na cidade de Letícia no ano de 2015.....	169
Gráfico 29 - Distribuição de alunos da educação fundamental, médio e superior por nacionalidade matriculados nas Instituições de Ensino na cidade de Letícia no ano de 2015.....	171
Gráfico 30 - Taxa de mortalidade geral no Departamento do Amazonas entre 2005 a 2013.....	184
Gráfico 31 - Taxa de mortalidade derivada de problemas do aparelho circulatório no Departamento do Amazonas entre 2005 – 2013.....	184
Gráfico 32 - Taxa de AVPP por grandes causas lista 6/67 do Departamento do Amazonas, 2005 – 2013.....	185
Gráfico 33 - Taxa de mortalidade masculina no Departamento do Amazonas entre 2005 a 2013.....	186
Gráfico 34 - Taxa de mortalidade derivada de problemas do aparelho circulatório no sexo masculino no Departamento do Amazonas entre 2005 – 2013.....	187
Gráfico 35 - Taxa de mortalidade masculina por causa externa no Departamento de Amazonas, no período de 2005 a 2013.....	187
Gráfico 36 - Taxa de mortalidade feminina no Departamento do Amazonas entre 2005 a 2013.....	188
Gráfico 37 - Taxa mortalidade feminina no grupo de enfermidade do sistema circulatório no departamento do Amazonas no período de 2005 a 2013.....	189
Gráfico 38 - Taxa mortalidade materna no período perinatal no Departamento de Amazonas, no período de 2005 a 2013.....	189
Gráfico 39 - Percentual das principais morbidades no Departamento do Amazonas Colômbia na faixa etária de 0 a 5 anos (primeira infância).....	190
Gráfico 40 - Percentual das principais morbidades no Departamento do Amazonas Colômbia na faixa etária de 6 a 11 anos (infância).....	191
Gráfico 41 - Percentual das principais morbidades no Departamento do Amazonas Colômbia na faixa etária de 12 a 18 anos.....	192
Gráfico 42 - Percentual das principais morbidades no Departamento do Amazonas Colômbia na faixa etária de 14 a 26 anos.....	193

Gráfico 43 - Percentual das principais morbidades no Departamento do Amazonas Colômbia na faixa etária de 27 a 59 anos.....	194
Gráfico 44 - Percentual das principais morbidades no Departamento do Amazonas Colômbia em persona mayor (60 años).....	194
Gráfico 45 - Percentual de ocorrência de doenças de notificação compulsória ocorridas no Departamento de Amazonas/Colômbia em 2014...	195
Gráfico 46 - Quantidade em valores absolutos de profissionais de saúde que atuam nos três principais estabelecimentos de saúde de Letícia em 2016.....	199
Gráfico 47 - Percentual da população com respectivo modelo de acesso aos serviços de saúde.....	200
Gráfico 48 - População da Cidade de Islândia em números absolutos no ano de 2015.....	201
Gráfico 49 - Taxa de mortalidade infantil por Departamento do período de 2012 a 2013.....	215
Gráfico 50 - Mortalidade Neonatal no Departamento de Loreto de 2011 a 2015.....	216
Gráfico 51 – Mortalidade Materna no Departamento de Loreto por Ocorrências de 2010 a 2015.....	216
Gráfico 52 - Percentual das Principais Morbidades Ocorridas em 2015 em Islândia.....	217
Gráfico 53 - Percentual de Infecção Respiratória Aguda Por Faixa Etária em 2015.....	218
Gráfico 54 - Percentual da população de Isla de Santa Rosa por sexo.....	224
Gráfico 55 - Distribuição percentual da população de Isla de Santa Rosa por Faixa Etária.....	224
Gráfico 56 - Valores absolutos das ocorrências policiais registradas no Posto Policial em 2015.....	227
Gráfico 57 - Quantitativo de aluno ensino fundamental, secundário e professores em 2015.....	228

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Frutas e hortaliças disponíveis no mercado municipal de Tabatinga importadas da região peruana.....	124
Fotografia 2 - Apresentação da Orquestra Sinfônica do Comando de Fronteira do Solimões/8º Batalhão de Infantaria de Selva do Exército Brasileiro (CFSOL/8º BIS).....	125
Fotografia 3 - Ritual indígena de sedução para procriação.....	125
Fotografia 4 - Representante brasileira no Festival La Confraternidad 2016...	126
Fotografia 5 - Associação Folclórica Boi Bumba Corajoso	127
Fotografia 6 - Desague residuais da cidade de Tabatinga no Rio Solimões.....	129
Fotografia 7 – Sistema de captação de água em Tabatinga.....	130
Fotografia 8 – Sistema de armazenamento e distribuição de água em Tabatinga.....	131
Fotografia 9 – Sistema de armazenamento e distribuição de água em Tabatinga.....	131
Fotografia 10 – Serrarias instaladas em Benjamin Constant.....	146
Fotografia 11 – Hospital Geral de Benjamin Constant.....	156
Fotografia 12 - Centro urbano e comercial da cidade de Letícia na Colômbia	164
Fotografia 13 - Aeroporto Internacional de Letícia.....	164
Fotografia 14 - Campos da Universidade Nacional da Colômbia.....	165
Fotografia 15 - Monumento em homenagem ao protetor da fauna e flora amazônica em território colombiano, Kapax, localizado próximo do Aeroporto Alfredo Vasquez Cabo em Letícia.....	173
Fotografia 16 - Culinária colombiana durante o La Confraternidad Amazônica 2016.....	174
Fotografia 17 - Fluxo de pessoas durante o festival Confraternidad Amazônica 2016.....	175
Fotografia 18 - Representante brasileira ao cargo de Senhorita Confraternidad 2016.....	176
Fotografia 19 - Representantes colombiana ao cargo de Senhorita Confraternidad 2016.....	176
Fotografia 20 - Representante peruana ao cargo de Senhorita Confraternidad 2016.....	177
Fotografia 21 - Dança de tributo à fauna amazônica La Confraternidad 2016	178
Fotografia 22 - Orquestra Sinfônica da Escola de Música de Letícia La Confraternidad 2016.....	178
Fotografia 23 - Dança típica da Colômbia La Confraternidad 2016.....	179
Fotografia 24 - Dança ameríndia dos andes apresentada pela Comitativa peruana La Confraternidad 2016.....	179

Fotografia 25 - Leito do Igarapé com água contaminada que segue em direção ao Rio Solimões e ao Ponto de captação de água para abastecimento de Tabatinga.....	181
Fotografia 26 - Hospital San Rafael, Letícia/Colômbia.....	196
Fotografia 27 - Estabelecimento de Saúde PS Trapézio Amazônico em Letícia.....	199
Fotografia 29 – Passarelas suspensa sobre o rio Javari em Islândia/Peru.....	204
Fotografia 30 - Prédio da associação dos agricultores de Islândia.....	205
Fotografia 31 - Prédio da administração pública do Javari/Islândia/Peru.....	206
Fotografia 32–Serrarias em Islândia.....	207
Fotografia 33 - Embarcação fluvial transportadora de madeira em Islândia.....	207
Fotografia 34 - Plantação de arroz em solo peruano próximo à cidade de Islândia.....	208
Fotografia 35 - Cultivo de Yuca (mandioca) para subsistência em Islândia.....	208
Fotografia 36 – Prédio da Policía Nacional del Peru.....	209
Fotografia 37 – Rede de escola de ensino nível fundamental, médio e secundário de Islândia/Peru.....	211
Fotografia 38 - Bandeiras peruanas hasteada nas marquises das casas na cidade de Islândia.....	212
Fotografia 39 - Noite peruana no Festival La Confraternidad Amazônica 2016	213
Fotografia 40 - Elementos indígenas amazônicos na dança peruana no Festival La Confraternidad Amazônica 2016.....	213
Fotografia 41 - Dança de exaltação à deusa andina apresentada na noite peruana durante o Festival La Confraternidad Amazônica 2016.....	214
Fotografia 42 - Centro de Salud de Islândia.....	219
Fotografia 43 - Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño.....	219
Fotografia 44 - Farmácia de Especialidades Farmacêuticas de Islândia.....	220
Fotografia 45 – Via principal de Isla de Santa Rosa.....	225
Fotografia 46 - Via principal de Isla de Santa Rosa e nacionalismo através das bandeiras peruanas.....	225
Fotografia 47 - Rádio Local.....	226
Fotografia 48 - Imagem de Santa Rosa, padroeira da Isla de Santa Rosa.....	226
Fotografia 49 - Frente da Isla de Santa Rosa, ao fundo em branco e vermelho a Escola de Ensino Fundamental e Secundário de Santa Rosa.....	229
Fotografia 50- Centro de Salud Santa Rosa/Peru.....	232

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População da cidade de Tabatinga por gênero, faixa etária e distribuição espacial.....	112
Tabela 2 - População de Benjamin Constant por sexo, faixa etária e distribuição espacial.....	145
Tabela 3 - Población total censada, por áreas y sexo no año de 2005 segundo DANE.....	160
Tabela4 - População da Cidade de Letícia por Faixa Etária e Sexo.....	160
Tabela 5 - Estrutura do PIB (preços correntes) - Principais parâmetros.....	166
Tabela 6 - Indicadores Demográficos e Econômicos do Departamento do Amazonas em Relação aos Indicadores Nacionais.....	166
Tabela 7 - Estrutura Agrícola 2013 da Cidade de Letícia na Colômbia.....	167
Tabela 8 - Estrutura piscícola do Departamento do Amazonas/Colômbia.....	167
Tabela 9 - Indicadores de Competitividade por Departamento na Colômbia.....	167
Tabela10 – Números de Estabelecimentos de Educação na cidade de Letícia em 2015.....	170
Tabela 13 - Conceito de fronteira pela comunidade em geral.....	235
Tabela 14 - Conceito de fronteira com avaliação positiva das relações transfronteiriças.....	235
Tabela 15 - Conceito de fronteira com avaliação positiva entre as relações transfronteiriças na Zona Urbana de Tabatinga.....	239
Tabela 16 - Conceito de Fronteira com Avaliação Positiva entre as Relações Transfronteiriças na Zona Urbana de Benjamin Constant.....	242
Tabela 17 - Avaliação geral das relações transfronteiriças em solo colombiano.	246
Tabela 18 - Avaliação Conceitual Negativa, Positiva e Negativa sobre Fronteira.....	248
Tabela 19 - Conceito de Fronteira pela Perspectiva da População.....	250
Tabela 20 - O conceito de fronteira pela população entrevistada na Isla de Santa Rosa.....	252
Tabela 21 - O conceito de fronteira pelas autoridades e Profissionais de saúde entrevistadas na tríplice fronteira.....	255

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissões Intergestoras Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
CRS	Comissão de Regulação em Saúde
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estatística
DNI	Documento Nacional de Identidad
ESE	Empresas Sociais do Estado
ESSALUD	Seguro Social de Salud
EPS	Entidades Promotoras de Saúde
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento em Salud
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
MS	Ministerio de Salud (MS)
MPS	Ministério da Promoção Social
PEAS	Plano Essencial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde
SGSSS	Sistema Geral de Seguro Social em Saúde
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em saúde
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programa sociales
SIS	Seguro Integral de Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Saúde
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento em Salud
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendente da Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 DELINEAMENTO DO PROBLEMA E ÁREA DE ESTUDO	26
2.1 Delineamento do problema.....	26
2.2 Caracterização da área de estudo: aspectos históricos, geográficos, econômicos da região da bacia dos rios Amazonas e Javari.....	27
3 METODOLOGIA	33
3.1 Utilização do conceito de campo para compreender o campo da saúde na tríplice fronteira.....	33
3.2 A metodologia interdisciplinar no campo da saúde.....	38
3.3 A teoria do método comparativo.....	41
3.4 Aplicação da ferramenta Iramuteq e Tabela Dinâmica do Excel para análise qualitativa e quantitativa de entrevistas semiestruídas.....	45
4 DESENVOLVIMENTO: CONTEXTO E DINÂMICA	53
4.1 O princípio epistemológico do desenvolvimento.....	58
4.2 Movimento de resistência de base epistemológica ao desenvolvimento capitalista.....	69
4.3 Aspectos gerais das políticas públicas e da gestão.....	73
5 A FRONTEIRA PAN-AMAZÔNICA: CONTEXTO E DINÂMICA	82
6 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL, COLÔMBIA E PERU	89
6.1 Perspectiva da gestão no campo da saúde.....	89
6.2 Política pública no campo da saúde no Brasil: organização e estrutura.....	90
6.3 Política pública no campo da saúde na Colômbia: organização da estrutura.....	99
6.4 Política pública no campo da saúde no Peru: organização da estrutura.....	105
7 RESULTADOS	112
7.1 O lado brasileiro.....	112
7.1.1 A cidade de Tabatinga.....	112
7.1.1.1 Perfil socioespacial.....	112
7.1.1.2 Aspectos econômicos.....	115

7.1.1.3 <i>Segurança pública</i>	118
7.1.1.4 <i>Educação</i>	120
7.1.1.5 <i>Cultura</i>	123
7.1.1.6 <i>Meio ambiente</i>	127
7.1.1.7 <i>Sistema de Saúde em Tabatinga: perfil epidemiológico da população</i>	132
7.1.2 Benjamin Constant.....	143
7.1.2.1 <i>Perfil socioespacial</i>	143
7.1.2.2 <i>Aspectos econômicos</i>	145
7.1.2.3 <i>Segurança pública</i>	147
7.1.2.4 <i>Educação</i>	148
7.1.2.5 <i>Cultura</i>	149
7.1.2.6 <i>Sistema de Saúde em Benjamin Constant: perfil epidemiológico da população</i>	149
7.2 O lado colômbiano: a cidade de Letícia	157
7.2.1 Perfil socioespacial.....	157
7.2.2 Aspectos econômicos.....	165
7.2.3 Segurança pública.....	168
7.2.4 Educação.....	170
7.2.5 Cultura.....	171
7.2.6 Meio ambiente.....	181
7.2.7 Sistema de Saúde em Letícia: perfil epidemiológico da população.....	183
7.3 O lado peruano	201
7.3.1 Islândia.....	201
7.3.1.1 <i>Perfil socioespacial</i>	201
7.3.1.2 <i>Aspectos econômicos</i>	206
7.3.1.3 <i>Segurança pública</i>	209
7.3.1.4 <i>Educação</i>	210
7.3.1.5 <i>Cultura</i>	212
7.3.1.6 <i>Sistema de Saúde em Islândia: perfil epidemiológico da população</i> ...	214
7.3.2 Isla de Santa Rosa.....	222
7.3.2.1 <i>Perfil socioespacial</i>	222
7.3.2.2 <i>Segurança pública</i>	227
7.3.2.3 <i>Educação</i>	228
7.3.2.4 <i>Cultura</i>	230

7.3.2.5 Sistema de saúde em Santa Rosa: Perfil epidemiológico da população.....	230
8 CONCEITO DE FRONTEIRA.....	235
8.1 Conceito de fronteira pela comunidade em geral.....	235
8.2 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Tabatinga.....	238
8.3 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Benjamin Constant.....	241
8.4 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Letícia.....	244
8.5 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Islândia.....	249
8.6 Conceito de fronteira pela comunidade urbana da ilha de Santa Rosa.....	252
8.7 Conceito de fronteira pelas autoridades e profissionais de saúde.....	254
9 PENSAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA FRONTEIRA PELA FRONTEIRA.....	257
10 CONCLUSÃO.....	280
REFERÊNCIAS.....	285
APÊNDICES.....	295
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista semiestruturado para Profissionais de Saúde Tema: O campo da saúde: as relações sociais na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia.....	296
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista semiestruturado para Comunidade - Tema: O campo da saúde: as relações sociais na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia.....	297
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para poder público - Tema: O campo da saúde: as relações sociais na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia.....	298

1 INTRODUÇÃO

A fronteira é um espaço que pode ser concebido de várias formas e por diversos agentes faz sua história. Aliada a está há a Amazônia que tem sido cenário de estudo para diversas finalidades. A díade Amazônia e fronteira formam um tema desafiante e interessante para uma incursão filosófica para poucos que se arriscam a fazer.

Contudo sabe-se que a Amazônia e fronteira possuem vida expressas através de suas populações. Mas o que é a Amazônia? O que faz a Amazônia? O que desperta o interesse sobre a Amazônia? A mesma arguição pode-se fazer em relação à fronteira. Embora estas arguições não seja objetivo direto do trabalho, mas de uma certa forma estão embutidas na problematização da pesquisa.

No entanto, são as indagações que movimentam o conhecimento científico. Popper (1978) se expressa da seguinte forma: “Um, assim chamado, assunto científico é, meramente, um conglomerado de problemas e soluções tentadas, demarcadas de uma forma artificial”. Logo são os problemas existentes, percebidos não só pela ciência, mas também pelas pessoas no seu dia a dia, que fazem a Amazônia e a fronteira ser o que são.

O desafio deste trabalho é entender relações sócias no campo da saúde oficial pela fronteira amazônica entre Tabatinga e Benjamin Constant no Brasil, Letícia na Colômbia, Islândia e Santa Rosa no Peru. Estas relações trazem consigo problemas e soluções criadas instintivamente pelas sociedades que fazem parte desta região. Durante a primeira visita na região, se observou que os problemas de saúde das comunidades brasileiras, colombianas e peruanas têm soluções em ações trinacionais à revelia das regras dos sistemas de saúde impostas pelos Estados-nação.

Assim sendo como compreender as estas relações sociais, através do campo da saúde? Quais os elementos e variáveis que compõem estas relações? Ao compreender estas relações estabelecidas entre os povos que habitam na fronteira, se pode propor políticas públicas que favoreçam a todos? Essas são as indagações que ao logo deste trabalho vai-se tentar responder.

As relações sociais entre humanos em qualquer parte do planeta apresentam uma dinâmica e história própria. Na fronteira amazônica esta relação é *sui generis* devido o variáveis nativas e inseridas com o tempo sobre as populações originárias

da região. Tais variáveis são responsáveis pelo aparecimento de novos valores e escolhas das comunidades, que transitam entre as tradições e o que é novo.

Porém, o Estado-nação surge como o poder máximo sobre territórios e suas comunidades. Sob a justificativa de soberania, o Estado passa a controlar o território e pertencente a este, seus recursos naturais e povos, assim sendo demarca limites e estimula a ideologia nacionalista, segregando as comunidades. Estes limites são ancorados em tratados jurídicos com base no Estado de direito (BORBA, 2013).

São exatamente estes fatos que fazem da fronteira um local diferente dos outros. Por traz dessa dinâmica há uma estrutura que condiciona o comportamento dos agentes que compõem o campo de ação. Neste sentido, a teoria de campo foi bastante útil, para metodologicamente compreender as relações sociais nesta tripla fronteira amazônica.

A forma como o Estado moderno estruturou a ordem pública e a sociedade favoreceu uma visão fragmentada desta. Sabe-se no entanto, que no cotidiano das pessoas as variáveis sociais estão todas interligadas, só sendo possível sua observação através de um estudo interdisciplinar. Por esta razão o arcabouço metodológico seguiu no sentido da interdisciplinaridade.

Esta metodologia permitiu perceber que por traz dos arranjos organizacionais da sociedade feita pelo Estado, está um pensamento capitalista. Compreender a gênese do raciocínio capitalista, significa compreender sua epistemologia na elaboração do conhecimento hegemônico, título este, conferido pela ciência racionalista. Observe-se que o desenvolvimento da região é proposto pelo pensamento capitalista.

Partiu-se do princípio de que o desenvolvimento capitalista tem como base a economia clássica, cuja teoria está centrada somente na dimensão econômica com prosperidade material. Esta concepção por ser filosófica e surgido a partir do período moderno influenciou e influencia a sociedade há tempos até a atualidade. Isso aumenta a chance de produção de políticas públicas com essa linha de pensamento.

O poder do capital, que muitas vezes, é o poder do Estado é escamoteado em políticas públicas propostas para o desenvolvimento regional. Esta verdade é certa, que basta olhar para os históricos de desenvolvimento pensados para a região amazônica, vai se concluir, que pouco considerou os interesses de suas populações. O que fez da Amazônia e seus recursos naturais interessante para o capital estrangeiro e nacional.

Assim também é concebida a gestão nos territórios amazônicos, que criam na legislação, o termo participativo. Obviamente pelo termo em si, gestão participativa, prevê o controle social das ações do governo pela sociedade e embora esteja explicitado nos marcos regulatório de Brasil, Colômbia e Peru a participação da comunidade nas políticas públicas na prática isto não acontece. Por esta assertiva se adentrou nos campos sociais da saúde dos países em questão e propôs as estruturas dos mesmos.

O conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe para pesquisa elementos importantes para compor a estrutura do campo da saúde das cidades da tríplice fronteira. Tais elementos possibilitou o estudo comparativo das cidades, trazendo para pesquisa uma medida paramétrica útil, que possibilitou a compreensão do cotidiano de seus povos quanto a economia, segurança, saúde, cultura e meio ambiente.

A obtenção da visão dos agentes sobre as relações fronteiriças é um ponto importante para a análise. Os resultados de campo possibilitaram a construção do conceito de fronteira, que para este trabalho, é o princípio da construção de qualquer política pública que se possa pensar para as regiões de fronteira de um modo geral. Portanto, conhecer as comunidades, suas histórias, seus cotidianos, suas regras, seus sistemas, conduz a construções políticas a partir da comunidade para a comunidade.

Nesta região de fronteira os problemas de saúde existentes na comunidade são sempre resultados de políticas equivocadas. Porém à revelia das regras estabelecidas pelos Estados-nações são quase sempre resolvidos pela própria comunidade. Isto posto permite afirmar que em região de fronteira, mesmo com a imposição de poder coercitivo do Estado segregando povos ou comunidades, estas pelos históricos, cotidianos interdependentes, laços familiares permanecem unidas e o conceito de limite pela gênese da palavra é invertido e significa continuidade, união agregação.

2 DELINEAMENTO DO PROBLEMA E ÁREA DE ESTUDO

2.1 Delineamento do problema

As populações humanas que vivem na fronteira amazônica dos Estados-nações ocupam um espaço delimitado por uma linha imaginária determinada por acordos jurídicos, que garantem a sua soberania. Historicamente estas populações convivem entre si há tempos separadas por rios, onde fazem destes suas ruas de locomoção e fuga, sua praça de lazer, seu convívio, seu cotidiano. No entanto, o poder engendrado pelo Estado impõe sobre estas, forças coercitivas obrigando-as cumprir tais acordos para garantir a soberania nacional.

A questão da tríplice fronteira amazônica formada entre Brasil, Colômbia e Peru, aguça o interesse de pesquisadores por se tratar de uma região aparentemente homogênea considerando o aspecto natural de seu ambiente, traz consigo muitas diferenças políticas, institucionais, sociais e econômicas ditadas pela ideia de Estado-Nação. Embora estas fronteiras estabeleçam limites territoriais e segregam povos da mesma etnia, as diversas relações estabelecidas entre os mesmos modificam esta lógica e ignoram as regras jurídicas.

As características geográficas, climáticas e sociais da região são bem similares. Dentre estas similaridades a distância geográfica dos centros de decisões político-administrativa, bem como a dificuldade de acesso, são fatores que contribuem para o negligenciamento destes centros. Porém, devido à grandiosidade dos recursos naturais existentes na região, as autoridades governamentais pronunciam o discurso político de que a região é estratégica para o desenvolvimento do país.

Entre as diferenças dos povos na tríplice fronteira está a adoção da língua oficial. Observe-se que no caso brasileiro o idioma utilizado é o português e tanto no lado peruano quanto colombiano o idioma é o espanhol. No entanto, devidas as intensas relações sociais entre estes povos, foi criado à revelia da língua oficial de cada país, um tipo de dialeto próprio composto pelo português e espanhol conhecido como *portunhol lecitiano*.

O recorte metodológico para se compreender as relações sociais nesta região fronteiriça foi pelos sistemas oficiais de saúde, excetuando os povos indígenas da região. Através deste é possível observar uma intensa relação entre as

comunidades dos três países que utilizam os serviços de saúde disponibilizados pelo Estado no lado brasileiro, colombiano e peruano de forma mútua, independente do território ou dos usuários demandantes. Sendo assim mesmo em território brasileiro, colombianos e peruanos utilizam os serviços de saúde, sendo o inverso verdadeiro.

Certamente como visto na vasta literatura pesquisada o descaso dos centros de decisões político-administrativas negligenciam estas comunidades. Porém a intensa relação criada por elementos, que por sua compõem variáveis, produzem um fenômeno de dimensão social compreendida somente através da aplicação de um método de pesquisa, uma vez que sua percepção é sabida no cotidiano das pessoas que moram naquela região. Logo, se torna um desafio para o pesquisador uma vez que semelhanças e diferenças de ordem geográfica, política, econômica, cultural são latentes e permeiam entre estes povos indígenas ou não.

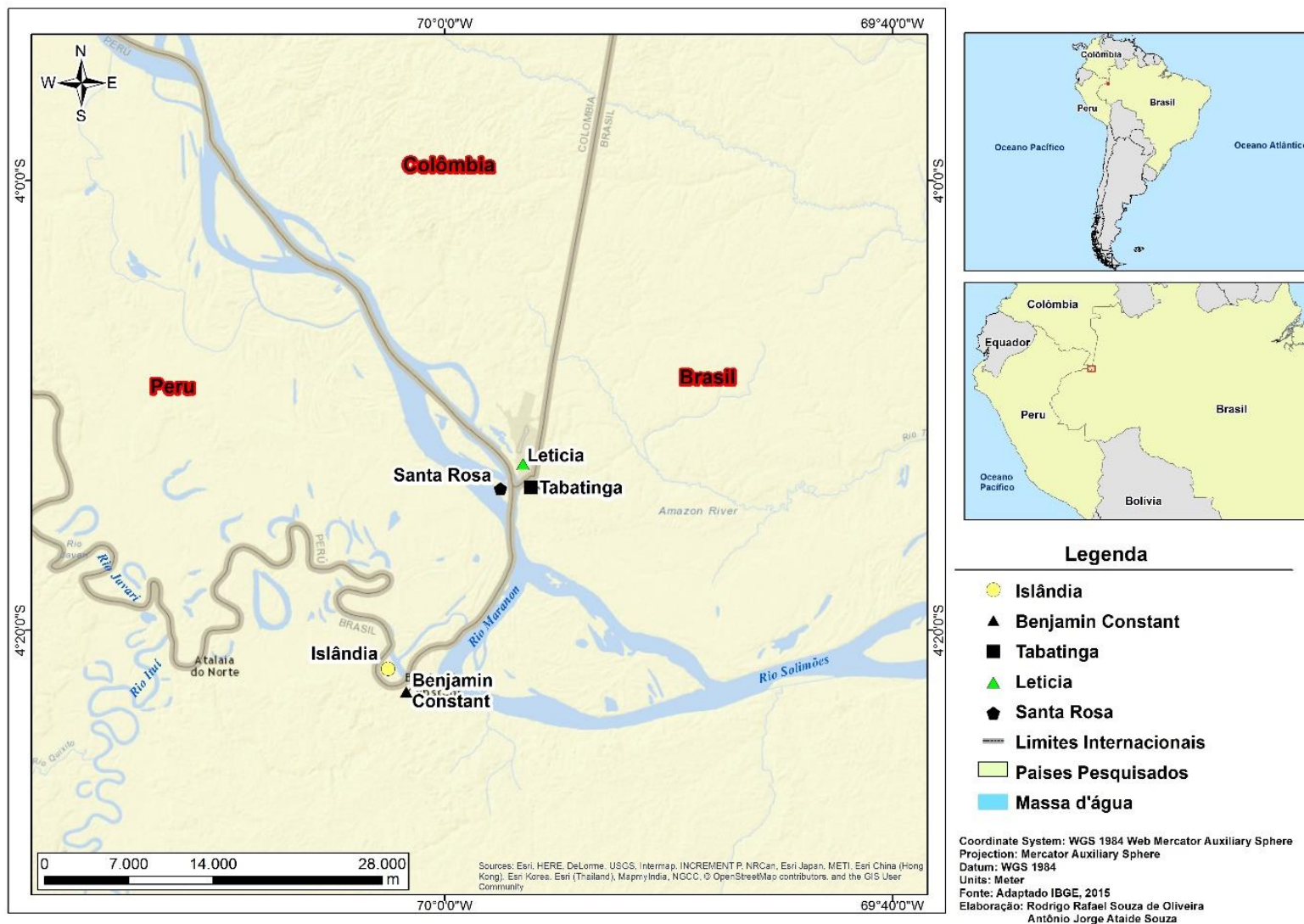
Portanto, como compreender as estas relações sociais, através do campo da saúde? Quais os elementos e variáveis que compõem estas relações? Ao compreender estas relações estabelecidas entre os povos que habitam na fronteira, se pode propor políticas públicas que favoreçam a todos?

2.2 Caracterização da área de estudo: aspectos históricos, geográficos, econômicos da região da bacia dos rios Amazonas e Javari

No recorte metodológico foram incluídas as áreas urbanas das cidades brasileiras de Tabatinga na margem esquerda do rio Solimões e Benjamin Constant a margem direita do rio Javari; a cidade colombiana de Letícia situada na margem esquerda do rio Solimões e as cidades peruanas de Isla de Santa Rosa na margem direita do Alto Solimões e Islândia margem esquerda do rio Javari, conforme mapa 1.

Historicamente a Região Amazônica tem sido objeto de disputa pelos Estados nacionais desde tempos remotos. Para o contexto deste trabalho se vai ater apenas nas disputas entre portugueses e espanhóis que contribuíram substancialmente para caracterização dos povos e instituições hoje existentes nesta parte da Amazônia. Assim as relações sociais observadas entre as comunidades que compõem a tríplice fronteira têm em suas gêneses no modelo social europeu.

Mapa 1– Área de Estudo na fronteira do Brasil, Peru e Colômbia.



A região Amazônica é interessante para o capital interno e estrangeiro devido suas riquezas naturais presentes em seus territórios. Tem sido muito discutido pelos teóricos que estudam a região que portugueses e espanhóis embrenharam-se pelas matas virgens em busca de pedra preciosa e ouro, porém enviaram às suas respectivas cortes além destas riquezas, pele de animais, plantas, resinas conforme destaca Souza (2014). Este autor refere que se para os colonizadores estes bens naturais davam a corte *status* pelo poder econômico, para os colonizados eram sinônimos de status pelo respeito aos líderes e rituais xamânticos, que com o passar do tempo absorveu os valores ditados pelos colonizadores.

A questão bastante divulgada e debatida revela que estes territórios foram ocupados para resguardo da soberania nacional dos Estados-nações ainda no Século XVIII. Botía (2012a) destaca a forma de assentamento das populações nesta região de fronteira por ter sido importante para determinar a dinâmica relacional nas sociedades e na forma de urbanização entre as cidades da tríplice fronteira. Logo, o Estado deve compreender fundamentalmente esta dinâmica para pensar em políticas públicas que dê conta das necessidades humanas em suas dimensões culturais, institucionais, econômicas, sociais, ambientais e políticas.

Contudo a conformação política e jurídica dos Estados fronteiriços, segundo Loreto (2014), são marcadas por vários tratados e conflitos. Ao que diz respeito sobre Brasil e Peru, o primeiro chamado de acordo de São Idelfonso em 1851 ou Convenção especial de comércio, navegação e limites, onde este cedia ao Brasil cerca de 600 mil km² de terra na região de fronteira (VARGAS, 2017). Posteriormente na convenção de Bartolemé Herrera-Da Ponte Ribeiro os brasileiros passam a dominar o lado direito do rio Amazonas e seus afluentes.

Nesta tríplice fronteira há outro tratado relevante de impacto na região denominada de Convenção sobre o Comércio e Navegação. Este acordo parcial entre Peru e Brasil é destacado por Loreto (2014) e Pease (1993) por fixar o limite fronteiro para o norte a nascente do Rio Javari, tendo sido assinado em Lima, em 23 de outubro de 1851. Este tratado foi revisto no Rio de Janeiro no ano de 1902 e estabelecidos novos princípios e protocolos de comércio e navegação na bacia amazônica.

A fronteira amazônica entre Colômbia e Peru foi marcado por conflitos armados. Em particular estes conflitos históricos ainda no século XIX, que segundo Acuña (2009) e Pease (1993), surge a partir do movimento colonial de trabalhadores

colombianos estimulados pela extração da borracha, que adentrou no território peruano abrindo passagem e se fixando, dando início a uma série de batalhas. Porém em 1922 através do Tratado Salomón-Lozano o Peru renuncia em favor da Colômbia um território na configuração trapezoidal compreendido entre o rio Caquetá e o rio Putumayo tendo o rio Amazonas como base, isto permitiu à Colômbia uma saída para o rio Amazonas (ACUÑA, 2009).

Este tratado não era bem aceito pelos peruanos que viviam no Departamento de Loreto (Peru) e em 1921 deu origem ao levante “Revolución Cervantina”. Embora o tratado já tivesse sido assinado pelas autoridades políticas das duas nações da época o levante mesmo sem apoio do governo central do Peru, provocou um sentimento regionalista entre os peruanos criando uma instabilidade político-institucional. Segundo Acuña (2009), esta instabilidade fez com que somente em 1928 o Estado colombiano iniciasse o movimento formal de ocupação do Trapézio Amazônico deslocando tropas militares para região, demarcando territórios, implementando projetos assentamento para desenvolvimento.

Não obstante a importância do rio Solimões e Javari na região é estratégica. Observe-se que estes rios são mais que referenciais físicas naturais de limites territoriais entre as nações peruanas, brasileiras e colombianas, ou seja, são meios relacionar comunidades através da produção de alimento, lazer, trabalho, comércio (OLIVIERA, 2008). Assim sendo, as representações sociais emergem entre as comunidades e utilizam os rios para favorecerem seus cotidianos.

Há muito para se compreender sobre a vasta região amazônica dada sua diversidade social, cultural, política, econômica, etc.. Observe-se que os vários campos sociais que compõem a realidade local, são marcados pela relação de exploração do meio ambiente pelo homem que se movimenta na região. Esta exploração, muitas vezes, predatória é sempre revertida ao próprio é observada por (SIMONIAN; SARAIVA, 2010).

A bacia do Solimões nesta região é importante para o cotidiano das comunidades em vários aspectos. Por apresentar navegabilidade o ano inteiro serve como a via de promoção das relações entre as comunidades do ponto de vista do transporte, comércio, trabalho, lazer, mesmo sendo gêmeas as cidades de Tabatinga e Letícia. Considerando o lado peruano note-se que é sobre esta faixa do rio que a cidade de Santa Rosa se relaciona com as outras nações, ademais pousa

o hidroavião de característica comercial, responsável pelo trânsito de pessoas à cidade de Iquitos capital do Departamento de Loreto.

Os aspectos climáticos dão conta que há um grande índice de pluviosidade na região. Este índice varia anualmente entre 2.800 a 3.200 mm³ de chuva, que é responsável pela erosão tanto da parte continental, quanto da parte insular dos territórios peruanos, brasileiros e colombianos. Para Loreto (2014) este fenômeno é responsável pela umidade relativa do ar que varia de 72,8% a 93,5%, característica de selva devido a evaporação de grande quantidade de corpos d'água presentes em rios, lagos, igarapés, sendo que sua variação influencia as enchentes e secas dos rios amazônicos.

Segundo Loreto (2014) são identificados na região cenários ecológicos de planície inundada, planície secas e superfícies montanhosas, sendo esta última, observada principalmente no lado peruano e colombiano. São identificadas regiões entremeadas por área de pântanos e áreas secas com clima e geologia homogênea. Seu solo é composto por sedimentos argilosos e arenosos, razão pela qual suportam grandes enchentes principalmente em períodos chuvosos.

A base econômica da região é movimentada por atividades florestais, agropecuária, comercial, serviço público e plantio de subsistência. Nos termos de Nascimento (2015) devido os recursos naturais a região apresenta potencial econômico para o desenvolvimento do ecoturismo. Porém as políticas públicas pensadas para a região, quase sempre não atendem as necessidades dos seus povos (SIMONIAN et al. 2010).

Segundo Loreto (2014) e Martin (2003) o rio Javari apresenta uma extensão de 400 km, sendo a principal via de acesso aos recursos naturais como madeira, pele de animais, borracha entre outros. Sua importância geopolítica internacional está em promover a divisa entre as terras peruanas aqui representadas pela cidade de Islândia e o Brasil através da cidade de Benjamim Constant. Portanto nesta parte da fronteira se observa as relações predominantemente entre brasileiros e peruanos.

Por apresentar importância no deslocamento de passageiros e mercadorias, o rio Javari se constitui de peça chave para o desenvolvimento da região. Sua navegabilidade é sazonal em certas partes de seu leito, que depende do período de cheia que acontece entre os meses de novembro a abril e seca nos períodos de junho e outubro. Para Loreto (2014) este período equivale respectivamente ao

período mais chuvoso na região ou inverno e o período menos chuvoso ou verão amazônico.

O rio também se destaca como potencial para o desenvolvimento do ecoturismo considerando sua exuberante beleza natural amazônica. Esta característica é responsável por despertar o interesse de turistas e pesquisadores, ademais o rio também é rota para tráficos de materiais ilícitos requerendo rigorosa vigilância por parte das nações fronteiriças. Segundo Nascimento (2008) há um decréscimo contínuo de investimentos financeiros no lado brasileiro para a Política Nacional de Defesa na Amazônia.

O Objetivo geral do trabalho é compreender as relações sociais na tríplice fronteira Amazônica formada por Brasil, Peru e Colômbia através dos sistemas de saúde. Pretende-se alcançar o objetivo geral através dos seguintes objetivos específicos:

- a) Levantar as informações históricas, culturais, sociais, ambientais e econômicas de formação dos povos da tríplice fronteira;
- b) Conhecer o perfil institucional do Estado-nação presente, através do sistema de saúde dos países que compõe a tríplice fronteira amazônica;
- c) Compreender através do conceito de fronteira como se estabelecem as relações sociais entre os povos e instituições de saúde nacionais e internacionais.

Neste sentido elaborou-se na seguinte hipótese: Apesar da força coercitiva do Estado em impor as perspectivas da dinâmica político-administrativa do Estado-nação sobre os povos fronteiriços segregando-os, os laços simbólicos, históricos e culturais estabelecidos entre os mesmos não reconhecem esta divisão, então, os povos se auto reconhecem como unidade enquanto povo.

3 METODOLOGIA

3.1 Utilização do conceito de campo para compreender o campo da saúde na tríplice fronteira

Originalmente se pensou na tríplice fronteira amazônica entre Brasil, Peru e Colômbia através do recorte pelo campo social da saúde. Esta escolha se deu em virtude do problema, *a priori*, em solo brasileiro, onde peruanos e colombianos usufruem dos serviços públicos ofertados. Esta problemática gera consequências imediatas tanto no acesso aos serviços de saúde para população local brasileira, quanto orçamentária.

O estudo comparativo entra as cidades de Tabatinga, Benjamin Constant, Letícia, Islândia e Santa Rosa se considerou os aspectos socioeconômicos, segurança pública, sistema educacional, políticas de meio ambiente e sistema de saúde. Esses requisitos foram elencados considerando o conceito de saúde proposto pela OMS, no qual refere que saúde não é só o bem-estar físico, mental, ausência de afecções e enfermidade, mas o acesso a serviços sociais e políticas públicas que garanta ao cidadão acesso a água potável, saneamento básico, segurança pública, lazer, desenvolvimento e manutenção de sua cultural, educação, trabalho e renda entre outros. Portanto, a saúde é um conceito muito mais amplo e dinâmico, onde há condições básicas para manutenção da qualidade de vida da população.

Para se pensar esta região considerando a linha imaginária de fronteira jurídica, se elegeu as áreas de pesquisa buscando verificar a influência da proximidade territorial entre os entrevistados sobre estas relações. A partir desta premissa se determinou para as cidades de territórios mais extensos, como no caso de Tabatinga, Letícia, Benjamin Constant, comunidades próximas e distantes do limite territorial, sendo esses pontos marcados com GPS eTrex R 10 com erro de até 3 m. Com relação às cidades peruanas devido sua pouca extensão territorial se traçou um roteiro em linha reta nas principais vias de Islândia e Isla de Santa Rosa.

Conforme os mapas 02, 05, Letícia, 14 e 13 são demonstradas as áreas de pesquisa nas comunidades, onde foram aplicados 300 questionários semiabertos, sendo 100 em cada país. Porém, as cidades brasileiras e peruanas por possuírem duas cidades localizadas na tríplice fronteira, se aplicou 50 questionários em cada.

Também foram aplicados o mapa de Kernel para se perceber graficamente a densidade de distribuição dos estabelecimentos de saúde nas cidades de Tabatinga, Benjamin Constant, Letícia e Islândia (PARZEN, 1962).

O conteúdo teórico discutido nos capítulos que se seguem apresenta uma lógica para embasar um estudo comparativo entre as cidades de fronteira no qual considerou vários aspectos. Estes aspectos são consequências das intensas relações: comerciais, familiares, culturais, entre outras na qual não é perceptível sem uma metodologia adequada para se alcançar o objetivo traçado. Embora do ponto de vista de meio ambiente a região apresente uma homogeneidade, há várias peculiaridades e determinadas regras jurídicas aplicadas que formam as diferenças e semelhanças na estrutura da política pública de saúde na região.

Assim sendo se optou por um estudo comparativo através da observação de campo e tomada de depoimentos dos diversos agentes. Este caminho metodológico segundo Vidal (2006) permite uma melhor aproximação do objeto de pesquisa, que congrega laços simbólicos, históricos, culturais observáveis no campo social da saúde. Não obstante esta corrente metodológica permite a compreensão da dinâmica aquela sociedade pela interdisciplinaridade em um estudo comparativo.

Em vista disso se acredita que as observações empíricas só são possíveis para este estudo através de uma compreensão interdisciplinar. Esta condição é justificada uma vez que o olhar, o ouvir devem estar preparados adequadamente para se perceber uma das muitas faces da realidade (OLIVEIRA, 1996). Outras ferramentas, que no momento oportuno serão elencadas, foram usadas para que o escrever se tornasse uma realidade dado o desafio proposto.

Contudo, não se negligenciou os limites da metodologia escolhida, que para tal Oliva (1990, p. 12) refere:

O racionalismo, com sua tendência a caracterizar as ciências como sistemas dedutivos, não exerceu tanta influência sobre o discurso metodológico corrente em virtude de jamais ter dado proeminência à problemática do estabelecimento de linhas divisórias entre o metafísico e o científico.

Portanto, devido à lógica do pensamento dedutivo que parte do abstrato para o concreto, a construção da teoria científica se fará em termos do campo de ação, onde se espera uma generalização teórica, embora o pensamento puro sobre a sociedade não seja possível.

O desafio maior é a compreensão das relações sociais no campo da saúde. Estas análises foram feitas primeiramente nas legislações dos sistemas de saúde no intuito de perceber como são postas as regras e identificar os principais agentes dentro da respectiva estrutura de saúde. Portanto se utilizou da teoria de campo para compreender os sistemas de saúde oficiais dos países que compõem a tríplice fronteira.

A complexidade das relações sociais na tríplice fronteira e o lugar dos agentes dentro de uma estrutura é o desafio. A da leitura das legislações do sistema de saúde dos países signatários da tríplice fronteira foi o ponto de partida para montar a estrutura social da saúde. Localizou-se os agentes dentro da estrutura, se definiu suas influências e tendências bem como suas interfaces com outros campos sociais interferentes direta ou indiretamente nas posições dos agentes.

A noção de campo é uma opção conceitual para se compreender as relações sociais entre instituições e estas com os agentes da estrutura. Neste sentido, para Bourdieu (2004) o campo é um universo de disputa, de relações e forças objetivas, que implicam em tendências e probabilidades. Observe-se que neste campo de disputa as regras estão posta no jogo, porém possui um tempo e um espaço onde o agente, que dependendo da posição que ocupa, além da distribuição, volume e qualidade do capital são reconhecidos como dominantes ou dominados.

Para o autor a disputa determinada pelos agentes é oriunda das tentativas de deformação ou conservação da estrutura conformacional do campo. Sendo assim reconhecer dentro do campo de disputa quem é dominante, dominado e reconhecer sua função torna desta teoria uma ferramenta importante para compreensão da realidade na tríplice fronteira. Considera-se esta ideia como importante para proposição de políticas públicas naquela região é reconhecer como as peças se movem no jogo.

Outro aspecto relevante relacionado à teoria de campo é o conceito de habitus que associa-se do pensamento de Durkheim (2012, p. 33) no qual:

Como argumentam que o indivíduo é perfeitamente autônomo, lhes parece que nós o diminuimos todas as vezes que fazemos sentir que não depende somente de si mesmo. Mas uma vez que é hoje incontestável que a maior parte de nossas ideias e de nossas tendências não são elaboradas por nós, mas nos vêm de fora, é apenas se impondo que elas podem penetrar em nós; é só este o significado de nossa definição.

Portanto, há uma aproximação teórica entre Durkheim e Bourdieu, sendo que para Bourdieu (2004) o habitus é uma influência de origem e base despercebida que orienta a ação prática do agente dentro de uma estrutura do campo social.

Segundo Wacquant (2013) ao analisar a teoria de Pierre Bourdieu chama atenção para aspectos inter-relacionados na formação de grupos de poder simbólico. Entre estes aspectos chama atenção para formação da heterogeneidade e desigualdade dentro do campo existente na formação das redes de relações materiais e simbólicas da sociedade. Portanto para entender a realidade social de uma comunidade, é necessário perceber as subjetividades dos agentes que atuam ativamente ou passivamente no campo.

Para Wacquant (2013) há duas formas de relações complementares a ação do agente. A primeira condizente com os conjuntos de posições objetivas que o agente ocupa externamente, determina a percepção e a ação do indivíduo, podendo desta forma ser analisada e visualizada objetivamente. A segunda é derivada das relações estabelecidas na mente dos agentes ao perceber e apreciar uma determinada realidade procederá uma avaliação influenciada pelo seu histórico de vida, portanto subjetiva.

Para compreender o campo da saúde é importante preliminarmente perceber algumas peculiaridades relacionada à saúde, sobretudo, as formas como pode ser concebida o campo.

Neste sentido no campo em análise a saúde pode se apresentar:

- a) Quanto ao aumento dos custos financeiros podendo ser pública (acesso subsidiado) ou privada (acesso contributivo);
- b) Quanto à terapêutica pode ser científica, tradicional ou popular (mescla entre a terapêutica científica e tradicional);
- c) Quanto à finalidade pode ser preventiva ou curativa, entre outras.

A proposta de campo social da figura 1 no campo da saúde é visualizada os seguintes agentes:

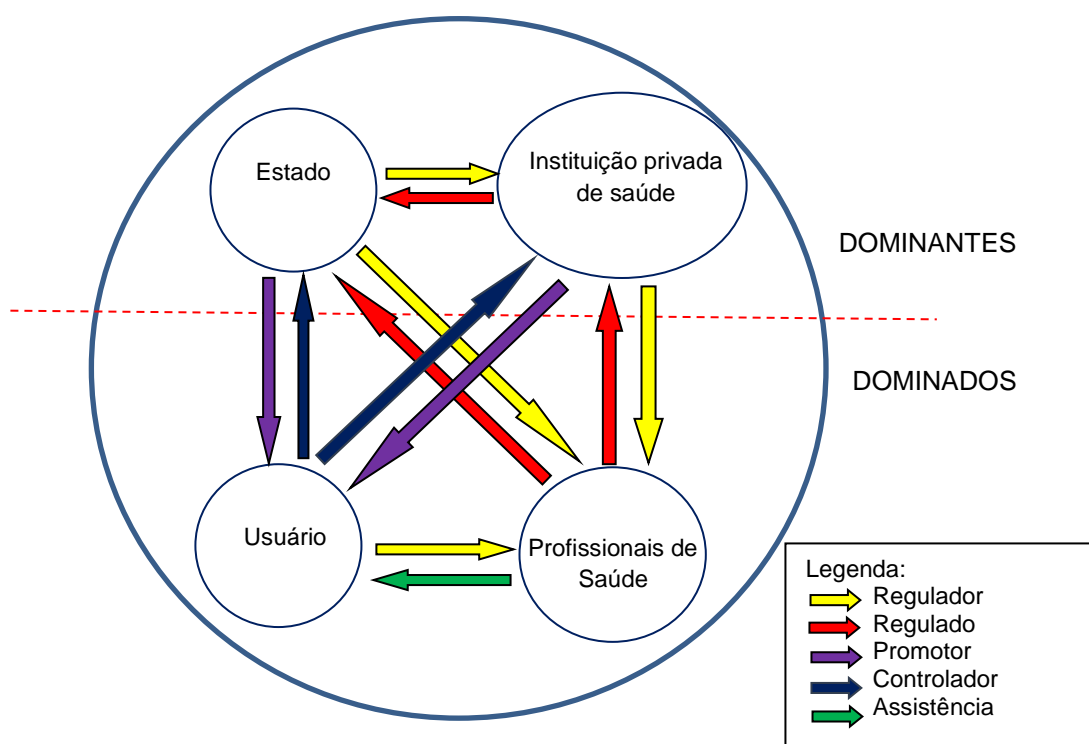
- d) Estado ou Representantes - ocupa a posição de regulador (quando contrata terceiros para execução dos serviços de saúde, ou a posição de promotor, quando o estado propicia diretamente aos usuários os serviços de saúde, por exemplo, os hospitais gerenciados pelas secretarias de saúde);

e) Instituição privada (representados por seguradoras de saúde ou instituições como hospitais e clínicas, cuja função é prioritariamente de fornecer infraestrutura para execução dos serviços de saúde);

f) Usuário que ocupa a posição de beneficiador dos serviços de saúde oferecidos, que possuem saberes e habitus próprios;

Profissionais de saúde, cuja posição no campo é de executor das ações de saúde.

Figura 1 – Proposta de estrutura das relações sociais no campo da saúde.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2018.

Quadro 1- Relações sociais no campo da saúde.

Agentes		Relações	Instrumentos regentes
Estado	Instituições privadas	Regulador/Regulado	Legais
Estado	Profissionais de saúde	Regulador/Regulado	Legais
Estado	Usuário	Promotor/Controlador	Legais
Instituições	Profissionais	Regulador/Regulado	Legais

privadas	de saúde		
Instituições privadas	Usuários	Promotor/Controlador	Legais
Profissionais de saúde	Usuário	Assistência/Controlador	Legais

Fonte: Antonio J. A. Souza, 2018.

O deslocamento para a fase campo na tríplice fronteira aconteceu em dois momentos bem distintos das estações amazônicas. A primeira incursão aconteceu no inverno amazônico do ano de 2015, onde se obteve os primeiros dados sobre a situação de saúde dos povos local. A segunda aconteceu na estação de verão do ano seguinte, onde as chuvas são mais espaçadas porém o clima bastante quente.

3.2 A metodologia interdisciplinar no campo da saúde

O texto de Hilton Japiassu escrito nos idos de 1976 se apresenta muito atual nos dias hoje. Para o autor o domínio da interdisciplinaridade é vasto e complexo por se tratar de uma metodologia de aproximação do objeto de pesquisa diferente dos modelos tradicionais na pesquisa, elaboração teórica e fase empírica. Para Camacho (2002); Vilela e Mendes (2003) este método é comum sobre tudo para pesquisa de campo se compara argumentação das atividades práticas de gestores e profissionais na área da saúde.

A interdisciplinaridade é necessária para compreensão de uma sociedade cada vez mais complexa e seus problemas igualmente complexos. Logo se impõe como necessidade imperativa, sobretudo nos campos histórico, cultural e epistemológico, já que as metodologias tradicionais por optarem pela fragmentada do objeto de pesquisa não dão conta de sua compreensão. Assim sendo a interdisciplinaridade surge na lacuna deixada pela metodologia disciplinar na compreensão da sociedade (FRIGOTTO, 2008).

Buscar o significado da expressão interdisciplinaridade parece ser uma condição inicial para sua aplicação teórica e metodológica. Neste sentido Japiassu (1976) refere que a interdisciplinaridade é uma nova etapa do desenvolvimento do conhecimento e rompimento epistemológico. Portanto é uma categoria científica de

pesquisa, que tem um conteúdo teórico constitutivo de ciência, que surge para aproximar os teóricos da realidade social.

Para Cruz (2010) a interdisciplinaridade é um saber resultante da concomitância e convergência disciplinares, que no campo do turismo facilita a observação dos fenômenos sociais, políticos, econômicos e culturais. Logo é uma ruptura epistemológica importante que ultrapassam os limites disciplinares. Em vista disso Camacho (2002) ressalta que no campo da saúde, a interdisciplinaridade é uma interação das disciplinas especializadas alocadas em vários campos do conhecimento para fazer frente à metodologia fragmentária do objeto de pesquisa.

A interdisciplinaridade recombina, reconstrói, elabora e sintetiza teorias disciplinas convergentes para compreender uma dada realidade (CAMACHO, 2002). No entanto, na concepção de Vilela e Mendes (2003) esta construção incorpora múltiplas especificidades disciplinares, favorece uma conjunção de soluções e problemas metodológicos. Por conseguinte a interdisciplinaridade é uma metodologia dialógica das disciplinas especializadas.

Segundo Japiassu (1976) a interdisciplinaridade é originária da necessidade eminente da ciência, na busca por uma alternativa metodológica para explicar os fatos sociais advindos de uma sociedade complexa. Esta necessidade surge a partir do momento que a metodologia tradicional das ciências naturais, não dá conta de responder a esta demanda. O autor acredita que através da interdisciplinaridade o problema da fragmentação do conhecimento seja superado e produza uma resposta mais concreta à sociedade cada vez mais complexa e dinâmica.

Nesta perspectiva a interdisciplinaridade surge como metodologia para combater a patologia do saber refletida na fragmentação do conhecimento. Segundo Japiassu (1976) e Frigotto (2008) a patologia é provocada pela especialização do conhecimento devido a fragmentação do campo epistemológico e na elaboração do pensamento. Portanto, a fragmentação não é só do objeto, mas teórica e metodológica.

Inferimos de Frigotto (2008) duas explicações que segundo o autor demandam do surgimento da interdisciplinaridade como necessidade epistemológica e de entendimento do plano de formação da sociedade. A primeira como um problema interno da ciência, portanto, epistemológico, este ponto de comum acordo entre Frigotto (2008) e Japiassu (1976). A segunda está relacionada à própria

dinâmica das relações sociais, em que as sociedades de caráter capitalista ou sob influência desta é responsável pela alienação e cisão cultural dentro da sociedade.

Assim sendo a interdisciplinaridade permite uma relação dialógica disciplinar e o problema da fragmentação metodológica está resolvido (JAPIASSU, 1976). Portanto é necessário que se abandone as múltiplas determinações que constitui o objeto de pesquisa, pois mesmo aparentemente reduzido, se conserva a sua totalidade concreta observada pela abstração do interior do campo de ação interdisciplinar. Frigotto (2008) alerta que no estudo da sociedade o recorte metodológico não significa fragmentação ou limitação da realidade social.

Nesta perspectiva Frigotto (2008) destaca o papel importante desempenhado pela historicidade dos fatos. Torna-se necessário empreender esforços para saturar as categorias abstraídas pelo meio interdisciplinar em busca de conteúdo, cuja especificidade determinam a realidade social de uma comunidade. Portanto os fatos históricos bem conhecidos, podem favorecer o conhecimento da realidade estudada de grupos humanos observados em seus contextos.

Observe-se que para Japiassu (1976) a pesquisa interdisciplinar permite um trabalho com divisão mais racional em direção à eficácia do processo, porque há um rompimento epistemológico com as ciências naturais. Neste sentido o autor vislumbra a aplicabilidade do método interdisciplinar e sua relevância para produção do conhecimento, a partir de sua estrutura composta dialogicamente pelas disciplinas. Observe-se que de acordo com o pesquisador, este deve inserir as contribuições teóricas importantes para elaboração do pensamento científico de acordo com seu propósito.

Mas então, a interdisciplinaridade é uma panaceia? Preenche as lacunas deixadas pelos métodos disciplinares derivados das ciências naturais na elaboração do conhecimento? Qual seu limite? Estas problematizações são pertinentes, pois quem se aventura na empreitada científica como a pesquisa, deve ter em mente que para a ciência não existe uma metodologia mais correta que revele a verdade absoluta do fenômeno social. Porém se acredita que existe a metodologia mais adequada para observar certos tipos de fenômenos sociais.

Nesta perspectiva Japiassu (1976) refere que o recorte metodológico é o ponto crítico para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Este procedimento irá influenciar decisivamente nos procedimentos investigatórios sobre objetos de pesquisa. Então um recorte mal executado, pode comprometer a pesquisa no

sentido de dificultar a escolha metodológica de uma investigação capaz de exprimir resultados coerentes.

Frigotto (2008) aponta dois óbices metodológicos importantes para a serem superados para aplicação da interdisciplinaridade quanto método de pesquisa. O primeiro relacionado à necessidade de transcender as metodologias hegemônicas que estudam os objetos fragmentados de pesquisa. O segundo derivado do primeiro no qual o método hegemônico, também estruturalista e discursivo não considera o plano histórico-empírico, como um importante aliado na construção científica da realidade social.

Para Frigotto (2008) os limites do sujeito e a complexidade dos fatos históricos são os limites para qualquer metodologia científica, inclusive para a interdisciplinaridade. Torna-se necessário considerar que a realidade nem sempre é como se apresenta, pois a teoria produzida sobre uma dada realidade depende do ponto de vista do observador, e acrescida de sua subjetividade. Portanto, é estabelecido um limite para o seu conhecimento, que estar no plano da formação, quer dizer, na elaboração do conhecimento considerando traços específicos da sociedade como estrutura simbólica, cultural e histórica.

3.3 A teoria do método comparativo

O uso do método comparativo permite a percepção das relações no interior do campo social. Segundo Schneider e Schimdt (1998) o objetivo do método comparativo é fazer oposição de fatos entre determinados grupos paramétricos no sentido de estabelecer análise, propor explicação e generalizar as teorias construídas. Por esta perspectiva metodológica sua análise detalhada permite perceber semelhanças, diferenças, construir modelos e tipologias.

Ao se optar por uma metodologia comparativa o raciocínio indutivo é iminente. Vários autores desta linha de raciocínio da era moderna aplicou este método de estudo para se compreender as relações sócias entre eles Auguste Comte, Émile Durkheim e Max Weber. No entanto, se utilizou da lógica destes dois últimos autores para se justificar o uso desta ferramenta de análise das relações sócias na tríplice fronteira.

Para Durkheim a utilização do método comparativo de forma é indutiva, sistemática e objetiva, para o qual refere:

Para que seja objetiva, esta teoria precisa exprimir os fenômenos não em função de uma ideia do espírito, mas de propriedades que lhe são inerentes. Precisa caracterizá-los por um elemento integrante de sua natureza, não por sua conformidade a uma noção mais ou menos ideal. Ora no momento em que a pesquisa está apenas começando, enquanto os fatos ainda não foram submetidos a nenhuma elaboração, suas únicas características que podem ser apreendidas são aquelas exteriores o bastante para serem imediatamente visíveis. Aquelas localizadas em níveis mais profundos são sem dúvidas, mais essenciais; seu valor explicativo é mais alto, mas elas ainda são desconhecidas nesta fase da ciência [...] Logo é por meio dos primeiros que se deve buscar a matéria dessa definição fundamental (DURKHEIM, 2012, p. 57).

Observe-se que o autor inicialmente faz uso de instrumentos analíticos como modelo padrão de características externa perceptível desprovida de prenoções. Portanto, a busca pela essência interior do objeto de pesquisa é o seu objetivismo.

Na metodologia de pesquisa de Durkheim (2012), alguns pontos metodológicos são comuns quando comparados com importantes pensadores entre eles Francis Bacon. A questão aqui reside na busca pela objetividade da pesquisa, logo o pesquisador deve se desvencilhar dos ídolos que constitui seus preconceitos, muito embora o autor reconheça que a interpretação do fato social é *embebida* pela subjetividade do pesquisador. Observe-se que este é a maior dificuldade para compreensão dos fatos sociais, por esta razão o pesquisador não deve fazer parte do problema.

Com base em Durkheim (2012) sugere-se alguns passos para o desenvolvimento do método comparativo. O primeiro é a decomposição do objeto para compreensão de sua essência, este ponto já referido em parágrafos anteriores. O segundo é a recomposição lógica das peças estruturais do objeto. Neste ponto é conveniente apreender seus axiomas que formam as relações de causa e efeito.

Nos termos de Schneider e Schimit (1998) as regras inferidas de Durkheim dão à metodologia austeridade científica. Observe-se o princípio do rigor metodológico advém em considerar que a realidade é externa à consciência do pesquisador, logo não deve pertence ao seu meio sob pena de comprometer a neutralidade em sua avaliação. Ademais às relações de causalidade que constitui a essência dos fatos, são sociais ou fenômenos sociais que Durkheim reconhece:

Reconhece-se um fato social pelo poder de coerção externa que ele exerce ou é capaz de exercer sobre os indivíduos; a presença desse poder, por sua vez, reconhecemos tanto na existência de alguma sanção determinada, quando na resistência que o fato opõe a todo esforço individual que visa a violá-lo. [...] É fato social toda maneira de se fazer, fixar ou não, capaz de

exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, que é geral na extensão de uma dada sociedade que tem existência própria, independente de suas manifestações individuais [...] Mas de certa forma, todo o meio é em si mesmo um fim; pois para lográ-lo é preciso querê-lo como um fim que ele busca atingir (DURKHEIM, 2012, p. 38; 40; 68).

Ou seja, o fenômeno social é o fato que destoa do convencional e do comum, mas que provoca perturbação dos elementos integrantes do meio.

Neste sentido na análise feita sobre a metodologia de Durkheim, Schneider e Schimit (1998) abstrai que o social é explicado pelo social. Logo as conexões causais fundamentais se desvendam a partir das relações sociais geradas pela sociedade, se assim o for, a sociedade não resulta na somatória das relações sociais, mas a partir da junção de sistemas sociais com particularidades diversificadas. Neste sentido tem-se a noção da teoria de sistema com todos os seus elementos input, caixa preta e output.

A metodologia comparativa é percebida claramente na teoria de Durkheim em que se refere ao tipo médio conceituando-o da seguinte forma:

Chamaremos de normais os fatos que reapresentam as formas mais gerais e daremos aos outros o nome de mórbidos ou patológicos. Se concordarmos de em chamar de tipo médio o ser esquemático que constituiríamos ao reunir num mesmo conjunto, num tipo de individualidade abstrata, as características mais frequentes na espécie com suas formas mais frequentes, poderemos dizer que o tipo normal se confunde com o tipo médio, e que todo desvio em relação a este padrão de saúde é um fenômeno mórbido (DURKHEIM, 2012, p. 74).

Em vista disso o tipo médio está na fronteira entre o que é normal e comum aos olhos humanos com aquilo que é anormal/patológico. Portanto, a tipificação permite observar mais claramente as causas essenciais constituintes dos fenômenos sociais.

A metodologia comparativa na escola weberiana é mais visível quando o autor para realizar pesquisa cria o tipo ideal, sendo este:

Esta regra ideal, neste caso, contém uma afirmação doutrinal teórica sobre aquilo que é o conteúdo da “norma”, conforme a qual Robson “deveria” proceder se ele pretende, como tal, observar o ideal de um “agir racionalmente orientado pelo fim”. Mas, por outro lado, e de maneira destacada, ela funciona também um princípio heurístico, para que se consiga perceber na ação de empírica de Robson o efetivo condicionamento causal – se pressupomos *ad hoc* a existência real de semelhante indivíduo. Neste último caso, ela serve como construção “ideal-típica”, e nós a usamos como hipótese cuja comprovação deveria ser verificada nos fatos. Desse modo, ajudar-nos-ia apreender a casualidade

efetiva do seu agir e o grau de aproximação ao “tipo ideal” (WEBER, 1973b, p. 237).

Isto posto a regra ou o meio pelo qual se pauta as observação, classificação e teorização é o comparativo entre observado em campo com o tipo ideal. Logo esta perspectiva apresenta uma vertente contundente qualitativa, pois a essência do método de Weber é a interpretação do fato social numa movimentação metodológica do particular ou concreto para o abstrato movimento característico de uma análise indutiva.

Conforme Weber (1973a) a sua metodologia alerta para questão do juízo de valor no comprometimento dos resultados obtidos no trabalho de campo quanto à questão da neutralidade do pesquisador. O tipo ideal seria uma forma objetiva de se avaliar os fatos sociais observados. Portanto fornecendo à pesquisa científica a validação metodológica, uma vez que o juízo de valor não faz parte da análise científica.

Na leitura sobre Weber e Durkheim se observa semelhanças relevantes do ponto de vista metodológico. Weber assim como Durkheim refere sobre a importância do reconhecimento do fato social que interessa para a ciência. Neste sentido Weber (1973a) faz referência ao processo normal, que deve ser identificado pelo pesquisador diferente de um processo de características peculiares e únicas, que devem ser o objeto de estudo recortado de um sistema social em questão dentro de um campo social de ação.

O método comparativo pode ser empregado a partir de uma concepção teórica ou conceitual a partir de Durkheim e Weber. Para Schneider e Schimit (1998) é importante para o pesquisador perceber as diferenças entre o meio real e a teoria ou modelo construído, ou seja, observar e identificar semelhanças, diferenças, mesclas, entre dois objetos de pesquisa na qual um pode ser o modelo. Nesta perspectiva se buscará encontrar evidências que demonstrem o propósito da pesquisa a fim de confirmar ou refutar uma hipótese formulada.

Schneider e Schimit (1998) destacam resumidamente alguns passos necessários para aplicação da metodologia como segue:

a) Seleção de pelo menos duas séries de fenômenos, que sejam efetivamente comparáveis. Este é o ponto central do trabalho de pesquisa, cujo método é o comparativo. Nesta técnica é importante proceder o recorte metodológico bem

definido capaz visualizar suas variáveis no sentido de tentar controlá-las, observando que quanto menor o número de variáveis não controláveis maior será a precisão analítica do método;

b) Criar modelos de observação do objeto de pesquisa coerentes capazes de reproduzir caracteres essenciais e específicos do mesmo, sendo suas variáveis claramente percebíveis;

c) Conforme a argumentação de Durkheim (2012) na qual refere que inicialmente são observados caracteres exteriores que servem de caminho para o interior do objeto de pesquisa, sendo este de maior valor para a ciência, no sentido de produzir informação, que serão selecionados e analisados que deve permitir a elaboração de uma teoria geral, ou seja, a chave para garantir a correta articulação entre dados empíricos e a teoria.

A pesquisa realizada na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru foi composta por coleta de dados nas instituições, observação de campo e aplicação de questionários semiestruturados durante duas estadas em 2015 e 2016. Foram aplicados mais de 300 questionários, onde se buscou perceber como as comunidades veem suas instituições e como as comunidades são percebidas pelas instituições (anexo A e B). Entre os entrevistados estão dirigentes, lideranças, profissionais de saúde e população nas de cidades de Tabatinga, Benjamin Constant (Brasil), Letícia (Colômbia), Santa Rosa e Islândia (Peru).

Com relação à população cabe um aparte importante que distingue dos outros agentes entrevistados. Aplicou-se 300 questionário semiestruturados em na zona urbana de cada país, ou seja, no Brasil foram 50 questionários, sendo 50 em Tabatinga no qual se considerou áreas próximas e longe da fronteira, idem para Benjamin Constant (mapas 2 e 4 respectivamente). Observe-se que como a cidade de Letícia foram aplicadas 100 questionários em áreas próximas e longe da fronteira e nas cidades peruanas foram aplicados igualmente 100 questionários, ou seja, 50 em cada.

3.4 Aplicação da ferramenta iramuteq e tabela dinâmica do excel para análise qualitativa e quantitativa de entrevistas semiestruturadas

O IRAMUTEQ é um *software* disponível gratuitamente de análise estatística de textos. Aplicação desta ferramenta foi necessária para se buscar, na parte aberta do questionário aplicado em campo, as correlações textuais produzidas pelos

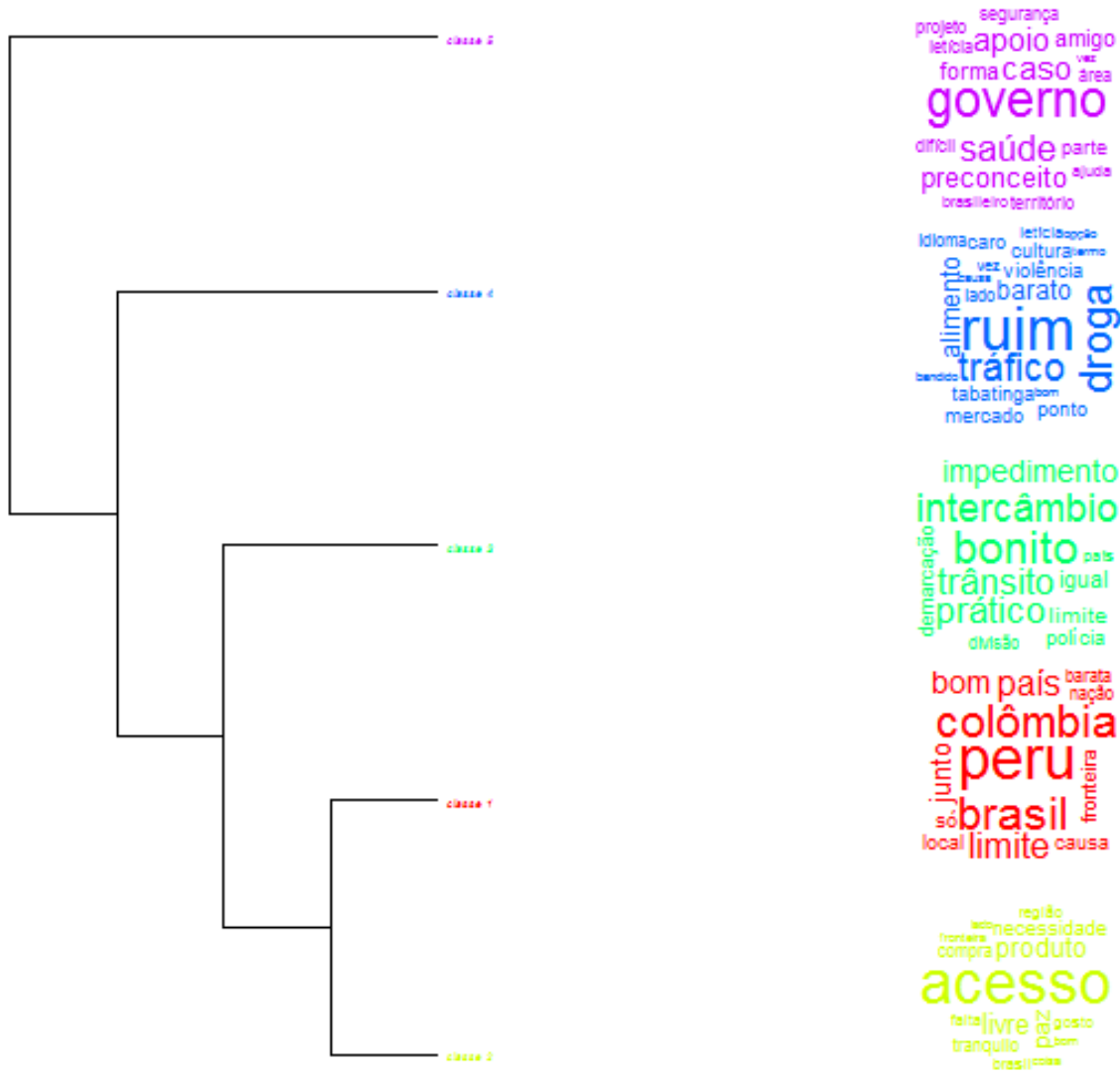
entrevistados nas cidades brasileiras, colombiana e peruanas, ou seja, se utilizou uma ferramenta para análise da parte qualitativa das entrevistas, onde se procurou saber o que é fronteira. Isto possibilitou perceber de forma gráfica como estas palavras se interligam dando um sentido analítico objetivo.

As formas analíticas do *software* para análise de similitude das palavras foram aplicadas no texto considerando o mesmo como geral. Portanto, os textos processados no IRAMUTEQ consideraram as entrevistas de um modo geral, sem distinguir a área de entrevista dos agentes. Logo se obteve uma visão geral da perspectiva de fronteira a partir de território como único, independente dos Estados-nação.

Como produto se obteve um dendograma onde se observa a correlação entre as palavras dentro de um contexto (figura 2). A partir desta análise se obteve o gráfico de similitude e nuvem de palavras que representa graficamente esta correlação contextual (figura 3 e 4 respectivamente). Estas análises permitiram que se construísse palavras-chaves para se compreender o conceito de fronteira.

A partir das análises estatísticas se organizou os dados obtidos nas entrevistas de forma a permitir um cruzamento de informações qualitativas e quantitativas. Esta análise permitiu construir a seguinte organização: conceito ou contexto, causa, polaridade, efeito, variável e elementos. Ressalte-se que em cada palavra-chave havia um significado, construídos a partir das análises estatísticas do *software* conforme quadro 2.

Figura 2 - Dendograma aplicado ao conceito de fronteira.



Quadro 2 - Organização conceitual de fronteira a partir do IRAMUTEQ.

Palavra-Chave	Significado
Conceito	Limite e União
Causa (porque)	Acesso, liberdade e unidade
Polaridade avaliativa	Positiva, negativa e positiva/negativa
Efeito	Intercâmbio e interação
Variáveis	Social, Econômica, Cultural, Segurança, Saúde
Elementos	Convivência, comércio, mercado, música, idioma, culinária, tráfico de drogas, segurança, insegurança e acesso aos serviços de saúde, etc.

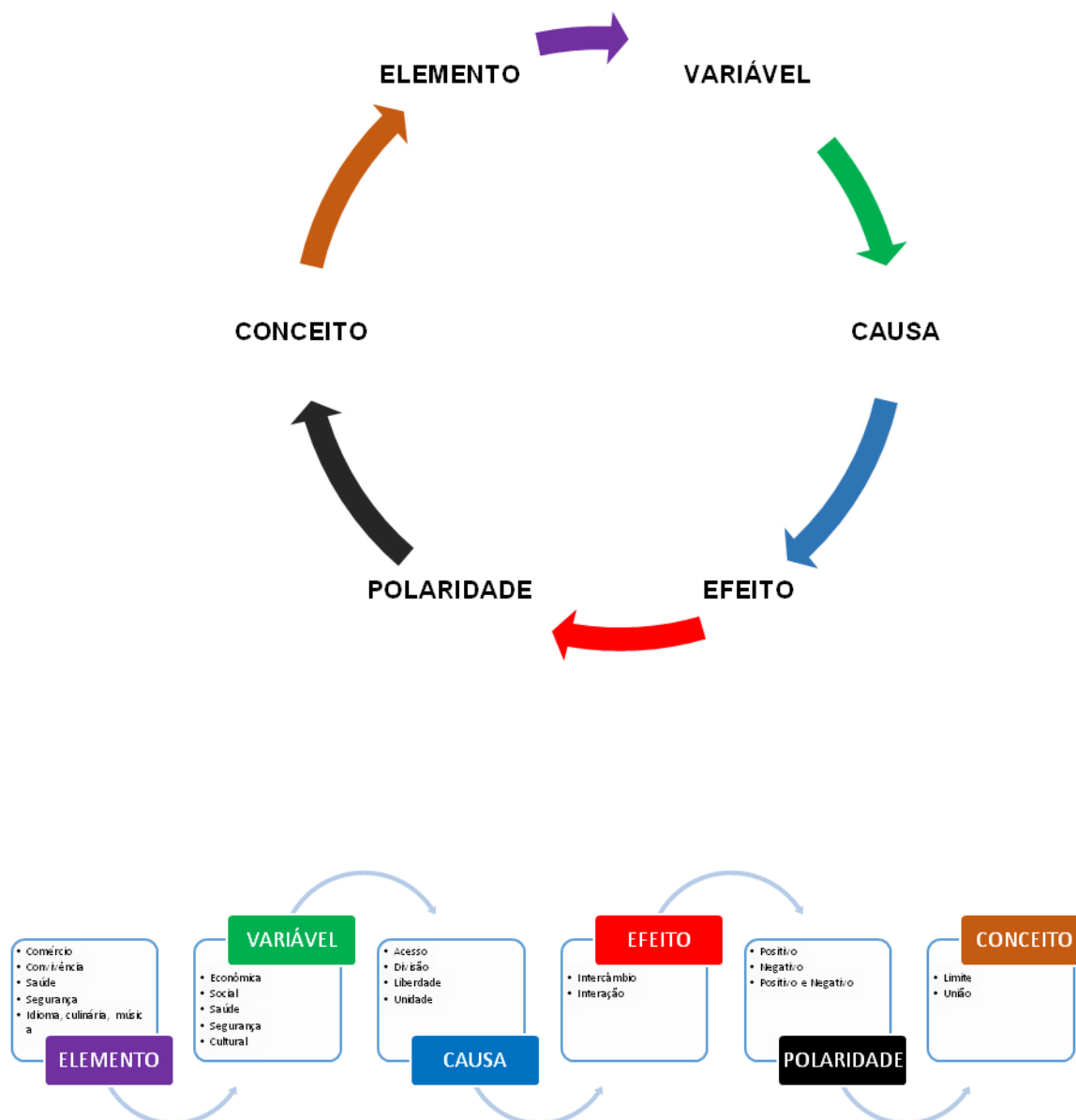
Fonte: Antonio J. A. Souza, 2018.

Após o tratamento do texto pelo *software* IRAMUTEQ, as palavras-chaves bem como seus significados produzidos compuseram a tabela de análise do contexto das entrevistas. Observe-se que como referido anteriormente, se tratou de um questionário semiestruturado, logo a parte aberta, ou seja, conceitual de fronteira se tratou pela ferramenta acima citada. A parte fechada do questionário e a aberto aplicado aos agentes na tríplice fronteira foram tabuladas em Excel a partir de uma tabela dinâmica.

As variáveis observadas foram frutos das falas dos entrevistados que relacionaram suas necessidades com as oportunidades. Neste sentido as variáveis foram: econômica, social, saúde, segurança, cultural e ecológica, mas sempre relacionada a um elemento específico ou em sua maioria em conjunto. Tais elementos se propõem serem considerados como a base das argumentações citadas, são unidade base que deve alicerçar as interpretações do pensamento das populações transfronteiriças.

Para a interpretação das falas propõe-se o seguinte ciclo de elaboração do conceito de fronteira:

Esquema 1 - Ciclo de elaboração conceitual de fronteira.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2018.

A estrutura da interpretação do pensamento da comunidade em relação à fronteira é cíclica cujo elemento é o princípio do raciocínio.

A aplicação do método comparativo permeia todas as etapas desta pesquisa. Após a tabulação dos dados de campo se obteve informações de cunho geral, ou seja, informações da fronteira como território único, independente da concepção fragmentada de território que compõe os Estados nacionais. Não obstante as

mesmas análises foram feitas considerando a concepção fragmentada de fronteira, onde se permitiu análise individual dos brasileiros, colombianos e peruanos.

O mesmo raciocínio foi utilizado para avaliar a concepção dos profissionais de saúde e autoridades. Por questões didáticas os gerentes das unidades e hospitalares foram considerados como profissionais de saúde e tratados como tal, embora estes estejam na gerência dos respectivos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS). Não se conseguiu entrevistar os prefeitos das cidades brasileiras nem o Alcaide de Letícia e Islândia, mas se considerou autoridade os secretários de governo que permitiram acesso.

4 DESENVOLVIMENTO: CONTEXTO E DINÂMICA

Há tempos os povos têm-se movimentado na criação do seu próprio destino. Para Marx (1971) as instituições que representa o poder do Estado sempre coagiram as populações que resistiam através de movimentos populares numa luta interminável contra o sistema. Neste artigo sobre o campesinato, o autor mostra que sempre haverá lideranças contra-hegemônicas como em dezembro de 1848, através da insurreição camponesa francesa liderada por Luís Napoleão.

Neste contexto Marx (1971) destaca dois momentos importantes na história francesa sobre os camponeses em face de sua liberdade e direitos sobre suas decisões. O primeiro momento é exemplificado pela posição de liderança que Napoleão representava para o campesinato como proposta para melhoria de vida e estímulo para uma mudança de comportamento político. Neste sentido o povo era intimado a participar ativamente das mudanças políticas necessárias para estabelecimento de uma nova forma igualmente política de pensar.

O segundo momento o campesinato não era visto como ativista, mas como conservador. Marx (1971) tenta demonstrar o caráter passivo do camponês mediante as decisões políticas do Estado, agora representado por Luís Napoleão. Logo o campesinato não sente a necessidade de se opor ao novo *status quo* imposto, mas aceita sua nova posição de inanição frente ao poder do Estado que significava uma proposta protecionista de caráter paternalista e clientelista.

Observe-se que Marx (1971) nos propõe uma visão flexível do campesinato. Neste sentido o povo pode ser estimulado a participar das decisões políticas que influenciam suas vidas ou ficarem indiferentes aos acontecimentos. Para Santos (2010) esta flexibilidade dependerá do grau de amadurecimento das populações, sob a gestão governos que permitem a liberdade de expressão, considerando um contingente de variáveis conjunturais e complexas que permeiam a sociedade que determinam a atividade ou passividade dos povos.

Para se pensar em modelo de desenvolvimento, a história vem mostrando que a dinâmica imposta pela globalização tem sido decisiva na aculturação de povos. Segundo Godelier (1981) o processo de aculturação das comunidade nativa acontece por pressão de modelos externos, no sentido de que os nativos abandonem sua forma de vida sob a ideia de que é melhor o que é bom para os povos dos países industrializados. Porém se sabe que as populações podem ser

reagentes a esta demanda, assim como inferido de Marx (1971) tais povos podem se apresentar alheios ou resistentes à nova ordem.

Conforme Godelier (1991) o que Marx discute é inerente a própria evolução humana. Note-se que sempre vai haver uma minoria exploradora que prevalecerá sobre uma maioria que é estimulada a produzir sempre mais. Certamente que este mecanismo é notório do modelo capitalista de desenvolvimento que visa sempre à dimensão relacionada ao crescimento econômico em detrimento de outras dimensões.

Nos termos de Recasens (2000) alguns críticos ao se reportarem ao conceito de desenvolvimento econômico o fazem pelo ponto de vista negativo. Certamente que o processo de desenvolvimento que considera apenas as condições econômicas é historicamente malévolos aos grupos humanos como povos africanos, latinos americanos e caribenhos. Um processo de desenvolvimento justo será possível quando diminuir as desigualdades estruturais ao que diz respeito à evolução histórica e a cultura dos povos.

Historicamente o desenvolvimento de base eminentemente capitalista se pautou na exploração desregrada do local onde se instala. Esta premissa é referendada por Godelier (1981) como mecanismo de ação deste modelo de desenvolvimento, cuja exploração fortalece uma minoria poderosa, onde seu poder extrapola o aspecto econômico alcançando o aspecto cultural. Logo o poder minoritário dominante não é só econômico, mas epistemológico.

Contra-pondo-se ao modelo de produção capitalista narrativas literárias apontam alternativas. Esta alternativa tem como base o princípio da solidariedade comunitária, por exemplo, para produção de alimentos de subsistência, com comercialização do excedente a partir de tecnologia própria (GODELIER, 1981). Portanto ao considerar a cultura e forma de vida das populações, o termo desenvolvimento passa a ter significados de inclusão social e de valorização da cultura local, diferentes da prosperidade material proposto pelo desenvolvimento capitalista.

Nesta perspectiva não se pode preterir o modelo de sobrevivência utilizado pelos povos outrora considerados atrasados. Segundo Lévi-Strauss (2010, p. 33) que: "Assegurados dez mil anos antes dos outros, são sempre substratos de nossa civilização". Logo mesmo estas civilizações, cuja tecnologia é rudimentar ainda podem servir de modelo para o trato do cotidiano na sociedade pós-moderna.

As vertentes intelectuais do conceito sobre desenvolvimento são amplas e bastante diversificadas. O conceito de desenvolvimento capitalista nascido do cientificismo renascentista europeu, ganhou força e foi bastante difundido pelo mundo durante os séculos XVIII, XIX e XX (RECASENS, 2000). Nos termos de Cucho (2002) este movimento capitalista surgiu como uma panaceia para dar conta das desigualdades mundiais fruto dos múltiplos fenômenos sociais contemporâneos.

O projeto capitalista foi um fracasso ao ser copiado pelos países do terceiro mundo por dois motivos. O primeiro devido ao ideal economicista do modelo, onde a difusão mundial do mercado tinha por base nos princípios epistemológico da economia clássica; o segundo pelo eurocentrismo como padrão de desenvolvimento. Sendo assim o modelo não considerava outros parâmetros importantes para o desenvolvimento como indicadores sociais, culturais, ambientais e institucionais (RECASENS, 2000).

No entanto é comum o desenvolvimento ser concebido a partir da construção capitalista. Pieterse (2000) reforça a ideia discutida pelo autor anterior, como uma lógica enraizada no conhecimento cientificista, que segue no sentido do consumo excessivo de bens produzidos. Por conseguinte somente por este caminho da prosperidade material o desenvolvimento é medido, desconsiderando, por exemplo, as culturas de subsistência, que é comum entre os povos amazônicos.

Sabe-se no entanto que a lógica capitalista pela sua ótica marginaliza as populações tidas como pobres. Porém devido à característica cultural destas comunidades que fazem uso das culturas de subsistência, por exemplo, não podem ser consideradas subdesenvolvidas ou por outros termos pejorativos. Ressalte-se que pela sua lógica, pela sua ciência, estas comunidades possuem o suficiente para sua sobrevivência, fato que reflete inclusive na manutenção do seu meio ambiente (LÉVI-SATRAUSS, 2010).

Há de se reconhecer que o processo de desenvolvimento capitalista levou os países desenvolvidos ao melhoramento econômico. Porém Recasens (2000) destaca que este o bom econômico veio seguido de muitas mazelas de consequências irreversíveis principalmente ambientais. Santos (2010) destaca que este modelo eurocêntrico foi mais grave porque trouxe consigo além de degradação ambiental trouxe dizimação de povos e línguas que o chamou de epistemicídios.

Considerando Pieterse (2000) a discussão se torna um dilema na medida em que o problema passa a ser visto por outro ângulo diferente do capital. Ao se rejeitar

o desenvolvimento econômico como modelo de desenvolvimento há necessidade de construir uma proposta que integre a sociedade. Pode-se propor o modelo de vida das comunidades amazônicas que sobrevivem de subsistência e devem ser integradas à comunidade mundial como um modelo propositivo de desenvolvimento e não o contrário.

A questão central discutida entre os autores até agora referente os problemas do desenvolvimento capitalista recai na sua economicidade. Tainter (2000) elabora uma crítica pelo viés da complexidade dos problemas advindos do projeto capitalista de desenvolvimento. O autor sugere que soluções de problemas sociais podem ser encontradas não somente pelos estudos das causas, mas também pelas suas consequências.

Neste sentido Tainter (2000) vincula a complexidade dos problemas às instituições presentes em um determinado local. Nesta perspectiva os problemas assumem magnitude global dada ao avanço tecnológico da humanidade e a revolução informacional, que vão exigir soluções igualmente complexas, muitas vezes auxiliadas por tecnologias complexas. Observe-se que a nível institucional as soluções encontradas recaem sobre um custo financeiro exacerbado exigindo mais capital que impulsiona a roda-viva do modelo capitalista.

A questão levantada por Tainter (2000) é para se refletir sobre as soluções dos problemas complexos. Neste sentido o autor refere que é necessário hierarquizar os mesmos de forma crescentes por complexidade, sendo esta uma estratégia interessante, uma vez que os problemas complexos são formados de peças que o integram. Portanto buscar soluções para resolver problemas em suas origens é fundamental para o sucesso da decisão, possibilitando resolver problemas complexos com soluções simples.

Não obstante alerta-se que em se tratando de sistemas complexos, como o de saúde, Gomes e Gomes (2009) refere que o risco de se resolver problemas complexos com soluções simples, é de camuflar a realidade sobre as origens do problema. Tainter (2000) vai mais longe ao citar que tal disposição pode ter como consequência o agravamento e inevitável colapso do sistema. Logo é primordial produzir informações suficientes com recursos razoáveis para construção de uma solução racional e duradoura.

A discussão tecida sobre a complexidade dos problemas serve para embasar o raciocínio sobre a produção de alimentos pelo modelo de subsistência. Ora,

Tainter (2000) mostra que o aumento da produção para abastecimento das populações nem sempre é garantido com o aumento das horas trabalhadas. Sendo assim a problemática de desabastecimento alimentar em certas populações, não tem sua origem em horas trabalhadas, mas no aumento descontrolado da população e no estímulo ao consumo.

Em vista disso Tainter (2000) aguça a discussão de que as populações que utilizam o modelo de produção de subsistência, não podem ser colocadas à margem de uma condição social das populações ditas desenvolvidas. O autor justifica este seu raciocínio uma vez que comunidades, por exemplo, como as amazônicas por estarem desprovidas em parte do interesse gerado pelo modelo capitalista de produção, pouco se interessam pelo modelo consumista. Neste sentido os pesquisadores devem ter o cuidado quando caracterizarem tais comunidades, pois dever considera em suas análises o estilo de vida e cultura.

A tentativa de se aplicar o modelo eurocentrico de desenvolvimento nos países do hemisfério sul é referida por Restrepo e Escobar (2004) como ocidentalização dos países mais pobres. Neste sentido Pieterse (2000) corrobora com estes teóricos no sentido da homogeneização das culturas a partir da cultura europeia. Isto posto se identifica uma importante incompatibilidade da forma como o modelo capitalista tenta se institucionalizar nos países mais pobres, que tem como consequência às desigualdades em várias ordens.

A questão da aculturação das comunidades mais pobres é tratada por Appadurai (2002) como reflexo da globalização. Então seria lógico pensar que no momento em que se fundem as culturas é criada uma nova perspectiva de vida a partir do modelo de vida dos países desenvolvidos. Este raciocínio supõe que o imaginário popular é alterado, mas que é concebido uma nova disposição cultural.

Contudo naturalmente surge um processo de autoproteção da cultura, que Appadurai (2002) nomeia de movimento de revitalização da cultura. Ressalte-se que na verdade se trata de um movimento contra-hegemônico emanadas de comunidades que mesmo sob forte pressão das culturas advindas dos países nórdicos, resistem e mantêm sua essência, como por exemplo, as populações tradicionais. Portanto há uma forte resistência no sentido da autoafirmação cultural observada por Simonian (2007) e Arruda (1999) na intensa relação de grupos humanos com o meio ambiente e a cultura de subsistência.

4.1 O princípio epistemológico do desenvolvimento

A compreensão da gênese do desenvolvimento moderno tem fonte basilar na epistemologia da modernidade. Segundo Giddens (1991) o movimento moderno é resultante do estilo, costumes e organização da sociedade iniciada na Europa no século XVII e que vai até segunda metade do século XX onde se inicia o período pós-moderno. Esta nova organização da sociedade é consequência da nova forma de vida coletiva, em que a sociedade passa de manufatureira e consumista para a sociedade da informação.

Estas transformações moldam o período pós-moderno se tornam mais evidentes a nível institucional e na organização do Estado. Para Giddens (1991) há superação do paradigma do desenvolvimento social com base na produção exaustiva e consumista para o progresso planejado da humanidade. Portanto o período pós-moderno, alavancado pela revolução informacional, surge na perspectiva de perceber uma pluralidade cultural e de conhecimentos, onde a ciência não é o centro produtor da verdade absoluta, mas uma parte de um conhecimento maior.

A questão central relativa à proposta das ideias modernas nos termos de Giddens (1991) é de que não se pode produzir um conhecimento sistemático somente por uma via sobre o comportamento da sociedade. Logo é necessário buscar novas dinâmicas metodológicas para dar conta das novas demandas da sociedade pós-moderna. Observe-se, no entanto, que a sociedade se torna mais complexa e requer soluções mais complexas, porém menos burocráticas e mais eficientes.

O período moderno é marcado pela mudança radical no estilo de vida da sociedade em vários aspectos. O primeiro a considerar é a forma como esta sociedade se interconecta, não importando às distâncias geográficas existentes entre as mesmas. Neste sentido o distanciamento físico entre os seres humanos não seria mais problema, pois com os avanços tecnológicos dos meios de comunicação as pessoas mesmo distantes estão próximas (GIDDENS, 1991).

O segundo se trata da modificação do cotidiano humano, cuja mudança é intensiva no sentido das relações interpessoais e com meio ambiente. A passagem de um período moderno para pós-moderna há contiguidade entre os períodos, não havendo um hiato claramente definido, sobre tudo do ponto de vista do

conhecimento. Para Santos (2010) e Oliveira (1985) muito embora no período moderno a ciência ganha destaque como única produtora da verdade, sobre tudo nos grandes centros urbanos, é possível perceber em comunidades tradicionais a utilização associada dos conhecimentos tradicionais e científicos.

Giddens (1991) faz uma crítica ao evolucionismo social, que é um dos pilares teóricos do desenvolvimento moderno. Nesta perspectiva o autor destaca embora não se perceba claramente a rotura entre os períodos da evolução humana, mas sabe-se que houve devido as modificações cotidianas da sociedade induzidas pelas ações humanas dispostas em microprocessos.

Portanto a desconstrução da ideia evolucionista objetiva acabar com o ordenamento histórico da evolução humana como se fosse sequencial e homogênea, formulada a partir de uma gênese única, esta ideia é defendida por Durkheim (2012, p. 45), que postula:

Um povo que substitui outro não é simplesmente uma extensão daquele último com algumas características novas; ele é outro, ele tem novas propriedades a mais, outras a menos; ele constitui uma individualidade nova e todas essas individualidades distintas, sendo heterogêneas, não podem se fundir numa mesma série contínua, nem, sobre tudo, numa série única.

Por consequência houve a derrubada do paradigma evolutivo da sociedade humana, que acontece paulatinamente, mas que conserva algumas características das gerações passadas o que explica a transmissão de conhecimentos tradicionais.

Giddens (1991) refere que a mudança significativa provocada sob as rotinas da sociedade global acontece na estrutura das instituições, cujas identificações são visíveis quando observados os seguintes indicadores:

- a) O ritmo acelerado das mudanças no cotidiano das pessoas que é cada vez mais intenso;
- b) As características dessas mudanças são observáveis nas conexões globais que aproximam as regiões mais distantes entre si;
- c) A natureza intrínseca das instituições modernas, como o aparecimento do Estado - nação de bases políticas e jurídicas;
- d) O leque de opção disponível de produção energética;
- e) A formação das cidades urbanizadas que incorporam os núcleos urbanos originários das cidades e dinamizam suas funções em prol de um beneficiamento coletivo ou pelo interesse especulativo imobiliário.

Não obstante são marcantes as características do período moderno. A mudança radical imposta pela ascensão deste movimento provocou uma visível melhora na vida das pessoas, refletida no aumento de sua expectativa de vida (NOBREGA, 1999). No entanto também trouxe consequências desastrosas, degradantes e exploradoras do meio ambiente que incidiram diretamente sobre os seres humanos.

Destarte a ascensão do período moderno foi também a fase de consolidação do poder político. Giddens (1991) refere que embora o poder político fosse uma prática antiga, a partir do período moderno foi dinamizado e incluído o poder militar e ideológico como instrumentos largamente utilizados pelo Estado-Nação para garantir seu poder. Sendo assim o poderio militar das nações mundiais durante o século XX, promoveu dois grandes conflitos bélicos mundiais e que continuam a disseminar outras guerras, agora em regiões mais localizadas em nome do combate ao terrorismo.

O enfrentamento dos problemas gerados no período moderno se deve dar também em campos epistemológicos. Conforme Giddens (1991) o diagnóstico impreciso sobre as bases institucionais deste período, impulsionou e expandiu o domínio do capitalismo como modelo econômico, sendo a industrialização o modelo ideal de desenvolvimento. Observe-se que a epistemologia científica da modernidade embasa a propostas de desenvolvimento econômico.

Ao considerando o ponto de vista epistemológico, a sociologia clássica, se deteve em duas vertentes. A primeira versa de que a sociologia clássica teve como objeto de estudo a sociedade europeia e tornou esta como modelo de sociedade, sendo seus objetos de estudos os problemas sociais; a segunda buscou nas ciências naturais seu método de estudo para compreensão da sociedade. Consequentemente os cânones produzidos balizaram outras sociedades pelos valores europeus, ademais tornou as variáveis sociais estáticas, logo provocando um erro de compreensão destas sociedades fora da Europa (GIDDENS, 1991).

O contexto proposto por Giddens (1991) é de que a partir deste modelo de compreensão da sociedade a ciência teve sua certeza questionada. Assim sendo a prosperidade prometida pelo desenvolvimento econômico deixou uma lacuna uma vez que não alcançou o progresso para todos, justamente neste ponto seu princípio epistemológico é contestado. Logo deflagrando a ideia de que no âmbito das

ciências humanas o conhecimento científico tem seu limite e não pode dar conta sozinho das necessidades cada vez mais complexas das sociedades.

O período moderno também é caracterizado como período dos movimentos colonizadores. Pois foi justamente nesta época que os europeus buscaram expandir seus territórios em busca de metais preciosos e expandir seus mercados e levam consigo também seus conhecimentos e estilo de vida moderno. Por estes últimos pontos o conceito de colonização extrapolada os domínios territoriais, que para Restrepo e Escobar (2004), o termo significa o domínio intelectual, que influencia decisivamente as culturas das sociedades colonizadas.

Pieterse (2000) e Santos (2010) defendem a ideia de que há uma contínua movimentação epistemológica para construção de uma nova ciência. A história da dominação humana, em seu mais amplo aspecto, tem mostrado os limites da ciência ao lidar com os fenômenos sociais e a compreensão, de que mesmo esta nova ciência, tem seu limite. Neste aspecto Lévi-Strauss (2012) refere que é necessário compreender que existem intelectuais produtores de ciência mesmo fora da academia, estes intelectuais produzem a ciência reproduzida do dia a dia das pessoas chamada a ciência concreto.

A partir desta perspectiva nasce a análise do discurso como método surgido na linguística. Nos termos de Pieterse (2000) este método nascido em berço das ciências sociais, requer um exame cuidadoso da linguagem e do texto como um quadro de pressupostos e estruturante dos pensamentos das sociedades, logo esta metodologia se torna uma ferramenta importante para ultrapassar o paradigma da ciência moderna. À vista disso surge o pensamento pós-moderna como alternativa para se compreender o desenvolvimento em novas bases epistemológicas que utiliza o discurso das sociedades (GIDDENS, 1991).

Como referido anteriormente é no berço das ciências sociais que nascem as bases do projeto capitalista de desenvolvimento. Neste contexto epistemológico é importante aprofundar esta discussão, pois como proposto por Pieterse (2000) é necessário um estudo retrospectivo da progressão da proposta do desenvolvimento dominante na sociedade moderna que foi denominada como acidentalismo. Nesta perspectiva surgem propostas de projetos que coloquem o ser humano como objeto central da discussão.

Observe-se que dentre as ciências sociais a antropologia se destaca por ser uma ciência que estuda a humanidade em seus diversos aspectos. Restrepo e

Escobar (2004) ao problematizarem a imagem de uma tradição singular emanada do ocidente define a antropologia como uma prática institucional, disciplinadora das erudições nos aspectos epistemológicos, metodológicos e políticos. Assim é a partir desta premissa disciplinar que a produção teórica tradicional irá padronizar o pensamento ocidental.

A antropologia moderna universalizará o modelo de produção de conhecimento sobre o homem. Como consequência deste domínio a tradições nacionais dominantes, em maior ou em menor medida, limitam a produção do conhecimento em espaço epistemológico direcionado, ou seja, qualquer conhecimento produzido será reconhecido a partir do paradigma produzido pela antropologia hegemônica. Nesta perspectiva como se pode dar um salto para além do conservador, se a metodologia para compreensão da sociedade está formatada por processo padrão de conhecimento? Este é o ponto de partida do raciocínio de Restrepo e Escobar (2004).

Estes autores referem que o argumento de resistência tem que ultrapassar a argumentação do pensamento antropológico hegemônica. Obviamente que a estrutura de uma nova antropologia deve superar o caráter disciplinar da antropologia dominante e avançar no campo da interdisciplinaridade. Ao seguir este sentido pode-se dar um salto no sentido de rompimento epistemológico na forma de pensar as sociedades.

Nesta perspectiva Restrepo e Escobar (2004) refere que ao mudar a lógica de se pensar as sociedades pode se mudar a forma de pensar o desenvolvimento. Observe-se que para refutar a ideologia do desenvolvimento capitalista é necessário o rompimento epistemológico deste movimento. Portanto se cria uma perspectiva conceitual para uma nova proposta de desenvolvimento, por exemplo, o desenvolvimento endógeno.

Portanto o giro intelectual em busca de um novo conceito de desenvolvimento, requer uma nova concepção para antropologia. Nesta perspectiva Riberio (2006, p. 149) propõe a Antropologia do Mundo com a seguinte conceituação:

Trata-se de uma rede que tem como objetivo pluralizar as visões prevaletentes da antropologia em uma conjuntura onde persiste a hegemonia dos discursos anglo-saxões sobre a diferença. Essa perspectiva provém da compreensão de que, em uma época de globalização exacerbada, os antropólogos não têm discutido consistentemente a natureza corrente de sua prática e das transformações que ela atravessa

em escala global. Isso pode ser uma consequência da hegemonia internacional da antropologia norte-americana e suas tendências a confundir suas próprias crises internas com uma global.

Logo o autor envolve um reconhecimento crítico do espaço epistemológico de onde a antropologia emergiu e continua funcionando, as micropráticas são relações de poder entre diferentes tradições e locais antropológicos nascidos das academias europeias e estadunidense.

Ao identificar as diferenças relacionadas ao poder entre as diferentes localizações de estudos antropológicos, Restrepo e Escobar (2004), Ribeiro (2006) sugerem que seria necessário analisar suas formas sutis. Assim sendo tais diferenças mesmo ínfimas condicionam a forma de se aproximar das comunidades pelo método hegemônico advindos das tradições britânicas, francesas e estadunidenses. Sendo assim fica impossível perceber um cenário plural de culturas, se não por uma visão da antropologia mundial.

Segundo Restrepo e Escobar (2004) é importante perceber um conjunto de opções favorecidos pela conceituação do termo antropologia mundial. Observe-se que os autores propõe um valor semântico ao termo e se pode pensar em antropologias peculiares de valores iguais em termos de conhecimento. A partir desta concepção se reconhece as antropologias indígenas, nativas, sul e periférica, ou seja, uma pluralidade antropológica de acordo com uma pluralidade social e cultural.

Contudo há de se observar o caminho normal da evolução científica da antropologia. A partir do período pós-moderno se concebeu que as teorias sustentadoras das ciências, inclusive da antropologia mundial, em algum tempo e lugar vai ser superada e dar lugar a uma nova teoria, que por sua vez vai ser superada por outra e nova teoria. Segundo Bobbio (2006) este movimento normal do conhecimento pode ser caracterizado como a segunda Lei da dialética marxista.

Observe-se que até aonde foi discutido, é notória a tendência da antropologia hegemônica subalternizar metodologicamente as produções científicas que estudam o ser humano. Para Ribeiro (2006) fazer crítica a este aspecto colonizador da antropologia dominante, é estar rompendo com uma forma de elaboração do pensamento colonizador e moderno. Logo se cria campo para o surgimento de uma forma de pensamento pós-moderna ou anticolonizadora do ponto de vista metodológico.

Ribeiro (2006) define a antropologia hegemônica como sendo formações discursivas e práticas institucionais associadas com normatização disciplinar de origem europeia e estadunidense. Para este autor a influência de lógica alcançará o campo acadêmico que se refletirá na formação dos profissionais e na elaboração das produções acadêmicas. Por conseguinte influenciará a vida prática das pessoas induzindo modelos, estrutura e valores cotidianos.

O contexto epistemológico e político onde está inserida a antropologia hegemônica produz discurso e prática ideológica e servem de modelo para elaboração do pensamento compreensivo das populações. Esta percepção da realidade em buscar sempre por suportes na historicidade e especificidade cultural de suas próprias práticas discursivas, têm fortalecido e consolidado a antropologia dominante. Portanto é a partir desta prática de raciocínio que o pesquisador que tem por base o raciocínio hegemônico interpretará outras culturas (RESTREPO; ESCOBAR, 2004).

Esta modalidade de articulação para Ribeiro (2006) está indissolúvel e inserida nas instituições educadoras. Logo é exatamente por este motivo que algumas classes de profissionais que adquiriram um reconhecimento subestimam a importância dos outros profissionais, que muitas vezes atuam na mesma área. Este ponto é importante para reconhecer que os problemas complexos da sociedade atual, não podem ser resolvidos por um único profissional, mas por conjunto multiprofissional.

Para Ribeiro (2006) a antropologia hegemônica se reproduz através das transmissões do conhecimento produzido e publicado. Desta forma a compreensão da realidade social se difunde na medida em que se propaga suas regras em grandes centros de excelência do conhecimento. Dessa forma também define o que, quem e como se deve conhecer, pois o modelo hegemônico detém o controle epistemológico do conhecimento.

Restrepo e Escobar (2004) vão mais além e propõem que por traz destas dinâmicas existem interesses econômicos. Esta premissa é pertinente quando se vincula a produção científica ao mercado das publicações que estruturalmente é extremamente voraz e competitivo. Portanto este fato por si só é motivo de cerceamento das produções intelectuais que fogem do padrão metodológico estabelecido pela modelo hegemônica.

Não obstante se infere destes autores o caráter adaptativo deste tipo de conhecimento aos novos tempos. Restrepo e Escobar (2004) refere que as antropologias são constituídas por mudanças que sempre disputam a ordem do pensado humano previsível e passível. Por consequência configuram um horizonte de inteligibilidade das suas produções intelectuais, criam possibilidades transformacionais devido o domínio disciplinar e impõe limites, define identidades e tendências como forma permanente de atualização.

A base do desenvolvimento capitalista centrada na produção disciplinar da academia anglo-saxão é difusa. Sua eficiência está nas restrições disciplinares impostas para o controle da produção do conhecimento advindo das disciplinas hegemônicas. Para Ribeiro (2006) em sua premissa controladora, a disciplina, impõe filtros metodológicos, cujas práticas institucionais e relacionais de poder perpassam pelo seu padrão seja para circulação ou consumo do conhecimento não importando o sujeito e sua respectiva subjetividade.

Logo, as micro-práticas acadêmicas anglo-saxãs definem não só uma específica grade de ideias, mas impõem autoridade sobre as produções acadêmicas. Ribeiro (2006) referenda que está nas micro-práticas o poder imperceptível da antropologia hegemônica, que deve ser entendida em termos integrais, não reduzíveis em se tratando dos seus domínios discursivos. Portanto não se deve subestimar seus mecanismos de controle através das quais a torna efetiva e reproduzível.

Para Restrepo e Escobar (2004) este regime moderno de poder é também colonial. Nesta perspectiva a colonialidade definida com a subalternização dos conhecimentos e culturas pertencentes a grupos humanos oprimidos e excluídos que necessariamente acompanham esta forma de domínio que é potencializado pelo processo de globalização. Portanto não há modernidade sem colonialismo, ambos fazem parte de um modelo de desenvolvimento que visa somente o aspecto econômico, pretere os aspectos culturais, sociais, institucionais e ambientais.

A questão que envolve o poder é colocada por Restrepo e Escobar (2004) e Ribeiro (2006) considerando que o regime moderno impõe regras e define a estrutura epistemológica das disciplinas. Neste sentido se constitui as autoridades que passam a ter o direito de decidir sobre as temáticas que são importantes para serem discutidas pelas academias. Ademais são temáticas que muitas vezes não condizentes com as necessidades humanas, sendo exatamente este indicador que

dá o caráter colonizador das ideias emanadas das escolas estadunidense, inglesa e francesa.

Portanto é a partir deste princípio que as academias criam os *expert* como um produto de uma sociedade moderna/colonial. Para Santos (2010), Ribeiro (2006), Restrepo e Escobar (2004) estes intelectuais dominam um tipo específico de conhecimento e se tornam o principal modelo para configurar e interpretar a subjetividade do mundo. Ressalte-se que o foco sempre será a domesticação da qualidade das produções sobre cultura e sociedade, portanto, velam os movimentos de caráter conservador, mas impõe o rigor metodológico, o caráter instrumental e intemporal do conhecimento hegemônico.

Esta conjuntura segundo Ribeiro e Escobar (2008) faz com que a disciplinas hegemônicas subalterne outras disciplinas. Observe-se que desta, emergem as disciplinas acadêmicas como uma série de procedimentos de formatação, investigação, escritura, publicação e constatação, normatizada pelo padrão das disciplinas hegemônicas. Em consequência estabelece o caráter derivado entre as disciplinas.

Para Ribeiro e Escobar (2008) embora a antropologia hegemônica tenha produzidos cânones, isto não significa que estes clássicos são homogêneos. Obviamente que é necessário que o pesquisador conheça estas produções e perceba que se trata de uma literatura sob a condição de existência institucionais e discursivas, que consolidam as elites acadêmicas. Portanto devem ser entendidas como um equilíbrio ténue e resguardadas as possibilidades de refutação ou não dentro de uma produção acadêmica.

Outra forma de dominação não menos perversa do controle teórico das produções hegemônicas são a de caráter interno. Segundo Casanova (2006) nomea este tipo de dominação de colonialismo interno ou neocolonização por se tratar de uma forma de dominação opressora de grupos humanos minoritários sobre grupos humanos majoritários. Originariamente surge das desigualdades internas institucionalizadas pelo Estado-nação que adota um perfil de desenvolvimento de caráter eminentemente capitalista.

Em resistência a esta força coercitiva interna, grupos humanos oprimidos empreitam lutas contra este tipo de domínio hegemônico. Para Casanova (2006) estas lutas se dão em campos econômicos, políticos, sociais e culturais, sendo que o poder está nas mãos do Estado. Para Ribeiro (2006) estes povos resistem e

engendram meios alternativos antissistêmicos, em busca de sua sobrevivência autônoma dentro do Estado-nação.

O embate contra o conservadorismo as produções hegemônicas, segundo Casanova (2006), têm incomodado adeptos desta linha de raciocínio. A questão a que o autor se refere perpassa pela negativa destes intelectuais ideológicos em conceberem qualquer tipo de relação entre nações desiguais. Por conseguinte estes intelectuais assumem uma posição ilusória de superioridade em virtude das relações entre os povos de explorador e explorado.

Ademais o autor ainda acrescenta que contrário à teoria ideológica há outras correntes vanguardistas. Conforme cita Casanova (2006) neste entremeio surgem pensadores adeptos do movimento de libertação social, que concebem o poder emanado de um pensamento dialético. Este movimento é mais uma forma de superação do paradigma moderno, no sentido da quebra do poder do Estado-nação cujo arcabouço político é colonial.

Não obstante este movimento de libertação surge para se opor ao pensamento colonizador. Observe-se que Casanova (2006) se referir aos governos centralizadores que possui como estratégia o enfraquecimento do poder do povo, no sentido de debilitar e desestabilizar as insurreições surgidas. Porém a história tem mostrado que esta manobra muitas vezes foi contida e rebatida tendo o poder central destituído em prol de uma nova ordem social.

Para Casanova (2006) estes povos reagem contra um Estado tirano que não respeita os direitos humanos. Tal situação tem sido estímulo para as lutas em busca da reversão dos cenários de desigualdades sociais, onde o Estado governa através de preceitos não democráticos. Segundo o autor este poder é neocolonizador e fazem frente às elites representantes de etnias ou classes que integram a sociedade.

O movimento contra o colonialismo interno foi percebido nos idos da década de 60 e ganha força no final do século XX. Neste contexto surgem como representantes dos movimentos as etnias oprimidas que busca autonomia e lutam por um estado multiétnico. Portanto Casanova (2006) acrescenta que estas lideranças acreditam na possibilidade de um novo mundo.

O colonialismo interno tem antecedentes na opressão, exploração e injustiças institucionalizadas deixadas pelo colonizador. A partir de então é para se refletir que quando o Estado governa com a postura autoritária e antidemocrática, na verdade

está replicando o modelo institucional herdado. Essalte-se que a história tem mostrado que é possível os movimentos de resistência derrubarem os Estados com estas características, sendo que muitas vezes através de lutas armadas (CASANOVA, 2006).

Segundo Casanova (2006) as manifestações reagentes ao colonialismo interno são percebidas pelas seguintes passagens:

a) Pela fissura por parte das populações oprimidas que lutam contra o desenvolvimento capitalista. Estas lutas não são parecidas como luta pelo poder do Estado-nação centralizador, mas para a busca de um Estado-nação multiétnico, cujo poder é compartilhado por todos, pensado para todos, por todos;

b) Os movimentos contra-colonialismo mesmo em suas versões mais conservadoras são pelo etnicismo consequência de lutas étnicas, uma vez que o Estado colonizador nega ou oculta às lutas de classes ou anti-imperialistas e

c) A ideia de colonialismo interno é rechaçada em nome das lutas de classes, pois tal colonialismo apresenta características da dominação dos países europeus. Esta dominação também é rejeitada por argumentações sociológicas, antropológica ou da ciência política, que revida a argumentação de que as populações tidas como subdesenvolvidas ou atrasadas é um problema eminentemente cultural da sociedade tradicional, que não se adequa aos preceitos da modernização, razão pela qual não se integra nacionalmente ao estado homogêneo unilingue e unicultural.

O discurso ideológico do colonialismo interno é de que a consolidação do Estado-nação pela perspectiva do desenvolvimento modernista levará o povo ao progresso e prosperidade. Estas assertivas pelo ponto de vista de Casanova (2006) tem origem na base epistemológica da modernidade, que se utiliza de teorias acadêmicas para se referir a uma inferioridade dessas populações. Na verdade, se trata de populações vulneráveis, mas que são reagentes, portanto, não se submetem à exploração colonial nem de classe.

Observe-se que segundo Casanova (2006) o discurso do Estado centralizador salienta que verdadeiramente o progresso está em que todos os cidadãos, que são iguais perante a Lei. Tal discurso ideológico encobre problemas de segregação entre os povos mesmo dentro da própria etnia. Portanto, é necessário um constante exercício de se pensar em direitos sociais e coletivos em vez de direitos individuais.

A partir dos discursos sob social-democracia, liberdade nacional, política globalizadora e o neoliberalismo que as grandes corporações se instalam nos países em desenvolvimento. Infere-se de Santos (2010) que estes discursos encobrem os reais interesses dessas grandes empresas no sentido de exploração dos recursos naturais com a implementação de grandes projetos. Na verdade é mais uma faceta do neocolonialismo capitalista, que tem no Estado, mais um aliado.

Neste contexto as corporações transnacionais e os grandes projetos promoveram uma integração global. Para Santos (2010) na verdade se tratou de busca por mais mercado que pudesse ser regulado a seu favor, ou seja, a favor de um neocolonialismo. Logo se observa que na verdade se tratar de outra forma pelo qual o desenvolvimento capitalista age e se distribui em cada país, sendo as grandes empresas e os grandes projetos a ponte entre a neocolonização e o mercado.

Deste modo a política globalizadora e neoliberal das grandes empresas visa a sua organização em rede. Conforme Casanova (2006) esta disposição das grandes corporações garante seu caráter transnacional e direciona sua produção de acordo com mercado suas instalações. Portanto, para o autor esta relação é perversa, porque sempre se trata de dominação para exploração regional dos recursos naturais, sem respeito aos direitos humanos, promotora de políticas de exclusão social, logo acirrando as desigualdades sociais.

A neocolonização tem seus princípios epistemológicos na ciência racionalista e sua base no desenvolvimento capitalista surgidos no mundo ocidental e moderno. Neste sentido Pieterse (2000) sugere o anti-ocidentalismo ou anti-modernismo como alternativa crítica. Este movimento contrário possui as bases epistemológicas discutidas para as antropologias mundiais, nas quais permitem múltiplas opções nas dimensões sociais, culturais, econômicas, institucionais e ambientais.

4.2 Movimento de resistência de base epistemológica ao desenvolvimento capitalista

O estudo da arte realizado para este trabalho mostrou que é necessário o entendimento sobre a essência do desenvolvimento capitalista nas bases teóricas de sua concepção. Não obstante se reconhece que a epistemologia é a chave teórica para entender a complexa do desenvolvimento disseminado globalmente.

Neste capítulo são tecidas algumas discussões no sentido de compreender epistemologicamente os mecanismos resistência anticapitalistas.

A compreensão epistemológica sobre o desenvolvimento capitalista se inicia com o questionamento dos resultados gerados pelo conhecimento científico que o fundamenta. Esta premissa parte pela crítica às práticas das ciências sociais hegemônicas que são referências teóricas que influenciam disciplinarmente outras escolas. Em princípio a crítica incide no conhecimento científico da modernidade ou ciência racionalista.

Ao surgir em berço moderno este tipo de conhecimento começa a ser questionado nos anos 60 e 70, onde se levanta dúvidas dos resultados não alcançados pelo conhecimento científico. Santos (2010) refere que esta forma de conhecimento gerado pela academia europeia e mais tarde pela estadunidense prometeu o progresso econômico que incidiria positivamente na vida humana. Porém o autor refere que devido à complexidade da sociedade moderna o progresso prometido pela ciência não atendeu às necessidades surgidas desta sociedade deixando uma lacuna entre o passado e futuro da humanidade.

Para Santos (2010) a partir deste contexto autores pós-modernos começam a questionar a natureza da hegemonia da ciência racionalista. Este autor argumenta que sem desmerecer o impacto positivo desta ciência na vida humana, mas esta mesma ciência, veio carregada de efeitos colaterais danosos para a vida humana. Tais efeitos são traduzidos principalmente em degradação ambiental e marginalização de outras formas de ciência.

A partir desta crítica os intelectuais principalmente emanados dos países em desenvolvimento, buscaram produzir um conhecimento mais comprometido politicamente em diminuir as desigualdades em suas diversas faces. Conforme Santos (2010) esta tendência deu base para os movimentos de resistência contra-hegemônicos.

Infere-se de Restropo e Escobar (2004) a nova produção de conhecimento deve atender aos anseios das populações vulneráveis. Estes autores destacam que o conhecimento produzido deve se estruturar a partir de uma política comprometida com a inclusão social que contraste com o domínio político colonial de produzir conhecimento. Para se alcançar este patamar é importante reconhecer a diversidade e heterogeneidade cultural entre os povos.

A questão levantada então seria, de como ultrapassar uma proposta acadêmica disciplinar de bases epistemológicas hegemônicas sólidas? Tanto Restrepo e Escobar (2004) e Giddens (1991) reforçam a ideia de que é importante reconhecer as características da produção científica do período moderno e pós-moderno. Este raciocínio sugere a necessidade de promover giro interpretativo, ou seja, um deslocamento da estrutura do raciocínio sobre a realidade (RESTREPO E ESCOBAR, 2004).

Estes autores referem que o modelo construtivista cultural crítico seria uma opção para o giro interpretativo. Observe-se que perceber a realidade por outro ângulo se despidendo de todos os conceitos ideologicamente absorvidos dentro de uma academia (moderna) seria tarefa fácil. Contudo o giro interpretativo consistiria de passar do modelo de produção culturas-como-texto, para textos-sobre as culturas, desta forma inaugurando uma mova proposta de compreensão da realidade.

O giro interpretativo é importante na construção um método mais interpretativo da realidade social humana, mas aceitando seu limite metodológico no trato dos fenômenos sociais. Segundo Ribeiro e Escobar (2008) é necessário observar que esta nova dinâmica de apropriação da realidade nas ciências sociais pós-modernas está no rigor metodológico das ciências naturais que não cabem no estudo da humanidade. Então esse seria o primeiro ponto a ser questionado sobre os princípios epistemológicos das ciências sociais hegemônicas.

O principal ponto a ser atacado das ciências sociais hegemônicas pela crítica pós-moderna, é a sua prática textual. Pois é exatamente a esta forma de elaboração do raciocínio moderno que influencia a construção das teorias sobre populações através de etnografias realistas. Sendo assim a nova prática textual deve perceber outras vozes, novas percepções, diferentes estilos de vida, que as culturas são heterogêneas e possibilitar uma natureza dialógica interdisciplinar.

O giro textual ou cultural nos termos de Ribeiro e Escobar (2008) promoveu importantes possibilidades para o surgimento de etnografia e considerações anti-hegemônica da cultura. A partir de então foi possível discutir temáticas, por exemplo, sobre a emancipação do gênero feminino que desbancaram os clássicos acadêmicos. Para Santos (2010) se cria novas perspectivas em termos de abertura de espaços para classes vulneráveis para se fazerem ser percebidas.

A reforma intelectual anti-colonizadora do giro textual perpassa por mudanças muito mais radicais. Nesta perspectiva Ribeiro (2006) relata que a nova ideia deve ser debatida nos centros de difusão das ciências sociais hegemônicas, ou seja, as instituições produtoras de conhecimento e suas práticas de produção intelectual. Sendo isso possível somente através de um debate denso e contínuo de ideias, mas considerando os problemas reais da sociedade multicultural.

Esta construção intelectual a partir de Restrepo e Escobar (2004) deve ir ao encontro de (a):

a) Percepção de que o cerne da produção intelectual colonizadora está no conjunto de conhecimento produzido a partir dos valores estadunidenses, ingleses e franceses, que ao se replicarem nos países de terceiro mundo, não deram certo, haja vista, que o encontro teórico entre ocidente e outras culturas se fizeram na perspectiva de dominação histórica pelo pensamento ocidental;

b) Que o homem ocidental não é o centro do mundo, nem tão pouco detentor do conhecimento total sobre a realidade;

c) Aplicação da metodologia interdisciplinar nas ciências sociais e humanas, a partir de análise crítica da episteme moderna e da sua relação ocidental;

d) O contexto interdisciplinar é uma possibilidade de libertação intelectual do colonialismo/imperialismo, no sentido de considerar todo conhecimento como válido, portanto, no espaço cabem múltiplos conhecimentos e várias verdades;

e) Desilusão de que mesmo pela emergência de uma nova episteme, esta não dá conta da compreensão do universo das relações humanas, sendo válida por um período, que futuramente será refutada por uma nova episteme em um novo tempo;

f) Criação de um cenário paradigmático teórico anti-colonizador para enfrentamento das várias facetas do poder;

g) Produção de textos sobre realidade social, perspectivas epistemológicas e das práticas acadêmicas;

h) Teoria epistêmica que configure o conhecimento e poder para além do paradigma da modernidade;

i) Nova proposta social e política pautada numa antropologia mundial, que discuta projetos descolonizador social e político integrado aos aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais e institucionais.

Certamente que o desafio maior das ciências sociais pós-modernas é em se fazerem ouvidas, vistas e lidas. O rompimento com o paradigma da

modernidade/colonizadora se materializará como uma produção, cuja metodologia não pode advir ciências naturais (SANTOS, 2010). Observe-se que somente produzir ideias não é suficiente para fazer frente a uma ideia colonizadora, mas criar uma demanda crítica de intelectuais desprovidos de preconceitos capazes de debater o tema, além de abrir um canal de difusão deste debate.

4.3 Aspectos gerais das políticas públicas e da gestão

O projeto de desenvolvimento nascidos nos países industrializados trouxe consigo a complexidade da sociedade traduzida em problemas e soluções. Para dar conta, sobre tudo, dos problemas modernos, o Estado formulou propostas de atuação para garantir a ordem social e o bem-estar da população. Esta organização se deu na forma de políticas públicas que para Simonian et al. (2010) nem sempre são acompanhadas de ações concretas de viabilidade.

As políticas públicas passam a constar na agenda de discussão do Estado quando os problemas da sociedade se tornam complexos. Neste sentido, sobre tudo o Estado moderno, vai buscar na ciência as respostas necessárias para dar conta da nova demanda social (VIDAL, 2014). Contudo tais problemas requerem soluções rápidas e complexas, sendo um desafio para a gestão.

Segundo Souza (2006) para ciência, o tema sobre política pública surge na Europa pelo desdobramento de pesquisas sobre as relações entre Estado e o governo. Nos Estados Unidos da América o interesse pela temática surge pela curiosidade em estudar as ações do Estado. Portanto aguçando a curiosidade dos intelectuais em compreender sua gênese e suas características.

Compreender o tema sobre política pública é importante conhecer sobre sua origem. Originalmente o tema surge na década de 30, através da discussão pela academia sobre análise racional das ações do governo, que induzida pela ciência apontava formas de organização do Estado. Observe-se que para o Estado, a ciência pode oferecer soluções capazes de dar conta da demanda da população, que naquela década estava em plena expansão.

Historicamente após a 2ª guerra mundial há um aumento do interesse da ciência pelas ações Estado. Conforme Souza (2006) no pós-guerra a sociedade foi submetida a uma dinâmica industrial e exigiu do Estado uma nova forma de

organização de suas ações. Logo exige do Estado uma melhor organização estrutural e financeira, cujas ações se devem dar de forma planejada.

Nos países em desenvolvimento o tema político público surge como emergência. Considerando suas desigualdades sociais, o Estado tenta organizar suas ações de forma fazer fluir melhor as informações para mitigar os problemas da sociedade que nestes países são alarmantes. Neste contexto a informação é importante e um ponto nevrálgico na administração pública.

Ao se referir sobre a importância da informação na elaboração das políticas públicas pela gestão, Vidal (2014), reforça a importância da ciência no contexto. Logo a produção científica é o substrato para condução administrativa do Estado. Porém o autor adverte sobre a fragilidade dos dados coletados, uma vez que estes podem levar a um erro de interpretação de pontos da realidade social.

A informação vai subsidiar a tomada de decisão de um gestor e a formulação da política pública. Com a dinâmica social e complexidade dos problemas a partir do período moderno a tomada de decisão se torna mais complicada requerendo ser feita em periodicidade variável dependendo da emergência do problema. Neste contexto surge o planejamento que se torna uma ferramenta indispensável para o Estado que busca a eficiência da máquina administrativa.

Observe-se que o Estado como executor das ações e criador de regras, necessita de dispositivos organizacionais. Para Vidal (2014) a organização burocrática da política pública perpassa por diretrizes jurídicas que vai caracterizar o Estado de direito. Portanto há um rito jurídico a ser seguido sem o qual o Estado não pode ignorar.

Considerando a importância da ciência na elaboração de uma política pública, uma corrente de intelectuais defende a ideia de que a racionalidade da ciência por si só não atende à demanda de problemas sociais. Souza (2006) refere que é necessário observar as relações de poderes que permeiam as fases do processo de construção da política pública. Logo o autor oferece outra variável para se pensar a política pública uma vez que é importante estar atento aos interesses muitas vezes camuflados.

A partir de 1965 as políticas públicas assumem outra dinâmica e seus estudos são mais intensificados sob a teoria de sistemas. Conforme Gomes e Gomes (2009) estes sistemas são formados por um conjunto de elementos ou partes inter-relacionados e interdependentes chamadas de subsistemas, cujo objetivo é resolver

um problema. Assim sendo a estratégia para se pensar numa política pública admite um raciocínio complexo de relação causa e efeito e requer uma metodologia apropriada para compreensão do problema.

A modernidade tornou os problemas da sociedade mais complexa e difíceis de serem solucionados pelo Estado. Por conseguinte isto se torna um problema para gestão pública pois aparecem novas variáveis que a influência direta ou indiretamente. A gestão cabe o controle destas variáveis que nem sempre dependem das ações do Estado mas requerem soluções.

Inicialmente pensada para dar respostas à demanda social, as soluções emanadas pelo poder público eram simples e superficiais. Mas no início da década de 90 surgem várias teorias entre elas a incrementalista, cuja decisão do gestor não considera os protocolos da política pública. Este tipo de gestão pode levar a uma má administração da coisa pública e aumentar as desigualdades sociais e nos termos de Tainter (2000) evoluir para o colapso do sistema público.

O trabalho de Couto, Castro e Marin (2002) alerta para a importância de conceituar o termo políticas públicas. As autoras seguem pelo viés da saúde, que compreende como estudos sobre a interface disciplinares que congregam a saúde humana e os ecossistemas as modalidades de intervenção na sociedade. Neste contexto as autoras propõe uma discussão sobre sustentabilidade em saúde.

Outro conceito bem difundido pela literatura é a de Souza (2006). O autor define como política pública o campo de estudo sobre a política que analisa o governo à luz das grandes questões públicas, ou ainda, são ações do governo que pensado cientificamente a partir das ciências políticas, são passíveis de análise sobre o universo público. Observe-se que por esta perspectiva o termo é mais abrangente, pois engloba as dimensões sociais, culturais, econômicas, ambientais e institucionais.

Derivada da conceituação de Souza (2006) outro conceito de política pública é bastante útil. As políticas públicas podem ser concebidas como uma somatória das atividades do governo em prol da sociedade. Estas atividades agem direta ou indiretamente impactando na vida do cidadão positiva ou negativamente ou o que o governo escolhe fazer ou não.

Então a função do Estado é de opinar por políticas públicas direcionadas a um foco que pode ser pontual ou geral. No entanto estas políticas devem responder às questões dimensionais sobre quem ganha, o motivo que levou a sua elaboração

e o impacto de sua implantação. Portanto do ponto de vista prático, os aspectos ligados à essência da política pública deve ser considerado, permitir o debate de ideias observando os interesses (SOUZA, 2006).

Observe-se que o cenário em que se instituem as políticas públicas requer um prisma interdisciplinar para visualiza-los, pois agrega indivíduos, instituições, intenções, ideologias e interesses. Para Vidal (2014) é exigido do poder público uma visão holística sobre seus efeitos através de um olhar múltiplo que resulte em planos, programas, projetos e gere bases de dados para informação e pesquisa. Portanto exige do Estado no mínimo uma organização e estrutura para perceber as relações e as gestão das políticas.

O governo por ser o executor das ações se torna a instituição mais importante do Estado. Assim sendo seu papel é relevante principalmente na complexidade do mundo moderno que para tanto requer uma relativa autonomia. Esta flexibilidade em termos de autonomia que o governo obtém em maior ou menor grau, dependerá da coalizão que integra o governo e do tipo de política formulada (VIDAL, 2014).

Portanto, Souza (2006) apresenta quatro tipos de políticas públicas, relacionadas aos recursos financeiros e a estrutura do poder que são:

a) Políticas distributivas cuja proposta geralmente privilegia alguns grupos sociais em detrimento de outros, o que lhe dá característica mais individualista que coletiva;

b) Políticas regulatórias ou burocráticas, cuja presença do estado é mais perceptível no sentido de controle de aspectos econômicos;

c) Políticas redistributivas de perfil corretivo, pois impõe perdas concretas a grupos sociais anteriormente privilegiados com as vantagens advindas das pela política pública e que são redirecionadas para outros grupos, por exemplo, sistema tributário, sistema previdenciário e

d) Políticas constitutivas ou estruturadoras de perfil mais político, que para dar conta dos problemas, criam instituições que modificam certos objetivos do governo. Este tipo de política é muito comum nas mudanças de gestão.

Certamente que para se pensar uma política pública não poder ser de forma aleatória como discutido anteriormente. Para Vidal (2014), Souza (2006) a ideia de que é necessário observar aspectos impactantes na vida da sociedade após aplicação de uma dada política pública. Portanto se propõe a implantação de um

sistema de avaliação e controle que efetivamente seja utilizado pelo governo como ferramenta de gestão.

Souza (2006) sugere que é comum a política apresentar um ciclo ordenado para que produza efeito desejável. O autor ressalta que é necessário definir uma agenda com tópicos importantes relacionados ao objeto da política, objetivando debater exaustivamente os resultados das avaliações da tomada de decisão com base numa análise criteriosa a partir de indicadores. Observe-se que fica novamente em evidência a necessidade organizacional do Estado no sentido de canalizar as informações para uma tomada de decisão.

Não obstante é importante que na concepção intelectual da política pública a credibilidade, que deve ser um componente inerente às regras conforme refere Souza (2006, p. 36):

Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, podemos extrair e sintetizar seus elementos principais:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.
- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.
- A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Portanto a conformação das políticas públicas envolve uma gama de atores que pertencente a um contexto específico dentro e fora do governo em que há elementos simbólicos estruturante nas políticas públicas (VIDAL, 2014).

A concepção epistemológica sobre a formulação das políticas públicas deve ser debatida abertamente pela ciência. Neste contexto deve ser considerado todas as vertentes metodológicas ou mesclas destas e traduzida para uma linguagem acessível às comunidades para contribuírem propositivamente. Sem dúvida que este tipo de concepção de uma política pública é a mais indicada.

Faria (2003) quando discorre sobre as possibilidades metodológicas para os estudos sobre políticas públicas, elenca as principais vertentes analíticas exploradas pela academia a saber: a institucional; as formas de atuação e impacto dos grupos e das redes; os condicionantes econômicos e sociais no processo de produção das

políticas; as teorias de escolha racional e o papel das ideias e do conhecimento. Logo revela que as vertentes possuem um conteúdo muito vasto e que requer uma metodologia adequada para sua compreensão.

Neste sentido o autor descreve que *a priori* é importante o debate sobre ideias e as vertentes analíticas para elaboração de uma política pública. A busca por uma coalisão adequada e heterogênea é importante para diversificação das ideias, explorando um campo maior de possibilidade. Estes são quesitos fundamentais para o sucesso da política.

Ao empregar a teoria de sistema para estudar as políticas públicas é uma forma interessante de compreensão de sua funcionalidade. Porém Faria (2003) destaca que inicialmente os pesquisadores acreditavam que as políticas públicas são os *inputs* do sistema político, isto fez com que os mesmos centrassem suas discussões sobre o processo de gênese e formação da política. Nos dias atuais esta lógica muda de configuração e as ciências políticas passam a ser observadas como os *outputs* do sistema.

A compreensão das políticas públicas pela teoria de sistemas nos termos de Vidal (2014), sugere que o que interessa são as relações entre os agentes indutores do sistema. Logo as relações entre os agentes se dão na caixa preta do sistema e que como sistema, nada pode ser preterido. Ressalte-se que é importante conhecer todas as partes do sistema, sendo os *inputs* representados pelas origens da política pública, *outputs* os impactos e a caixa preta campo onde ocorre as relações sociais para concepção de uma política pública.

Estes estudos recaem sobre as relações entre os agentes que possuem ideias e conhecimentos, que para suas análises (das relações) é impossível pela visão disciplinar. Deduz-se que a metodologia adequada referida por Faria (2003) seria a interdisciplinaridade. Porém não se pode descartar nenhuma parte do sistema que compõe a política pública, seja, para sua elaboração, compreensão e análise.

A metodologia interdisciplinar de compreensão das políticas públicas é exigida como vimos, devido à complexidade dos problemas emanados pela sociedade. Porém Faria (2003) refere outro óbice importante direcionado a elaboração e execução das políticas públicas, a desestruturação dos governos, despreparo dos gestores e pouca participação popular na gestão do Estado. Logo

tem-se os requisitos para formulação de uma política pública participativa, onde governo e sociedade dialogam

A questão da desestruturação do governo se refere ao baixo grau de formalidade com os processos públicos. Vidal (2014) e Faria (2015) corroboram da ideia de que o grande problema do baixo grau de formalidade do governo se reflete na precariedade das informações para tomada de decisão. Esta problemática vai incidir em uma equivocada política pública e conseqüentemente seus resultados medíocres com impactos decepcionantes ao esperado sobre a população.

Outro ponto importante inferido de Faria (2003) é quanto às principais variáveis que compõe as políticas destacando entre elas as cognitivas, estruturais, políticas e conjunturais. Centrando-se nas variáveis cognitivas, estas são direcionadas as universidades, que são produtoras de conhecimento, que nos termos de Silva (2012, p. 10): “[...] são instituições que têm um papel fundamental no delineamento e encaminhamento das melhores estratégias para reorientar o curso histórico”. Portanto as universidades têm que dar sua parcela de contribuição, rompendo as tradições conservadoras de isolamento da sociedade.

As discussões sobre o modelo de políticas públicas perpassam pelos seus objetivos que Faria (2003, p. 24) chama atenção para alguns modelos, entre eles, o *advocacy coalitions* para análise das políticas públicas sobre o qual refere:

[...] *advocacy coalitions* está interessada em explicar os padrões de mudança nas políticas públicas em um mundo cada vez mais interdependente e marcado pela incerteza. Focaliza as interações no interior das e entre as distintas coalisões de *advocacy*, cada uma consistindo de atores de uma variedade de instituições, governamentais ou não um conjunto de *policy beliefs* (crenças políticas - tradução nossa) e atuam dentro de um dado subsistema de políticas ou área setorial específica. *advocacy coalitions*. Buscam distinguir em cada coalizão: a) um núcleo duro de axiomas normativos fundamentais; b) núcleo político – composto por posições fundamentais acerca dos cursos de ação preferenciais, que são consensuais entre os participantes; c) uma multiplicidade de decisões instrumentais necessárias para implementar o núcleo político.

Embora o aprendizado das políticas altere, muitas vezes, os aspectos secundários do sistema de crenças de uma coalizão, as mudanças no núcleo duro de programas governamentais requerem uma perturbação em fatores não cognitivos externos ao subsistema.

Dessa forma o autor desvela a complexidade do caminho a ser percorrido pelos pesquisadores que tratam sobre a temática, além dos diversos conceitos debatidos pela comunidade mundial.

Especificamente no Brasil Faria (2003) observa a fragilidade dos estudos sobre políticas públicas centradas em duas evidências. A primeira referente ao

tratamento secundário dado pela academia às ideias e conhecimentos que formam as coalizões que são bases de sustentação das políticas públicas. A segunda se refere aos governos que pouco utiliza os sistemas de avaliação como instrumento de gestão para controle do processo na tomada de decisão.

Nesta perspectiva Trevisan e Bellen (2008) fazem um debate interessante sobre o processo de avaliação das políticas públicas como instrumento de organização da sociedade. Os autores concentram sua assertiva no sentido das resoluções dos problemas enfrentados pelos governos em prol do bem estar da sociedade. Logo a questão passa por um processo constante de avaliação do ciclo político para se implementar as correções quando necessárias.

Para Trevisan e Bellen (2008) o ciclo político é composto por fases do processo político e administrativo. Logo possuem uma sequência de elementos dispostos racionalmente seguindo a seguinte lógica: elaboração da política, implantação e avaliação dos impactos gerados por este. Contudo devido à complexidade e seus problemas surgidos, este fluxo pouco é seguido pois a necessidade das soluções requerem uma rápida ação do Estado.

O processo de avaliação é outro foco da discussão do trabalho de Trevisan e Bellen (2008). Estes os autores referem que a interdisciplinaridade é o método mais apropriado para compreensão das políticas públicas sendo fundamental para se obter uma visão geral do sistema. Portanto se trata de um ciclo político e complexo, que requer do avaliador destreza e uma visão holística do mesmo.

Os autores conceituam o termo como sendo a capacidade de um avaliador de mensurar os resultados de um programa em relação aos objetivos propostos, bem como seus impactos. Porém para esta mensuração ser condizente com realidade é necessário à criação de indicadores como parâmetro de avaliação do alcance dos objetivos e impactos. A gestão deve dar ênfase no sistema de informação, devendo mantê-lo rigorosamente atualizado.

A importância das informações úteis e fidedignas para o processo de avaliação influencia o processo de decisão. O objetivo da avaliação consiste no melhoramento da máquina administrativa em promover às devidas correções quando percebido desvio do alcance do objetivo. Esta dinâmica da sociedade pós-moderna faz com que o governo produza de forma organizada e planejada suas ações para que as soluções fluam normalmente quando exigida intervenção do Estado (TREVISAN; BELLEN, 2008).

Ao considerar a complexidade do Estado moderno, pensar a política pública que de conta das necessidades da sociedade é um desafio. No entanto o desafio igualmente interessante, é o da gestão das políticas públicas e suas ações que tentam tornar concretas as proposições na melhoria da vida das populações. Logo, políticas públicas e gestão andam par e passo sendo a estrutura do Estado moderno.

Nesta perspectiva conceituar o termo gestão é tão importante as políticas públicas. Observe-se que assim como esta, aquela possui um caráter polissêmico através do qual permite uma análise interdisciplinar. Porém outros componentes ao termo são acrescentados por estudiosos a fim de dar sentido ao termo.

Para Tenório (2005) no termo gestão deve ser acrescida a palavra social que se refere a um processo gerencial dialógico. Trata-se, no entanto, de um processo decisório compartilhado pelos partícipes da ação dentro de um campo social onde seus integrantes podem se pronunciar sem coação. Certamente que este tipo de gestão é muito comum em governos democráticos onde é permitida a livre participação da comunidade.

O significado do termo gestão social surge como reação ao termo gestão estratégica. Este tipo de gestão prima pela competitividade, onde o lucro é seu principal objetivo. Segundo Tenório (2005) o termo gestão estratégica é muito utilizado nos dias atuais, tendo surgido no bojo da proposta neoliberal para gestão do Estado como mínimo. Logo sua principal característica é a economia sem interferência do Estado, ficando suas regras definida pelo mercado.

Ao se tecer comentário sobre a gestão, Souza (2009) argumenta que se deve considerar que a gestão está intimamente ligada às relações políticas. Sendo assim o sentido da gestão está integrada às relações de poder. Porém a mesma pode ser dialógica quando mesmo sob forte dominação, por um grupo político, se consegue resultados a partir de ações coletivas.

5 A FRONTEIRA PAN-AMAZÔNICA: CONTEXTO E DINÂMICA

O processo de formação da fronteira é produto da dinâmica social. O território amazônico foi e ainda é, objeto de disputa entre as nações, o que o torna amplamente visível para o mundo, seja através da mídia ou pelos estudos publicados pelos centros de produção acadêmica, mas mesmo assim, guarda mistérios e surpresas. Estes mistérios são fomentos que desperta o imaginário sobre a região (PUYANA, 2010).

Destarte diversas impressões são criadas sobre a Pan-amazônia desde espaço vazio a território de oportunidades. Para Puyana (2010) a ideia de espaço vazio já há tempos foi superada dada as explorações dos territórios e seus recursos naturais estimulados pelo Estado para ocupação do território, também é causa de conflito. Mas não há dúvidas que suas riquezas minerais e sua biodiversidade tem estimulado a ideia de internacionalização da Amazônia.

Uma característica marcante do território de estudo é a sua distância dos centros de decisão política. Nos termos de Montaña (2010) esta distância é o principal problema das cidades na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru que embora sua importância seja reconhecida e esteja no discurso dos respectivos Estados-nações, são negligenciados pelos mesmos. Porém os povos que vivem nesta região criam mecanismos relacionais que os tornam dependentes entre si, nos aspectos econômicos, sociais, culturais, saúde, segurança e ambiental.

A partir do entendimento conceitual polissêmico de fronteira Botía (2012b), propõe o termo por suas relações. Neste sentido o significado semântico de fronteira é diferente da gênese da palavra que significa separação, limite, descontinuidade, mas a fronteira é o império extrativista que busca o controle da floresta, dos acessos pelos rios e córregos rumo ao interior; a fronteira é a expedição missionária de expansão da fé cristã; o território de expansão dos Estados-nação com imposição da língua do dominador e a fronteira são as identidades. Logo para o autor a concepção polissêmica depende dos objetivos e os olhares sobre a Amazônia.

O termo fronteira etimologicamente deriva do latim “frons” que significa mais à frente, porém é o seu significado semântico que aguça o interesse de pesquisadores sobre a temática. Apesar do valor mercadológico dos recursos naturais presentes na região Amazônica, que na primeira vista parece homogênea, são as relações humanas estabelecidas nelas, um fator complicador na sua compreensão (TURNER,

1986). Somente o fato de a região ser fronteira, onde as ideologias de um Estado-nação são fortemente presentes se torna um desafio, dada uma série de problemas advindos das relações sociais produzidas pelos homens.

Para Aragón-Vaca (2013) e Miyamoto (2008) a fronteira tem sido objeto de estudo em seus aspectos econômico, ambiental e político. Ressalte-se que estas dimensões são produtos da própria relação entre os povos, que na fronteira são *sui generis*, haja vista o impacto sobre estes povos das ideias nacionalistas, que outrora eram considerados únicos, mas que agora são nominados de brasileiros, colombianos e peruanos. Assim sendo as relações neste local se tornaram mais complexas, permitindo apenas um estudo parcial da sua dinâmica em termos das relações humanas.

Nesta perspectiva a interferência do Estado na sociedade promove uma significativa influência sobre a estrutura da fronteira. Para Turner (1986) o desenvolvimento fronteiro depende de aspectos econômicos, sociais e geográficos que direciona as preferências cotidianas das pessoas residentes nesta região. A presença do Estado é indicada pelo estímulo ao povoamento e fortificação militar, que nos termos de Simonian et al. (2010) está relacionada com sua ação efetiva sobre as populações.

Na prática inicialmente a fronteira era composta por limites naturais como rios, corredores ecológicos, acidentes geográficos entre outros. Aragón-Vaca (2013) destaca que na atualidade outros aspectos são incorporados às fronteiras, principalmente os resultados das atividades humanas desenvolvidas ao longo da região. Tais atividades são representadas por comércio, política, conflitos, cultura, poder político-administrativo das nações, sendo que neste sentido se trata de soberania.

Ao considerar a dinâmica da fronteira Aragón-Vaca (2013), Oliveira (2006) e Baud (1997) propõem a conceituação abrangente de fronteira. Para esta concepção são percebidos marcadores importantes como a fronteira sendo a primeira parte de um Estado social de direito. No entanto há acordos jurídicos que garantem a soberania do Estado como ente, que ao introduzir um sentimento nacionalista promove a divisão entre povos locais.

A história mostra que na Pan-amazônia é comum se recorre à implantação de batalhões militares para salvaguardo do território. Sabe-se no entanto que o objetivo dessas fortificações é de garantir o cumprimento de regras e Leis nacionais não

levando em conta as histórias dos povos nativos que vivem no espaço há tempos. Ademais ocupação do território por humanos não nativos é marcado por expedições catequistas que nos para Simonian et al. (2010) é uma prática política do Estado comum entre o século XVII e meados do século XIX que se reproduz nos dias atuais por outras religiões.

O segundo marcador proposto por Aragón-Vaca (2013) é consequência do primeiro. Observe-se que é característica do Estado o seu poder de coerção sobre os povos da região, segregando-os inclusive dentro da própria etnia. Curiosamente este sistema de coerção estabelece uma situação paradoxal, que se por um lado, a coerção exercida sobre as populações da região é para manter e garantir a soberania do Estado, por outro, se constrói uma ideia transfronteiriça, pois os povos que há muito possuem uma rede de relações desconsideram este poder.

Neste sentido as fronteiras segundo Baud (1997 p. 211) são: “[...] construções políticas, projeções imaginárias de poder territorial, são imagens mentais de políticos, advogados e intelectuais”. Logo a fronteira é um local dinâmico e heterogêneo que mesmo limitada juridicamente pelo poder do Estado, as pessoas transitam livremente e ignoram seus limites e burlam as Leis estabelecidas.

Obviamente que as relações sociais existentes em região de fronteira possuem uma dinâmica social e histórica própria. Infere-se de Baud (1997) que o poder simbólico das relações historicamente estabelecidas é comparado ao poder das regras do Estado. Nesta perspectiva as políticas públicas pensadas pelo Estado para a região deve considerar esta rede de relações sociais que são reais e dinâmicas.

Cruz (2010) define fronteiras como espaços complexos, distintos e dinâmicos, ou seja, são elementos estratégicos para as nações pobres frente ao processo de globalização econômica. Isso posto o autor relaciona o conceito de fronteira às constantes expansões econômicas, políticas e culturais. Observe-se que estas expansões se dão independentes do local, sendo uma região de disputa entre nações.

Para Andrade (2010) a fronteira é concebida como uma ferramenta crítica no processo de desenvolvimento capitalista. Portanto são áreas limítrofes antes do deslocamento das populações e das relações sociais que convergem neste espaço. Em se tratando de fronteiras amazônicas são espaços de emergência dos problemas

sociais, tráfico de drogas, armas, gravidez precoce de crianças e adolescentes, são campos flagrantes de problemas de saúde.

Ao considerar o contexto histórico sobre a Pan-amazônia se observa que a partir do Século XVIII, a delimitação física das fronteiras coloniais europeias foi marcada por derramamento de sangue. Segundo Condamine (1981) a disputada se deu inicialmente entre portugueses e espanhóis, posteriormente por ingleses, franceses e holandeses que entraram no conflito objetivando dominar o território para exploração dos recursos naturais. Nos termos de Simonian e Saraiva (2003); Silva (2008) a disputa pela fronteira amazônica tinha como motivo a soberania territorial das partes conflitantes sob a ideia de Estado como ente e soberano.

Por outra perspectiva a fronteira Pan-amazônica pode ser pensada como contexto histórico de lutas por independência, movimentos pela busca de liberdade contra uma força política dominante. Este pressuposto sugerido por Arouck (2000) parte do princípio da luta dos povos amazônidas frente ao poder do Estado ou outras forças dominadoras interessadas somente nos recursos naturais. Destarte este movimento é refletido no cotidiano das populações, na cultura, nas práticas solidárias e muitas vezes marcam o movimento popular de resistência à dominação.

O sentido polissêmico do termo também é concebido como área de liberdade. Neste sentido Acevedo Marin e Gomes (2003), Simonian e Saraiva (2003) corroboram de que a fronteira pode ser pensada como campos de relações sociais, culturais e de políticas renovadas, movimento de grupos humanos que através da história são formados por escravos negros, índios e militares desertores que se fixaram em determinados território fronteiriço, em busca de paz e liberdade. A fronteira são campos de relações dinâmicas e experiências transnacionais na Pan-amazônia.

Segundo Garcés-López (2003), Botía (2003) do ponto de vista epistemológico das ciências humanas, o pensamento derivado da história, da sociologia e da antropologia tem contribuído para elaboração conceitual sobre fronteira amazônica. Estas disciplinas na conformação interdisciplinar apresentam propriedades que podem captar o imaginário humano criado a partir do significado de fronteira, pois neste território há uma diversidade sociocultural. Observe-se que é o imaginário da comunidade que cria a identidade cultural, portanto, objetos de instrumentalização do poder no sentido de garantir a posse do território.

Outro cenário do espaço fronteiro é proposto por Esteves (2003) ao discorrer sobre famílias brasileiras entre Brasil (Acre) e Bolívia (Pando), no qual a região amazônica também pode ser concebida como a fronteira da humanidade. Infere-se deste texto o confronto da condição humana e a concepção da humanidade, um campo de instabilidade política e área de identidade de não pertencimento. Ora, especificamente neste caso, se observa que a invasão do território por famílias são exclusivamente para a exploração de recursos naturais, portanto, não havendo identificação cultural com o local devido o constante deslocamento dessas famílias.

Oposto ao discutido no parágrafo anterior Londoño Mota (2003) destaca que o deslocamento sistemático populações fronteiriças pode estabelecer uma identidade e sentimento de pertencimento ao local. Porém esta perspectiva de espaço transcende a conotação geográfica e estabelece um local simbólico de construção histórica e social. Note-se que com o passar do tempo estas comunidade de diferentes culturais podem se fixar no território e produzir uma cultura mesclada advinda das populações integrantes da comunidade, logo a fronteira é viva e dinâmica.

A disputa pelos territórios na Pan-amazônia tem como fator complicador o fato do território ser compartilhado por diversos Estados-nações (PERZ et al., 2005). Para o autor estas nações possuem suas próprias histórias, seus povos, seus idiomas e dialetos, suas economias, suas políticas. Elabora uma concepção sob o olhar do Estado no qual se constrói uma ideologia nacionalista para ocupação do espaço e nacionalização de suas populações.

O interesse tanto interno como externo pela Amazônia nos termos de Aragón-Vaca (2013) e Londoño Mota (2003) é notória e variável. Pode-se fazer alusão à sua biodiversidade ao se pensar em uma dimensão grandiosa considerando sobre tudo aspectos hidrográficos e ecológicos. Logo este interesse perpassa por aspectos negativos e positivos, sendo como aspecto negativo, os interesses eminentemente econômicos e positivos como área de intervenção no sentido de conservação com exploração sustentável.

Para Perz et al. (2005) o perfil de desenvolvimento pensado para a Amazônia pouco considerou as necessidades de suas populações. Este modelo de desenvolvimento capitalista promoveu consequências irreversíveis na região como degradação ambiental e permanece até os dias atuais. São representantes destes

problemas os grandes projetos com sua retórica de prosperidade para a região, mas na prática não acontece.

As consequências imediatas destas ações incidiram sobre as comunidades tradicionais que muitas vezes foram obrigadas a abandonar seu espaço. Para Ojima e Nascimento (2008) estas populações são nominadas de refugiados ambientais que perderam seus espaços de identidade. Neste contexto, se destaca a barragem de Belo Monte no rio Xingu no Pará e a extração do ouro citada por Sarney (1999) na fronteira entre Brasil e Guiana Francesa.

Não obstante algumas iniciativas vem sendo adotadas para ressignificar a Amazônia, sobre tudo suas populações (PAULA, 2013). Este autor identifica o processo evolutivo a partir dos anos 1980 com as mobilizações sociais, onde a Amazônia passa a galgar uma ideia de paraíso verde em vez de inferno verde. Portanto há um movimento de resistência aos projetos de cunho capitalista que se instalam na região somente para exploração dos recursos naturais.

Sabe-se que a concepção amazônica do ponto de vista desenvolvimentista, exploradora e predatória dos recursos naturais. Segundo Paula (2013) é necessário fazer uma análise por duas vertentes, sendo a primeira *stricto sensu*, onde observa que produção agrícola impacta o meio ambiental de forma negativa pelo uso intensivo do solo, aplicando produtos agroquímicos e esgotamento de fontes hídricas. A segunda *lato sensu*, ou epistemológico, onde o paradigma da modernidade centrada na promessa de progresso, não correspondeu às necessidades dos povos.

A reflexão de Perz et al. (2005) sobre o privilégio do capital interferem nas políticas públicas estatais e estimularam a utilização da terra de forma desordenada. Tal afirmação resultou no desmatamento em uma grande área da Amazônia estimulada pelo poder político, onde representantes do capital encontravam-se infiltrados na gestão pública. Observe-se que o interesse sobre a Amazônia perpassam pelo modelo capitalista de desenvolvimento, que tem uma base epistemológica a dominação do conhecimento.

Segundo Loreto (2014) a Amazônia é estratégica para o desenvolvimento do Estado peruano. O autor destaca que há em curso no Congresso peruano um projeto que torna a região da bacia do Solimões, na província do Javari. A questão é de que há anos aquela população vem sendo esquecida pelo poder público em suas necessidades mais elementares. Contudo o documento destaca que uma vez

transformada em província a região gozará de maior potencial de decisão sobre suas necessidades e recursos.

A partir desta premissa a fronteira é valorizada e passa a ser de interesse nacional pensada para a nação e não para o local. A observação de campo permitiu tecer esta consideração com base na proposta de desenvolvimento peruana na forma de província onde a população não foi ouvida e o projeto foi proposto pela alta cúpula do governo central. Mas o Alcade de Santa Rosa vê o projeto com desconfiança, pois seria uma justificativa do governo departamental peruano para manter o domínio sobre o território.

A interdependência entre os povos na fronteira é tão significativa que não se pode pensar em políticas públicas separadas. O processo de globalização também é responsável pela ideia de continuidade territorial, uma vez que a globalização tende a unificação cultural entre os povos (BOTÍA, 2012b). Esta dinâmica recompõe em parte as populações que foram fragmentadas pelos ideais nacionalistas, mesmo resguardando suas diferenças, sobre tudo no idioma praticado.

A fronteira propicia um cenário de contato de diversos agentes que interagem entre si. A fronteira é um lugar de fusão e criação de novas ideias e diversidades sociais, requer uma metodologia própria para se compreender por se tratar de um espaço peculiar e solidário e não um espaço vazio, mas um espaço propício para expansão a partir de seus povos. Logo se deve pensar a fronteira a partir e para sua comunidade, mesmo tendo como objetivo a exploração econômica do local, que deve beneficiar seus habitantes em primeiro lugar.

Segundo Suárez-Mutis et al. (2010) no ano de 2010 havia na tríplice fronteira mais de 100 mil pessoas entre brasileiros, colombianos e peruanos. Para atender a demanda que necessitava de tratamento médico de média e alta complexidade havia somente dois hospitais com suporte, sendo um em Tabatinga e outro em Letícia. Esta problemática incide não somente sobre a população, mas também sobre as instituições.

6 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL, COLÔMBIA E PERU

6.1 Perspectiva da gestão no campo da saúde

O trabalho realizado por Couto; Castro; Acevedo Marin (2002) analisa as relações sociais no campo da saúde, trabalho e meio ambiente na Amazônia. A pesquisa trabalha as inter-relações dos impactos causado pela degradação ambiental e a espoliação do trabalhador. As autoras concluem que a degradação ambiental tem um reflexo negativo direto na saúde da população produtiva na Amazônia.

Segundo as autoras esta relação entre os campos sociais é sempre perversa, devido falta políticas e gestão públicas que mitigam os impactos negativos. Para Couto; Castro; Acevedo Marin (2002) a piora do cenário advém do trabalho como a intensificação do esforço físico, movimentos repetitivos, etc. além das condições de trabalhos que muitas vezes são sub-humanas, pois alteram, inclusive o modo vida das populações. Nesta linha de raciocínio Navarro (2006) refere que devidas as características das sociedades competitivas, consumista e mesmo considerando os avanços tecnológicos as doenças vão sempre emergir ou reemergir.

No planejamento da gestão pública deve contemplar problemas provenientes da modernidade. Porém do ponto de vista da gestão em saúde a questão paira de como lidar com estes problemas, sobre tudo, urbanos resultantes do processo imigratório dos campos? Nos termos de Couto; Castro; Acevedo Marin (2002) os problemas de saúde não podem ser vistos de forma isolados, mas por uma perspectiva, social, cultural, institucional e ambiental.

Não obstante as políticas públicas devem vir ao encontro das soluções para resolver os problemas da sociedade. Nesta perspectiva a ideia de Vidal (2014) quando se refere quanto à decisão da gestão pública em se manifestar pela racionalidade das ideias, considera os aspectos subjetivos do decisor. Assim sendo Souza (2006) refere que as soluções de curto, médio e longo prazo deve ser pensadas pela gestão de forma ordenada de acordo com a emergência de sua necessidade.

As argumentações feitas no trabalho de Couto; Castro; Acevedo Marin (2002) dão conta de que no campo da saúde, ainda nos dias atuais, a influência do

pensamento advindo do período moderno, somado à vulnerabilidade dos trabalhadores e o modelo de gestão do trabalho são preocupantes. Observe-se que se trata de modelo de gestão perverso e discriminador ao considerar o aspecto competitivo do modelo industrial. Por conseguinte os parâmetros de escolha dos trabalhadores será sempre pelo potencial físico, gênero e alta competitividade.

Este padrão de competitividade imposto ao campo do trabalho tem provocado um efeito inverso à inclusão dos trabalhador no mercado em países como na tríplice fronteira. Ademais nos países do terceiro mundo, onde o modelo ainda é utilizado, este processo tem provocado aumento do desemprego e da tensão social (COUTO; CASTRO; ACEVEDO MARIN, 2002). Neste sentido se faz urgente o abandono da gestão no modelo industrial do século XIX, sendo o comportamento ético parâmetro de inclusão dos trabalhadores no mercado.

Avançando um pouco mais sobre o tema gestão na saúde, é necessário buscar um conceito para o termo saúde. Na perspectiva transdisciplinar de Couto; Castro; Acevedo Marin (2002) o conceito de saúde enfoca a concepção de ecossistema. Logo o conceito de saúde deverá ser considerada as dimensões relacionais com outros campos sociais incluindo o ambiente.

Para Couto; Castro; Acevedo Marin (2002) pensar a gestão pública por um projeto no qual não se preocupe apenas com a crise econômica é ir para além das ideias capitalistas. A gestão deve se ater aos problemas sociais de uma forma geral que impactam negativamente à sociedade. O enfoque pela dinâmica ecossistêmica parte do pressuposto de uma gestão coparticipativa, emergida de políticas públicas com noções de saúde humana sustentável, como a idealizada no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

6.2 Política pública no campo da saúde no Brasil: organização e estrutura

Segundo Polignano (2001) o sistema de saúde brasileiro começa a se organizar efetivamente com vinda da família real para o Brasil. Antes deste fato a população colonizadora buscava na natureza a resolução dos seus problemas de saúde. A saúde pública no Brasil nesta época se restringia ao controle de endemias nos portos do país.

Com o passar do tempo até os dias atuais se verifica um grande aumento da população e radical mudança de estilo de vida das populações, isto tem exigido um

sistema de saúde mais complexo. Uma vez exigida uma estruturas cada vez mais complexa do sistema de saúde no Brasil há dois segmentos, sendo um privado e outro público. Em ambos o papel do Estado como agente é de regulador, mas se tratar do segmento público o Estado também é agente executor de ações.

O sistema de saúde brasileiro privado é normatizado pela Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998). Para Filho (1999) o marco regulatório propôs uma diretriz única aos prestadores de saúde suplementar com especial atenção à saúde financeira dos mesmos. Desta forma a Lei criou o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) formado pelos representantes do Estado dos setores da saúde, econômico, financeiro, público e privado.

A Lei 9.656/1998 editada pelo Governo Federal foi substituída pela Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja principal função é zelar pelos interesses dos usuários perante os seguros e planos de saúde. Note-se que a nova legislação que regula os serviços de saúde na iniciativa privada muda sua lógica e o usuário passa a ser o elemento mais importante do sistema, porém sem desligar a sanidade financeira dos planos.

Por se tratar de serviços privados a natureza das empresas são de ordem capitalista. Para Roncalli (2005) o mecanismo de funcionamento deste sistema é a lógica do mercado de livre concorrência e adesão do assegurado, onde este ao adentrará no sistema será considerando sua faixa etária e problemas de saúde pré-existentes. Logo as empresas prestadoras de serviços são agentes econômicos e agem como tal.

O sistema de saúde privado no Brasil apresenta vários modelos de acordo com sua dinâmica e mecanismo de organização. Para Roncalli (2005) refere que atualmente existe a Medicina de Grupo caracterizada por uma rede própria ou credenciada, pré-paga, que oferece planos de saúde empresariais, individuais e familiares. Outra modalidade igualmente importante e talvez a mais utilizado no Brasil é Cooperativa Médica, que são entidades jurídicas administradas pelos próprios profissionais. Esta modalidade oferece planos de saúde individuais, familiares e empresariais, são pré-pagos e que tem sua própria rede, também podendo terceiriza-la.

No contexto brasileiro há Seguradora de Saúde cuja característica está no reembolso aos usuários das despesas médicas gastas. Médici (1999) refere que

neste tipo de modalidade a mensalidade paga pelo assegurado é proporcional ao prêmio estipulado na apólice correspondente. Assim sendo quem decide sobre os custos dos serviços a serem prestados são os profissionais e a rede de assistência.

Segundo Brasil (2000) o modelo de Autogestão é um plano de saúde gerido pela administração do departamento de recursos humanos do Órgão Público. Neste tipo plano de saúde há coparticipação do usuário sendo que a ANS não tem ingerência sobre o mesmo. Normalmente quem usufrui este modelo de atenção são servidores da ativa, aposentados, pensionistas e familiares até o 3º grau do governo federal.

No Brasil não há dúvida que o sistema público é responsável pela maioria da assistência à saúde dos brasileiros. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Brasil em 2016 foram realizados 3.985.576.912 (três bilhões, novecentos e 85 milhões, quinhentos e setenta e seis mil e novecentos e doze) procedimentos ambulatoriais e 11.295.757 (onze milhões, duzentos e noventa e cinco mil e setecentos e cinquenta e sete) internações hospitalares gerando um custo de mais de R\$ 32 bilhões. Desse modo os números refletem a grandiosidade do sistema público de saúde brasileiro.

Concebido pelos princípios democráticos da Constituição Federal do Brasil de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Este sistema de saúde tem como seus princípios a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Nos termos de Souza (2010) ao definir o SUS a Lei estabeleceu três colunas de sustentação do sistema de saúde: descentralização administrativa, assistência à saúde e controle social.

A partir da Lei Orgânica da Saúde foi proposto um conceito de saúde mais abrangente (BRASIL, 1990). Este conceito de saúde não é somente o bem estar físico e mental das pessoas, mas complementada pelo acesso a moradia, trabalho, lazer, bens e serviços sociais relacionados à saúde do cidadão. O principal avanço de este marco regulatório são os princípios da universalidade, Igualdade e equidade.

A Lei 8080/90 aponta para diretrizes importantes através das quais os objetivos dos entes públicos devem priorizar. Segundo Brasil (1990) em primeiro lugar o usuário, onde este deve ter autonomia por escolha e conhecimento dos procedimentos ao qual vai ser submetido. Então o usuário é prioridade e tem direito ao tratamento humanizado, devendo ter acesso a todas as informações sobre os procedimentos a que será submetido.

Em segundo lugar se refere à gestão que deve ter por base o planejamento como instrumento exigido pela Lei para todo o serviço público. Na questão do sistema de saúde este instrumento deve ter como princípio o perfil epidemiológico da população e estabelecer prioridades para alocação dos recursos financeiros programados. Não obstante abstrai-se de Brasil (1990), Brasil (2011) e Brasil (2012) que a gestão deve estimular a participação da comunidade, promover a descentralização político-administrativa, ser regionalizada e ofertar serviços hierarquizados por complexidade da atenção.

Ademais os estabelecimentos de assistência à saúde (EAS) devem estar presentes em todos os município do país. Conforme o conceito de saúde a Lei prever que as ações de saúde devem fazer interface com o meio ambiente e saneamento básico. Observe-se que estas ações, bem como seu financiamento, devem ser executadas pelas três esferas de governo e buscar uma gestão eficiente, eficaz e efetiva.

O arcabouço jurídico do SUS permite inferir que este sistema está alicerçado em três colunas de sustentação. A primeira concerne à descentralização político-administrativa da gestão, no qual o município passa a ser o executor das ações de saúde, uma vez que é direito do cidadão em ter acesso à saúde o mais próximo possível de sua residência. Observe-se que este preceito foi determinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como meta para os povos no mundo até o ano 2000.

Para Carvalho (1999) no início da vigência da Lei 8080/90 houve ceticismo por parte dos entes da federação, uma vez que antes da Lei as ações e execução financeira do sistema eram realizadas pelo nível federal. Mudança desta lógica financeira instituída pela Constituição Federal de 1988 e Lei 8080/90 colocou sob responsabilidade dos municípios o desenvolvimento das ações e execução financeira. No entanto segundo o autor não havia sido definido o valor percentual de participação dos entes federal, estadual e municipal, muito embora a Lei 8142/90 tenha definido critérios e condições de repasses financeiros dos mesmos.

Nos dias atuais este ceticismo não existe uma vez que a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 traz em seu texto os percentuais mínimos de aplicação financeira no sistema de saúde público. Ficou estabelecido que no SUS sejam aplicados recursos provenientes da receita própria, produzidos pela arrecadação fiscal dos entes públicos das três esferas de governo. Caberá aos estados e distrito

federal uma aplicação percentual financeira anual de 12%; aos municípios o percentual de 15% e do governo federal conforme Artigo 5º da Lei Complementar 141:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012, p. 03).

Este texto não deixa claro o percentual financeiro de recursos aplicados no sistema pelo governo federal, fato que tem provocado muitas críticas de seguimentos da sociedade.

A segunda coluna de sustentação do sistema se refere ao atendimento integral à população. O usuário deve ter acesso à atenção em rede hierarquizada de acordo com a complexidade da assistência, e mais, deve transitar pela rede num sistema de referência e contra referência. Este é um importante ponto de sustentação do SUS previsto Lei Orgânica da Saúde e foi regulamentado 21 anos depois da promulgação da Lei, pelo Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.

O Decreto 7508/2011 surge para regulamentar a Lei 8080/90 ao que concerne à assistência à saúde. Antes da edição do Decreto o sistema de saúde era regulado de forma equivocada por Portarias ministeriais da saúde, mas com base na reforma organizacional do Estado de Sergipe surge este importante marco regulatório. O Decreto propõe discussões de organização do SUS em quatro eixos.

O primeiro eixo refere-se à organização do Sistema Único de Saúde. Segundo Brasil (2011) o acesso aos serviços de saúde acontecerá em rede de assistência hierarquizada, onde a porta de entrada do usuário é preferencialmente a atenção primária, mas podendo também ser pela atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial ou especial acesso aberto. Dependendo da necessidade do usuário, este já adentrado no sistema, poderá ser referenciado para atenção de média ou alta complexidade e posteriormente contrarreferenciado à atenção primária após ter sido solucionado seu problema de saúde no nível hierárquico maior.

Ressalte-se que o Decreto 7508/2011 prevê que a assistência à saúde dos usuários devendo ser prestada na região de saúde ao qual seu município de residência faz parte (BRASIL, 2011). No entanto a região de saúde deverá apresentar os seguintes serviços: atenção primária, urgência e emergência, atenção

psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde. Observe-se que para a legislação do SUS a região de saúde será composta por um conglomerado de municípios vizinhos, que possuem características epidemiológica, social, cultural, histórica, econômica entre outras semelhantes, portanto, participará do mesmo fórum de discussão e resoluções colegiadas.

O segundo eixo se refere ao planejamento das ações de saúde que no SUS se dará através do Plano Plurianual e Programação Anual de Saúde pensado de forma ascendente (BRASIL, 2011). O plano plurianual já previsto na Constituição Federal de 1988 é uma forma macro de planejamento com duração para 4 anos. Neste documento deverá constar as diretrizes e metas a serem alcançados individualmente pelos municípios da região que uma vez somado aos da outras regiões de saúde comporá o plano plurianual do Estado.

Segundo Brasil (2011), Brasil (2012) outro documento importante de auxílio à gestão do Sistema Único de Saúde é programação anual. Este documento é o aprofundamento do Plano Plurianual que conterà a descrição detalhada da parte orçamentária e financeira das ações em saúde para alcance das metas. Estas são as duas peças jurídicas que o Estado deve dispor nos três níveis de gestão que deve estar em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentaria Anual nos termos do Artigo 165 da Constituição Federal do Brasil de 1988.

O terceiro eixo do Decreto trata da assistência propriamente dita e propõe conceitos para fazer frente a judicialização da saúde. Esta ação se dá a partir do momento que se define os procedimentos e medicamentos disponibilizados pela rede de atenção do SUS. O Decreto 7508/2011 cria a Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde (RENASES), implementa e conceitua a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do SUS, além de estabelecer o fluxo de acesso aos medicamentos constates na relação.

O quarto e último eixo de que trata o Decreto 7508/2011 é a articulação interfederativa. Nesta perspectiva a gestão do sistema é pensada pelo viés dos três entes federados que partilham elementos da assistência à saúde no território brasileiro. Para tanto foi criada várias instâncias de discussão e decisão composta pelas Comissões Intergestoras Regional (CIR), Intergestora Bipartite (CIB) e Intergestora Tripartite (CIT). Contudo estas instâncias são independentes, mas que possuem seu próprio estatuto de funcionamento, porém com direcionamento único.

Segundo Brasil (2011), Santos e Andrade (2005), Brasil (2013) em especial atenção à CIT, esta comissão é formada por representantes do Ministério da Saúde (União), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS/Estado) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS/Municípios). A sua principal função é definir diretrizes, estratégias, programas e projetos para alocação de recursos financeiros a partir da demanda das Conferências Nacionais de Saúde. Observe-se que esta é o maior fórum de discussão política sobre o tema saúde no Brasil.

Torna-se importante relatar que o Decreto 7508/2011 além de tratar especificamente dos eixos supracitados, também propôs uma nova forma de gestão do SUS através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). Esta proposta de gestão diferente das outras por se constituir de um instrumento jurídico em que os signatários representantes das três esferas de governo são obrigados a assinar. Não obstante o COAP se torna um instrumento jurídico de compromisso entre os gestores onde são responsabilizados pelo cumprimento ou não das ações e financiamentos acordados.

Para dar mais subsídios jurídicos ao SUS em janeiro de 2012 foi publicada a Lei Complementar 141. Esta Lei além de estabelecer os percentuais financeiros de participação das três esferas de governo para o sistema, definiu o que são e o que não são os serviços de saúde coberto pelo Sistema Único de Saúde. Observe-se que estes conceitos servem de referência para subsidiar magistrados com relação ao processo de judicialização da saúde.

Ademais vinculou o repasse financeiro federal à alimentação do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde(SIOPS). Este é um instrumento de gestão de livre acesso à sociedade, onde são explicitadas as alocações de recursos financeiros no SUS por parte dos entes. Logo a regra de obrigatoriedade de alimentação do SIOPS pelos entes em outra análise busca a transparência com os recursos públicos.

A terceira coluna de sustentação do SUS se refere ao Controle Social do SUS. Criado pela Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 e explicitado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 453 de 10 de maio 2012 os Conselhos de Saúde são instâncias deliberativa e cogestora. Em suma os conselhos dão legitimidade às ações dos gestores.

O marco normativo propõe questões importantes para viabilização do sistema no sentido de alcançar os princípios e diretrizes do SUS. A Lei ao criar os Conselhos de Saúde, também instrui sobre sua composição, e os fóruns de discussões através das Conferências de Saúde. Desta forma permite a participação popular na gestão do SUS.

A Resolução/CNS nº 453 de 10 de maio 2012 tem como objetivo específico, aprovar diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Em princípio define Conselho de Saúde como:

Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (SAÚDE, 2012, p. 01).

Portanto, além de estabelecer um fórum para discussão sobre as diversas temáticas que envolvem a saúde pública, oferece a sociedade uma instituição ao qual é copartícipe da gestão do sistema de saúde, uma vez que a gestão governamental se obriga a acolher as demandas enviadas pelo Conselho de Saúde, assim sendo, a coparticipação neste modelo é uma característica peculiar e diferencial aos diversos sistemas de saúde existentes nas nações mundiais.

A participação democrática da sociedade nas decisões sobre os assuntos da saúde pública através dos Conselhos de Saúde que deverá obedecer a uma composição paritária estabelecida pela seguinte representação: 50% dos componentes do Conselho de Saúde advindos das entidades e movimentos sociais que representarão os usuários; 25% da composição caberá às entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde, outros 25% caberá aos representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Observe-se que os Conselhos de Saúde terão autonomia administrativa, financeira, dotação orçamentária, infraestrutura própria e apoio técnico. Deverão se

reunir no mínimo uma vez por mês e aprovar os relatórios quadrimestral e anual de prestação de contas da gestão de assuntos relacionados à saúde, como forma de legitimar e reconhecer o cumprimento das diretrizes estabelecidas nos planos e programações de saúde aprovadas em Conferências por parte do governo.

A partir da composição dos agentes privados e públicos de saúde no Brasil, a estrutura do campo social está assim disposta e representada na figura 5:

1. Sistema Privado

a) Estado:

- 1) Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP);
- 2) Agência Nacional de Saúde Suplementar

b) Instituições privadas:

- 3) Medicina de Grupo;
- 4) Cooperativa Médica;
- 5) Seguradoras de Saúde e
- 6) Autogestão

c) Profissionais de saúde.

d) Usuários

2. Sistema Público

a) Estado:

- 7) Ministério da Saúde;
- 8) Secretaria Estadual de Saúde;
- 9) Secretaria Municipal de Saúde;

10) Órgãos colegiados: Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASES), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

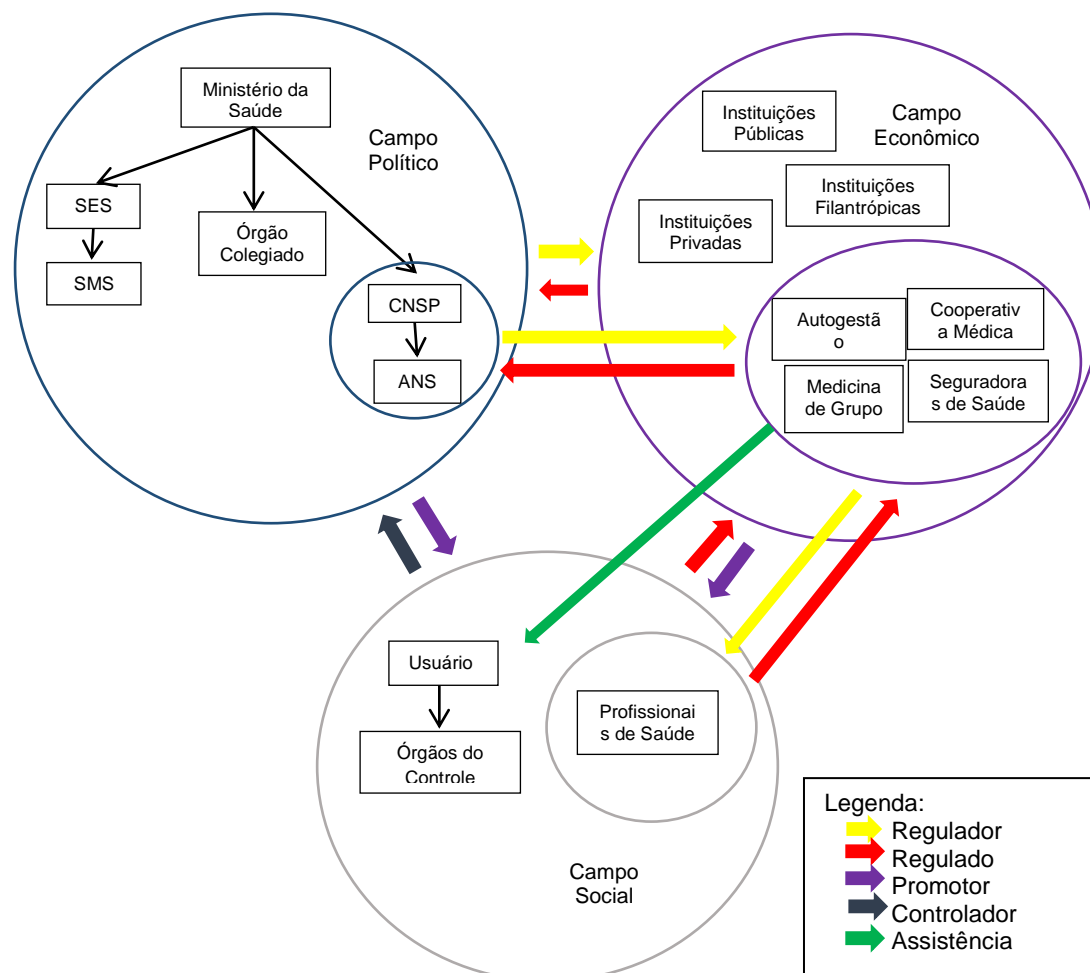
b) Instituições prestadoras de serviços

- 11) Público;
- 12) Privado e
- 13) Filantrópico.

c) Profissionais de saúde

d) Órgãos do controle social: Conselho Municipal de Saúde; Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde

e) Usuários.

Figura 5 – Estrutura e Relações sociais no campo da saúde no Brasil.

Fonte: Antonio J. A. Souza, 2018.

6.3 Política pública no campo da saúde na Colômbia: organização da estrutura

O sistema de saúde da Colômbia tem origem no Pacto Nacional. Este pacto surgiu para superar a crise institucional desencadeada pelo narcotráfico entre anos de 1991 e 1993 durante a elaboração da Constituição Nacional. No pacto foi incorporada a noção de Estado Social de Direito, objetivando garantir a soberania nacional, tornando o Estado mais forte e incorporando os direitos sociais para além dos direitos civis, garantindo o acesso universal à seguridade social (LEVINO, 2011).

A Lei 100/1993 transformou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS). Este sistema apresenta algumas características importantes como sua regulação pelo Estado, livre escolha do

usuário, solidariedade financeira entre ricos e pobres, gestão descentralizada para esfera departamental. Neste nível o sistema de saúde colombiano é dividido em direção (administração), segurança, vigilância e controle e serviços de saúde.

A partir de 2007 o sistema de saúde colombiano reformulou sua base jurídica através da Lei 1122, cujo novo objetivo deste marco regulamentar é de ajustar o sistema geral de seguridade social em saúde implantado pela Ley 100 de 1993. A Lei atual surgiu no sentido de priorizar e melhorar a prestação de serviços aos usuários em solo colombiano, abrangendo a gestão, o acesso universal, financiamento e o equilíbrio entre os agentes do sistema (COLÔMBIA, 2007). Neste sentido a Lei sugere que o Plano Nacional de Saúde Pública revisado a cada 4 (quatro) anos, deverá estar em consonância com o Plano Nacional de Desenvolvimento.

Segundo Colômbia (2007) a Lei ao se referir ao melhoramento do sistema público de saúde, faz inserção e controla a qualidade dos serviços públicos. Ressalte-se que nestes termos cabe ao Estado o papel de inspecionar, vigiar, controlar, organizar o funcionamento da rede para prestação de serviços de saúde. Porém a gestão deverá proceder uma avaliação através de indicadores com base nos resultados em saúde e os resultados alcançados pelos agentes prestadores de serviços que operam no Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde.

Considerando o conceito de saúde pública suscitada no Artigo 32 da Ley 1122 de 2007 propõe o seguinte:

A saúde pública é constituída por um conjunto de políticas que visam garantir de forma integrada, a saúde da população por meio de ações de saúde dirigida tanto individual como coletivamente, como seus resultados são indicadores de condições de vida, bem-estar e desenvolvimento. Essas ações são realizadas sob a orientação do Estado e promover a participação responsável de todos os setores da comunidade (COLÔMBIA, 2007, p. 12, tradução nossa).

Embora a conceituação de saúde estabelecida pela Lei possua um tom democrático, a participação popular tanto na formulação, quanto no controle da política pública de saúde fica subtendida, mas fortalece o poder do Estado na conjuntura política no campo da saúde.

Em uma análise mais aprofundada o Plano Nacional de Saúde Pública definido pelo governo nacional deverá objetivamente promover a assistência curativa e preventiva aos fatores de risco. Assim sendo o plano deverá incluir:

- a) Estudos sobre o perfil epidemiológico do local e atividades que permitam o melhoramento da qualidade de vida da população, implicando inclusive em mudança de estilo de vida;
- b) Estabelecer cobertura mínima ao segurados;
- c) Estabelecer metas de vigilância em saúde e
- d) Estabelecer o plano nacional de imunização.

O órgão de maior grau hierárquico de responsabilidade no sistema de saúde colombiano é o Ministério da Promoção Social (MPS). Segundo Colômbia (2007) este Ministério tem na Superintendência Nacional de Saúde (SNS), seu braço administrativo e fiscalizador dos serviços de saúde, que entre suas incumbências consta: contratar prestadores de serviços e suspender repasses de recursos financeiros, quando as entidades municipais não atingirem seus indicadores. Caberá ao município em primeira instância o controle, fiscalização e regulação dos serviços de saúde.

A Lei da Saúde colombiana vigente criou a Comisión de Regulación em Salud (CRS) como uma unidade administrativa especial. Esta tem personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, técnica, patrimonial vinculada ao Ministério da Promoção Social, sendo composta por representantes do Ministério da Proteção Social, Ministério da Renda e Crédito Público e 5 (cinco) Especialista representantes das Universidades, Centros de Pesquisas em Saúde, Centro de Pesquisa Econômica de Saúde, Associações de Profissionais de Saúde e Associação de Usuários devidamente organizados. Observe-se que é nesta comissão que ecoa a voz população, porém a Lei não deixa claro em que instância e nível é a participação popular.

Devido sua importância como órgão regulador do sistema de saúde o CRS terá seu próprio regulamento e em sua estrutura organizacional uma secretaria técnica, que a apoiará e subsidiará os estudos técnicos necessários que garantem o melhoramento dos serviços de saúde. O quadro 4 sobre as incumbências da CRS observamos que este possui um perfil técnico-administrativo bastante específico de execução do sistema de saúde na Colômbia (COLÔMBIA 2007).

O financiamento do sistema de saúde colombiano é realizado pela esfera de governo municipal, distrital, departamental, federal, empresas e trabalhadores. Sua fonte de recursos advém da arrecadação de impostos dos entes, contribuição direta de trabalhadores e empresas, além de outras fontes definidas em legislações

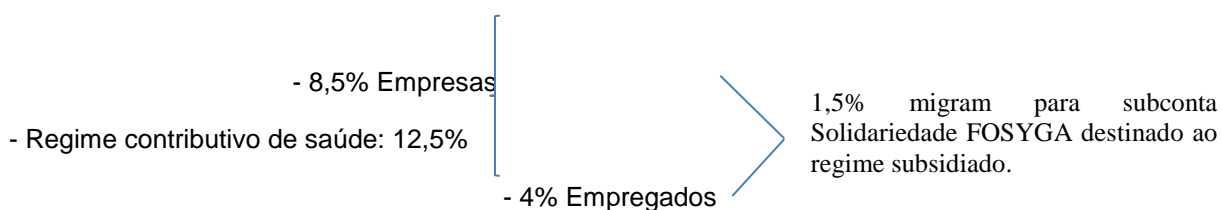
específicas, que serão depositadas em subcontas de solidariedade. Tais recursos serão aplicados à cobertura universal nos níveis I e II definido pelo Sistema de *Identificación de Potenciales Beneficiários de Programas Sociales* (SISBEN) do Sistema de Saúde tanto do regime contributivo quando do subsidiado conforme fluxograma 1:

Quadro 3 - Incumbências da Comissão de Regulação em Saúde.

Definir e modificar os Planos obrigatórios de Saúde executados pelas entidades participantes tanto pelo regime distributivo e subsidiado.
Definir e revisar pelo menos uma vez ao ano a RENAME colombiana.
Definir o valor financeiro da unidade per capita paga investida no Sistema Geral de Seguridade em Saúde.
Definir os valores financeiros e benefícios dos subsídios parciais em saúde, seus benefícios, bem como mecanismo para efetiva-los.
Definir critérios para estabelecer o pagamento moderador que tratam o Parágrafo 160 da Lei 100/93.
Definir o regime que deverá ser aplicado pelas Empresas Promotoras de Serviços (EPS) para reconhecimento e pagamento das incapacidades originárias das enfermidades gerais ou das licenças a maternidade segundo normas do regime contributivo.
Estabelecer e atualizar os sistemas de tarifas que devem conter entre outros componentes, um manual de tarifas mínimas que será revisado a cada ano, incluindo os honorários profissionais (inclusive considerando a inflação)
Prestar informação (contas) às Câmaras de senadores e deputados sobre o desenvolvimento dos programas, recurso financeiros gastos, etc.
Recomendar projetos de lei e decretos regulamentares quando necessário

Fonte: Antonio J. A. Souza, 2017.

Fluxograma 1 – Percentual de contribuição para o Sistema de Saúde da Colômbia.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2017.

A organização do sistema de saúde na Colômbia se dará através da Garantia de Saúde que significa: a gestão de riscos financeiros, a gestão de risco à saúde, coordenação de serviços para garantir o acesso efetivo, a garantia da qualidade na prestação de serviços e da saúde representação do filiado perante o provedor e os outros atores considerando a autonomia do usuário. Portanto exige que a seguradora assume o risco transferido pelo usuário cumprindo suas obrigações no âmbito dos Planos de Saúde Obrigatórios (COLÔMBIA, 2007).

As Entidades Promotoras de Saúde (EPS) serão responsáveis pela administração do regime subsidiado, cuja cobertura poderá ser total ou parcial. Estas entidades são responsáveis pelo cumprimento das funções indelegáveis no cumprimento da assistência. Segundo Colômbia (2003) serão beneficiadas pelo regime subsidiado todas as pessoas pobres e vulneráveis classificadas no nível I do SISBEN, desde que não estejam no regime contributivo ou outro especial.

Ressalte-se que os usuários do regime contributivo poderão migrar para o regime subsidiado, sendo indiferente o motivo da perda dos benefícios, porém serão alocados no nível II do SISBEN. A aplicação da cobertura estatal com subsídios parciais se dará no mínimo em 50% e no máximo em 90% para assistências aos usuários classificados em nível III do SISBEN. Terão prioridade os usuários que perderam sua filiação no regime contributivo, de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Proteção Social (COLÔMBIA, 2007).

O sistema de saúde colombiano é composto pelos Planos Obrigatórios de Saúde (POS) que serão oferecidos por Empresas Sociais do Estado (ESE) e empresas privadas. Tais instituições são pessoas jurídicas que efetivamente prestarão serviços para promoção e prevenção à saúde. Para tanto deverá ser contratada uma rede representada pelas EPS do regime subsidiado no respectivo local.

Segundo Colômbia (2007) as EPS deverá contratar no mínimo 60% dos serviços prestados pelas ESE. Estas deverão estar habilitadas e possuir infraestrutura suficiente para atender a demanda e alcançar os indicadores de qualidade e resultado em tempo hábil. Os municípios acordarão com as EPS do regime subsidiado que deverá prestar serviços de atenção em saúde, promoção e prevenção aos afiliados próximo de suas casas com agilidade e celeridade.

O governo federal definirá mecanismos específicos de promoção da saúde ao Departamento do Amazonas por apresentar dificuldades de acesso devido à geografia. Estes mecanismos deverão prever a mitigação das dificuldades principalmente devido ao acesso da região aos outros centros de referência. Exemplo desses mecanismos é o chamado médicos itinerantes que percorrem as comunidade ribeirinhas para prestar assistência.

O mercado sempre deve seguir às macros diretrizes estabelecidas pelas instituições públicas que regulam o sistema de saúde. Porém apesar dessa regra o mercado apresenta grande influência sobre a oferta de serviços de saúde na

Colômbia, inclusive no regime subsidiado exigida na prática o campo da saúde na Colômbia embora seja regulada pelo Estado, mas o mercado apresenta grande influência mesmo no regime subsidiado. Assim sendo se propõe a estrutura do campo social da saúde com os seguintes agentes e representação conforme a figura 6:

1) Estado:

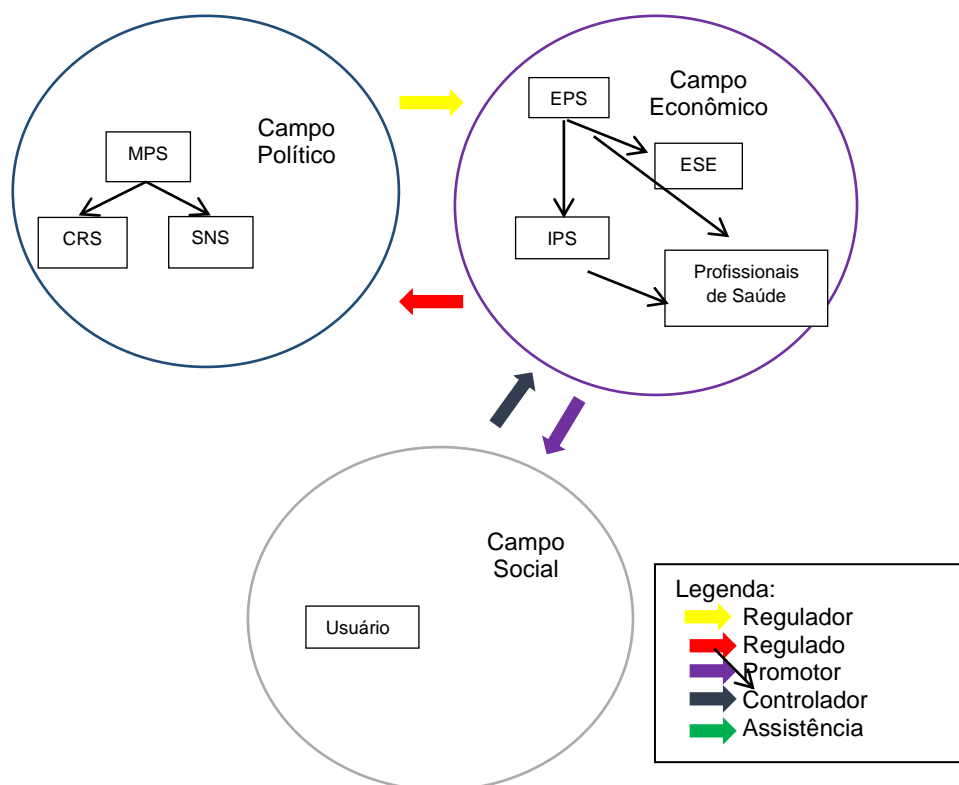
- a) Ministerio de la Protección Social (MPS): Órgão de maior responsabilidade hierárquica do governo central colombiano;
- b) Comisión de Regulación em Salud(CRS): Unidade administrativa especial, personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, técnica, patrimonial vinculada ao MPS – Formada por representantes do MPS, Ministério da Renda e Crédito Público e 5 (cinco) Especialista das Universidades, Centros de Pesquisas em Saúde, Centro de Pesquisa Econômica de Saúde, Associações de Profissionais de Saúde e Associação de Usuários (organizados). Função: Concepção e filosofia do sistema de saúde;
- c) Superintendencia Nacional de Salud (SNS): função administrativa e fiscal;

2) Instituições de caráter público e privativo:

- a) Entidades Promotoras de Salud (EPS): São responsáveis pela administração do regime subsidiado, cuja cobertura poderá ser total ou parcial, contrata as ESE e ESP;
- b) Empresas Sociales del Estado (ESE): Dão o primeiro atendimento aos usuários subsidiados e
- c) Instituciones Prestadoras de Salud(IPS): Atendimento complementar.

3) Usuários do regime subsidiado e contributivo.

Figura 6–Estrutura e Relações sociais no campo da saúde na Colômbia.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2017.

6.4 Política pública no campo da saúde no Peru: organização da estrutura

O Sistema de saúde peruano tem como marco normativo vigente a Ley nº 29344 DS nº 008/2010–AS ou Ley Marco de Aseguramiento Universal em Salud. Segundo Peru (2010) o objetivo é de regular o acesso universal à saúde, garantir o acesso das pessoas em solo peruano aos serviços de todos os níveis de atenção à saúde, regular o financiamento, regular a prestação de serviços e supervisionar o acesso. Este marco regulatório contempla um processo sistêmico e coordenado que permite o acesso a todos residentes no território peruano ao PLANO ESSENCIAL DE GARANTIA DE SAÚDE.

Este plano apresenta diretrizes relacionada ao processo de descentralização político-administrativo do nível central ao nível local. A gestão do sistema passa a ser a nível local de acordo com o perfil epidemiológico e complexidade da assistência oferecida à população. Porém as diretrizes são pensadas a partir da

sede do Departamento no caso da região em questão ao Departamento de Loreto (PERU, 2010).

Através do regulamento o governo peruano faz um esforço de promover a garantia universal aos serviços de saúde, com participação financeira da sociedade, através de contribuições buscando o uso racional dos serviços oferecidos pelo sistema. Neste contexto o governo permite a participação de empresas privadas tanto no gerenciamento dos recursos financeiros, quanto na execução dos serviços ofertados de forma complementar ao Plano Essencial de Saúde (PEAS). Ademais os serviços podem ser oferecidos por instituições públicas, privadas e mistas.

A gestão e administração financeira do sistema de saúde no Peru é partilhada entre o nível federal, departamental e local. O nível federal é representado pelo Ministerio de Salud (MS), Superintendencia Nacional de Aseguramiento em Salud (SUNASA). Estes Órgãos possuem funções bem específicas, assim como os setores do nível regional e local que são executores do orçamento (quadro 5).

Ao analisar o quadro 5 é interessante observar a importância da SUNASA no sistema por se tratar de um órgão regulador e de interface entre o Ministerio de Salud e as Instituições que executam as ações de saúde. Por esta razão a SUNASA apresenta constituição organizativa e gerencial representada pelo Conselho Diretivo composto por cinco membros. Estes membros estão ligados ao governo central, sendo 02 do Ministerio de Salud, onde um obrigatoriamente assumirá o cargo de presidente, 01 do Ministério da Economia e Finanças, 01 do Ministério da Mulher e Desenvolvimento Social e 01 do Ministério do Trabalho e Promoção Social.

Ressalte-se que a ação do Conselho Diretivo da SUNASA se pauta por dois princípios, sendo o primeiro exige do conselheiro uma conduta ética, e o segundo que propicia plenos poderes sobre as decisões relacionadas à condução do sistema de saúde. Complementar ao Conselho Diretivo é instituído o Centro de Conciliação e Arbitragem, que tem a função de dirimir em primeira instância as controvérsias entre os agentes do sistema de saúde e Junta de Usuários. Este Centro apresenta uma característica consultiva que emitirá opinião, parecer e proposta sobre as questões da saúde em busca de qualidade e melhora do desempenho do sistema de saúde.

A análise da legislação que regula o sistema de saúde peruano, observa que o Conselho Diretivo possui ingerência sobre a Junta de Usuários. Esta ingerência se reflete na estrutura, função, distribuição geográfica, conformação, processo de nomeação e eleição de seus membros, o que a princípio torna as ideias

demandadas da população refém do nível governamental. Esta disposição no campo gerencial do sistema de saúde torna o usuário dependente das decisões do governo com possibilidade restrita de participação.

Quadro 5 - Responsabilidades das instituições governamentais sobre o Sistema de Saúde no Peru.

Ministerio de Salud	SUNASA	Distrito e Cidades
Caracteriza-se por ser órgão regulador do sistema de saúde inclusive sobre os agentes envolvidos no setor saúde, aprova e executa políticas nacionais, aprovando normas reguladoras para os serviços de saúde e seus usuários.	A vigilância do sistema de saúde para garantir o seu pleno funcionamento em todo o território nacional, segundo a peculiaridade regional, resguardando e garantindo o acesso pleno e progressivo dos usuários aos serviços de saúde segundo os princípios de universalidade, solidariedade, unidade, integralidade, equidade, irreversibilidade (desligamento do plano de saúde) e participação.	Através do Comitê Técnico Implementador Regional (CTIR) conduz o desenvolvimento dos processos de garantia de saúde na área de sua jurisdição em consonância com a política nacional.
Coordena e articula ações governamentais, interfederativas e entre instituições governamentais, privadas ou mistas.	Manter um sistema de informação sobre toda a cadeia de serviços e seus respectivos executores atualizados e disponibilizar ao MS, Registro Nacional de Identificação e Estado Civil (RENIEC), usuários, profissionais de saúde e outras Instituições.	Elabora, aprova e executa as políticas regionais e planos de desenvolvimento regional centrados nas iniciativas de acesso universal em consonância com o nível nacional.
Supervisiona, monitora e avalia o sistema de saúde desenvolvido em território peruano, cujo principal indicador é o acesso aos serviços de saúde, inclusive os medicamentos com impacto na melhoria de vida da população, além da utilização efetiva dos recursos financeiros.	Autorizar, registra, regula, outorgar/sanciona, fiscaliza, supervisiona as IAFAS e IPRESS bem como seus serviços prestados de acordo com a legislação vigente, além de conduzir e promover articulação entre as instituições prestadoras de serviços de saúde.	Coordenar os governos locais, organizações públicas ou privadas bem como prover articulação entre as instituições prestadoras de serviços dentro de sua jurisdição a fim de executarem ações integradas de saúde com vistas à universalidade da assistência.

Elabora o mecanismo de vigilância e cuidados a serem desenvolvidos pelos governos regionais e locais com vistas ao cumprimento dos direitos das populações ao que se refere à garantia de saúde universal com especial atenção à qualidade da assistência, oportunidade de financiamento com acesso à informação aos usuários sem prejuízo ao que compete à SUNASA.	Aferir a satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde recebidos.	Supervisiona e monitora as ações desenvolvidas nas regiões e informar ao MS e seus resultados, além de divulgação para acesso dos cidadãos.
---	--	---

Fonte: Antonio J.A. Souza, 2017.

Identifica-se duas instituições fundamentais na composição do sistema de saúde peruano: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento em Salud (IAFAS) e as Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Com características públicas, privadas ou mistas a IPRESS possuem função exclusiva de executora das ações de saúde e as IAFAS destinadas a atrair e gerenciar recursos financeiros aplicados ao sistema de saúde. Também faz parte do rol de ações destas instituições a execução de serviços com recursos próprios ou terceirizados.

A Ley Marco de Aseguramiento Universal em Salud do Peru determina as seguintes funções às IAFAS:

- a) Disponibilizar ações de saúde de forma eficiente, eficaz e em tempo hábil;
- b) Promover afiliação da população não assistida por algum sistema de saúde seja público, privado ou misto;
- c) Definir o rol de procedimentos bem como organizar a forma e o mecanismo de acesso de seus usuários filiados aos mesmos em todo território nacional, ou seja, definir as regras de acesso em consonância com legislação vigente;
- d) Informar à SUNASA sobre seus serviços prestados, afiliados e desligados;
- e) Responsabilização solidária pelo atendimento de qualidade, eficiente e eficaz entre às IPRESS e IAFAS, além de proceder os pagamentos à rede pública de serviços médicos contratadas.

Segundo Peru (2010) cabe às IPRESS:

- a) Prestar serviços de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia em tempo hábil, sem discriminação a qualquer título de seus filiados;

b) Obedecer às normas vigentes do setor saúde estipuladas pelo Ministerio de Salud;

c) Prestar serviços de qualidade e para tal devem possuir recursos humanos adequados, infraestrutura, recursos tecnológicos, ou seja, possuir todos os parâmetros que permita um atendimento de qualidade.

Os direitos dos usuários que são previsto na Lei garantem que os mesmos tenham acesso aos serviços de saúde e assistência social com qualidade e tratamento humanizado. Para tanto deverá possuir Documento Nacional de Identidad (DNI) para os peruanos e identificação de estrangeiro (Carné de Extranjería) para pessoa de outra nacionalidade. O processo de acesso só é possível quando o usuário se filia a um serviço de assistência à saúde.

A Lei garante aos usuários o acesso à informação clínica, tratamento ao qual irá se submeter e profissionais que tratarão seus problemas de saúde. Ademais é garantido sigilo destas informações, inclusive de seus dados pessoais bem como os procedimentos ao qual serão submetidos, assim como sua família e dar consentimento para que a terapêutica seja aplicada. Neste aspecto observa-se atenção humanizada garantido pela Legislação (PERU, 2010).

Observa-se ainda que no âmbito do serviço de saúde peruano os usuários podem se afiliar a seguros de regime contributivo, semicontributivo ou subsidiado. O parâmetro que rege a filiação do usuário para um ou outro regime é a condição social do mesmo. Os usuários dependentes do regime contributivo serão trabalhadores ativos cooperados, trabalhadores de pequena ou média empresa, pensionistas e servidores públicos, estes obrigatoriamente filados ao Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Os afiliados ao regime semicontributivo constituem-se de trabalhadores e donos de microempresa, pessoas que mesmo individualmente ou familiarmente está beneficiada pelo Seguro Integral de Salud. Também está dentro da tipologia semicontributivo outros beneficiários cuja cobertura seja cofinanciada com recursos do governo regional ou outro tipo de acordo. Portanto nesta forma de acesso os custos financeiros com o sistema de saúde são partilhados entre Estado e Cidadão.

O regime subsidiado representado pelo Seguro Integral de Salud (SIS) foi pensado para a população residente no país em condições de pobreza que não contém seguro de saúde contributivo ou semicontributivo. Nesta condição o usuário tem garantia de saúde em 100% das suas necessidade sem dispor de recurso

financeiro. Este tipo de assistência avalia a condição socioeconômica do cidadão e equivale ao SUS no Brasil considerando acesso aos serviços de saúde sem ônus.

Tanto as IAFAS quanto as IPRESS seguirão o Plan Esencial de Aseguramiento em Salud (PEAS). Este é plano consta além do rol de serviços ofertados a forma de financiamento e reajuste de acordo com o regime filiado, sem cumprimento de carência para emergência para os regimes contributivos ou semicontributivos. Sendo que a SUNASA determinará a oferta de serviço que obedecerá às necessidades da população de acordo com o perfil epidemiológico do local.

A partir dessas análises se propõe a seguinte estrutura do campo da saúde peruano considerando os agentes integrantes conforme a figura 7:

1) Estado:

a) Ministerio da Salud – Aprova e executa políticas; coordenação e articulação interfederativa; elabora mecanismo de vigilância;

b) Superintendencia Nacional de Aseguramiento em Salud (SUNASA) – Responsável pelo monitoramento e vigilância do sistema de saúde/executivo; registra e autoriza o funcionamento dos prestadores de serviços;

c) Conselho Diretivo (tem ingerência sobre a junta de usuários);

d) Centro de Conciliação e Arbitragem e

e) Junta de usuários.

f) Comitê Técnico Implementador Regional (CTIR) – Executor da política pública local;

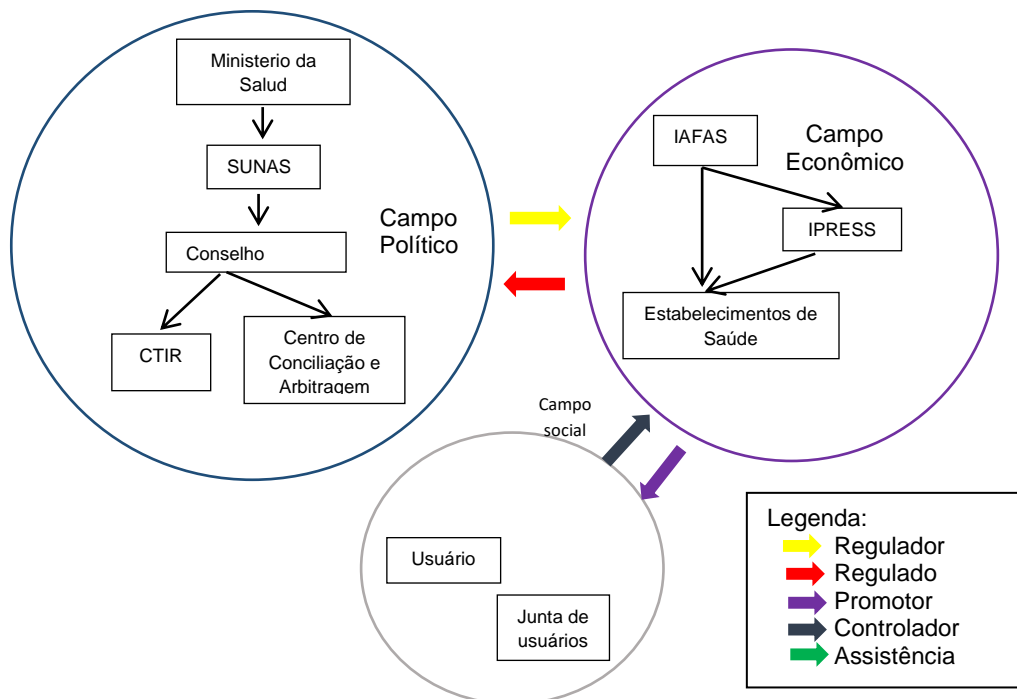
2) Instituições de caráter estatal e privativa:

a) Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento em Salud (IAFAS) - Executa os serviços de saúde – Caráter público ou privado;

b) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) – Busca e aplica recursos financeiros no plano;

c) Usuário.

Figura 7 - Estrutura e Relações sociais no campo da saúde no Peru.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2017.

A estrutura no campo social da saúde na região peruana da tríplice fronteira conta com assistência preventiva, ou seja, atenção primária

7 RESULTADOS

7.1 O lado brasileiro

7.1.1 A cidade de Tabatinga

7.1.1.1 Perfil socioespacial

A origem da cidade de Tabatinga data de 1766 com fortificação do território pelo Exército brasileiro e o Posto Fiscal de Registro. Devido sua localização mais elevada permitia um controle mais efetivo do comércio e navegação sobre o rio Solimões. A cidade é fundada a partir da construção do forte de São Francisco e posteriormente foi formada o povoado de São Francisco Xavier de Tabatinga.

Tabatinga é banhada pelo rio Solimões e faz divisa com a Isla de Santa Rosa no Peru e a cidade de Letícia na Colômbia, formando a tríplice fronteira internacional (mapa 2). A sua população para 2015 foi estimada pelo IBGE em 61.028 habitantes, distribuídos numa área de 3.224,9 km² com densidade demográfica de 18.92 hab./km². Segundo o IBGE por se tratar de estimativa o mesmo não estratifica a população apenas informa o montante com base numa projeção aritmética.

Para fins de estratificação populacional se trabalhou com o censo de 2010 que segundo a contagem do IBGE neste período era de 52.272 habitantes. Na tabela 1 está demonstrado o quantitativo de pessoas na faixa etária e nesta se observa um bom potencial de pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos. Esta informação permite inferir a disponibilidade de mão de obra que pode atuar na movimentação da economia da tríplice fronteira.

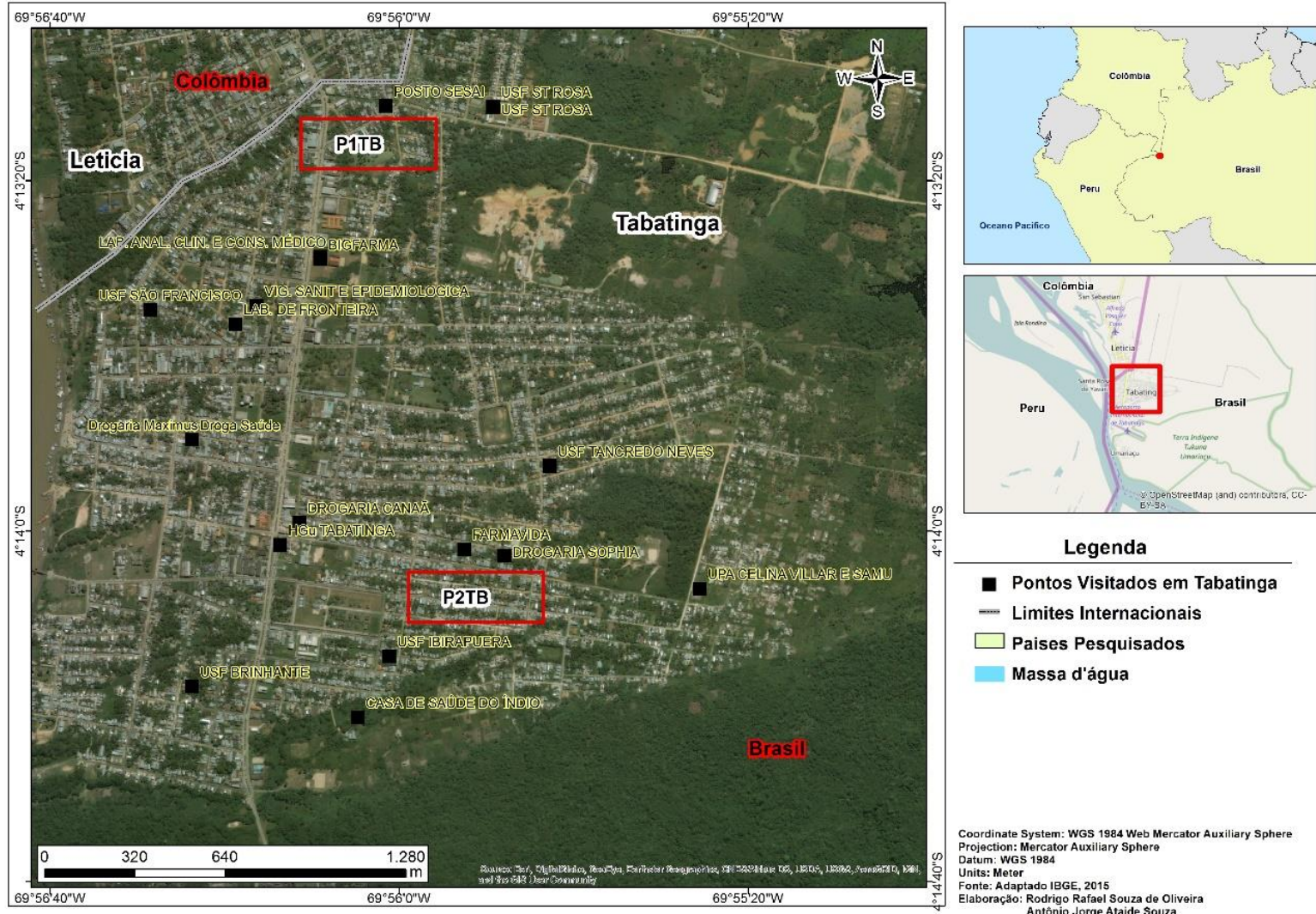
Tabela 1 - População da cidade de Tabatinga por gênero, faixa etária e distribuição espacial.

Residentes		Gênero		Faixa etária					Total
				Menor de 1 ano	1-14 anos	15 a 19 anos	20 a 49 anos	maior de 50 anos	
Urbano	Rural								
36.355	15.917	Homens	26.359	780	9.453	2.843	10.522	2.761	52.272
		Mulheres	25.913	679	9.373	2.960	10.278	2.623	

Fonte: IBGE, 2010.

O IBGE desenhou o mapa da pobreza no município de Tabatinga em 2010 e apontou um índice de pobreza que atingiu o percentual de 60,24 de seus munícipes. Porém os mesmos dados demonstram uma evolução no IDHM de 1991 a 2010 havendo um salto qualitativo de 0,333 para 0,616, devido o melhoramento da infraestrutura da cidade. Certamente que fato sofreu reflexo do aumento do Produto Interno Bruto (PIB) municipal que foi de 266.069 reais.

Mapa 2 - Carta Imagem de Tabatinga e pontos de pesquisa P1TB e P2TB.

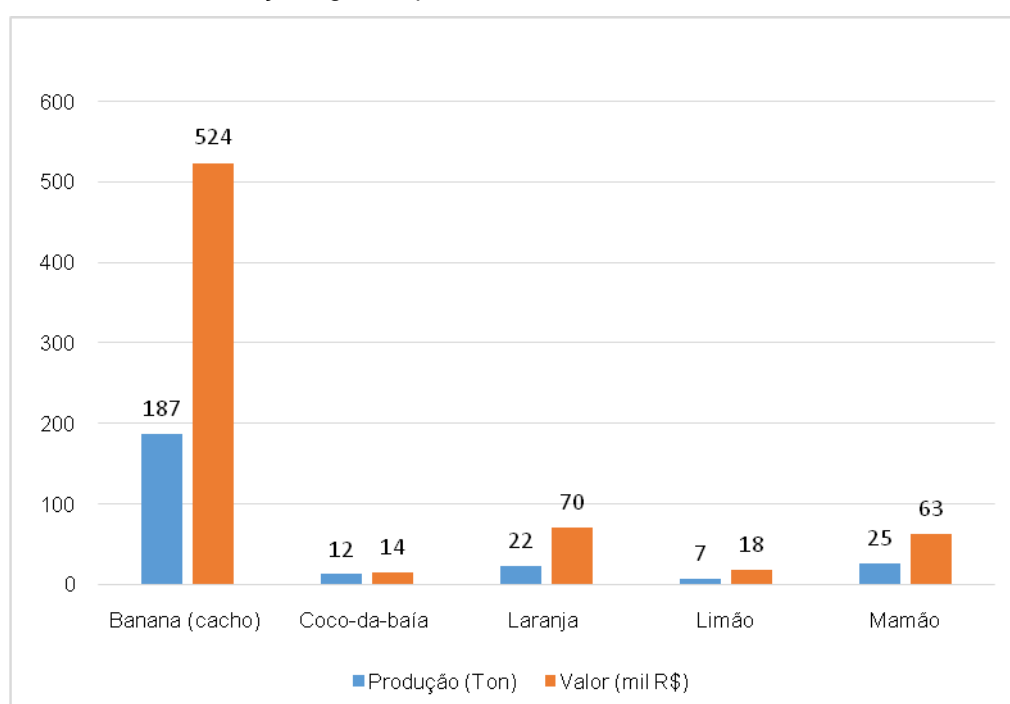


Considerando dos dados censitários de 2010, 99% da população do município tem acesso à coleta de lixo 3 vezes por semana, a água potável, instalações sanitárias e energia elétrica. Compõe ainda a infraestrutura da cidade destacamento das forças armadas e força nacional, polícia militar e civil do Estado do Amazonas, uma delegacia de polícia, postos de saúde e hospital do Exército brasileiro. Com esta infraestrutura Tabatinga se torna a melhor cidade dentre as cidades brasileiras nesta região de fronteira.

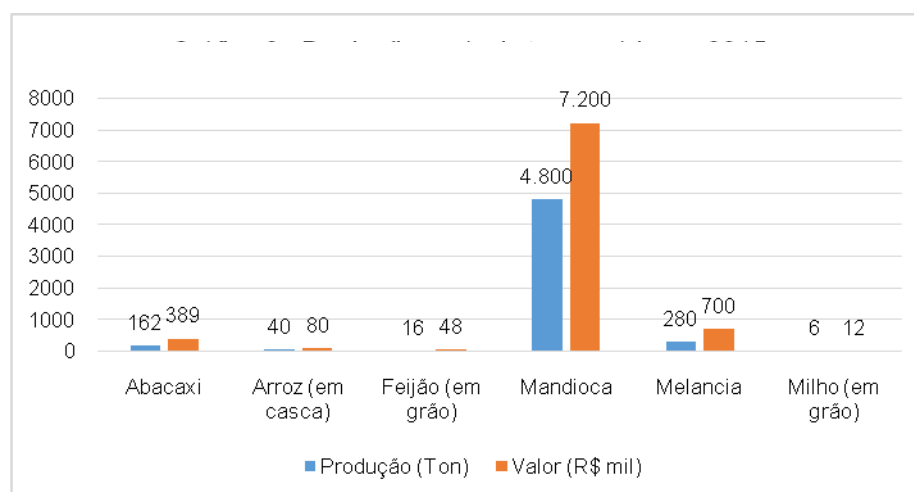
7.1.1.2 Aspectos econômicos

Apesar de se encontrar distante da capital e com difícil acesso ao centro político do Estado do Amazonas, Tabatinga contribui significativamente para o PIB estadual e nacional. Segundo o IBGE em 2015 o destaque na produção agrícola foi a banana como cultura permanente e mandioca como cultura temporária, juntas movimentam uma produção aproximada de 5 toneladas e movimentaram um mercado de mais de 7,5 milhões de reais. Ressalte-se que outras lavouras contribuíram para produção interna do município como o coco, a laranja e mamão que juntos em 2015 compõem uma safra de 59 toneladas conforme os gráfico 1 e 2.

Gráfico 1- Produção agrícola permanente em 2015.

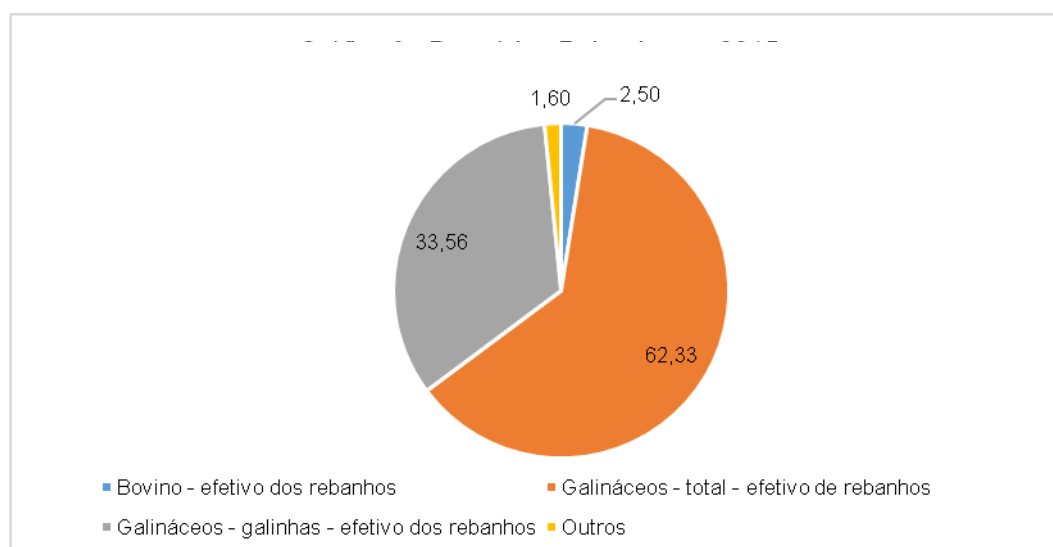


Fonte: IBGE, 2017.

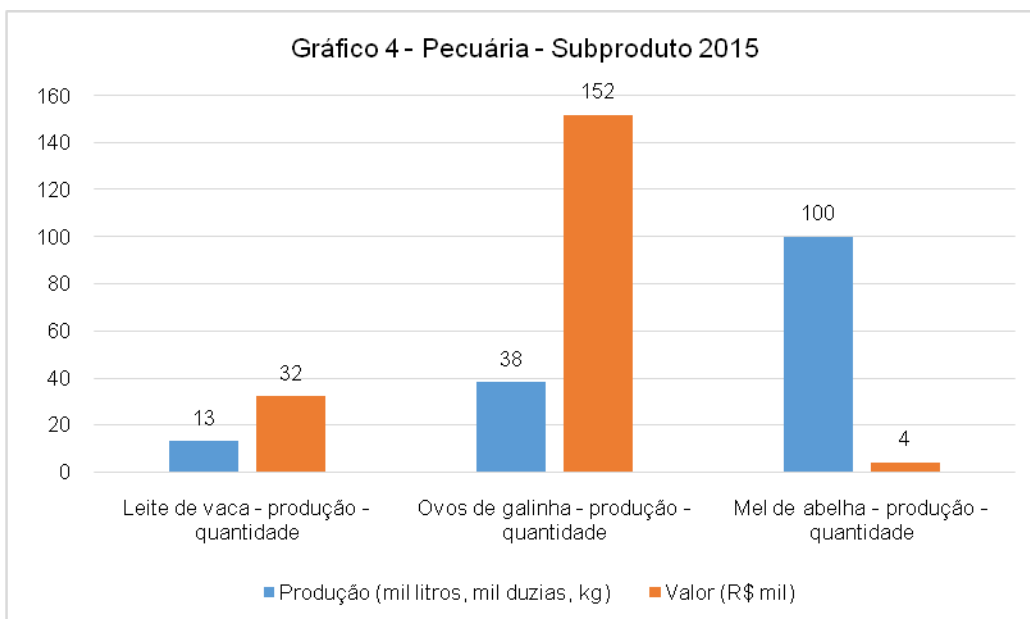
Gráfico 2 – Produção agrícola temporária em 2015.

Fonte: IBGE, 2017.

A pecuária também contribuiu significativamente para o PIB do município. Os gráficos 3 e 4 destacam a produção pecuária de galináceos que representa mais 95% da produção total do município, ficando os outros 5% por conta dos bovinos, equinos, bubalinos, suínos, caprinos e ovinos. Como os galináceos se apresentam como produto animal mais importante da pecuária, seus subprodutos também impactam diretamente no PIB do município que no ano de 2015 produziu 38 mil dúzias de ovos, movimentando um mercado de R\$ 152 mil.

Gráfico 3 – Pecuária – Rebanho em 2015.

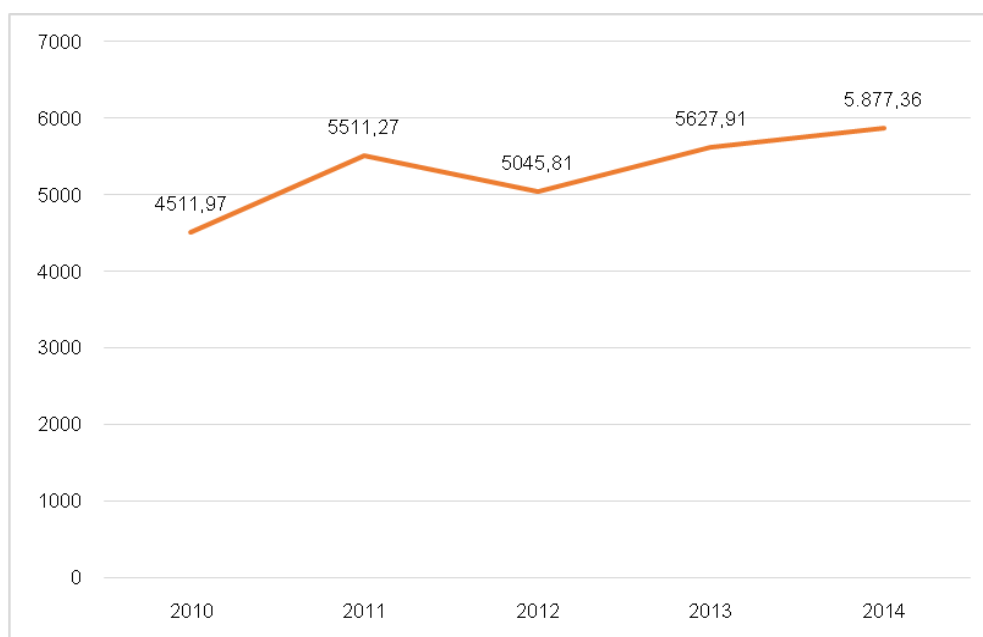
Fonte: IBGE, 2017.



Fonte: IBGE, 2017.

Os dados do IBGE para o PIB per capita de 2014 teve um aumento aproximado de 4% em relação ao ano de 2013 (gráfico 5). Obviamente que este aumento do tem uma relação direta com os números reais do PIB no ano de 2014 como se pode verificar no quadro 6. Observe-se que a diferença no crescimento do PIB per capita se deve aos investimentos públicos, produção sobre serviços e da indústria.

Gráfico 5 – Evolução do PIB per capita de 2010 a 2014 de Tabatinga.



Fonte: IBGE, 2017.

Quadro 6 - PIB comparativo de Tabatinga de 2013 e 2014.

Especificação do PIB – Tabatinga	Ano		
	PIB 2013 (R\$ mil)	PIB 2014 (R\$ mil)	Tendência
Valor adicionado bruto da agropecuária, a preços correntes	16.405	14.286	↓
Valor adicionado bruto da indústria, a preços correntes	17.433	23.070	↑
Valor adicionado bruto dos Serviços, a preços correntes - exclusive administração, saúde e educação públicas e seguridade social	85.443	92.820	↑
Valor adicionado bruto da Administração, saúde e educação públicas e seguridade social, a preços correntes	196.616	209.677	↑
Valor adicionado bruto Total, a preços correntes	315.897	339.853	↑
Impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos, a preços correntes	11.280	10.931	↓
PIB, a preços correntes	327.177	350.784	↑
PIB Per capita	5.610,61	5.877,36	↑

Fonte: IBGE, 2017.

7.1.1.3 Segurança pública

Nos termos de Leonardi (2000) o pesquisador que ousa estudar esta região trífrente não deve subestimar a influência do tráfico de drogas. Considerando esta assertiva ao observar os dados relativos à criminalidade no município junto à Delegacia de Polícia vinculada ao Sistema da Secretaria Estadual de Segurança Pública do Estado do Amazonas e comparando com as entrevistas realizadas nas

áreas de pesquisa se constata divergência entre as informações. Os dados registrados pelo poder público não refletem a realidade local.

Nesta perspectiva ao observar as informações descritas no Gráfico 6 se observa que a violência doméstica se destaca como maior problema de segurança pública atingindo um percentual de 79,12 das notificações no ano de 2015. Embora o percentual de notificações e prisões relacionadas ao tráfico droga apresente 9,48%, que para o sistema de segurança pública é a segunda maior causa de Boletim de Ocorrência, este problema tem sido o mais citado entre os entrevistados que demonstram preocupação com esta forma de crime, o que é responsável pela avaliação negativa das relações transfronteiriças conforme os relatos abaixo: Anderson Jr. e sua esposa Marineves, Sr. Severo Mendes e Sra. Maria Cecília respectivamente:

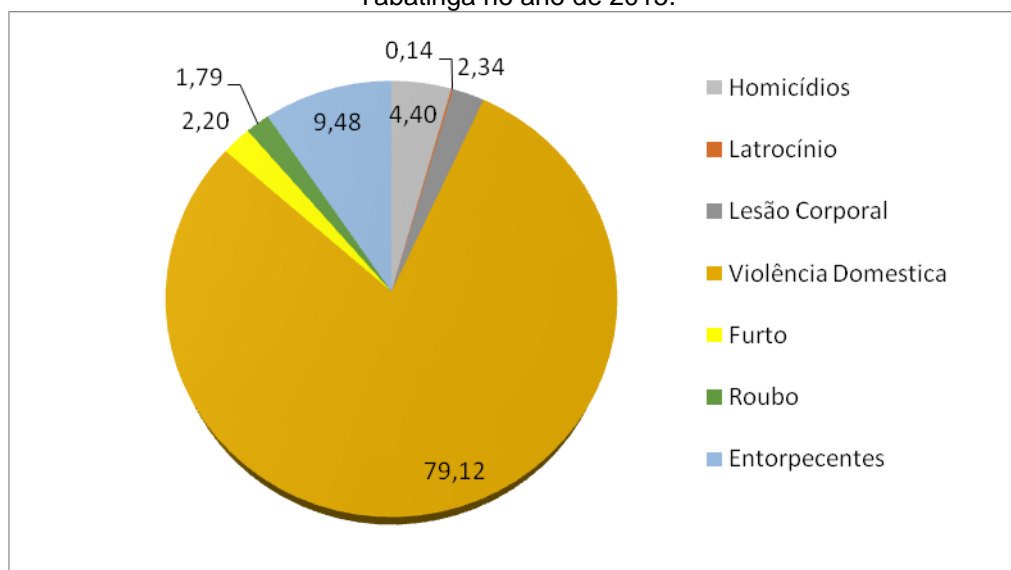
A fronteira para mim tem dois lados um bom e um ruim. O ruim é que é fácil a entrada de estrangeiros aqui para Brasil e facilita a entrada de bandidos e traficantes, por tanto, temos problemas de segurança. Positivamente temos o comércio que nos facilita e com relação às necessidades básicas. A música colombiana e a cultura são boas à música como vallenato (na festa do pirarucu de ouro/La confraternidad). (P1TB – Anderson Jr. e Marineves)

A fronteira para mim é a vivencia de três países Brasil, Peru e Colômbia. Aqui o que acho ruim é a bandidagem, colombiano e peruano vem e vão com facilidade, isto estimula inclusive o tráfico humano e de bom são os produtos do comércio que em geral são mais baratos que os produtos brasileiros em termos de alimentação. No geral vejo muito negativo a fronteira. (P1TB – Severo Mendes)

A fronteira para mim é limite muito presente, principalmente para nós que somos brasileiros, dificultam tudo para nós, quando meu irmão sofreu um tiro estava ferido eles não quiseram abrir a cancela até que a comunidade abriu na marra e fomos a clínica Leticia porque é a mais próxima, mas infelizmente ele morreu. (P1TB – Maria Cecília)

Estas argumentações são referidas por 100% das pessoas que avaliam as relações fronteiriças negativamente, sobretudo, porque estão relacionadas aos crimes violentos com arma de fogo.

Gráfico 6 - Percentual de crimes registrados em Boletim de Ocorrência na cidade de Tabatinga no ano de 2015.



Fonte: Secretaria Estadual de Segurança Pública do Amazonas, 2016.

O levantamento das informações relacionadas à segurança pública foi realizado através do Sistema de Informações da Secretaria de Segurança Pública do Amazonas.

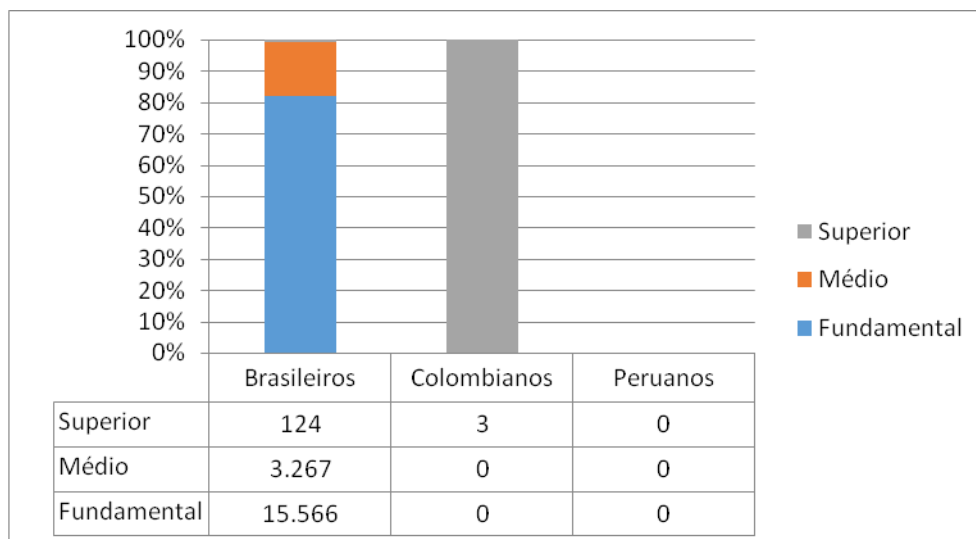
7.1.1.4 Educação

Com relação ao sistema educacional na cidade de Tabatinga os dados coletados junto à Secretaria de Educação do Município relativo aos ano de 2015. Estes informam que entre os ensinos da pré-escola, fundamental e médio havia 1.156 docentes, tais profissionais estavam distribuídos nas 54 escolas de ensino pré-escolar, 65 de ensino fundamental e 8 de ensino médio sob ingerência do Estado e do Município, sendo que para o mesmo período e mesmos níveis escolares o quantitativo de matrículas foram de 13.341 alunos. Quanto ao nível superior foi identificado um polo Universidade Estadual do Amazonas (UEAM) e Universidade Paulista (UNIP).

O gráfico 7 mostra a desproporcionalidade de alunos colombianos e inexistência de estudantes peruanos estudando em escolas brasileiras no ano de 2015. Entre os brasileiros 15 mil, 3 mil e 124 alunos estavam cursando respectivamente o ensino fundamental, médio e superior, sendo que foi informado pela Universidade Estadual do Amazonas a presença de três colombianos. Não

foram informados a presença de peruanos nas escolas brasileiras o que foi considerado como inexistentes.

Gráfico 7 - Distribuição de alunos da educação infantil, fundamental, médio e superior por nacionalidade matriculados nas Instituições de ensino no município de Tabatinga no ano de 2015.



Fonte: Universidade Estadual do Amazonas, Secretaria Estadual de Educação do Amazonas e Secretaria Municipal de Educação de Tabatinga, 2016.

Embora os dados demonstrem uma divergência desproporcional considerando que a fronteira seria um território de livre acesso, as autoridades entrevistadas, o Secretário Municipal de Educação e Assessor da Direção de Relações Institucionais, consideram esta estatística oficial subestimada conforme suas falas descritas abaixo:

Atualmente a política de educação de Tabatinga sempre procura integrar os alunos estrangeiros a nossa educação e o que mais tem dado no ensino fundamental e médio são alunos peruanos e colombianos, pois há um termo de cooperação aqui na fronteira, logo não tem mais como não aceitar estes alunos, agora o aluno não precisa nem mais ter burocracia, seja com passaporte ou tradução de seu histórico escolar. A queixa dos moradores quanto ao rebaixamento de alunos que vem tanto do lado colombiano quanto do lado peruano são rebaixados, isto não existe mais. Já explico: antes a escolaridade era série, então você tinha: alfabetização, 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, etc., isto era o primário. Sendo que em Leticia e no Peru não tinha a alfabetização eles já começavam no seriado com 9 anos. Esta diferença causava aparentemente rebaixamento, mas isto não acontecia, porque a diferença era devido o modelo escolar adotado em cada país, mas agora com a reforma no Brasil isto acabou. (Secretário Municipal de Educação, Vitorino Carneiro Mendes)

Com relação aos poucos alunos que frequentam a UEAM, a questão não é dificuldade de acesso devido se tratar de questões internacionais. Há duas

formas de acesso, sendo a primeira a formal. A que qualquer aluno estrangeiro em solo brasileiro se submete que é estar com a entrada legal no país e passar no vestibular. A segunda é que há muitos alunos com dupla nacionalidade, ou seja, é uma questão de identidade.(Assessor da Direção das Relações Institucionais da UEAM, José Roberto Faria).

A fala do Secretário de Educação se refere ao ensino fundamental e médio, onde pela sua visão, as barreiras anteriormente existentes foram ultrapassadas com a reforma da educação, sendo possível alunos estrangeiros estudarem em escolas brasileiras.

Uma questão interessante para análise se refere diretamente às relações interpessoais entre os povos que habitam a região de fronteira. Segundo o Assessor de Relações Institucionais da UEAM quando trata da questão do acesso à educação se refere ao ensino superior. Porém critica os dados fornecidos pela UEAM dizendo que está subestimado, sob a argumentação de que o problema da subestimação dos mesmos em relação a colombianos e peruanos presentes nas instituições de ensino brasileiro não reside em barreiras jurídicas de migração, pois os alunos podem estudar no Brasil desde que estejam legalmente estabelecidos aprovados em processos seletivos. Mas acredita que o maior motivo se deve a questão de identidade nacional assumida pelos discentes, dada sua dupla nacionalidade que optam pela identidade brasileira.

Correlacionando as falas das autoridades de educação com da comunidade na tríplice fronteira outras constatações podem ser observadas, conforme abaixo:

A fronteira para mim existe no âmbito da educação, embora a gente seja brasileiro e morarmos em território colombiano, temos muitas barreiras seja para estudo, ou trabalho em solo brasileiro. O fato de termos o sotaque colombiano não aceitam nossa nacionalidade, mesmo mostrando os documentos brasileiros e mostrando testemunhas (P1LT - Sra. Vaísa Viana).

A fronteira para mim é temos muitas necessidades e sermos esquecidos pelos governos, que nos negligencia saúde, saneamento, educação. O que acontece aqui no Peru, por exemplo, não temos universidade e quando vamos ao Brasil ou Colômbia, não temos acesso. Somente um projeto de desenvolvimento que de fato contemple estas questões principalmente de educação. Acho que deveria haver um acordo trinacional em educação para suprir a necessidade seja de alunos com acesso à educação e formação de professor, ou seja, dar oportunidade para cursar um curso de nível superior e ter direito ao emprego em qualquer parte da fronteira. É um problema de Estado que não há projeto de desenvolvimento (P2SR – Roselita).

Essas falas contradizem as autoridades de educação entrevistadas nos parágrafos anteriores, pois a comunidade tem dificuldade de acesso à escola, sobretudo quando reside em território colombiano ou peruano.

7.1.1.5 Cultura

A cidade de Tabatinga por se localizar numa região de fronteira sofre influência das culturas indígena, branca brasileira, peruana e colombiana. Estas influências são percebidas nos relatos dos entrevistados sobre seus interesses na música, culinária e língua conforme abaixo:

A fronteira para mim tem dois lados um bom e um ruim. O ruim é que é fácil a entrada de estrangeiros aqui para Brasil e facilita a entrada de bandidos e traficantes, por tanto, temos problemas de segurança. Positivamente temos o comércio que nos facilita com relação às necessidades básicas. A música e a cultura são boas, sendo que a música que eu mais gosto é vallenato que toca durante a festividade do pirarucu de ouro (La confraternidad) (Entrevistados: Anderson Jr./Marineves)

A fronteira para mim é divisão entre países. Não tenho referência para fazer uma opinião. Acho que há uma integração entre as pessoas que tem intercâmbio. Acho que há uma inter-relação cultural (Alessandro Oliveira).

A fronteira para mim é a divisão entre dois países ou lugares e na prática existem diferentes culturas e idiomas. O volume das músicas, aqui no Brasil tudo é muito liberado, diferente na Colômbia que é muito controlado. A música tem a ver com a cultura, às vezes tem coisas que embora apareça semelhantes, mas tem significado diferente, por exemplo, na Colômbia tem um suco chamado água de panela, pois se trata de suco de rapadura com limão que feito na panela (Jorge Alessander).

A fronteira para mim são cidades diferentes, outras línguas, outras culturas, porém é bom por causa do contato que temos e aprendemos sua língua só pelo contato (Lidiane Francisca).

Observe-se que a culinária se destaca entre as pessoas no lado brasileiro. As frutas com importância também econômica porque são comercializadas no mercado de Tabatinga tendo sua origem várias localidades da tríplice fronteira conforme a foto 1. As hortaliças são cultivadas e comercializadas por ameríndios, colonos e ribeirinhos das três nacionalidades da fronteira.

Fotografia 1 - Frutas e hortaliças no mercado municipal de Tabatinga importadas da região peruana.



Fonte: Antonio J. A. Souza (2016).

Anualmente no mês de julho acontece um festival cultural em Letícia conhecido como La Confraternidad, onde participam as três nacionalidades que integram a esta fronteira Amazônica. A delegação brasileira começou sua performance com o agradecimento do representante do Governo de Tabatinga em seguida com apresentação da Orquestra Sinfônica do Comando de Fronteira do Solimões/8º Batalhão de Infantaria de Selva do Exército Brasileiro (CFSOL/8º BIS), em seguida acontece uma apresentação de um ritual indígena que visa sedução para procriação entre os membros da comunidade. Posteriormente é apresentado a performance da senhorita Brasil, com samba, pagode, forró. A apresentação da Associação Folclórica Boi Bumba Corajoso foi o ponto mais alto da noite brasileira, além do desfile da senhorita Brasil (fotografias 2, 3, 4, 5 e 6).

Fotografia 2 - Apresentação da Orquestra Sinfônica do Comando de Fronteira do Solimões/8º Batalhão de Infantaria de Selva do Exército Brasileiro (CFSOL/8º BIS).



Fonte: Antonio J. A. Souza (2016).

Fotografia 3 - Ritual indígena de sedução para procriação.



Fonte: Antonio J. A. Souza (2016).

Fotografia 4 –Representante brasileira no Festival La Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J. A. Souza (2016).

Também como composição da cultura local, o Boi Bumba, apesar de ser disseminado em várias regiões do Brasil, no Estado do Amazonas sua identidade é muito forte. Na cidade de Tabatinga este tipo de dança resguarda as histórias e o misticismo caboclo e indígena da Amazônia, com valorização de elementos como as populações indígenas e seus respectivos rituais, as florestas e seus habitantes num clima de miscigenação de cosmos, onde vivem seres reais e demiurgos.

Fotografia 5 - Associação Folclórica Boi Bumba Corajoso.



Fonte: Antonio J. A. Souza (2016).

Outros elementos da dança como a floresta e os pássaros demonstram a ação instintiva do indígena, dança da tribo Ticuna, música dos andes, samba, pagode, MPB, cúmbia, merengue, vallenato.

7.1.1.6 Meio ambiente

A Política Municipal de Meio Ambiente de Tabatinga foi instituída pela Lei Nº 537/09 de 01 de dezembro de 2009 e tem na Secretaria Municipal seu Órgão executor das ações cujos princípios, objetivos e instrumentos para gerir a política pública estão descritos no quadro 7 abaixo:

Quadro 7 – Princípios, objetivos e instrumentos da Lei ambiental nº 537/09 de Tabatinga.

PRINCÍPIOS	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS
A promoção do desenvolvimento integral do ser humano.	Articular e integrar as ações e atividades ambientais desenvolvidas pelos diversos órgãos e entidades do Município, com aqueles dos órgãos federais e estaduais, quando necessário.	Licenciamento ambiental
A racionalização do uso dos recursos ambientais, naturais ou não.	Articular e integrar ações e atividades ambientais intermunicipais, favorecendo consórcios e outros instrumentos de cooperação.	Controle e fiscalização ambiental

A proteção de áreas ameaçadas de degradação.	Identificar e caracterizar os ecossistemas do Município, definindo as funções específicas de seus componentes, as fragilidades, as ameaças, os riscos e os usos compatíveis.	Monitoramento ambiental
O direito de todos ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e a obrigação de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.	Compatibilizar o desenvolvimento econômico e social com a preservação ambiental, a qualidade de vida e o uso racional dos recursos ambientais, naturais ou não.	Recuperação ambiental
A função social e ambiental da propriedade.	Controlar a produção, extração, comercialização, transporte e o emprego de materiais, bens e serviços, métodos e técnicas que comportem risco para a vida ou comprometam a qualidade de vida e o meio ambiente.	Fundo Municipal do Meio Ambiente
A obrigação de recuperar áreas degradadas e indenizar pelos danos causados ao meio ambiente.	Estabelecer normas, critérios e padrões de emissão de efluentes e de qualidade ambiental, bem como normas relativas ao uso e manejo de recursos ambientais, naturais ou não, adequando-os permanentemente em face da lei e de inovações tecnológicas.	Manejo sustentável dos recursos naturais
Garantia da prestação de informações relativas ao meio ambiente.	Estimular a aplicação da melhor tecnologia disponível para a constante redução dos níveis de poluição.	Desenvolvimento científico e tecnológico e sua divulgação
	Preservar e conservar as áreas protegidas no Município.	Instrumentos econômicos
	Estimular o desenvolvimento de pesquisas e uso adequado dos recursos ambientais, naturais ou não.	Plano Diretor Municipal
	Promover a educação ambiental na sociedade e especialmente na rede de ensino municipal.	Fomento a participação social nas questões ambientais
	Promover o zoneamento ambiental.	

Fonte: Lei ambiental nº 537 de 1 de dezembro de 2009.

Observe-se que o Artigo 28 da Lei nº 537/09 refere que é vedado o lançamento ou a liberação nas águas, no ar ou no solo, de toda e qualquer forma de matéria ou energia, que cause comprovada poluição ou degradação ambiental, ou acima dos padrões estabelecidos pela legislação.

Através da observação de campo se constatou que a Cidade de Tabatinga não apresenta sistema de tratamento de esgoto e lança o mesmo direto no Rio Solimões. A fotografia 6 caracteriza bem esta situação, que para piorar também são lançadas no referido rio o esgoto da cidade colombiana de Letícia. Esta situação tem

provocado sucessivas reuniões entre as autoridades sanitárias das cidades envolvidas para resolver a situação.

Fotografia 6 - Desague residuais da cidade de Tabatinga no Rio Solimões.



Fonte: Antonio J.A.Souza, 2016.

Durante a pesquisa na região se procurou a Secretaria de Meio Ambiente para entrevista de seu mandatário e acesso aos relatórios de ações da secretaria. Com relação ao Secretário não foi possível o encontro devido espaço na agenda deste, porém nos franquiou acesso aos relatórios de ação do ano de 2015. A análise do mesmo mostrou que a Secretaria Municipal de Meio Ambiente direcionou seus trabalhos para efetivar a Lei de meio ambiente (quadro 8). Por conseguinte o Órgão procurou fazer um trabalho para mitigar ou prevenir a contaminação do meio ambiente no município de Tabatinga, principalmente relacionado ao sistema de captação da água que é diretamente do rio Solimões conforme fotografia 7.

Quadro 8 – Ações da Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Tabatinga em 2015.

Atividade	Local da Ação	Quantidade
Visita técnica e apuração de denúncia de poluição sonora.	Bares, restaurantes,	20

Autorizações de poda e corte de árvore e posterior vistoria.	Comunidade em geral	76
Fiscalizações e denúncias de crimes ambientais;	Comunidade Em geral	45
Licenças municipais de conformidade ambiental;	Comunidade em geral	15
Visitas e monitoramento para adequação ambiental de – lava-jato.	Comunidade em geral	15
Cadastros e orientações para separação de resíduos nos estabelecimentos comerciais.	Açougues, Oficinas e borracharias, Beneficiadores de açaí.	154
Realização da campanha para redução de acidente aéreo - Controlando a comida do Urubu.	Comunidade em geral	1
Realização da Semana do Meio Ambiente.	Estudantes das escolas municipais e estaduais	1
Visita ao aterro sanitário da cidade Letícia;	Letícia (Colômbia)	1
Campanha de prevenção de combate as queimadas;	Comunidade em geral	1
Cadastros de lojas de confecções visando a destinação correta dos resíduos sólidos;	Lojas de Confecções	66
Cadastros e orientação quanto à destinação dos resíduos farmacêuticos.	Farmácias	1

Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Tabatinga, 2015.

Fotografia 7 – Sistema de captação de água em Tabatinga.



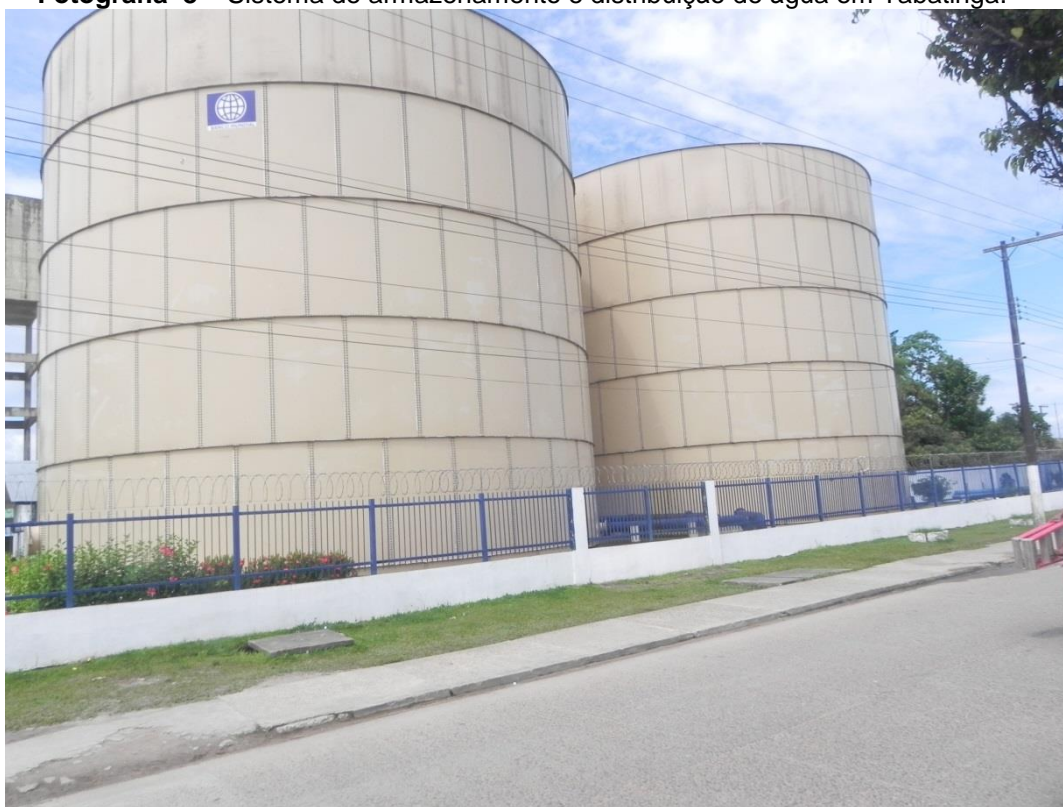
Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

Fotografia 8 – Sistema de tratamento de água em Tabatinga.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

Fotografia 8 – Sistema de armazenamento e distribuição de água em Tabatinga.



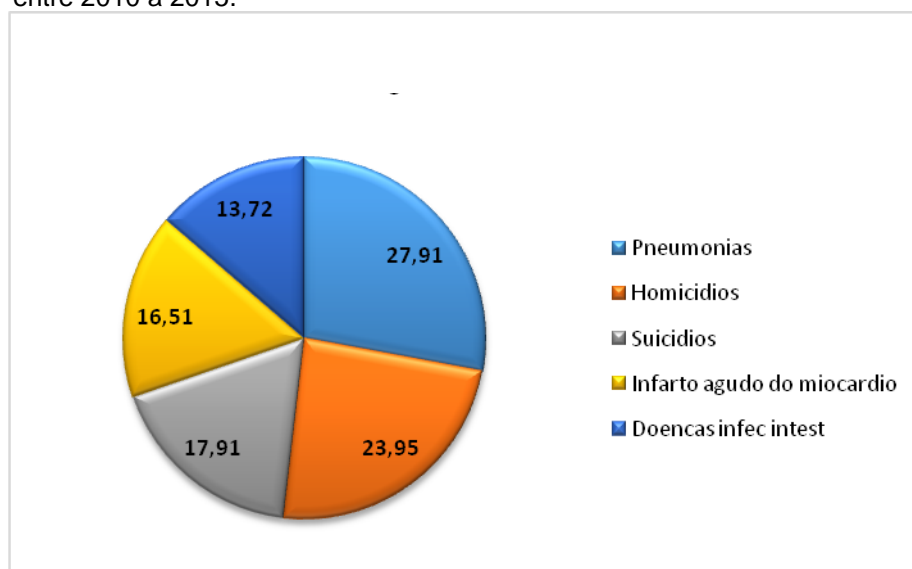
Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

7.1.1.7 Sistema de Saúde em Tabatinga: perfil epidemiológico da população

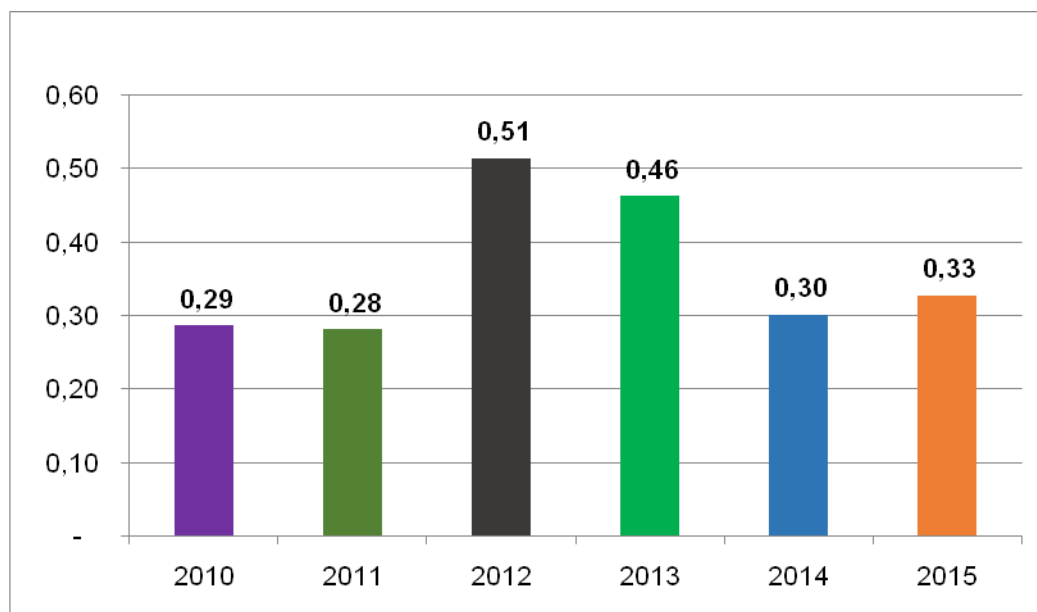
Segundo Brasil (1990) o sistema de saúde deve seguir uma diretriz nacional. Contudo as políticas públicas a nível municipal devem ser estruturadas a partir do seu perfil epidemiológico, ou seja, a partir do quadro morbimortalidades da população. Esta lógica é importante pelo fato de reforçar a descentralização do sistema de saúde do ponto de vista econômico e da execução das ações de saúde a fim de disponibilizar serviços condizentes com a necessidade da população e o mais próximo do local de sua residência.

Como já referido as entrevistas com a comunidade revelaram a preocupação com a segurança pública como ponto negativo das relações transfronteiriças. Ao analisar os dados retrospectivos de mortalidade entre os anos de 2010 a 2015 do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde expostos nos gráficos 8 e 9, as doenças do sistema respiratório aparecem como a principal causa de morte, os homicídios são a segunda maior causa de mortalidade em Tabatinga. Esta última chama atenção por reportar às entrevistas que referem sobre a insegurança na região.

Gráfico 8 – Percentual das principais causas de morte em Tabatinga entre 2010 a 2015.

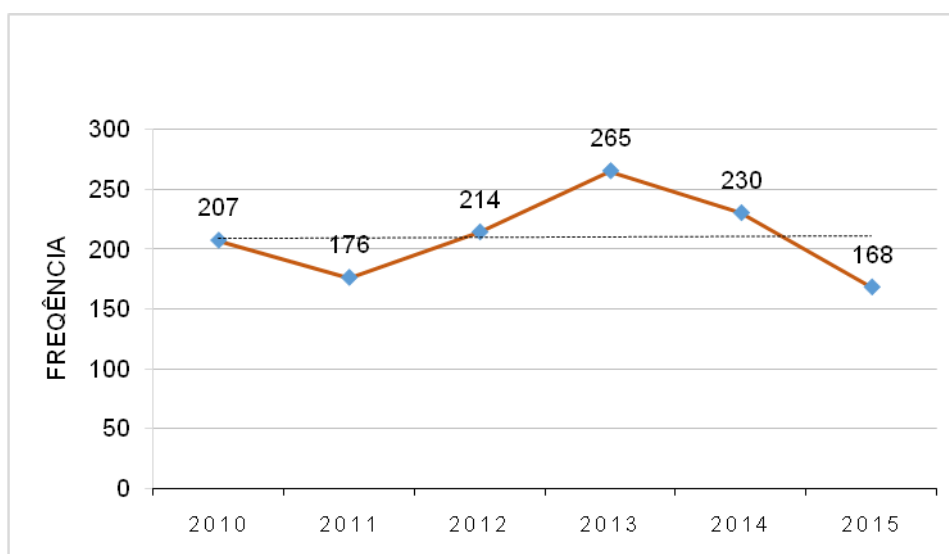


Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

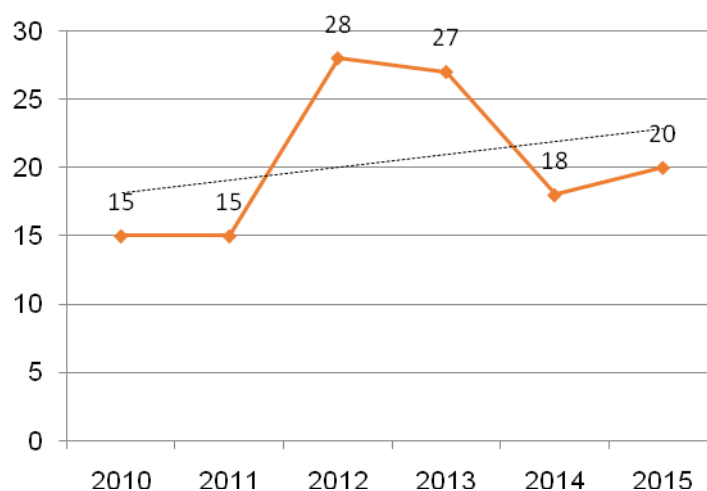
Gráfico 9 – Taxa de mortalidade em Tabatinga entre 2010 a 2015.

Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, 2016

Ao analisar o Sistema de Informação do Ministério da Saúde brasileiro nos anos de 2010 a 2015 se observa uma sazonalidade interessante. O gráfico 10 mostra que no ano de 2013 foi onde o número de mortes foi maior em Tabatinga, esta curva quando comparada com a curva do gráfico 11 se percebe que em 2013 foi onde houve o segundo maior número de homicídios no município, ficando atrás do ano de 2012 por uma morte a menos. Isto mostra que os dados do sistema apresentam uma lógica com as entrevistas colhidas em campo.

Gráfico 10 – Mortalidade geral de Tabatinga entre 2010 a 2015.

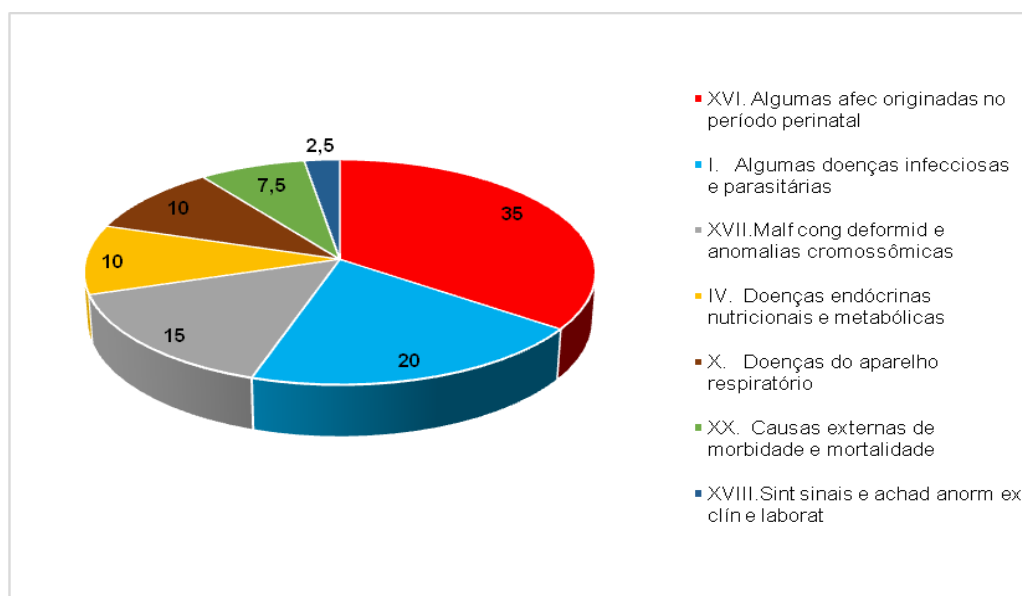
Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Tabatinga, 2016.

Gráfico 11 – Mortalidade por homicídio em Tabatinga entre 2010 a 2015.

Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, 2016.

A mortalidade infantil é um indicador de referência da OMS e do Ministério da Saúde no Brasil para se avaliar o acesso aos serviços de saúde, bem como sua resolutividade. O gráfico 12 mostra a porcentagem de mortalidade em menor de 5 anos ocorridos na cidade de Tabatinga no ano de 2015, sendo que dos 40 casos de morte, 35% são referentes ao período perinatal, ou seja, as crianças vão à óbito até o sétimo dia de nascimento. Esse indicador retrata a deficiência dos serviços públicos de saúde do município a nível de Atenção Básica, portanto, requerendo maior atenção do Estado.

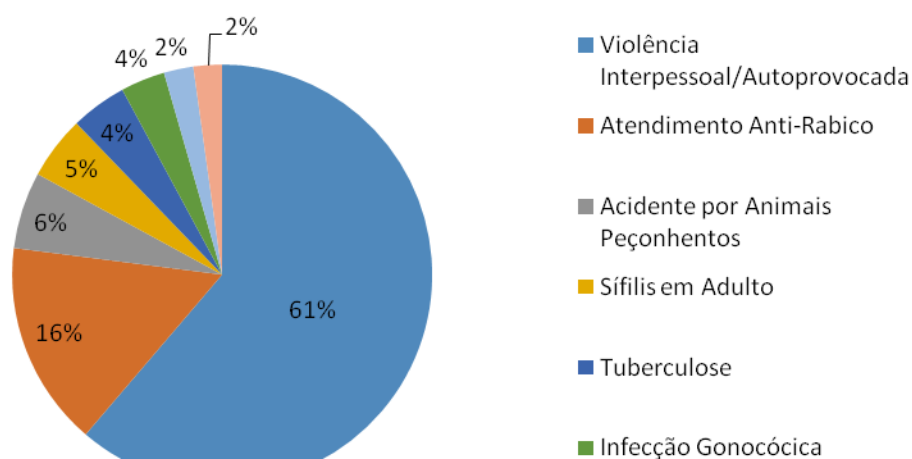
Gráfico 12 - Mortalidade em menores de 5 anos ocorridos na cidade de Tabatinga no ano de 2015.



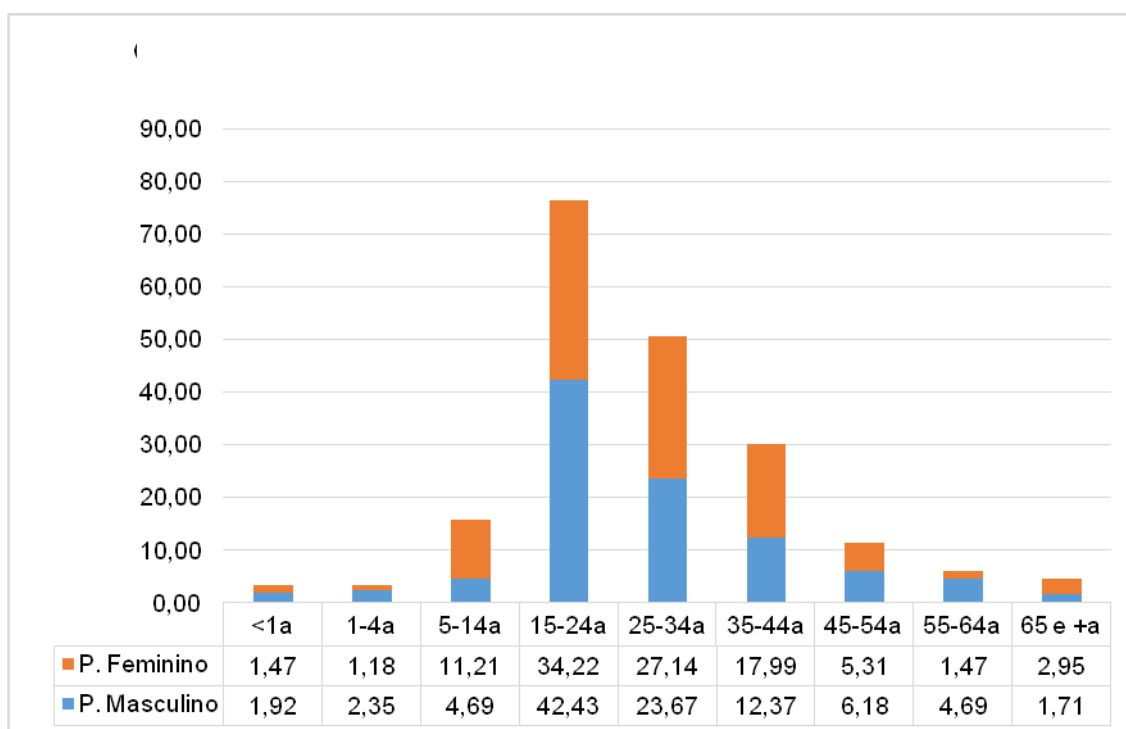
Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

As análise do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsório da Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga (SINAN) mostrou que a violência é o principal registro (Gráfico 13). Ao detalhar este tipo de agravo se observa que o sexo masculino na faixa etária de 15 a 24 anos da cor de pele parda são as principais vítimas. Observe-se pelos gráficos abaixo que a porcentagem do agravo no sexo feminino não está distante do masculino, donde se infere que o agravo em questão é comum aos dois sexos (Gráficos 14 e 15).

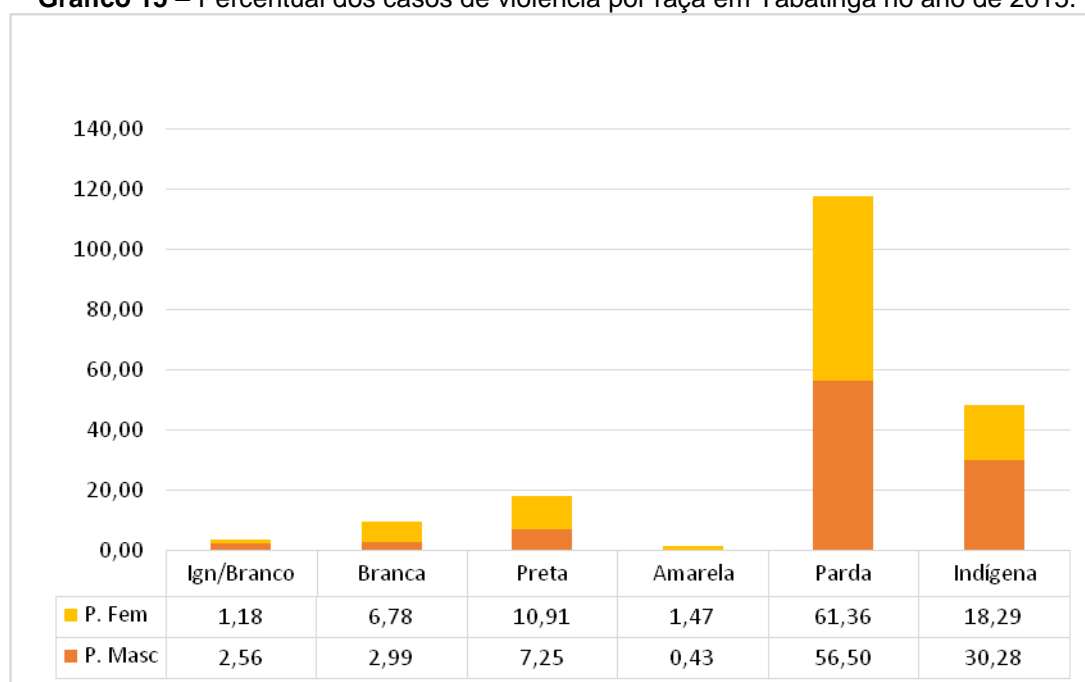
Gráfico 13 – Porcentagem das principais doenças de notiificação compulsória ocorridas entre a população de Tabatinga no ano de 2015.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, 2016.

Gráfico 14 – Percentual de violência por sexo e faixa etária em Tabatinga no ano de 2015.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

Gráfico 15 – Percentual dos casos de violência por raça em Tabatinga no ano de 2015.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, 2016.

Observe-se que os sistemas de informações disponíveis pelas Secretarias de Saúde e pelo Ministério da Saúde no Brasil, disponibilizam basicamente informações relativo à produção do sistema público de saúde. O quadro 9, 10 e 11 refletem apenas a produção de serviços e recursos humanos cadastrados no SUS, sendo

que estes mostram uma intensa produtividade se destacando na produção ambulatorial as visita domiciliares com mais de 150 mil atendimentos na Atenção Básica realizadas por profissionais médicos e enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, sendo este último em destaque no quadro 11. Com relação à produção hospitalar em destaque a realização de partos sendo estes cesarianos ou normal, que somados auferem um quantitativo aproximado de 1500 procedimentos.

Quadro 9 - Produção ambulatorial no Sistema Único de Saúde em Tabatinga ano de 2015.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ANO DE 2015 EM TABATINGA	FREQUÊNCIA
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	88.288
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	17.001
Visita domiciliar por profissional de nível médio	169.613
Avaliação antropométrica	32.760
Dosagem de glicose	10.751
Hemograma completo	26.003
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	15.375
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)	18.324
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	76.658
Consulta medica em atenção básica	36.010
Primeira consulta odontológica programática	13.001
SAMU 192: atendimento das chamadas recebidas pela central de regulação das urgências	44.498
Atendimento de urgência em atenção especializada	40.328
Atendimento médico em unidade de pronto atendimento	13.485
Administração de medicamentos na atenção especializada.	107.040
Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente)	14.250
Aferição de pressão arterial	33.711
Outros atendimentos	231.591
Total	988.687

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga e Ministério da Saúde/CNES, 2016

Quadro 10 - Produção Hospitalar no Sistema Único de Saúde em Tabatinga ano de 2015.

PROCEDIMENTO HOSPITALAR NO SUS EM 2015	FREQUÊNCIA
Outros atendimentos	914
Parto normal	804
Parto cesariano	297
Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	174
Curetagem pós-abortamento / puerperal	174
Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	113
Apendicectomia	92
Tratamento de outros transtornos originados no período perinatal	58
Tratamento de transtornos das vias biliares e pâncreas	53
Tratamento de estafilocóccias	52
Laparotomia exploradora	51
Colecistectomia	44
Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	39
Herniorrafia s/ressecação intestinal (hérnia estrangulada)	37
Tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério	33
Total	2.935

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga e Ministério da Saúde/CNES, 2016.

Quadro 11 – Número de profissionais cadastrados no SUS em Tabatinga ano de 2015.

NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUS EM TABATINGA/AM	FREQUÊNCIA
Técnico de enfermagem, técnico de enfermagem socorrista.	1.793
Agente comunitário de saúde, agente de saúde visitador	1.738
Agente indígena de saúde	1.345
Enfermeiro	696
Auxiliar de enfermagem, auxiliar de ambulatório	332
Agente indígena de saneamento	204
Médico clínico	194
Agente de saúde pública, agente de saneamento, agente sanitário	189
Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família	168
Visitador sanitário, auxiliar de sanitário, educador sanitário	167
Médico da estratégia de saúde da família	164
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	163
Atendente de farmácia balconista	140
Cirurgião dentista, clínico geral, dentista odontologista	135

Farmacêutico analista clínico	129
Técnico em higiene dental	115
Assistente social	102
Farmacêutico, boticário, farmacêutico cosmetólogo farmacêutico	101
Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)	100
Técnico em patologia clínica analista de laboratório em análises clínicas	96
Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família	92
Fisioterapeuta geral	89
Auxiliar de laboratório de análises clínicas	84
Atendente de ambulatório atendente de clinica medica atenção	72
Medico generalista	62
Psicólogo clínico, psicólogo acupunturista	58
Nutricionista, nutricionista saúde publica	57
Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família	54
Atendente de consultório dentário, atendente de clinica dentária	49
Técnico em radiologia e imagenologia, operador de raio x	48
Médico ginecologista e obstetra	37
Atendente de enfermagem, atendente de berçário	36
Biomédico	32
Microscopista	32
Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família	29
Auxiliar técnico em patologia clinica	24
Técnico em laboratório de farmácia	24
Odontólogo protesista	21
Medico em radiologia e diagnóstico por imagem	19
Medico cirurgião geral	13
Médico pediatra	12
Fonoaudiólogo	12
Cirurgião dentista, endodontista, canalista endodontólogo	12
Cirurgião dentista, ortopedista e ortodontista	12
Cirurgião dentística – dentística	12
Técnico de laboratório de análises fisicoquímicas materiais	12
Técnico de obras civis	12
Massoterapeuta	12
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	12
Técnico EM nutrição E dietética	12
Parteira leiga, assistente de parto, parteira	12
Gesseiro	12

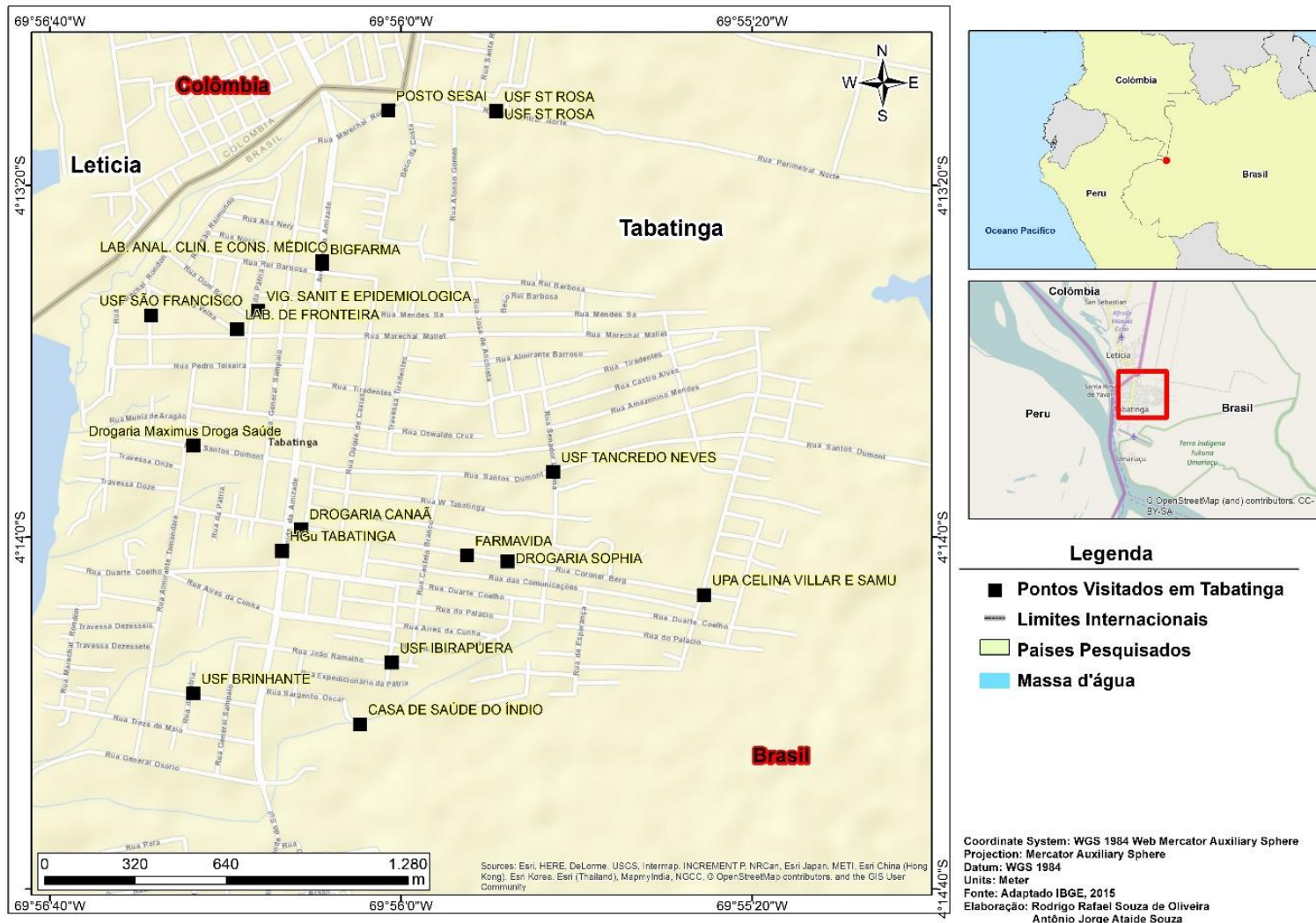
Profissional de educação física na saúde	12
Enfermeiro obstétrico, enfermeira parteira	07
Técnico em segurança no trabalho	06
Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional	01
Auxiliar de radiologia, revelação fotográfica.	01
Total	9.174

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga e Ministério da Saúde/CNES, 2016.

O mapa da saúde na cidade de Tabatinga mostra a fidedignidade ao princípio do Sistema Único de Saúde com relação à distribuição espacial das Unidades de Saúde. Neste sentido é importante observar que as unidades de saúde que compõem o complexo da saúde no município estão distribuídas homogeneamente no território e apresenta os três níveis de atenção à saúde, ou seja, primária, média e alta complexidade. Portanto, a atenção primária está representada pelas unidades de saúde da família, a média pelos consultórios de especialidades particular e público e alta complexidade pelo hospital geral do Exército conforme mapa 3.

Entre as unidades de saúde a partir de um contexto mais genérico, estas são formadas por empresas privadas e públicas. Em relação às empresas de saúde privada, são representadas por consultórios particulares de odontologia e médicos, farmácias e drogarias localizadas nas vias de maior trânsito de pessoas. As instituições de caráter público estão localizadas de forma mais homogênea pelo espaço geográfico (mapa 3).

Mapa 3 - Saúde em Área Urbana de Tabatinga.



No mapa da saúde também é possível observar que duas unidades de saúde da família localizada próxima a linha de fronteira. Estas unidades são representadas pelas Unidades de Saúde da Família de Santa Rosa e São Francisco, sendo que é possível coadunar a imagem (mapa) com as falas dos diretores das mesmas sobre o por que as unidades são procuradas pelos estrangeiros:

Com relação aos peruanos e colombianos de moram na redondeza, mas não em território brasileiro, devido o modelo de atenção à saúde que em tese tudo é de graça e de fácil acesso, diferente da Colômbia, onde as pessoas têm que pagar um seguro para ter acesso. Com relação dos peruanos devido eles não terem disponível uma atenção mais completa eles procuram o Brasil, já que o SUS é universal. Agente tem dificuldade de lidar com estes pacientes, principalmente os colombianos em se enquadrarem nas nossas regras, como por exemplo chegam com 8 meses de gestação querem fazer apenas duas consultas para terem o filho no Brasil e nós sabemos que a coisa não funciona deste jeito pois tem um protocolo a ser seguido instituído pelo Ministério da Saúde, então a coisa não é tão simples assim. O acesso dos estrangeiros é porque a maioria deles tem dupla nacionalidade então eles têm o CNS, por tanto, eles estão legalmente estabelecidos no Brasil. Os que não estão legalmente no Brasil, nós preenchemos uma ficha de estrangeiro e eles vão até a Secretaria de Saúde para retirar a CNS, portanto, como as portas estão abertas, temos que atender os pacientes, pois temos a obrigatoriedade porque somos profissionais de saúde. (Diretora da USF-Santa Rosa)

Fiz meu estágio rural aqui e meu TCC foi o atendimento ao estrangeiro. Na época como acadêmico tinha uma visão, agora tenho outra. Acho que pela política do SUS que existe a universalidade acredito nisso, tudo bem, mas para brasileiros. O que acontece a questão é a falta de parceria dos países vizinhos. Com relação ao Peru até passa porque eles são mais pobres, mas a questão toda é a Colômbia. Temos casos em que brasileiros se acidentaram nas estradas da Colômbia e eles acionaram a sua ambulância e deixaram o cara aqui na fronteira aí acionamos o SAMU para ir busca-lo para levar ao hospital. Lá tudo é pago, a saúde é privatizada. Aqui eles tem tudo de graça, então eles chegam aqui tiram o cartão do SUS são atendidos igualmente há um brasileiro, ou seja, recebe todos os benefícios que o país oferece ao brasileiro. A questão é falta uma parceria entre o Brasil e os países vizinho, os países tem que buscar um entendimento, porque aqui é uma área de fronteira. As mulheres chegam aqui somente para parir e se tem o cartão do SUS, ninguém vai recusar e procedemos como manda o protocolo. A criança recebe nacionalidade brasileira e recebe bolsa família, enfim, adquire todos os direitos. (Diretor da USF-São Francisco)

Infere-se, portanto, que além das proximidades das unidades de saúde no Brasil estarem na linha de fronteira, o modelo do sistema de saúde brasileiro permite o acesso de estrangeiros à saúde produzida no Brasil.

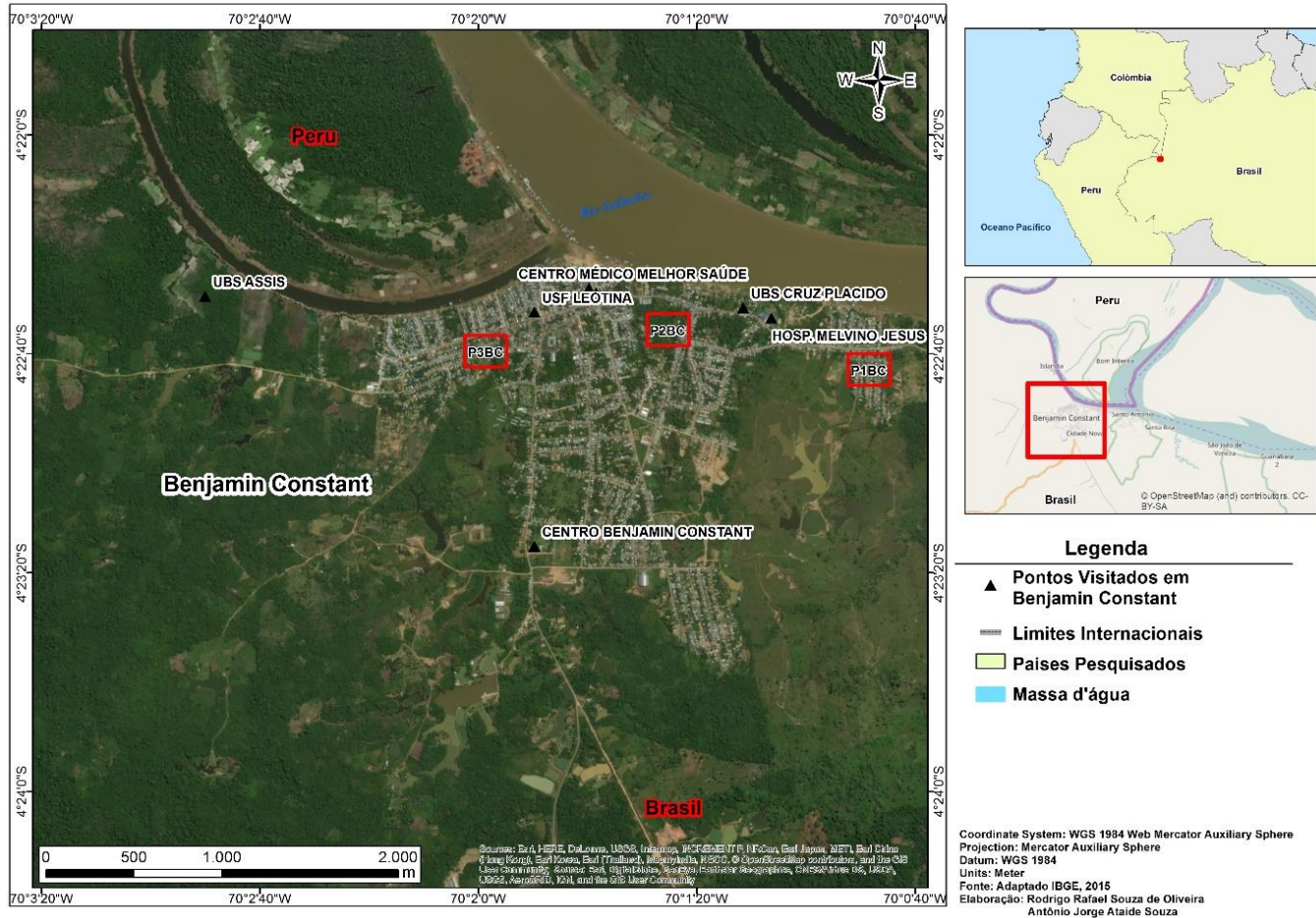
7.1.2 Benjamin Constant

7.1.2.1 Perfil socioespacial

A origem da cidade de Benjamin Constant é controversa e discutidas por vários autores regionais. Contudo há duas versões mais aceitas, uma de que a cidade surge em meados do Século XVIII por assentamento de padres jesuítas para catequização de ameríndios Ticuna e outra de que a origem da cidade começa no seringal Remates dos Males povoada por extrativistas que penetravam mata adentro em busca da borracha. Nos termos de Souza (2014) estas duas versões se complementam uma vez que as duas atividades citadas eram comuns na região Amazônica naquele período.

Benjamim Constant está localizada a oeste do Estado do Amazonas e banhada pelo rio Javari. Limita-se ao norte com Tabatinga e territórios peruanos, ao sul com município de Ipixuna e Eirunepé, ao nordeste com o município de São Paulo de Olivença, ao sudeste com município de Jutai, sudoeste, oeste e noroeste com Atalaia do Norte. Possui uma intensa relação social, comercial, economia com a cidade peruana Islândia. Embora a cidade tenha limite direto com o Peru é considerada pertencente à tríplice fronteira devido sua inter-relação com a população peruana e colombiana (carta imagem 5).

Mapa 4 - Carta Imagem de Benjamin Constant e pontos de pesquisa P1BC, P2BC e P3BC.



Segundo dados do censo demográficos IBGE/2010, a população da cidade de Benjamin Constant era de 33.411 habitantes (tabela 2). Em 2015 sua população foi estimada pelo Órgão em 39.484 habitantes, distribuídos numa área de 8.793,4 km², com uma densidade demográfica de 4,99 hab./km². A cidade segue um padrão populacional semelhantes das cidades brasileiras nesta região de fronteira.

Com base no censo de 2010 a tabela 3 evidência que o contingente populacional vivendo na zona urbana na faixa etária a partir de 15 anos. Este indicador torna a cidade importante para o desenvolvimento do país nesta região de fronteira, embora o município apresente um índice de pobreza igual a 63,92% e seu IDHM evoluindo positivamente quando comparado com 1991, que era de 0,300 e salta para 0,574 em 2010. Há um paradoxo uma vez que a população apesar de apresenta potencial econômico para se desenvolver regionalmente, considerando seus recursos naturais, apresenta na atualidade uma infraestrutura deficiente.

Tabela 2- População de Benjamin Constant por sexo, faixa etária e distribuição espacial.

Residentes		Gênero		Faixa etária					Total
				Menor de 1 ano	1-14 anos	15 a 19 anos	20 a 49 anos	maior de 50 anos	
Urbano	Rural								
20.138	13.273	Homens	17.260	500	6.529	1.993	6.355	1.883	33.411
		Mulheres	16.151	501	6.119	1.951	5.904	1.676	

Fonte: IBGE, 2010

7.1.2.2 Aspectos econômicos

Segundo o IBGE o Produto Interno Bruto (PIB) em 2015 foi de 6.203,56 reais per capita. Contribuiu para este valor a arrecadação de impostos sobre agropecuária, agricultura e serviços, sendo este responsável por mais de 6 milhões de reais arrecadados. Destaca-se nestas atividades as pequenas plantações e criação de animais para subsistência.

O extrativismo vegetal bem como a coleta de sementes são atividades que movimentam a economia local. Os dados do IBGE informam que o extrativismo do açaí se destaca e em 2015 gerou uma produção de 285 toneladas proporcionando

uma arrecadação de mais de 420 milhões de reais. Outros produtos agrícolas também se podem ser citados como relevantes na economia do município como abacaxi e macaxeira.

A madeira é um ponto forte na região dada a quantidade de serralaria na região principalmente na área peruana. Devido a extensão territorial no lado brasileiro e peruano este controle é muito difícil, porém necessitando de maiores fiscalizações deste comércio. Contudo o comércio de madeira gerou em 2015 um valor bruto na tora de 9 milhões de reais

Fotografia 10 – Serrarias instaladas em Benjamin Constant.



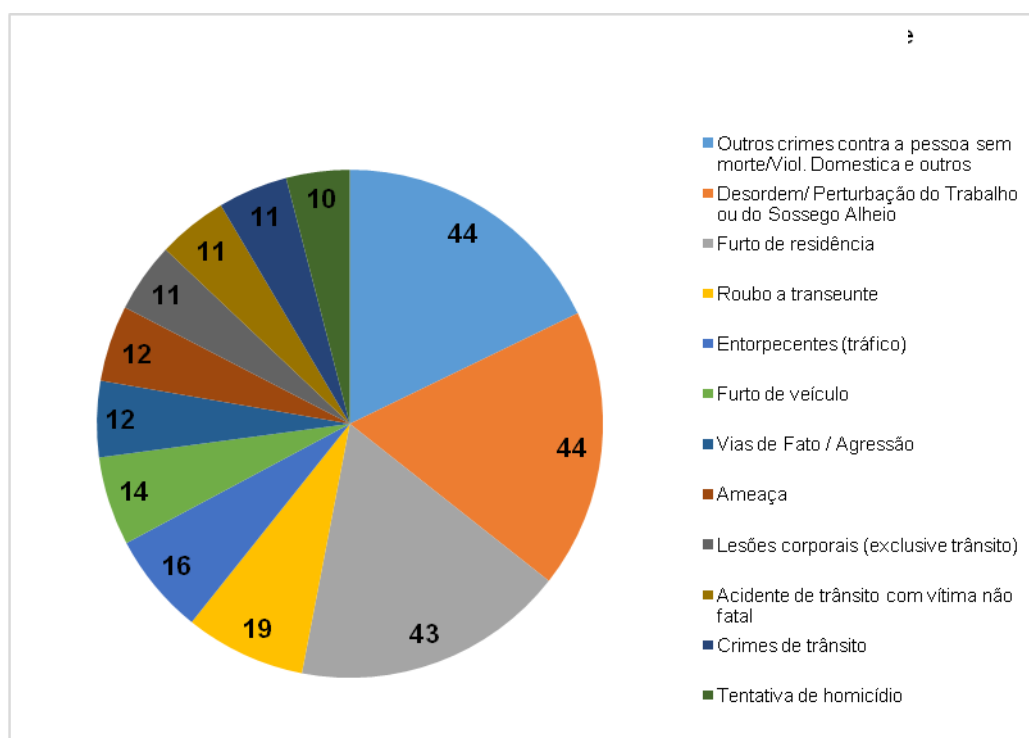
Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

O comércio é uma questão a parte por apresentar domínio peruano porém instalados informalmente. Nos termos de Souza (2014), 64% do comércio instalado no centro urbano de Benjamin Constant pertence a peruanos e com tendência de crescimento para áreas periféricas da cidade, mas traz consigo alguns pontos positivos como produtos de relativa qualidade e preços acessíveis ao padrão de renda dos moradores de Benjamin Constant. Porém por se tratar de um comércio informal pouco contribui para arrecadação do município.

7.1.2.3 Segurança pública

Os principais crimes ocorridos em 2015 registrados na base de dados da Polícia Militar Estadual do Amazonas em Benjamin Constant (PMAM-BC) estão descritos no gráfico 16. Observe-se que as ocorrências mais frequentes registradas pela polícia se refere à violência doméstica, seguida pela perturbação do sossego alheio e os furtos residenciais. Estas contraversões seguem um padrão semelhante entre as cidades pesquisadas na fronteira.

Gráfico 16 – Principais crimes registrados pela polícia Militar de Benjamin Constant em valores absolutos no ano de 2015



Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Amazonas, 2017.

Não obstante embora o tráfico de drogas não seja o principal problema de segurança registrada pela PMAM-BC neste município, mas tem um impacto negativo sobre as perspectivas de fronteira. Os dados coletados junto a autoridade policial local mostram que em 2015 houveram 16 registros de crimes de tráfico de entorpecentes em Benjamin Constant, o que corrobora com a avaliação da população com segue:

A fronteira para mim é a união entre Brasil e Peru. É bom e ruim. É bom por causa do comércio entre os países é ruim por causa do livre acesso dos peruanos que vem para cá fazer tráfico de drogas, tudo porque aqui não tem segurança. (P1BC - Sra. Tereza)

A fronteira para mim é um lugar no estrangeiro. É bom porque fazemos amizade com as pessoas e vivemos bem, por outro lado as vezes trazem doenças e drogas. (P1BC - Sra. Emma)

A fronteira para mim é tipo assim, aqui é Brasil e ali é fronteira e isto é um limite. Tem dois lados: o lado ruim é o tráfico, o bom é que aqui temos transporte como barco, mas acho que o que é bom em Islândia a culinária. (P1BC - Sra. Saionara, Asla e Charon)

A fronteira para mim é um limite entre Brasil e Peru. A parte ruim é o tráfico de drogas e o bom são os alimentos que os peruanos trazem para cá. (P3BC - Sra. Ana Cristiana)

Essas narrativas demonstram que em Benjamin Constant o tráfico de drogas é responsável pela avaliação negativa da população quando se considera o conceito de fronteira.

7.1.2.4 Educação

Em 2015 a cidade contava com 39 escolas do ensino pré-escolar, 61 escolas do ensino fundamental e 4 escolas do nível médio. O número de matriculados no período analisado foi de 12.422 alunos de pré-escola, 8.692 no ensino fundamental e 2.285 no ensino médio. Para dar conta desta demanda em 2015 o município conta com um contingente de 64 professores no ensino pré-escolar, 432 no ensino fundamental e 94 no ensino médio.

Atualmente no município de Benjamin Constant há 55 escolas sob a gestão municipal. Segundo o Secretário de Educação, deste montante, 7 escolas estão sob sua gestão na região urbana e 48 na zona rural entre indígenas e não indígenas. Esta disposição do quantitativo municipal impõe para a gestão um desafio importante devido sua complexidade, dada a peculiaridade regional e as longas distâncias para acesso.

A Secretaria Municipal de Educação desenvolve ações conjuntas com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Ação Social. Segundo o Secretário de Educação, Hélison Alfrânio Monssambite Marreira:

Nossas atividades estão em consonância com saúde e serviço social da prefeitura. Este trabalho tripartite é realizado tanto dentro quanto fora das escolas. Hoje o município dispõe de 55 escolas que compõem a rede, sendo que em sua maioria é na área rural, sendo 7 na área urbana e o restante na área rural. Dentre destas 55 estão indígenas e não indígenas. Isto nos impõe uma complexidade muito grande. Com relação às ações em conjunto na saúde, nas não indígenas as ações são em comum com a Secretaria de Saúde e indígena com a SESAI, que é a parte da saúde

indígena, só podendo ser acompanhada por esta. Com relação ao meio ambiente trabalhamos em conjunto com outras entidades na elaboração da proposta do plano e tivemos uma atuação muito contundente e participativa. O meio ambiente é uma discussão necessária, tanto que há na prefeitura uma secretaria específica. Nós trabalhamos nas escolas a sensibilização em relação à preservação de meio ambiente no sentido de ser propagado nas casas dos alunos, desta forma atingimos numa comunidade bem maior. Também trabalhamos com os alunos em datas comemorativas tipo semana do meio ambiente. Então trabalhamos em forma de palestras, montagem de trabalhos, visitas, caminhadas, etc. Agora, temos uma ação em conjunto com Secretaria de Meio Ambiente, onde trabalhamos a questão da prevenção, higienização, limpeza dos nossos igarapés. Ou seja, temos um trabalho importante em comum com as Secretarias que lhe falei. Essas ações nós chamamos de mutirões, que é comandada pela Secretaria de Ação Social, onde participam também a Saúde e a Educação.

Estas ações visão trabalhar a questão do meio ambiente e saúde de forma preventiva em eventos onde possam alcançar o maior número possível de ouvintes denominados de mutirão.

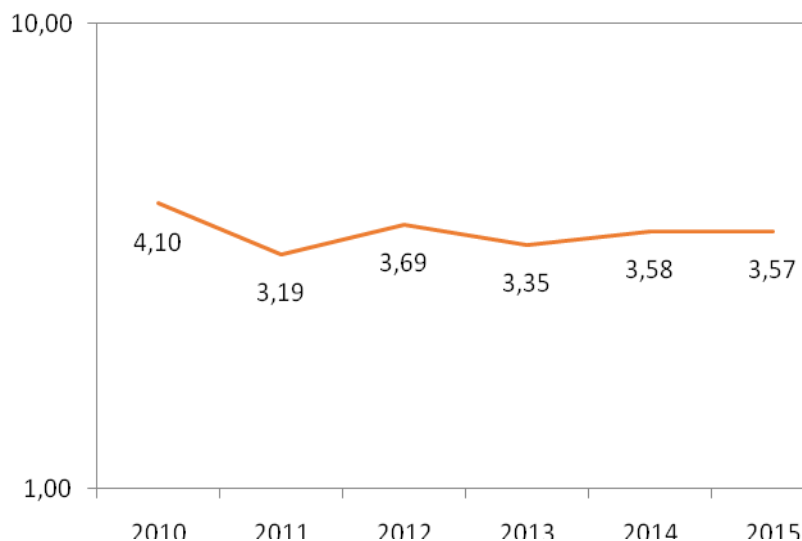
7.1.2.5 Cultura

Semelhantes às outras áreas de pesquisa a cultura popular em Benjamin Constant é fortemente influenciada pelas culturas colombianas e peruanas. Em relação à musicalidade na cidade há festividade tradicional do Boi-Bumbá com realização de um festival realizado em todo o mês de junho. Segundo a Secretária de Cultura durante o festival são desenvolvidas ações de cidadania e saúde com emissão de documentos e realização de consultas médicas.

7.1.2.6 Sistema de Saúde em Benjamin Constant: perfil epidemiológico da população

Ao considerar o Coeficiente de Mortalidade da população se observa uma evolução com perfil de tendência decrescente. A evolução do coeficiente de mortalidade apresenta um perfil constante com tendência decrescente que a priori tende a se manter constante conforme demonstrado no gráfico 17, todavia ao observar os dados do ano de 2010 o indicador apresentou maior valor tendo em vista o maior números de óbito. No ano de 2011 este coeficiente apresenta uma queda sendo seu menor índice apresentando pouca variação desde então, até o ano de 2015, este indicador apresentou tendência decrescente.

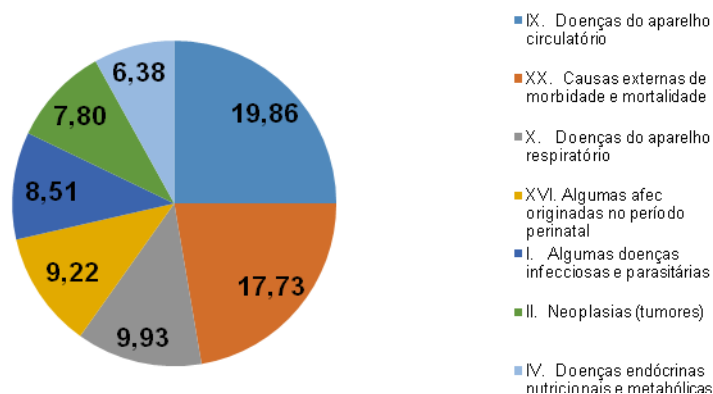
Gráfico 17 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade no Município de Benjamin Constant entre os anos de 2010 a 2015.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017

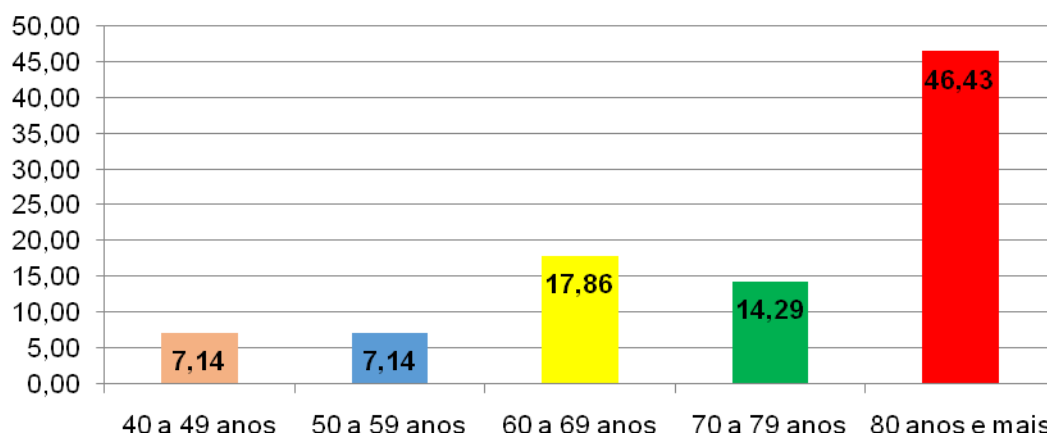
O gráfico 18 mostra as principais causas de mortalidade em Benjamin Constant de acordo com o Código Internacional de Doença versão 10. Dentre estas a principal causa de óbito está relacionada ao sistema circulatório com quase 20% dos óbitos registrados. Em seguida as causas externas de morbidade e mortalidade com 17,73%, sendo que neste capítulo estão o grupo relacionados à agressões em todos os níveis.

Gráfico 18 - Percentual das Principais Causas de Óbitos por Capítulo do CID 10 ocorridas na População de Benjamin Constant em 2015.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

Gráfico 19 - Percentual de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório em faixa etária de 40 anos e mais em Benjamin Constant no ano de 2015

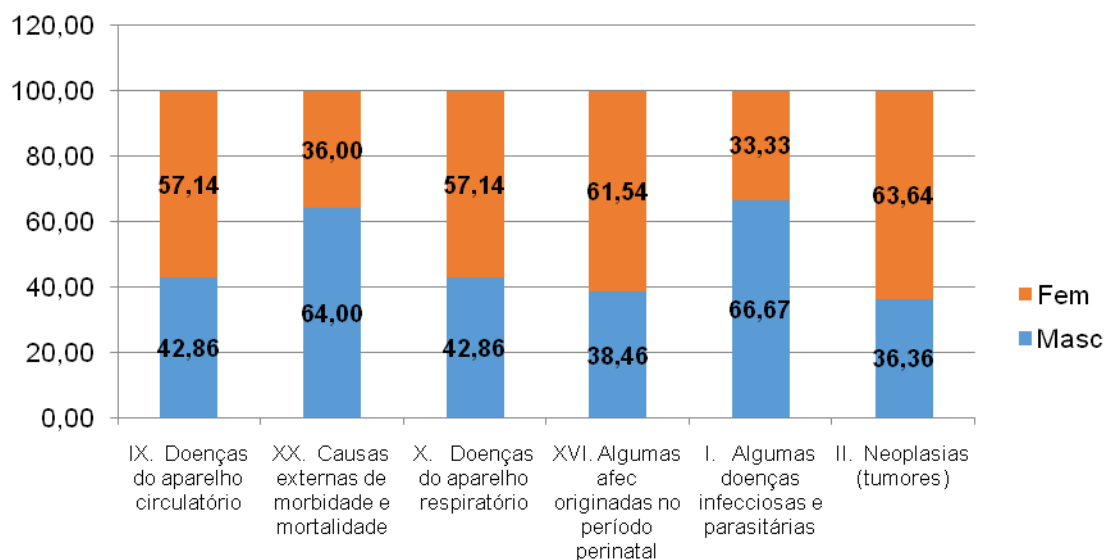


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

O gráfico 19 representa a porcentagem da mortalidade por faixa etária, sendo que as doenças relacionadas ao aparelho circulatório é responsável por 19,43% dos óbitos em 2015 na cidade de Benjamin Constant. Ao considerar esta causa de mortalidade por faixa etária as pessoas com mais de 80 anos apresentam o maior percentual, ou seja, de 46,43%, seguida da faixa etária de 60 a 69 anos com percentual de 17,86% e na faixa etária de 70 a 79 anos com percentual de 14,29%. Embora as autoridades de saúde conheçam este dados, o problema com o passar do tempo cada vez mais se acentua, principalmente devido ao estilo de vida da sociedade nos dias atuais.

Ao considerar os dados de mortalidade por sexo da vítima obtém-se um gráfico interessante. Observe-se que o gráfico20 mostra que em Benjamin Constant no geral, morrem mais homens que mulheres, porém ao considerar casos específicos se verifica o oposto, como por exemplo, as doenças neoplásicas, aparelho circulatório e aparelho respiratório. Ao considerar os óbitos masculinos a principal causa de morte está relacionada ao capítulo XX do CID 10, as causas externas, que entre as suas subcategorias estão acidentes e agressões.

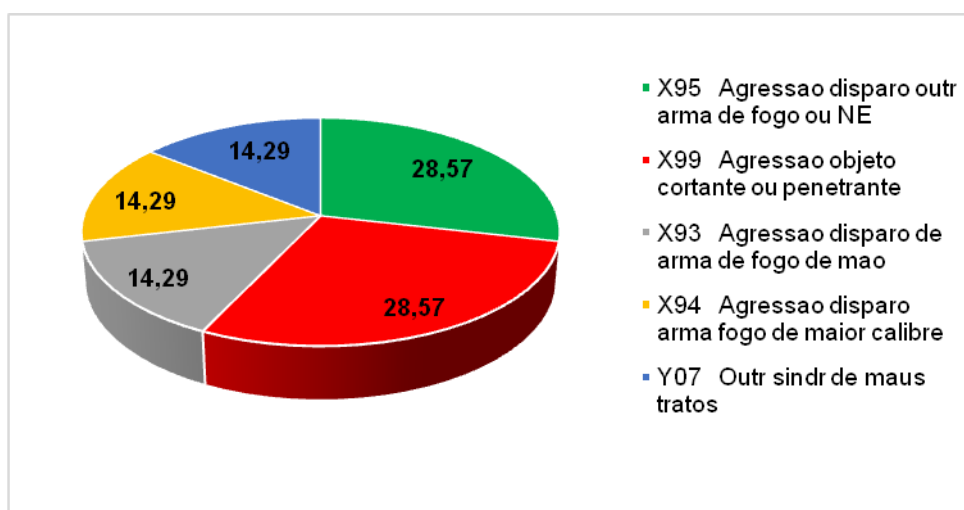
Gráfico 20 - Percentual de Óbito por Capítulo do CID 10, por Sexo na População de Benjamin Constant em 2015.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

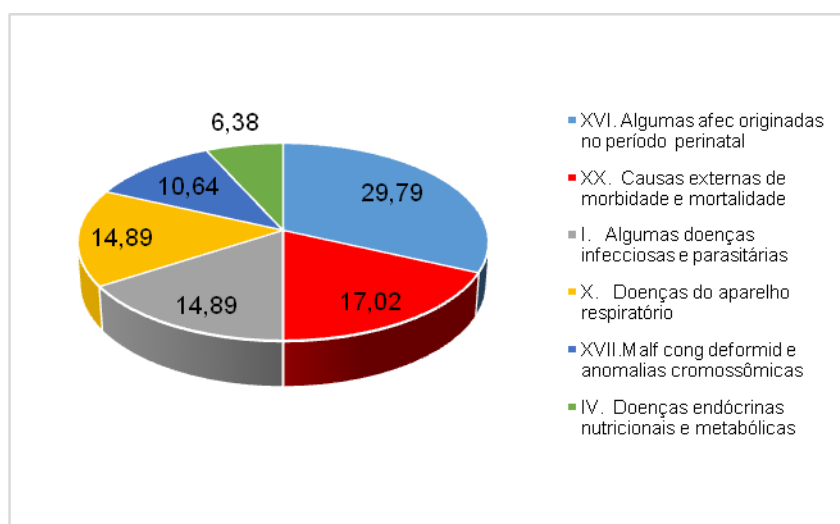
No gráfico 21 estão distribuídas os percentuais de homicídios ocorridos em Benjamin Constant no ano de 2015. Estes dados não constam nos registros da Polícia Militar do estado do Amazonas, mas é um dado importante tendo em vista a questão da insegurança narrada pelos entrevistados com relação ao tráfico de droga. Os dados foram coletados junto ao Ministério da Saúde para fins de tabulação sobre mortalidade.

Assim sendo o gráfico 19 mostra que a maior incidência em 2015 no município correu por disparo de arma de fogo e arma branca. Em ambos o percentual foi o mesmo, ou seja, 28,57 que retrata o quadro caótico na segurança pública na fronteira. Este dado corrobora com as narrativas ouvidas durante as entrevistas em Benjamin Constant e certamente são consequências do tráfico de drogas.

Gráfico 21 - Percentual de Homicídios em Benjamin Constant em 2015.

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Com relação à população menor de 5 anos de idade foram elaborado o gráfico 22 com as informações de mortalidade no ano de 2015. Ao observar os dados do gráfico se verifica que a mortalidade é maior no período perinatal, ou seja, antes da criança completar 7 dias de vida, sendo seu valor de 29,79%. Este indicador tem uma relação direta com assistência na Atenção Básica ponde ser evitada.

Gráfico 22 - Percentual das principais causas de mortalidade em Menor de 5 anos ocorridas no município de Benjamin Constant no ano de 2015.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e Ministério da Saúde/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017

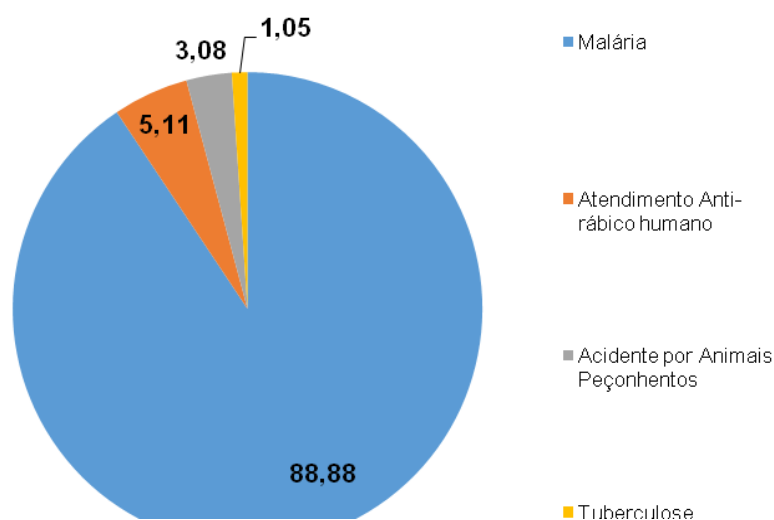
Os dados referentes aos agravos de maior incidência ocorridos em Benjamin Constant estão apresentados no gráfico 23. Observe-se que a malária é a doença

de maior valor auferindo no município chegando a mais de 80% dos casos notificados logo representando um problema sério para a saúde pública do Estado. Outros problemas que afligem a saúde da população são os acidentes com animais peçonhentos e a tuberculose.

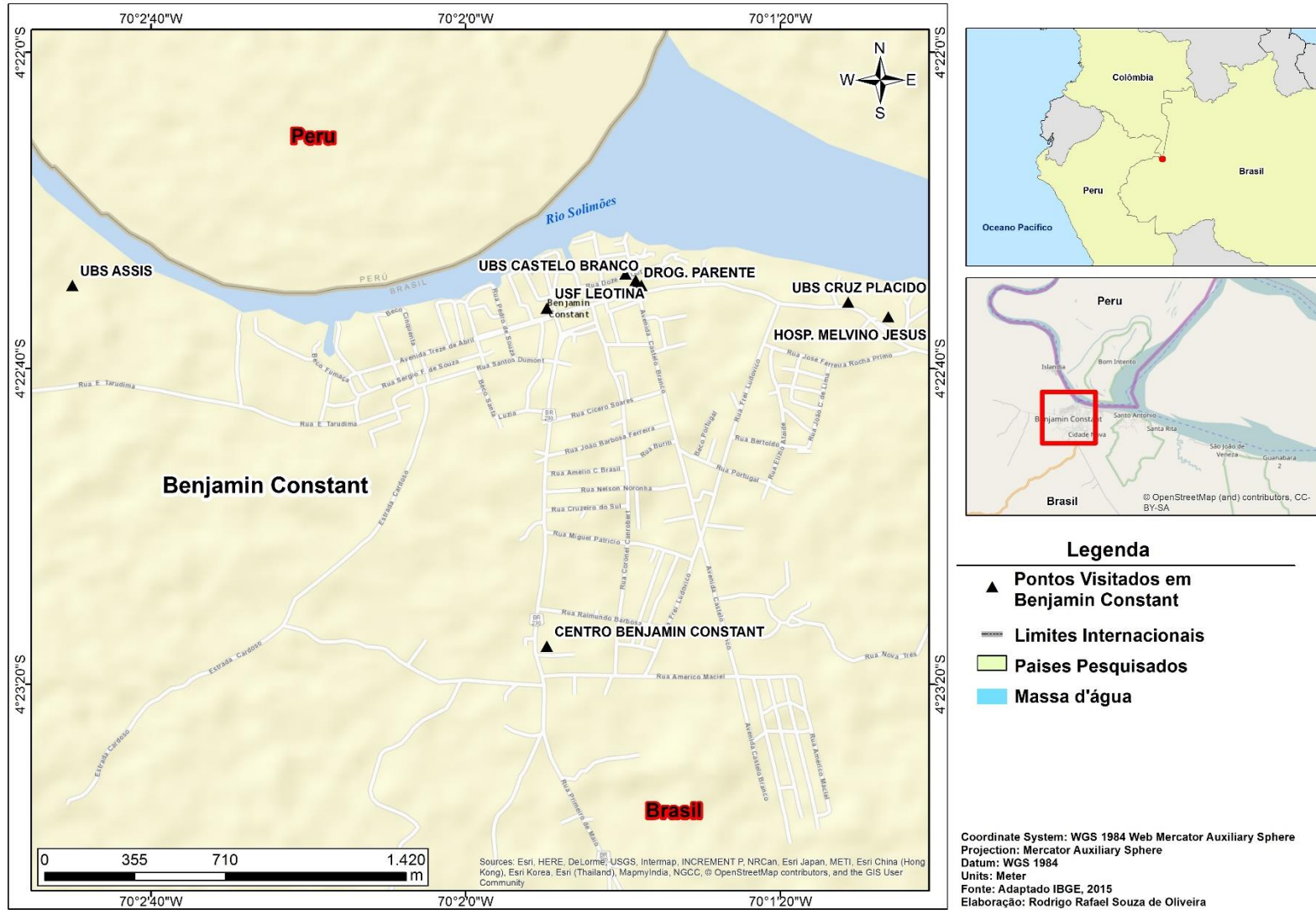
O mapa da saúde de Benjamin Constant reflete um diferencial quantitativo para menor em termos de Unidade de Saúde em relação à Tabatinga. Esse diferencial pode estar relacionado a fatores como quantitativo populacional e/ou disponibilidade de recursos financeiros. Contudo reflete os princípios e diretrizes do SUS com relação à localização espacial, ou seja, localizado de forma homogênea no território conforme carta imagem 6.

Foram identificados e mapeados 6 unidades públicas de saúde e 5 unidade privadas de saúde. As unidades públicas conforme foi descrito se encontram distribuídas território de forma, porém as unidade privadas estão localizadas no centro urbano da cidade. Entre estas estão 5 drogarias e 1 consultório médico de clínica geral localizadas na principal avenida da cidade.

Gráfico 23 - Percentual de doenças de maior incidência ocorridas na População de Benjamin Constant no ano de 2015



Mapa 6 – Saúde em Área Urbana de Benjamin Constant.



Entre as unidades públicas citadas há um hospital geral que recebe a demanda quando se trata de atenção de média complexidade (foto 8). Para o gerente deste estabelecimento de saúde e a coordenadora de Atenção Básica do município, os estrangeiros vizinhos, procuram os serviços de saúde no Brasil por causa:

Embora de estarmos na fronteira e com recursos financeiros minguados, nossa estrutura de saúde e gestão é melhor que a estrutura e gestão da saúde no Peru e na Colômbia, sendo que na Colômbia nem tanto, porque eles têm recursos financeiros, mas tudo é cobrado e aqui não. Outro fator que já observamos, é principalmente em relação ao parto, pois eles vem ter aqui o bebe para conseguir os documentos brasileiros para ter acesso aos benefícios sociais. (Diretor do Hospital Geral de Benjamin Constant)

Com relação ao Cartão SUS, nós não tínhamos como cadastrar os estrangeiros, porque também necessitava destes dados (pessoais e endereço). Hoje em dia, a gente já tem autorização verbal de realização e liberação destes cadastros. Quando o paciente chega ao serviço de saúde para fazer o cadastro no cartão SUS, colocando como data de entrada no país, a data que ele chega no serviço, ou a data que ele está morando aqui, mesmo que seja de forma irregular. O visto não é mais importante para assistência à saúde, mas é importante para os outros benefícios sociais de um modo geral, seja direitos trabalhistas, à propriedade, tudo isto é problema quando a pessoa não está regularizada a partir do órgão competente, seja consulado ou polícia federal. (Coordenadora de Atenção Básica de Benjamin Constant)

Fotografia 11 – Hospital Geral de Benjamin Constant.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Observe-se que de uma forma ou de outra pacientes estrangeiros buscam acesso aos serviços brasileiros pela deficiência dos serviços em seu país, pela gratuidade do serviço de saúde no Brasil ou para obter acesso aos seguros sociais vigentes no Brasil.

7.2 O lado colombiano: a cidade de Letícia

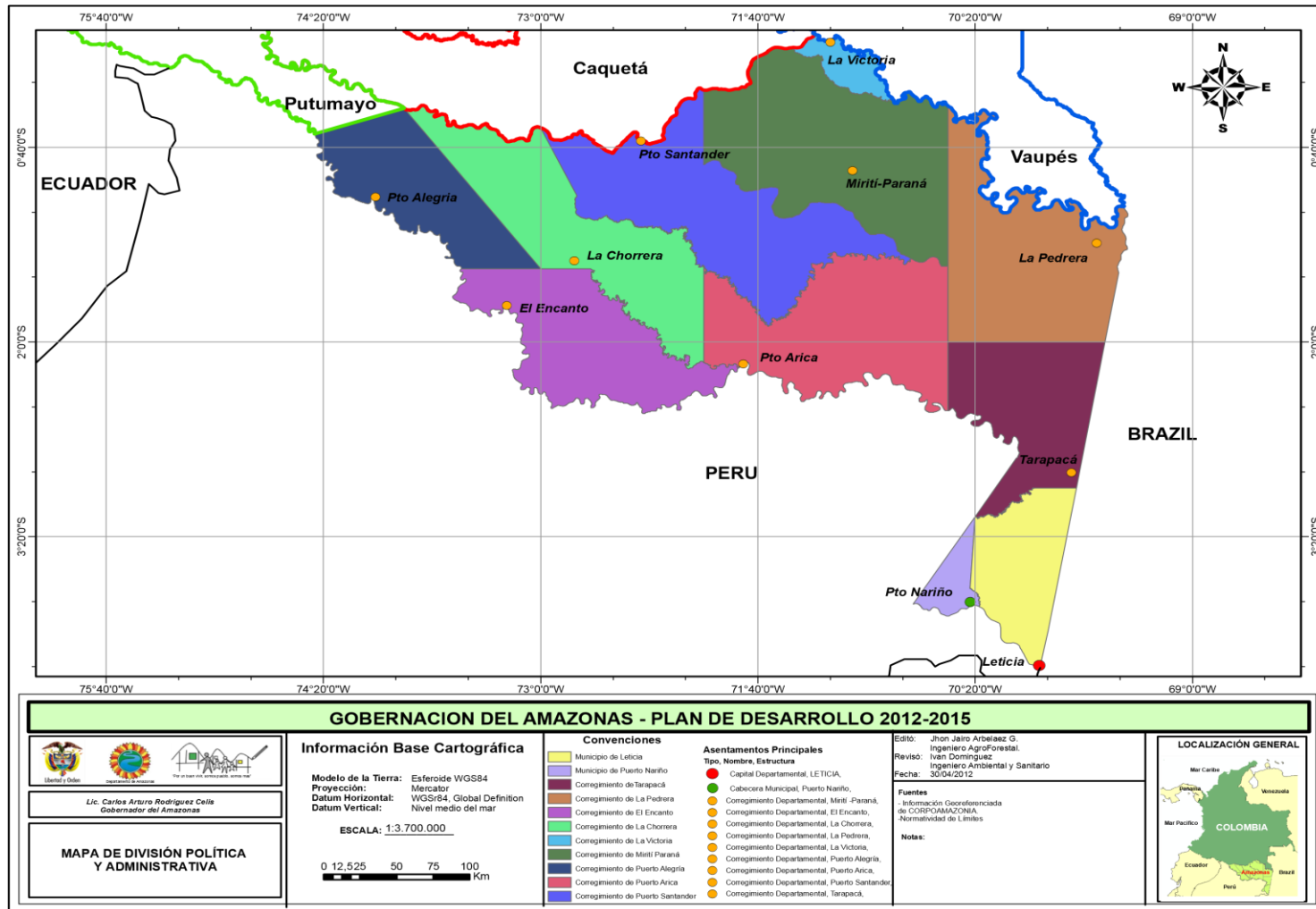
7.2.1 Perfil socioespacial

A cidade tem origem na ocupação do território peruano por colombianos de exploravam a borracha na região. Esta ocupação gerou conflito armado entre as duas nações tendo sido posteriormente assinados tratados de limites que garantiram a paz na região. A partir do ano de 1930 o Estado colombiano decide politicamente ocupar a cidade no trapézio amazônico, disponibilizando recursos humanos, materiais e financeiros para o desenvolvimento da cidade (ACUÑA, 2009).

A cidade de Letícia ao lado de Porto Nariño são as principais cidades do Departamento do Amazonas no território colombiano. Porém Letícia é considerada a capital do Departamento que possui mais nove Corregimentos conforme o mapa 7. A cidade de Letícia faz fronteira com ao norte com Corregimento Tarapacá (Colômbia), ao sul e leste com Brasil e oeste com Peru.

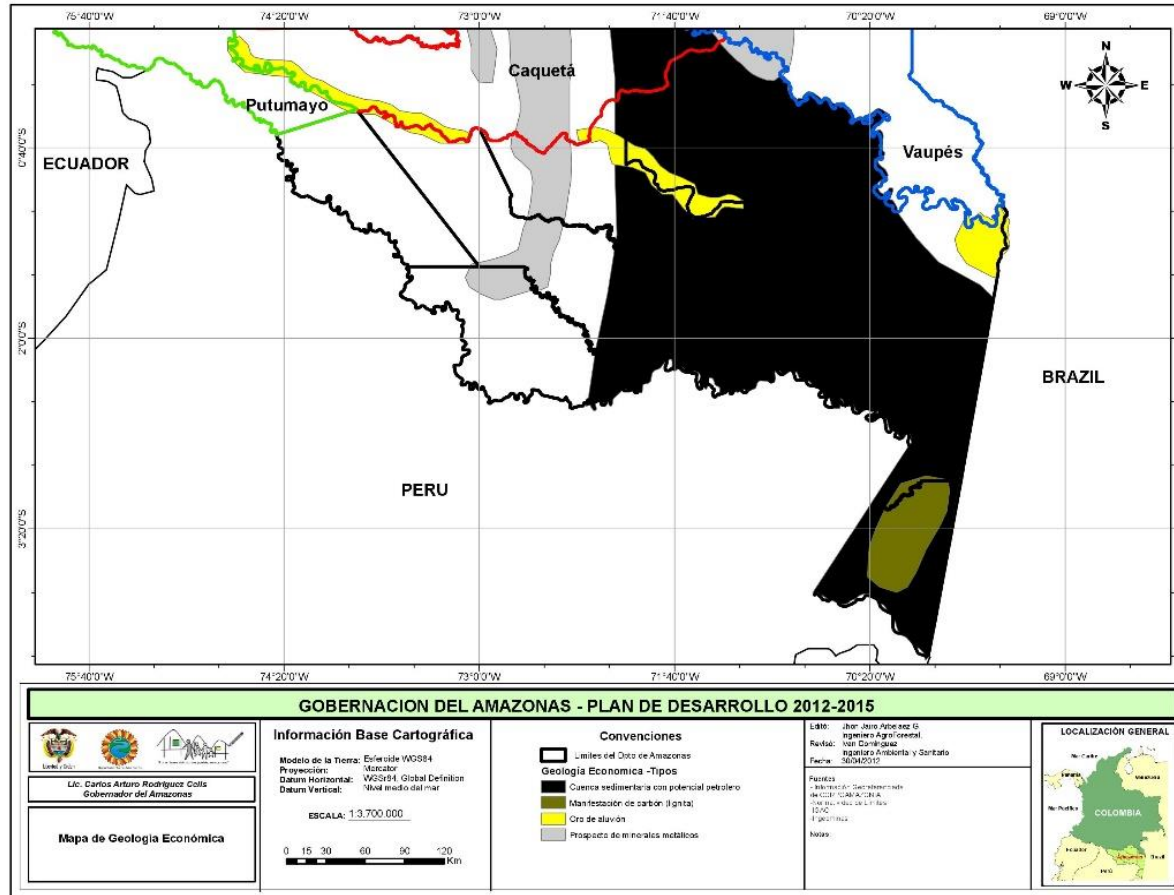
Letícia por ser a principal cidade do Departamento do Amazonas é considerada estratégica para o desenvolvimento do Estado colombiano. Dada sua potencialidade de recursos naturais se destacam os geológico-econômica, sendo constituído por reservas petrolíferas e jazidas de ouro conforme o mapa 8 do Plano de Ordenamento Territorial do Governo Departamental do Amazonas de 2012 a 2015. Mas com a expansão urbana desordenada, este fato tem provocado problemas ambientais importantes como a contaminação de águas superficiais e subterrâneas (AMAZONAS, 2012).

Mapa 7 – División Política do Departamento do Amazonas na Colômbia.



Fonte: Departamento de Amazonas, 2015.

Mapa 8 – Mapeamento geoeconômico do Departamento do Amazonas/Colômbia.



Fonte: Departamento de Amazonas, 2015.

A cidade de Letícia possui uma extensão territorial de 5.968 km². A tabela 3 mostra que sua população, conforme o censo de 2005, apurado pelo Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) era de 32.450 sendo 16.566 e 15.884 do sexo masculino e feminino respectivamente. Possui uma densidade demográfica de 5,43 hab./Km².

Tabela 3 - Población total censada, por áreas y sexo no año de 2005 segundo DANE.

Departamentos y municipios	Total			Cabecera			Resto		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
AMAZONAS	46.950	24.294	22.656	24.981	12.661	12.320	21.969	11.633	10.336
LETÍCIA	32.450	16.566	15.884	23.194	11.717	11.477	9.256	4.849	4.407

Fonte: DANE, 2016.

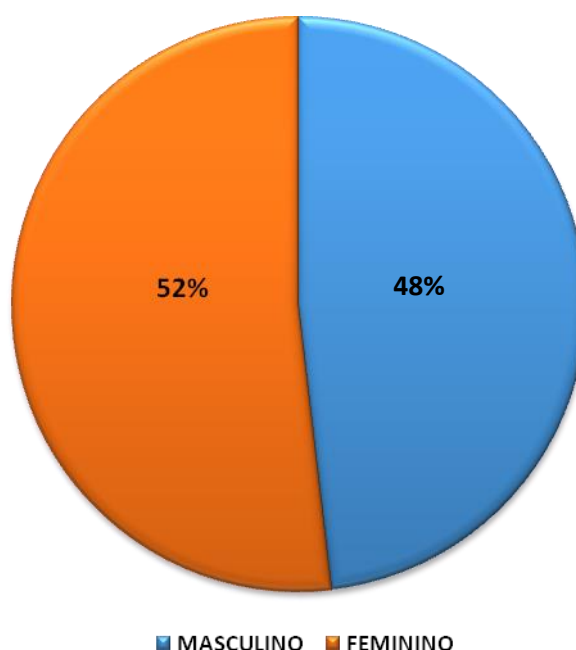
Os dados atualizados fornecidos pela Alcaldía de Letícia, extraídos do SIABEN, indicam que a população no ano de 2015 era de 30.883 habitantes, sendo que destes 26.420 residem na zona urbana e 15.219 residem na zona rural. Conforme a tabela 4 são constatados que mais de 21.000 habitantes estão na faixa etária de 15 a 60 anos, sendo um indicador importante para a força de trabalho disponível. Não obstante o gráfico 24 evidencia que 52% da população geral são do gênero feminino e 48% do gênero masculino invertendo as proporções do censo de 2005 no qual o sexo masculino era maioria.

Tabela 4 - População da Cidade de Letícia por Faixa Etária e Sexo.

Faixa etária	0-14		15-24		25-54		55-64		65+		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Quantitativo	4.764	4.619	3.154	3.229	5.394	6.359	928	904	628	904	30.883

Fonte: SISBEN/LETÍCIA/COLÔMBIA, 2016.

Gráfico 24 - Porcentagem de habitantes por sexo na cidade de Letícia.



Fonte: Alcaldía de Letícia/SISBEN, 2016.

O SISBEN é um *software* de análise social para o Estado colombiano na identificação das populações vulneráveis. Este sistema procede uma avaliação e determina entre outros parâmetros, o perfil socioeconômico da população, cujo objetivo é identificar populações e locais vulneráveis para receber políticas públicas. Estas ações são de ordem preventivas e corretivas, mas garantem minimamente qualidade de vida dos identificados que receberão benefícios sociais.

O sistema estabelece classificação e aloca as pessoas, famílias e localidades em nível socioeconômicos. Desse modo os vulneráveis enquadrados nos níveis I e II são considerados os mais pobres e serão subsidiados pelo governo. A partir do nível III até VI são comunidade propensas a participarem dos programas de formas contributivas, podendo haver migração dos indivíduos para um e outro nível.

O quadro 12 relaciona os parâmetros analisados que ordena a coleta de dados para classificação das pessoas. Segundo versão III do SISBEN novas variáveis relativas à saúde, educação, tipo de moradia, acesso a água potável e análise da vulnerabilidade das pessoas tanto individual quanto coletivo foram introduzidas no sentido de diminuir o grau de erro na análise dos dados provocados por informações erradas no momento do cadastro. A partir desta premissa os

gráficos I, II e III mostram entre 70% e 80% da população de Letícia cadastrada no sistema estão no nível socioeconômico mais baixo.

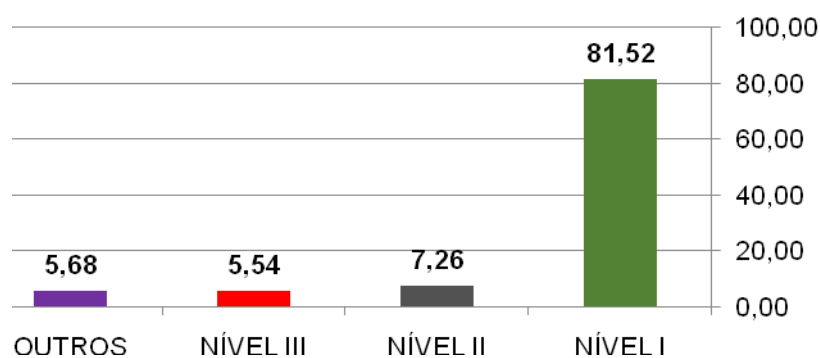
Quadro 12- Parâmetros de análises para classificação no SISBEN.

COMPONENTES ÍNDICE SISBEN (Versão III)			
SALUD	EDUCACIÓN	VIVIENDA	VULNERABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad permanente - Adolescente com hijo 	<ul style="list-style-type: none"> - % de adultos com analfabetismo funcional - % de inasistencia escolar - Atraso escolar - % de niños trabajando - % de adultos com secundaria incompleta o menos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de unidad de vivienda - Fuente de agua para consumo - Tipo de conexión sanitária - Exclusividad del sanitario - Material de los pisos - Material de las paredes - Eliminación de basuras - Tipo de combustible para cocinar - Hacinamiento 	<p><u>Individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero de personas em el hogar - Tipo de jefatura - Tasa de dependencia demográfica - Tenencia de activos <p><u>Contextuais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - % Tasa de mortalidade infantil (municipal) - % Tasa de homicidios (municipal) - % Tasa de cobertura neta por nível educativo (municipal) - % Uso de serviços de salud general dada uma necesidad (municipal)

Fonte: Resumen Ejecutivo Sinbén

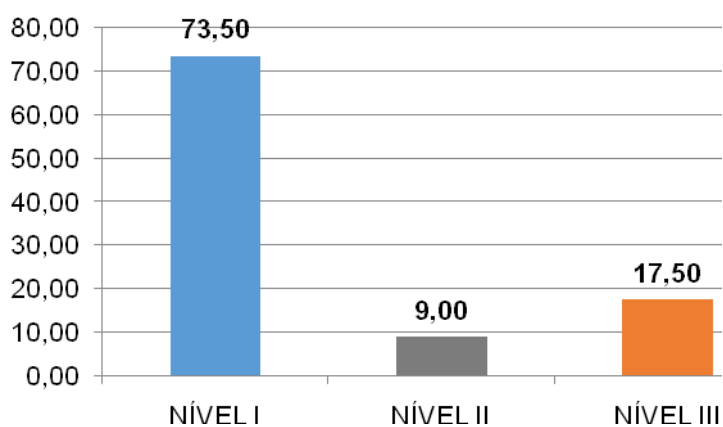
Segundo a Alcádia de Letícia no SISBEN o quantitativo de pessoas na zona urbana de Letícia cadastradas é significativo. O gráfico 25 mostra que mais de 80% de pessoas estão classificadas em nível I do SISBEN e considerando em termos de família mais de 70% estão no nível I (gráfico 26). Observe-se que este estudo considerou a faixa etária de crianças de 0 a 6 anos por ser o principal foco das Políticas Públicas no Departamento do Amazonas e destes mais de 90% se encontra no nível de pobreza ou vulnerável (gráfico 27).

Gráfico 25 - Percentual de Pessoas Cadastradas por Nível no SISBEN



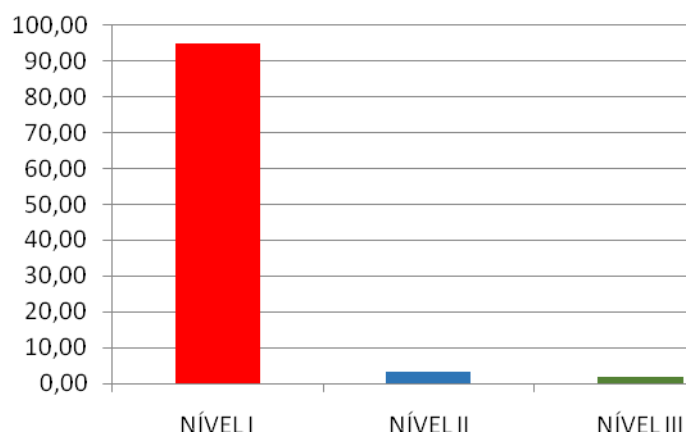
Fonte: Alcádia de Letícia/SISBEN, 2016.

Gráfico 26 - Percentual de Famílias Cadastradas por Nível no Sisben



Fonte: Alcádia de Letícia/SISBEN, 2016.

Gráfico 27 - Percentual de Crianças de 0 a 6 anos Cadastradas por Nível no SISBEN



Fonte: Alcádia de Letícia/SISBEN, 2016.

Fotografia 12 - Centro urbano e comercial da cidade de Letícia na Colômbia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 13 - Aeroporto Internacional de Letícia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 14 - Campos da Universidade Nacional da Colômbia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

A infraestrutura existente em Letícia, faz a mesma concorrer para que esta seja a capital do Departamento do Amazonas. A cidade apresenta um aeroporto, luz elétrica, acesso à água potável, rede de esgoto, polícia militar, forças armadas, escolas, universidade, bancos, hospitais, comércio e indústrias. Tais instituições dão a Letícia uma rede urbana complexa que ao longo dos anos tem se expandido (fotografias 12, 13 e 14).

7.2.2 Aspectos econômicos

A cidade de Letícia apresenta um potencial econômico significativo nesta faixa de fronteira. Segundo o DANE em 2015 o setor de serviços foi responsável pela arrecadação de 45,1% dos impostos, seguidos pelo comércio e agropecuária com valores de 12,3% e 10,4% respectivamente (tabela 5). O ecoturismo se apresenta como atividade promissora na região, razão pela qual Letícia apresenta uma boa rede hoteleira ponto importante para desenvolvimento desta atividade (NASCIMENTO, 2015).

O Departamento do Amazonas possui potencial para desenvolvimento do turismo. Esta potencialidade é representada pela beleza local, e riqueza cultural pertencentes a 48 comunidade ameríndias nativa do Amazonas que somadas aos povos emigrantes totalizam cerca de 13% das comunidades ameríndias da Colômbia. Ademais estas comunidades fornecem um bom campo de pesquisa biológica, linguística e etnográfica (AMAZONAS, 2005).

Tabela 5 - Estrutura do PIB (preços correntes) - Principais parâmetros.

Parâmetros	Porcentagem
Serviços sociais – Públicos e Privados	45,1%
Comércio	12,3 %
Agropecuária	10,4%
Transporte armazenamento e comunicação	8,9%
Restaurantes e hotéis	7,8%
Serviços financeiros	7,3%
Indústria	1,9%

Fonte: DANE contas departamentais.

Atualização: 01/04/2015.

A tabela 6 mostra que a economia do Departamento contribui com 0,1% para o PIB nacional que equivale ao PIB per capita de COP 6.211.347. Sua força econômica ocupa o 28º lugar dos 29 entre as cidades pesquisadas pelo Conselho Privado de Competitividade do Banco Mundial em 2015. Contudo a cidade não possui todo o seu potencial explorado uma vez que sob seu solo há uma grande riqueza mineral conforme descrita no mapa 9.

Tabela 6 - Indicadores Demográficos e Econômicos do Departamento do Amazonas em Relação aos Indicadores Nacionais

Variáveis e Indicadores	Amazonas	Colômbia
Extensão territorial	109.665 km ²	1.148.706 km ²
Nº de municípios	11	1.123
População projetada 2014	75.388 habitantes	47.661.787 habitantes
Participação do PIB departamental no nacional em 2013	0,1%	100,00%
PIB per capita 2014	\$ 6.211.347	\$ 15.007.654

Fonte: DANE – IGAC. Atualização: 01/04/2015

O cultivo de vegetais e a piscicultura são atividades que dão relevância à economia da cidade. Os dados coletados junto ao DANE, revela que em 2013 a produção de macaxeira contribui 47,58% para o PIB da cidade como cultura permanente e o milho com 76, 24% como cultura transitória (tabela 7). A atividade

pesqueira desenvolvida em Letícia produziu em 2013 cerca 5900 toneladas de pescados, o que faz da cidade a maior produtora do Departamento do Amazonas (tabela 8).

Tabela 7 - Estrutura Agrícola 2013 da Cidade de Letícia na Colômbia .

Cultivos permanentes		Cultivos transitórios	
Vegetal	%	Vegetal	%
Macaxeira	47,58	Milho	76,24
Banana	21,93	Hortaliças	13,48
Cupuaçu	11,93	Arroz	4,19
Buriti	6,13		
Açaí	5,10		

Fonte: Ministério da agricultura – Anuário agropecuário.

Atualização: 01/04/2015.

Tabela 8 - Estrutura piscícola do Departamento do Amazonas/Colômbia

Cidade	Bacia	Desembarque em tonelada
Letícia	Amazonas	5.958,9
Pedreira	Amazonas	17,5
Subtotal	Total	5.976,4 (23,6%)
Total da bacia	Amazonas	25.280

Fonte: Ministerio de Agricultura – Anuário agropecuário.

Atualização 01/04/2015.

Tabela 9 - Indicadores de Competitividade por Departamento na Colômbia

Indicador	Variável	Ranking
CEPAL	Posto	26
29 departamentos	Capital humano	28
	Ciência e tecnologia	8
	Força da economia	28
5 indicadores	Gestão e finanças públicas	26
	Infraestrutura	27
CEPAL, 2012 – 2013		

Fonte: Banco Mundial – CEPAL – Conselho Privado de Competitividade.

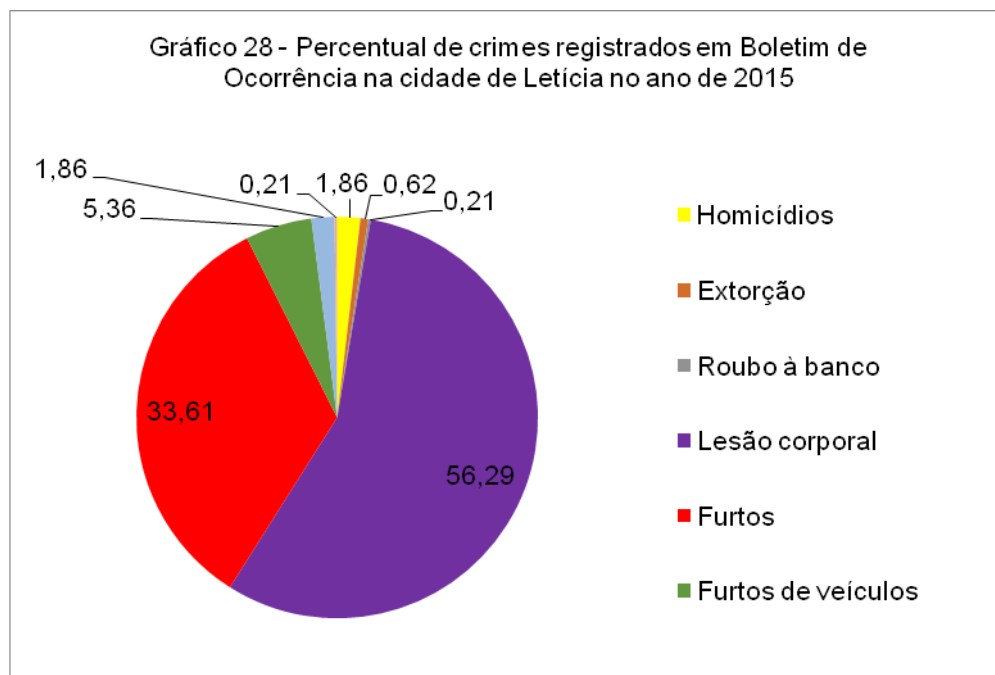
Atualização: 01/04/2015.

Pode-se inferir da tabela 9 que o Departamento do Amazonas, se encontra nas últimas posições do ranking medido pelo Banco Mundial em termos de indicadores de competitividade. A região é estratégica para o governo central tendo em vista, o desenvolvimento econômico devido sua biodiversidade e potencial tecnológico, item bem avaliado em comparação com os 29 analisados pelo Banco Mundial. Esta concepção tem uma relação direta com a aplica de Políticas Públicas, haja vista, a população urbana em sua maioria se encontrar dentro da faixa de pobreza segundo o SISBEN.

7.2.3 Segurança pública

Pelo ponto de vista do assessor do Alcadi da cidade de Letícia, a mesma se apresenta como a mais segura que as outras cidades da fronteira internacional. A questão do tráfico de drogas é motivo de preocupação, sendo este um fato relatado pelas famílias entrevistadas. O Sistema de Segurança de Letícia é composto basicamente pelas Forças Armadas e Policía Nacional de Colômbia 2016.

O gráfico 28 mostra a criminalidade na cidade de Letícia registrada pela Policía Nacional da Colômbia no ano de 2015. Observe-se que o destaque maior entre as ocorrências registradas no pelo Sistema de Segurança Pública da Colômbia, está nas lesões corporais com 56,29% e furtos com 33,51%. Segundo o responsável pelo Grupo de Informação e Análises Criminal da polícia militar, as lesões corporais, estão em sua maioria relacionadas à embriagues com agressões domésticas.



Fonte: Policía Nacional de Colômbia 2016.

As entrevistas de campo na comunidade referem a violência como a maior preocupação. Neste sentido, 9% dos entrevistados, citaram como ponto negativo nas relações transfronteiriças a violência e tráfico de drogas como maior preocupação conforme as falas abaixo:

A fronteira é uma porta aberta para nós que somos colombianos e neste caso que nós estamos na fronteira com o Brasil. Nós nos devemos tratar como irmãos, como amigos. Quanto ao poder público penso que a coisa está complicada no Brasil relacionado à segurança, muitos casos de mortes de colombianos, porém nós como países vizinhos devemos nos ajudar mutuamente para encontrar formas de soluções em conjunto. Neste caso, acho difícil, mas não impossível. (P3LT - Sra. Maribel)

A fronteira tem pontos positivos e negativos o positivo é o comércio e o negativo é a violência, matança e tráfico de drogas, se nós vivêssemos todos unidos não haveria problema. (P4LT - Sra. Clare)

A fronteira é um espaço onde vivem dois países. Dependendo do ponto de vista pode ser bom ou ruim. Do ponto de vista da bondade é que vivemos em confraternidade e irmandade entre brasileiros, colombianos e peruanos, mas o negativo é a violência. (P4LT - Kemia)

Estas falas condizem com os dados oficiais de segurança pública, quanto ao impacto na sensação de segurança que é sentida pela população entrevistada.

7.2.4 Educação

O sistema de ensino na cidade de Letícia apresenta os três níveis de educação: fundamental, médio e superior. Conforme demonstrado na Tabela 10 há na cidade 11 estabelecimentos de educação, sendo que 9 são direcionados ao ensino fundamental e médio e dois ao ensino superior. Neste um é público, representado pela Universidade Nacional da Colômbia e outra Privada a Universidad Antonio Nariño.

Tabela 10 – Números de Estabelecimentos de Educação na cidade de Letícia em 2015.

INSTITUIÇÕES	QUANTIDADE
ESCOLAS FUNDAMENTAL E MÉDIO	9
UNIVERSIDADE	2
TOTAL	11

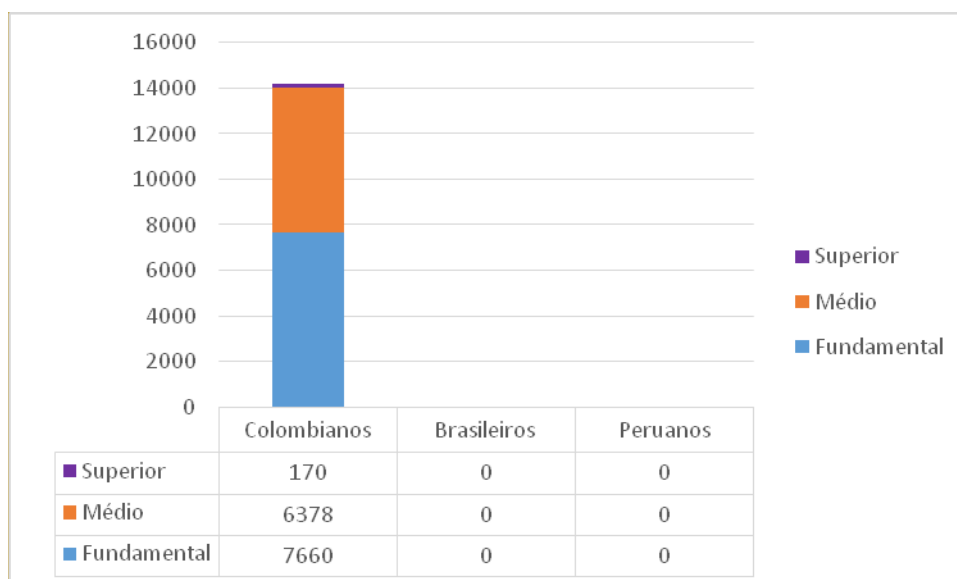
Fonte: Secretaria de Educación Departamental, 2016.

Embora o acesso à educação fundamental, média e superior seja livre aos estrangeiros, os mesmos têm que submeter à burocracia do Estado colombiano e participar dos processos seletivos e avaliativos. Segundo relata a titular da Secretaria de Cultura, Deporte e Educación, Prof.^a. Antonia Emilia Teteye:

Aqui em Letícia há muitos alunos de nacionalidade peruana e brasileira estudando aqui, para tanto, basta fazer a solicitação e aceitação destas pessoas. Quanto a parte burocrática tem que preencher um cupom e fazer uma avaliação e não necessita ter documento colombiano o acesso é livres à educação e cultura. [...] nós não temos nenhuma resistência em receber brasileiros aqui. Os colombianos querem estudar no Brasil, principalmente para aprender o português, a língua [...]

Os dados apresentados no gráfico 29 indicam que não há registro de estrangeiros cursando qualquer nível de escolaridade nos estabelecimentos de ensino colombianos, ou seja, contradizendo a autoridade entrevistada.

Gráfico 29 - Distribuição de alunos da educação fundamental, médio e superior por nacionalidade matriculados nas Instituições de Ensino na cidade de Letícia no ano de 2015.



Fonte: Secretaria de Educación Departamental, Universidad Nacional de Colômbia e Universidad Antonio Nariño, 2016.

Os dados descritos no gráfico 29 demonstram o quantitativo de alunos matriculados nos três níveis de educação disponível na Cidade de Letícia. Destaque para o quantitativo de alunos cursando o ensino fundamental e médio, que condiz com a fala da Secretária de cultura, desporto e educação: “As prioridades em termos de Políticas Públicas na área da educação é a educação infantil, porque acreditamos que podemos fazer melhores cidadãos”. Ainda segundos dados apurados na Secretaria de Educación Departamental, existem 225 docentes disponíveis para ministrar aulas no nível fundamental e médio.

7.2.5 Cultura

Assim como no Brasil a cultura colombiana nesta região sofre influência indígena e dos outros países que compõem esta fronteira. De acordo o relato da Secretária de Cultua, Desporto e Educação e da comunidade entrevistada a cultura no território colombiano se apresenta mesclado embora a música tenha um ritmo caribenho:

Com relação a cultura [...] Com relação a música aqui é pluricultural, mas nós não temos uma única, mas várias músicas. (Antonia Tetey - Secretária Municipal de Cultura e Educação do município de Letícia)

O sistema de saúde colombiano é melhor que o brasileiro. A fronteira para mim é determinada no mapa o território de cada país. Aqui não há divisória na prática somente em caso de eleição, com exceção dos momentos de eleição aqui na Colômbia que fecham a mesma pelo Exército, mas vamos embora daqui, pretendemos ir para Manaus, onde o custo de vida e oportunidade é maior. Uma diferença é na culinária porque aqui servem como entrada o sancocho. (P1LT - Sra. Maria Joana)

A fronteira é a união de dois países, é um limite. Nunca fui impedida de transitar pela fronteira. Gosta da comida colombiana e brasileira. (P1LT - Sra. Valdinei Eda)

A fronteira é um limite que não tem impedimento e somos apreciadores da culinária da música, não há fronteira. (P1LT - Sra. Rose Pocio)

A fronteira é como vivemos como irmãos e ocupamos o mesmo local, mas também temos idiomas diferentes e comidas diferentes. Temos o privilégio de conviver com culturas diferentes são algo maravilhoso é um privilégio. (P1LT - Sra. Jenifer Velasquez)

A fronteira não se torna um limite intransponível, mas um local onde se busca a cooperação cultural à revelia do poder do Estado, embora haja dispositivos criados pelo mesmo que estimulam a integração.

Ainda conforme a narrativa da titular da Secretaria de Cultura, Desporto e Educação, a identificação cultural do leticiano remete ao personagem Kapax (fotografia 15): “Porém temos um personagem, que quando você pensa em Letícia, pensa em Kapax, que é uma espécie de protetor da floresta e dos animais, logo virou um ícone”. Observe-se que Kapax se tornou um mito protetor da fauna e flora amazônica no território colombiano, segundo a escultura no monumento em sua homenagem, Kapax ao percorrer 116 km do Rio Solimões, até a cidade de Letícia estabeleceu perfeita sintonia com a floresta e animais que encontrou.

Fotografia 15 - Monumento em homenagem ao protetor da fauna e flora amazônica em território colombiano, Kapax, localizado próximo do Aeroporto Alfredo Vasquez Cabo em Letícia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Apesar de não poder identificar uma característica própria na cultura leticiana sem influência brasileira ou peruana, há no mês de junho uma festividade chamada Confraternidad Amazônica descrita pela Secretária de Educação:

Com relação à cultura aqui está institucionalizada um festival chamado confraternidade amazônica, que tem objetivo integrar as três nacionais em vários aspectos como o desportivo, cultural, artístico. É um festival que visa o fortalecimento da amizade trinacional que a competição. Para que este evento aconteça procedemos uma articulação direta com a Secretaria de Esporte de tabatinga e com o líder desportivo de Iquitos, porque são cidades grandes, que acontece somente em Letícia, mas com participação dos países que formam a fronteira transnacional. Mas é um festival similar ao São João comemorado no Brasil, é similar do ponto de vista da tentativa de integração, bem como a festa de fundação de Tabatinga, onde nós colombianos vão apoiar. Toda forma é um evento único e muito importante. (Antonia Tetey - Secretária Municipal de Cultura e Educação do município de Letícia)

Trata-se de um festival que visa muito mais que a competição, mas busca em seu objetivo integrar as comunidades naquela região de fronteira.

O Festival Confraternidad Amazônica em 2016 completou sua 29ª edição entre os dias 15 a 20 de junho. Conforme dito pela Secretária de Cultura, Desporto e

Educação, o evento cultural importante que congrega música, dança, culinária, produção literária, artesanato, esporte, etc. nos dias que se sucedem. Movimenta a economia local devido aumento do fluxo de pessoas de diversos países e regiões próximas durante o evento (fotografias 16, 17 e 18).

Fotografia 16 - Culinária colombiana durante o La Confraternidad Amazônica 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 17 - Fluxo de pessoas durante o festival Confraternidad Amazônica 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

No primeiro dia de festival há um desfile das comitivas que integram os países da tríplex fronteira em carro alegóricos com suas representantes que disputará o cargo de Senhorita La Confraternidad 2016 pelas principais ruas de Letícia. Cada comitiva vem composta com suas roupas características, seguida por suas comunidades ameríndias e figuras que representam suas floras e faunas. Neste aspecto suas comitivas são semelhantes, haja vista, a distribuição de comunidades ameríndias, flora e fauna serem semelhantes nos países fronteiriços (fotografias 18,19 e 20).

Fotografia 18 - Representante brasileira ao cargo de Senhorita Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 19 - Representante colombiana ao cargo de Senhorita Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 20 - Representante peruana ao cargo de Senhorita Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

O festival acontece em 5 dias tanto pela parte do dia quanto pela noite. Durante o dia acontece as competições desportivas com realização de jogos, por exemplo, futebol, voleibol, atletismo, corrida-de-tora, etc. e durante a noite são as performances culturais características de cada país. Na festa da noite é concedida uma noite para cada nacionalidade.

O quarto dia foi dedicado à cultura colombiana tendo seu ápice mais significativo através de performances apresentada à noite. A apresentação colombiana se inicia com cúmbia e vallenato, danças típicas colombianas e apresentação da Orquestra da Escola de Música de Letícia, seguida de danças ameríndias sob comando de sua representante ao cargo de Senhorita Confraternidad Amazônica 2016. Apesar das músicas serem diferentes os elementos básicos apresentados nas performances dos países participantes são semelhantes, ou seja, ameríndios amazônicos e seus rituais, presença de animas da floresta e canções sobre o rio Amazonas (fotografias 21 e 22).

Fotografia 21 - Dança de tributo à fauna amazônica La Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

Fotografia 22 - Orquestra Sinfônica da Escola de Música de Leticia La Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Além dos rituais ameríndios, também se observou um estilo de dança característica de outras regiões da Colômbia. Neste tipo de dança as dançarinas vestem figurinos característicos das danças flamencas desenvolvidas pelos

espanhóis sob o som da Cúmbia (fotografia 23). Também é apresentado uma dança típicas da região andina (fotografia 24).

Fotografia 23 - Dança típica da Colômbia La Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 24 - Dança ameríndia dos andes apresentada pela Comitativa peruana La Confraternidad 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

O festival Confraternidad Amazônica permitiu observar o que se tem mais especial em termos de cultura brasileira, colombiana e peruana. Sobretudo as

danças representavam não apenas os costumes regionais, mas a cultura disseminada pelos países participantes da festividade. Ao institucionalizar o evento, o Estado colombiano resguardou as mais antigas expressões culturais brasileira, peruanas e colombianas e mais, favoreceu um intercâmbio internacional em que se foi possível perceber as diferenças e semelhanças entre as culturas e povos.

7.2.6 Meio ambiente

A organização administrativa da gestão pública centra na Secretaria de Competitividade e Meio Ambiente as questões ambientais. A cidade de Letícia possui um aterro sanitário dentro dos padrões que serve de exemplo para as cidades vizinhas na tríplice fronteira, mas que segundo o Gerente Ambiental: “Esta Secretaria possui pouco poder de decisão, em relação aos problemas ambientais, pois nos restringimos apenas na vigilância das águas superficiais”. O Órgão dispõe de pouca ingerência sobre as questões ambientais de um modo geral, uma vez que as questões econômicas sobressaem sobre as mesmas, mas que segundo os relatórios produzidos pela Secretaria de Meio Ambiente de Tabatinga há um trabalho trans departamental com ações conjuntas quando a questão é água.

Dado o processo de expansão urbana em Letícia e exploração de recursos naturais o impacto ambiental ocorrido aos redores da cidade tem sido significativo. Aliado a estes problemas a exploração de minério e extração de madeira tem sido um problema constante, sendo que o órgão ambiental em questão, não possui poder para fazer frente ao avanço da degradação ambiental provocado por estas atividades econômicas. Contudo do ponto de vista documental, existem projetos e planos disponível na Secretaria, mas sem execução, por exemplo, Plano Territorial Urbano, Projetos de Urbanização de áreas alagas, Plano de Ordenamento florestal, entre outros.

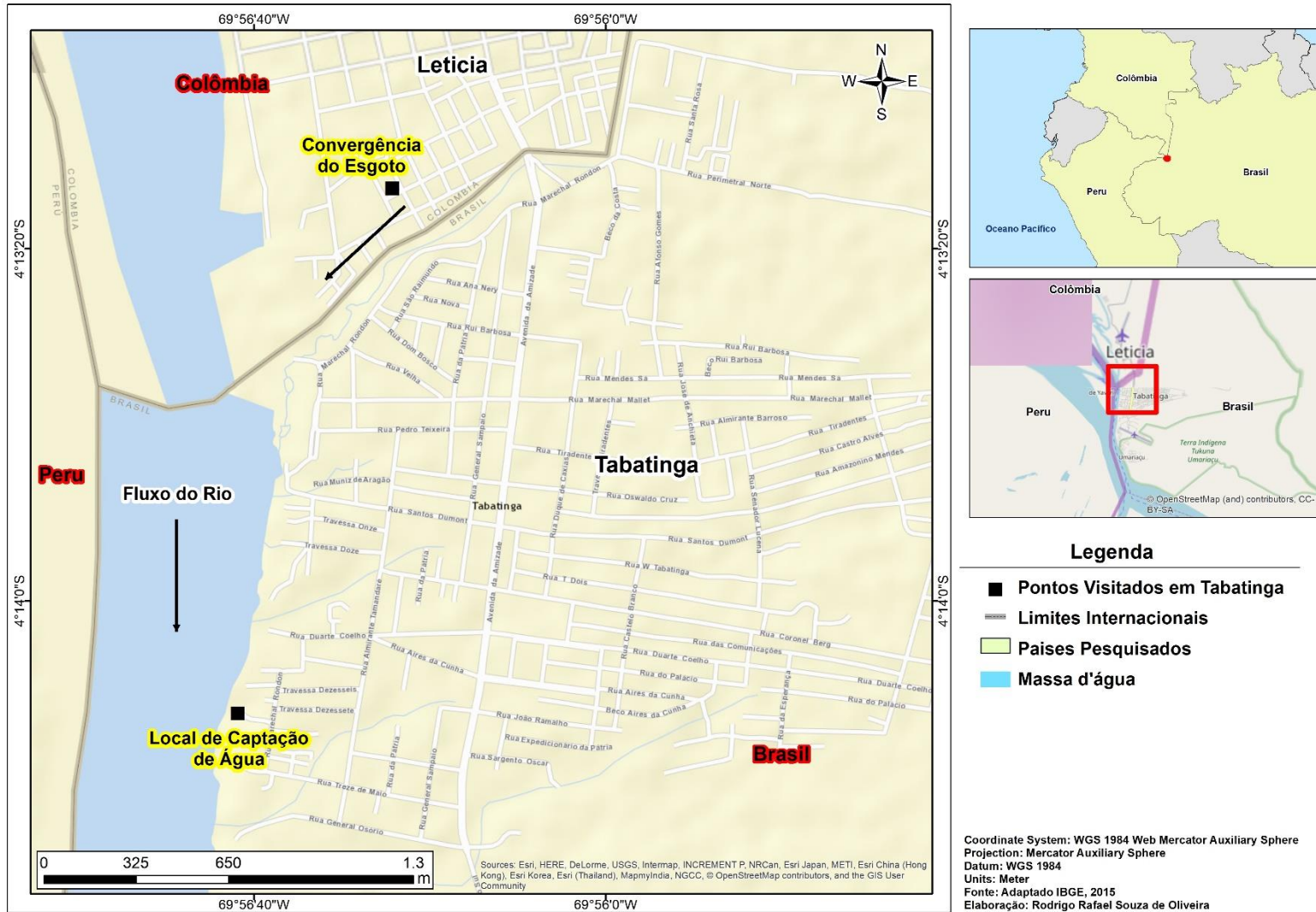
Segundo o Diretor de Infraestrutura, Letícia possui rede de esgoto em 50% da cidade. A questão colocada é de que os outros 50% da cidade desprovida da rede de esgoto e mesmo os que possuem rede de esgoto, este não sofrem qualquer tipo de tratamento, sendo os dejetos despejados em córregos de desembocam no Rio Solimões. Aliás essa é a tônica das cidades na tríplice fronteira, uma vez que nenhum esgoto sofre tratamento.

Fotografia 25 - Leito do Igarapé com água contaminada, segue em direção ao Rio Solimões e ao Ponto de captação de água para abastecimento de Tabatinga.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

Mapa 9 – Fluxo de água contaminada em Direção ao Solimões e ponto de captação de água para tratamento, distribuição e consumo pela população de Tabatinga e Isla de Santa Rosa.



Ao Observar a fotografia 25 se conclui, por exemplo, que as águas superficiais do que provavelmente fora um igarapé, se tornou uma vala contaminada. Ao verificar a localização deste igarapé através do mapa 9 é possível avaliar que este desemboca no Rio Solimões e considerando a direção do fluxo de água do referido rio, estas seguem em direção ao ponto de captação, tratamento e distribuição de água à população de Tabatinga. Observe-se ainda que pela trajetória do rio, estas águas passam pela Isla de Santa Rosa, ora, isto se torna um problema internacional, sendo que as soluções ainda não foram encontradas, segundo as autoridades das duas nações entrevistadas.

7.2.7 Sistema de Saúde em Letícia: perfil epidemiológico da população

O sistema de saúde na Colômbia é regulado pela Ley 1122/2007. Este marco regulatório tem como princípio a regulação pelo Estado, a livre escolha do usuário e solidariedade financeira. Neste contexto o Plano de Saúde deve estar em consonância com o Plano Nacional de Desenvolvimento e divide o acesso da população aos serviços de saúde em contributivo e subsidiado.

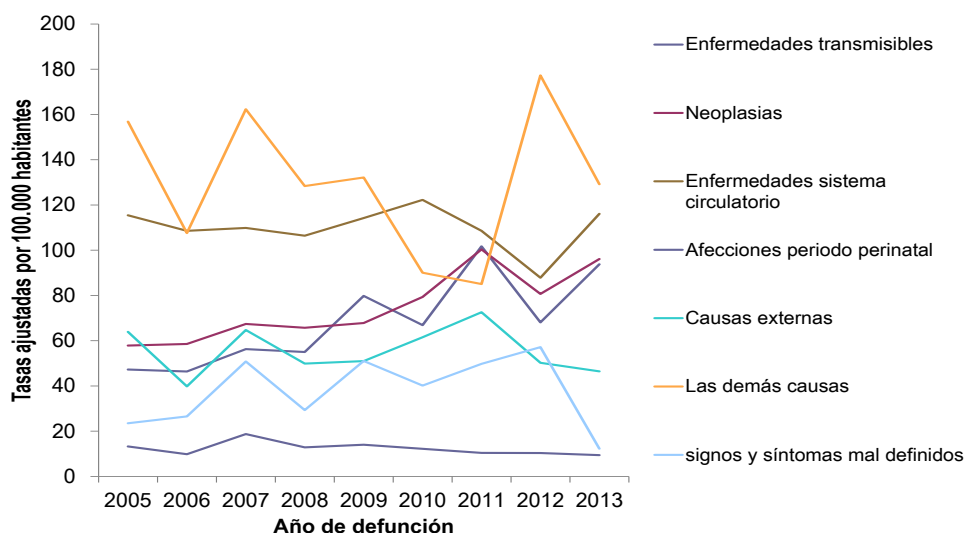
Pela caracterização sociodemográfica do SISBEN, 90 % da população na cidade de Letícia é considerada pobre. Esta constatação remete para uma avaliação criteriosa dos seus problemas de saúde, permite o pesquisador nivelar em termos de igualdade, o quadro epidemiológico das populações transnacionais desta região. Estas populações devem ser vistas diferentemente das outras populações, como as que vivem no centro do país e próximo aos núcleos de decisões políticas.

Antes de adentrar nos dados da saúde pública é importante uma breve explicação relacionado às informações coletadas. A organização do sistema de informação epidemiológica na Colômbia funciona diferente do Brasil, assim sendo os dados são divulgados por Departamento. Por considerar a cidade de Letícia a mais populosa do departamento do Amazonas foi considerados dados mais significativos emanados desta.

O problema de maior impacto na taxa de mortalidade geral no Departamento do Amazonas são problemas oriundos do Sistema Circulatório. Este se apresenta com tendência crescente em 2013 próximo de 1,2 casos/1.000 hab., em seguida com comportamentos similares de curva ascendente, estão as neoplasias e afecções do período perinatal, sendo que ambas com 1 caso/1.000 hab.. Como a

quarta maior causa de morte no Departamento estão as externas com 0,4 casos/1.000 hab., porém, com comportamento descendente conforme gráfico 30.

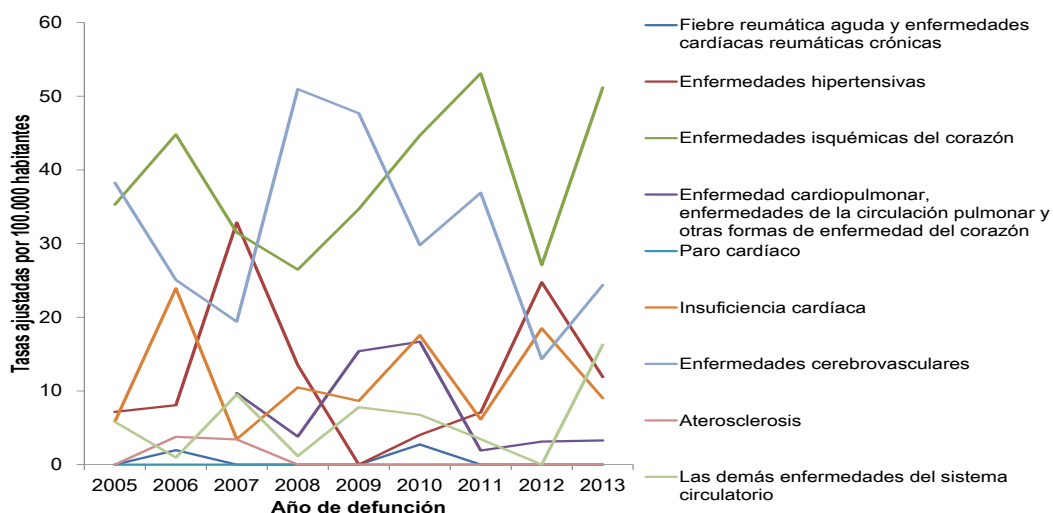
Gráfico 30 - Taxa de mortalidade geral no Departamento do Amazonas entre 2005 a 2013.



Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO 2015.

O gráfico 31 detalha as principais causas de morte entre as enfermidades relacionadas ao aparelho circulatório. No período analisado as enfermidades isquêmicas do coração aparecem em primeiro lugar com uma taxa de 0,5 casos/hab. que vai à óbito por problemas do aparelho circulatório. Em segundo as paradas cardíacas e em terceiro as doenças ocasionadas por hipertensão arterial.

Gráfico 31 - Taxa de mortalidade derivada de problemas do aparelho circulatório no Departamento do Amazonas entre 2005 – 2013.

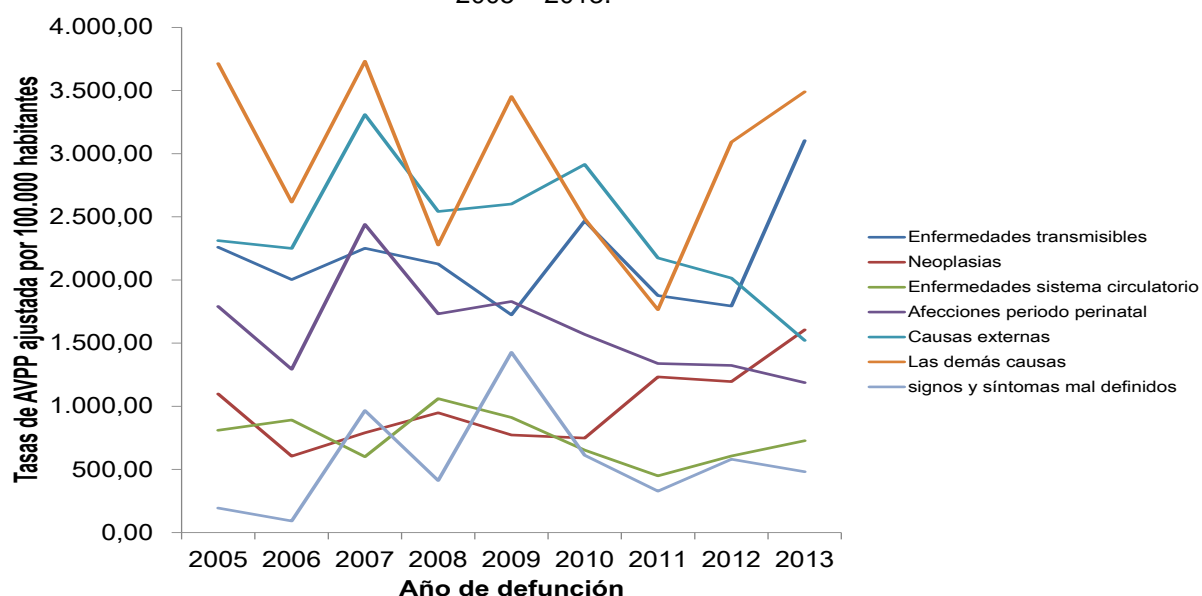


Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social / Estimación de carga de la mortalidad mediante AVPP, Cálculo SISPRO 2015.

O Ministério de Salud de Colômbia apresenta um indicador interessante válido para compor análise do presente trabalho, Anos de Vida Potencialmente Perdidas (AVPP). Segundo Salud (2015) este indicador considera os óbitos acontecidos em faixa etária jovens, potencializado a informação quando mais precoce for a morte. Este indicador, aliadas as informações do SISBEN, subsidia estudos sobre desigualdade sociais para identificar as populações vulneráveis e direciona políticas públicas.

A partir deste contexto o gráfico 32 relaciona a taxa de mortalidade com AVPP. Observa-se que as curvas do gráfico apresentam uma tendência crescente com exceção das causas externas e afecções período perinatal com tendência decrescente. Porém há uma inversão das principais causas de mortalidade, sendo que tendência maior seria das doenças transmissíveis, segundo as neoplasias e em terceiro os problemas do aparelho circulatório.

Gráfico 32 - Taxa de AVPP por grandes causas lista 6/67 do Departamento do Amazonas, 2005 – 2013.

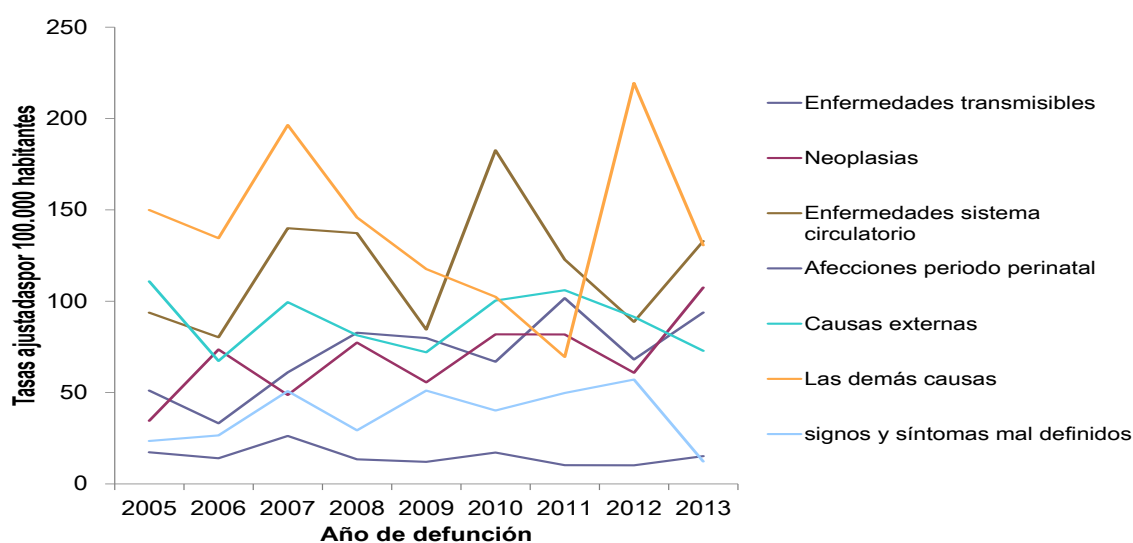


Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social / Estimación de carga de la mortalidad mediante AVPP, Cálculo SISPRO 2015.

Aplicando um filtro por gênero o Ministério de Salud de Colômbia apresenta dois gráficos. O gráfico 33 ilustra o comportamento das curvas relacionadas às principais causas de mortalidade entre o gênero masculino, sendo que entre estas

estão os problemas relacionados com sistema circulatório como maior causa de morte, que entre 2010 a 2012 apresentou uma curva ascendente com pico máximo de taxa próxima de 2 casos/1.000 hab., porém com uma curva descendente para 2013 em torno de 1,5 casos/1.000 hab. Em segundo lugar as causas externas com declínio desde 2011 chegando a 2013 com uma taxa aproximada de 0,6 casos/1.000 hab.

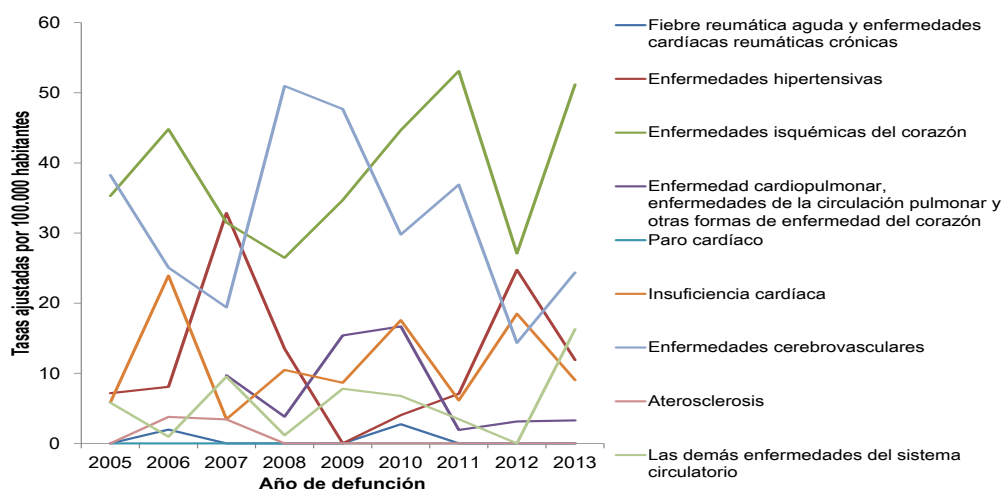
Gráfico 33 - Taxa de mortalidade masculina no Departamento do Amazonas entre 2005 a 2013.



Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO 2015.

Dentre as principais causa de mortalidade derivada dos problemas do aparelho circulatório no gênero masculino, as enfermidades isquêmicas do coração, com taxa aproximada de 0,7 casos/1.000 hab (gráfico 34). No ano de 2013 com tendência crescente. Em segundo as causas de morte por parada cardíaca com taxa aproximada em 2013 de 0,15 com tendência crescente. Finalmente, a terceira causa relevante de mortalidade estão as enfermidades derivadas da hipertensão arterial sistólica com taxa aproximada de 0,15 casos/1.000 hab., porém com tendência descente.

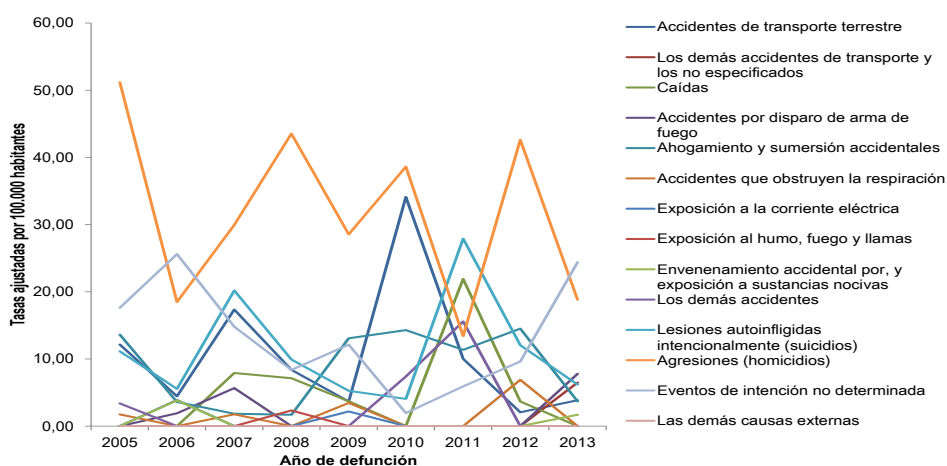
Gráfico 34 - Taxa de mortalidade derivada de problemas do aparelho circulatório no sexo masculino no Departamento do Amazonas entre 2005 – 2013.



Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social / Estimación de carga de la mortalidad mediante AVPP, Cálculo SISPRO 2015.

O gráfico 35 demonstra que entre as principais causas externas da mortalidade entre os homens estão os homicídios. A curva deste tipo de óbito apresenta tendência decrescente com taxa de mortalidade significativa auferindo um número aproximado de 0,2 casos/1.000 hab.. Este dado confere com os relatos de campo da comunidade que avalia como ponto negativo a violência na região de fronteira.

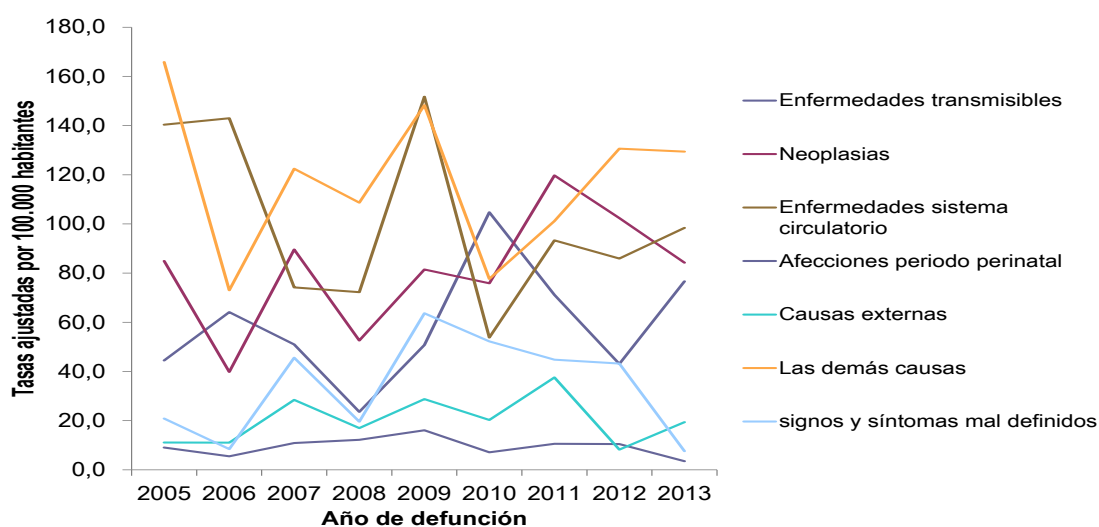
Gráfico 35 - Taxa de mortalidade masculina por causa externa no Departamento de Amazonas no período de 2005 a 2013.



Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social / Estimación de carga de la mortalidad mediante AVPP, Cálculo SISPRO 2015.

As principais causas de mortalidade no gênero feminino estão expostas no gráfico 36. Semelhante a taxa masculina, a taxa de mortalidade entre as mulheres, assume um valor aproximado de 1 caso/1.000 hab no ano de 2013. Destacam-se entre as causas de óbitos neste sexo doenças do aparelho circulatório, afecções do período perinatal e as neoplasias.

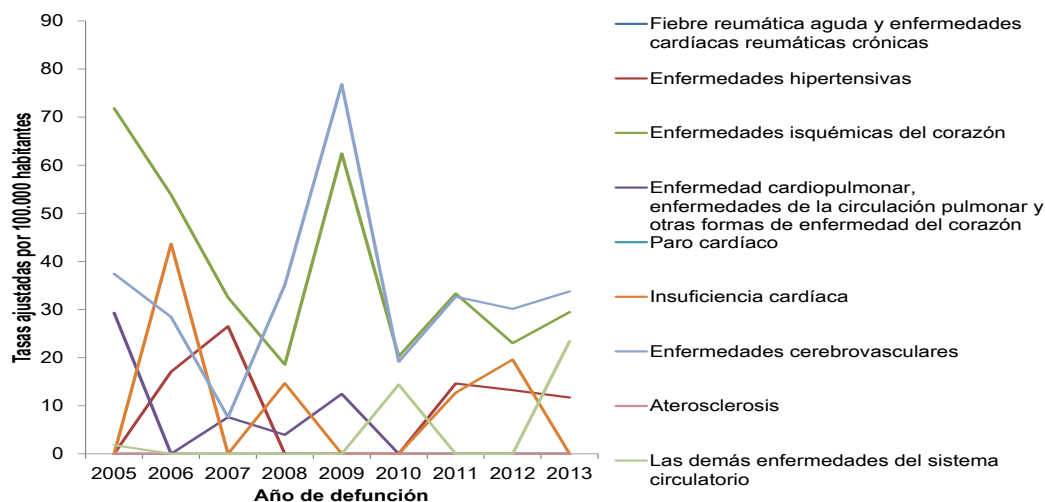
Gráfico 36 - Taxa de mortalidade feminina no Departamento do Amazonas entre 2005 a 2013.



Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO, 2015.

Dentre a principal causa de morte por problemas do aparelho circulatório estão no gênero feminino está e as enfermidades cerebrovascular (gráfico 37). Esta causa morte atinge sua taxa máxima no ano de 2009, auferindo um valor aproximado de 0,8 casos/1.000 hab. com tendência ascendente e taxa aproximada de 0,35 casos/1.000 hab. em 2013. Em seguida, as enfermidades isquêmicas, apresentando uma tendência na sua curva semelhante a primeira, porém com uma taxa aproximada de 0,30 casos/1.000 hab. em 2013.

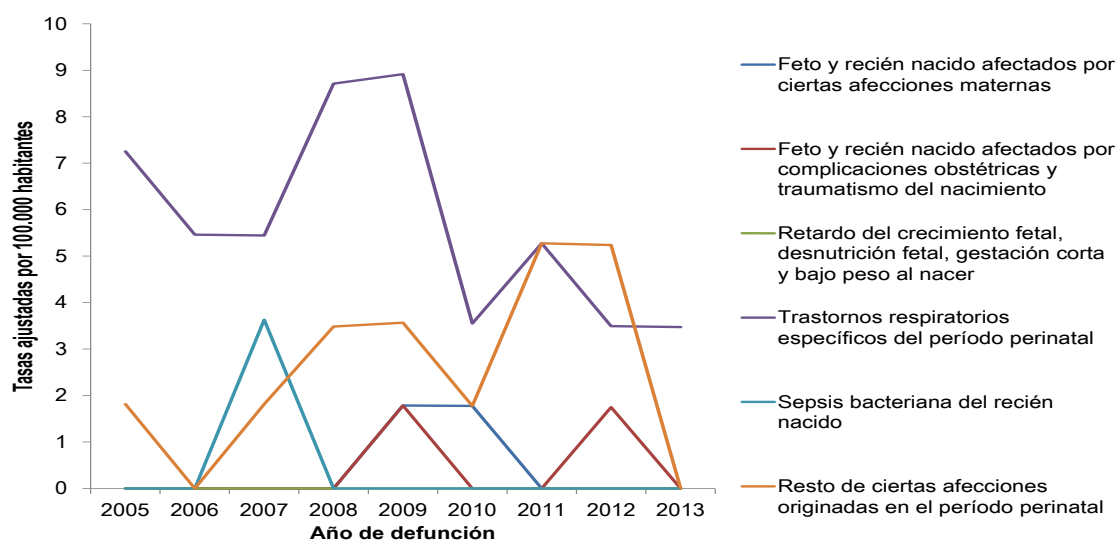
Gráfico 37 - Taxa mortalidade feminina no grupo de enfermidade do sistema circulatório no departamento do Amazonas no período de 2005 a 2013.



Fonte: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social / Estimación de carga de la mortalidad mediante AVPP, Cálculo SISPRO 2015.

A segunda causa de morte que acomete o sexo feminino estão as enfermidades do período perinatal. Entre estas o transtorno respiratório do período perinatal foi responsável pelo pico máximo de mortes com seu pico máximo no ano de 2009 com 9 casos/1.000 hab. Em 2010 este tipo óbito apresenta uma queda significativa na curva para menos de 4 casos/1000 habitantes (gráfico 38).

Gráfico 38 - Taxa mortalidade materna no período perinatal no Departamento de Amazonas, no período de 2005 a 2013.

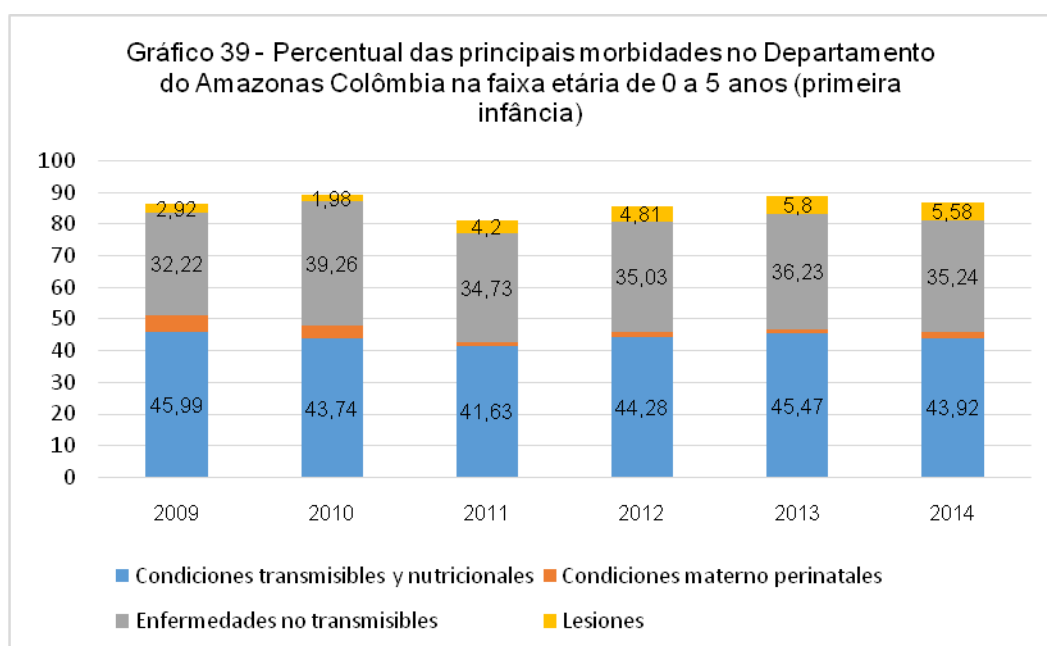


Fonte:: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social / Estimación de carga de la mortalidad mediante AVPP, Cálculo SISPRO 2015.

Os óbitos considerados no estudo do perfil epidemiológico da população da cidade de Letícia mostram uma relação direta com seu padrão de morbidade. Segundo Amazonas (2015) se destacam as doenças do sistema circulatório, respiratório, neoplasias, enfermidades do período perinatal, enfermidades transmissíveis, deficiências nutricionais, anemias nutricionais, traumatismo, entre outras. Para Souza e Simonian (2015) estas doenças são características de países subdesenvolvidos, mas que têm sido alvo das principais ações do Estado colombiano.

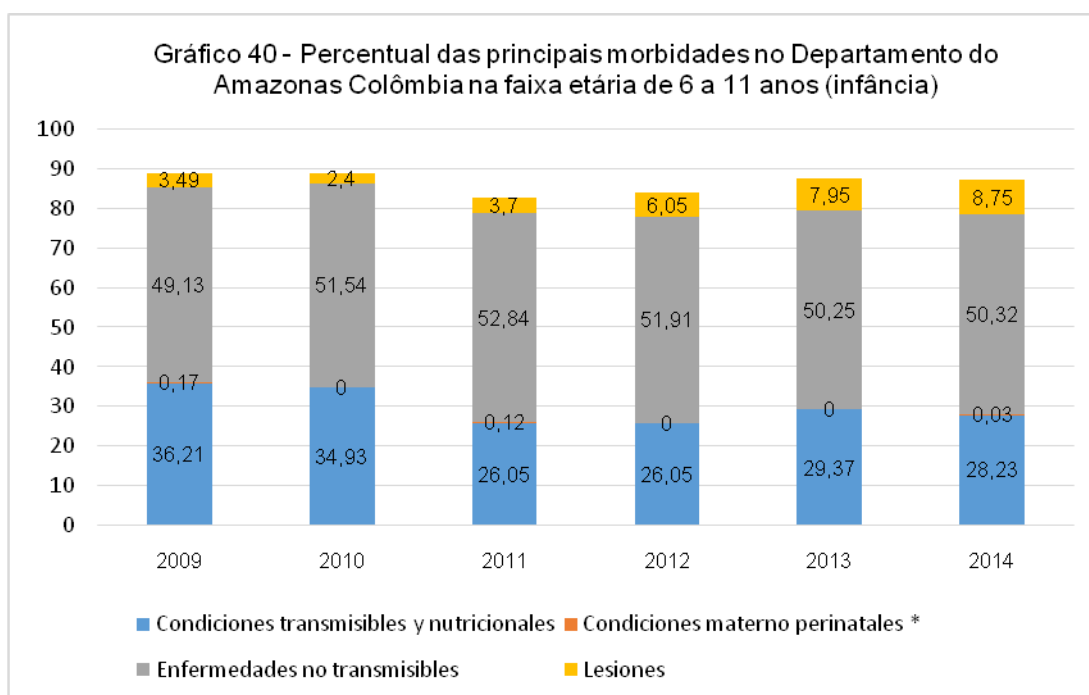
Cabe ressaltar que os gráficos propostos para esta análise foram baseados em Amazonas (2015). Neste material, o Ministério da Saúde colombiano, fraciona as morbidades em faixa etária, grupo e subgrupo de doenças segundo o CID 10. Ademais embora esta análise não chegue aos subgrupos, somente é tecida uma análise à nível de grupo.

O gráfico 39 mostra as principais morbidades em crianças na faixa etária de 0 a 5 anos. Observe-se que a principal causa de adoecimento nesta faixa etária são as relacionadas às parasitoses, infecções respiratórias e deficiências nutricionais com percentual médio de 44,17%. O segundo maior problema de saúde que aflige esta faixa etária são as não transmissíveis, provavelmente relacionadas às doenças infecciosas respiratórias.



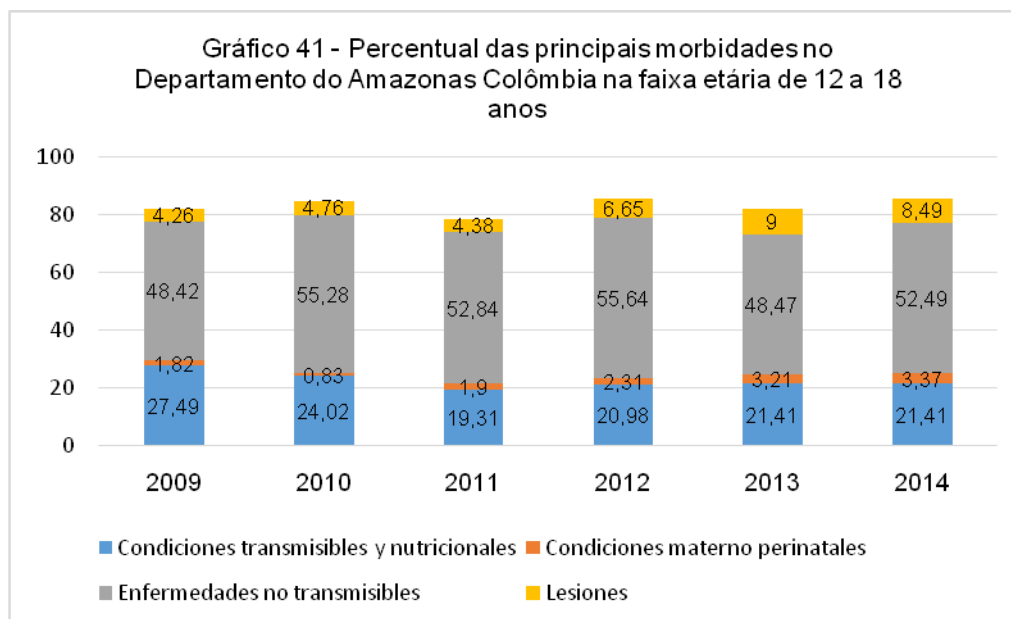
Fonte: Bodega de datos – EVV. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Na faixa etária de 6 a 11 anos é considerada na Colômbia como infância. Considerando esta faixa as principais morbidades estão descritas no gráfico 40, que destacam as enfermidades não transmissíveis com percentual de 50,99 e transmissíveis parasitárias e infecciosas em ordem percentual de 30,14. Entre as enfermidades não transmissíveis nesta faixa etária estão os problemas relacionados à cavidade bucal como cárie dentária, gengivites, etc., permanecendo o mesmo quadro para as doenças transmissíveis parasitárias detectadas na primeira infância.



Fonte: Bodega de datos – EVV. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

O gráfico 41 mostra que entre os adolescentes a morbidade mais significativa são relacionadas aos problemas de enfermidades bucal com percentual médio de 52,19 no período analisado. Observe-se que o gráfico relativo a esta faixa etária é similar ao gráfico apresentado para faixa etária infantil, sendo indício de que os problemas permanecem requerendo melhor atenção por parte de Estado. O segundo grupo de problema nesta faixa etária são os relacionados às doenças infecto parasitárias, visto que este problema tem relação direta com as condições de saneamento básico.



Fonte: Bodega de datos – EVV. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Pelo método de classificação do Estado colombiano com vista à Políticas Públicas, a faixa etária analisada no gráfico 38 é considerada a jovem. Não obstante é observado que os problemas mórbidos têm além do destacado nas faixas etárias menores, outras se apresentando com números impactos significativos requerendo atenção das autoridades de saúde. Neste contexto se destacam as enfermidades do período perinatal e as enfermidades pertencentes aos grupos das lesões.

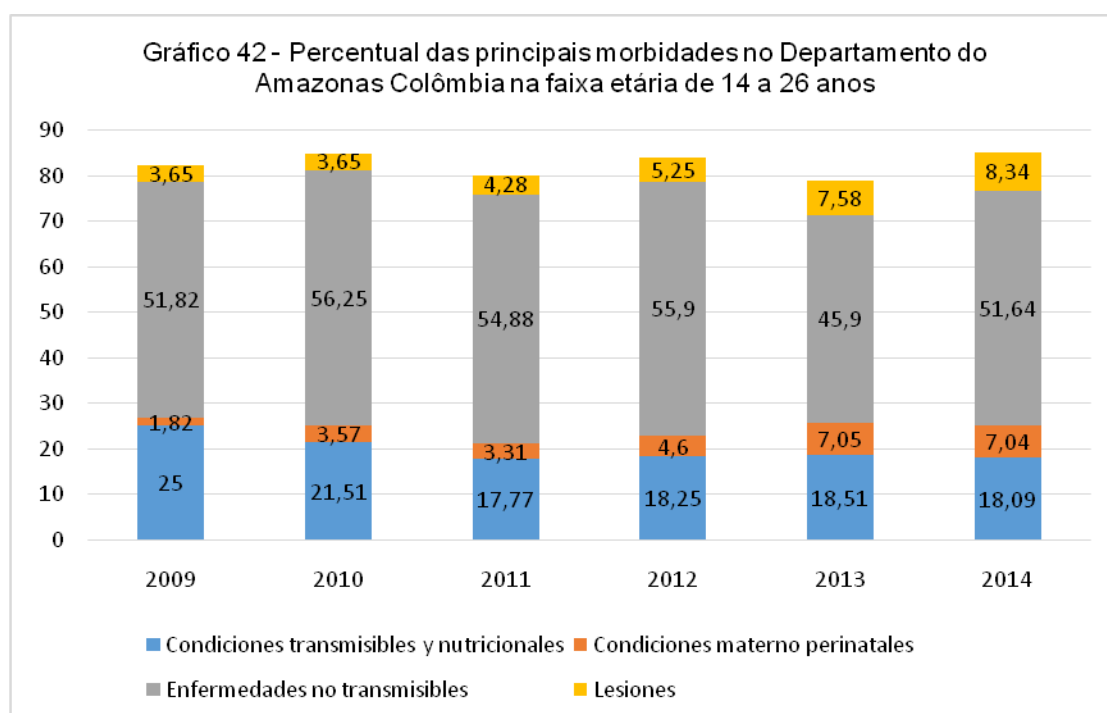
Ao analisar as principais causas de morbidade nesta faixa etária observa-se que as doenças do grupo não transmissíveis possuem um valor significativo de 52,19%. Neste grupo se destacam as enfermidades bucais com percentual médio de 34,63. Dentre as enfermidades relacionadas ao trato geniturinário estão os processos inflamatórios das vias urinárias e genitais possuem um valor preocupante de incidência com o valor de 18,19%.

São ainda problemas de saúde na faixa etária jovem no departamento do Amazonas as enfermidades transmissíveis e nutricionais. Dentre estas estão as doenças infecciosas e parasitárias que em 2014 atingiram um pico de 63,67% com curva ascendente o que significa tendência para aumento da doença nos anos seguintes. Observe-se que este problema tem-se destacado nas outras faixas etárias anteriores a esta exigindo uma intervenção preventiva pelo Estado.

Dada a precocidade das relações sexuais entre os jovens nos países da tríplice fronteira o problema tende a piorar com a falta de políticas públicas

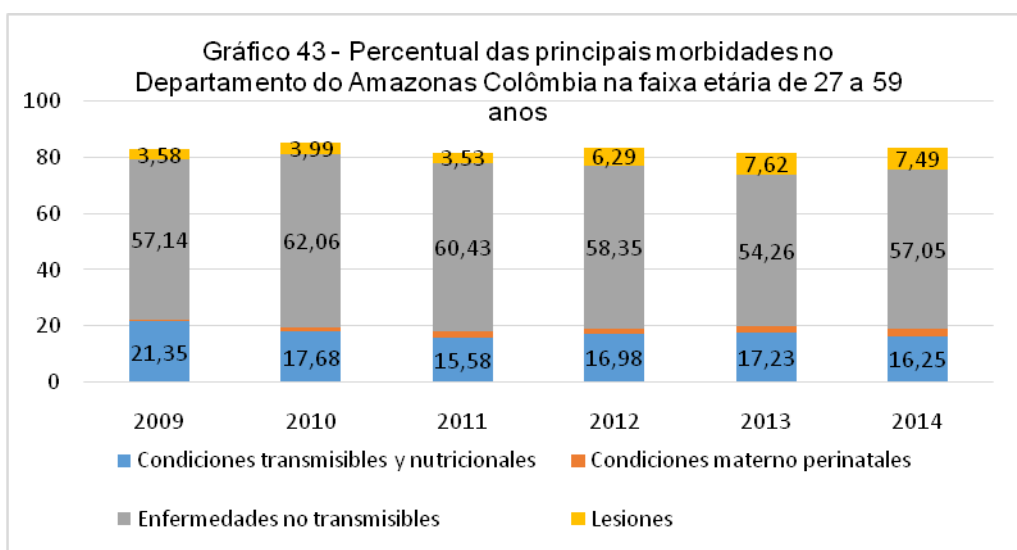
preventivas para os jovens. Os dados de 2014 coletados do Ministério da Saúde colombiano mostram que 7,04% das morbidades femininas estavam relacionadas ao período perinatal. Além da questão da precocidade de gravidez, soma-se a isso a desnutrição materna que quase sempre leva ao aborto e parto prematuros.

Dentre o quadro geral de morbidade o grupo referente às lesões requer uma menção por estar relacionada com as queixas dos entrevistados de campo (gráfico 38). No gráfico 42 estão expressas as percentagens com tendência crescente, sendo que em 2014 foi o ano com maior número de ocorrência desta morbidade cujo valor é de 8,34% na faixa etária de 14 a 26 anos. Observe-se que entre estas causas estão traumatismo que contribui com mais de 90% para esta estatística, sendo o sexo masculino o mais vitimado.



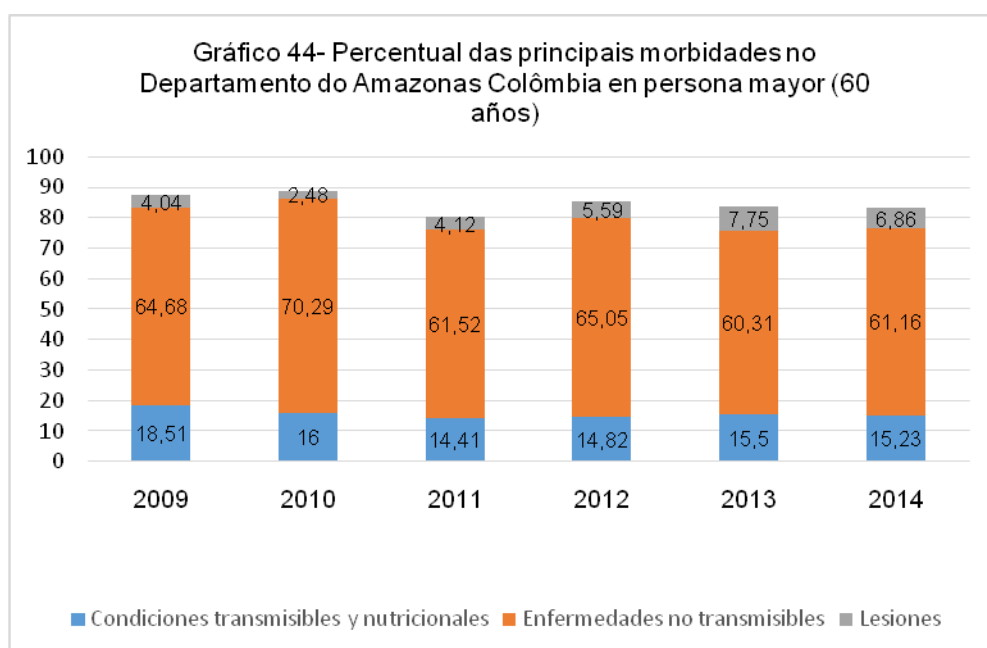
Fonte: Bodega de datos – EVV. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Na faixa etária considerada adulta, ou seja, de 27 a 59 anos as morbidades apresentam curvas variáveis com descendência e ascendência. Entre as morbidades com curva descendente estão as doenças não transmissíveis e nutricionais que no ano de 2014 apresentou um percentual de 57,05 e 16,25 respectivamente (gráfico 43). Neste gráfico também se observa que o grupo das lesões apresenta em 2014 uma curva praticamente estável com percentual de 7,49, mas devido as condições de segurança este problema tende a aumentar.



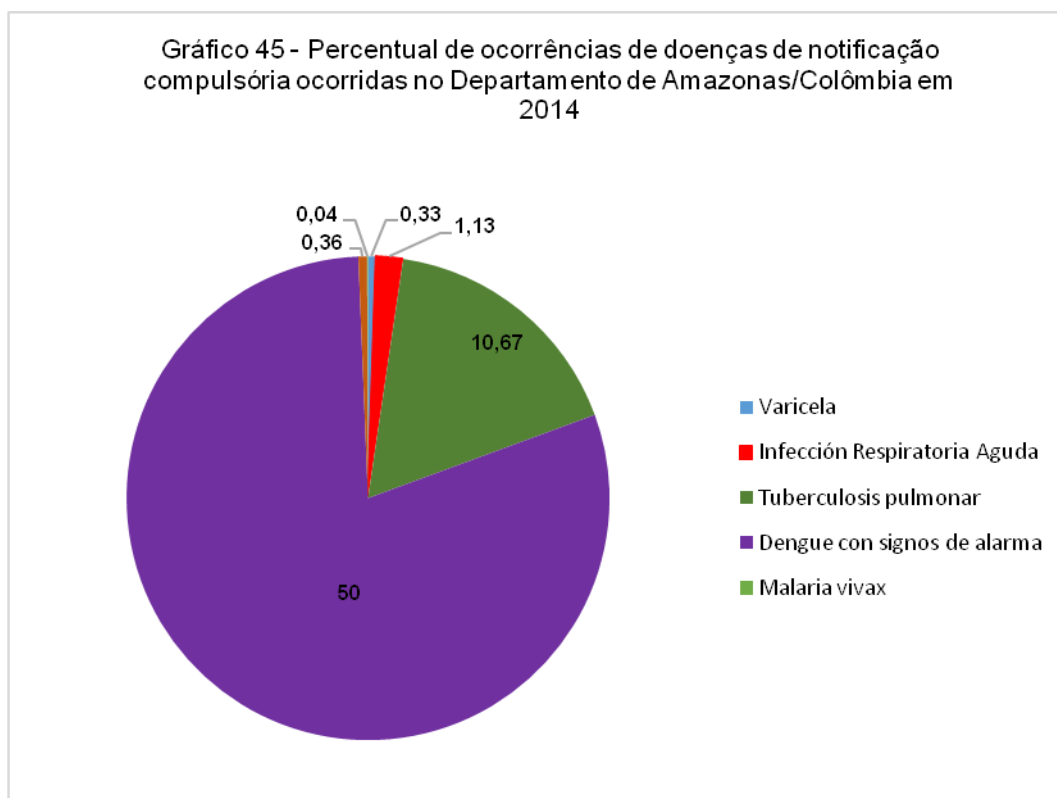
Fonte: Bodega de datos – EVV. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Com relação à faixa etária em maiores de 60 anos os maiores problemas mórbidos estão relacionados com o sistema cardiovascular (gráfico 44). Este problema se destaca com 25,98% dos casos e dentre estes a hipertensão arterial e as cardiopatias são relevantes e impactam na taxa de mortalidade. As enfermidades musculoesqueléticas impactam no adoecimento desta faixa etária cuja curva percentual no ano de 2014 foi de 15,07.



Fonte: Bodega de datos – EVV. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Outro grupo de morbidade de interesse neste trabalho se refere às doenças de notificação obrigatória ou compulsória. Observe-se que o gráfico 45 apresenta as principais causas de adoecimento de notificação obrigatória a dengue com 50% dos casos notificados no ano de 2014. Em seguida a tuberculose pulmonar com 10,67% dos casos ocorridos.



Fonte: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

O mapa da saúde da cidade Letícia mostra que na zona urbana existem 15 estabelecimentos de saúde distribuídos entre hospitais, consultório e drogarias conforme quadro 13 e foto 26. O mapa 10 mostra que estes estabelecimentos de saúde encontram-se aglomerados na região central da cidade, onde o hospital San Rafael e o Laboratório de Saúde Pública são considerados instituições públicas, que prestam serviços aos usuários advindos do regime subsidiado e EPS, sendo o restante representados por empresas privadas como hospital de Letícia, Trapézio Amazônico e drogarias. Não obstante a rede prestadora de serviços de saúde atendem usuários subsidiados e EPS, com exceção das farmácias e drogarias.

Quadro 13 - Estabelecimentos de saúde na cidade de Letícia/Colômbia.

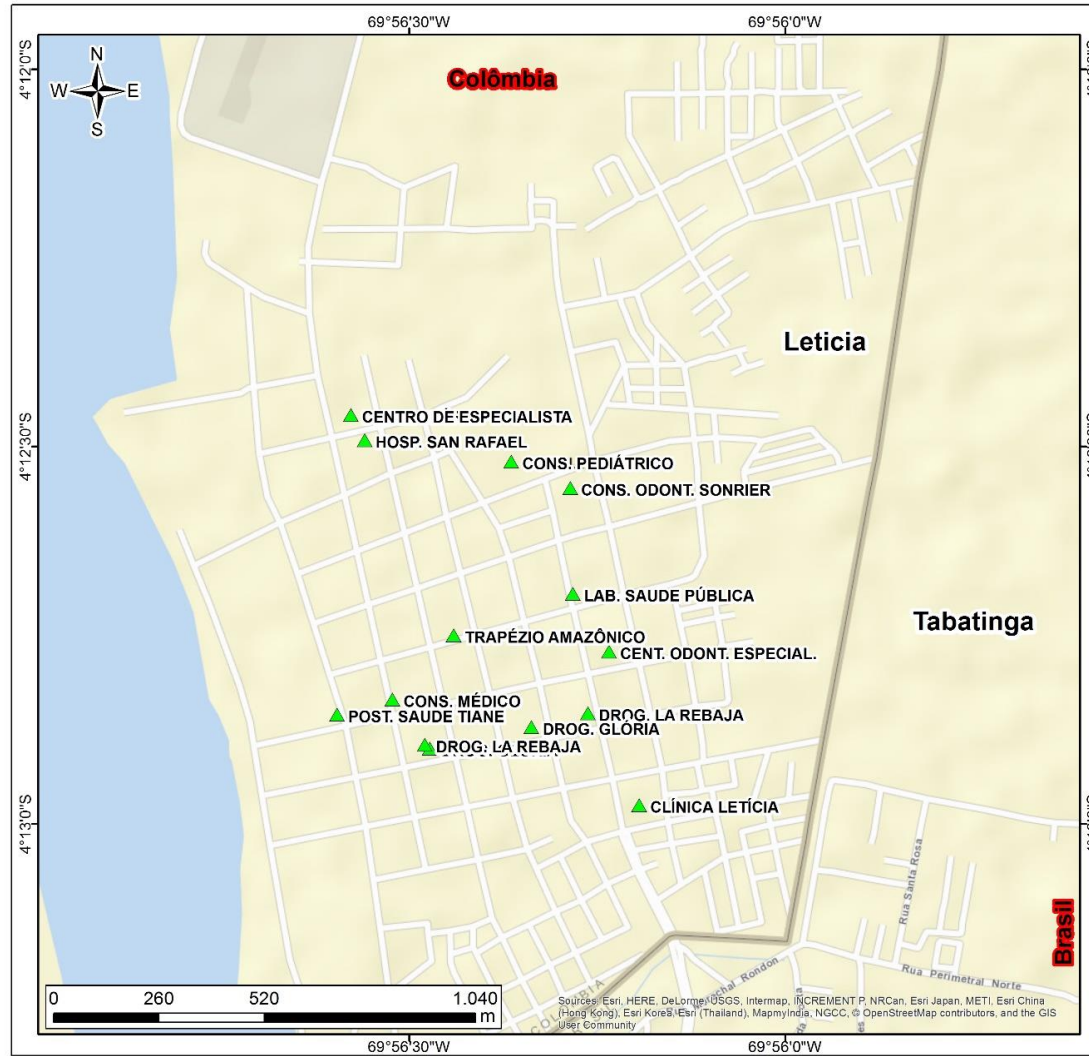
Tipo de Estabelecimento	Nome	Quantidade
Hospital e Clínica	San Rafael	1
	Clínica Letícia	1
	PS Indígena Trapézio Amazônico	1
Consultório isolado	Centro de especialista	1
	Consultório pediátrico	1
	Laboratório de saúde pública	1
	Posto de Saúde Tiane	1
	Consul. Odontológico	1
	Médico	1
Laboratório de análises clínicas	Laboratório de Saúde Pública	1
Drogarias	Glória	3
	La Rebaja	2
Total		15

Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 26 - Hospital San Rafael, Letícia/Colômbia.

Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Mapa 10 – Saúde em Área Urbana de Leticia/Colômbia.



Legenda

- ▲ Pontos Visitados em Leticia
- Limites Internacionais
- Países Pesquisados
- Massa d'água

Coordinate System: WGS 1984 Web Mercator Auxiliary Sphere
 Projection: Mercator Auxiliary Sphere
 Datum: WGS 1984
 Units: Meter
 Fonte: Adaptado IBGE, 2015
 Elaboração: Rodrigo Rafael Souza de Oliveira
 Antônio Jorge Ataíde Souza

Os dados do quadro 14 mostram o número de estrangeiros atendidos no maior hospital da cidade de Letícia em 2015. Conforme a entrevista do Gerente Geral do Hospital, o mesmo afirma que este tipo de atendimento apesar de ser comum, não acontece em grande escala conforme segue:

Nosso hospital é considerado público, mas atendemos os diversos tipos de pacientes do regime contributivo, subsidiado (em sua maioria), porém nós não fazemos diferenciação de pacientes em relação aos tipos de plano e todos ficam no mesmo ambiente, apenas os dividimos em bloco por especialidade e por gênero. No caso de atendimento de emergência, seja com plano, ou não estrangeiro ou colombiano, sem discriminação, temos que atender. (Dr. Jaime Gollego Tejada, Gerente Geral do Hospital San Rafael)

Portanto segundo o gerente do hospital não há restrição para o atendimento em emergência dos estrangeiros.

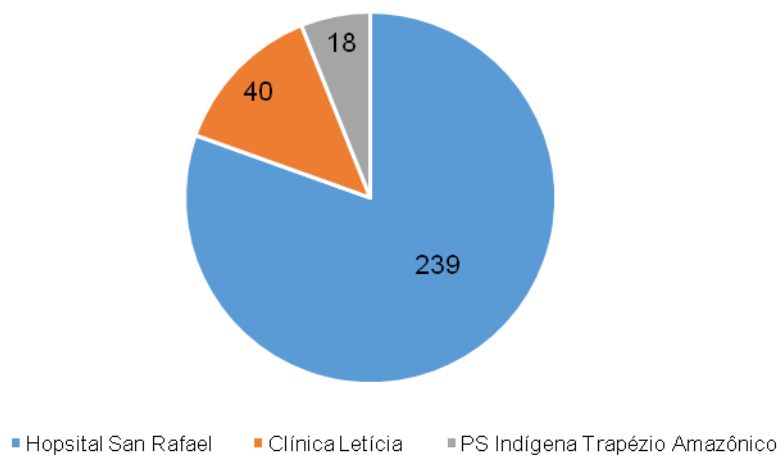
Quadro 14 - Quantidade de atendimento hospitalar no Hospital San Rafael em 2015.

Atendimento de Estrangeiros em 2015 no Hospital San Rafael		
Nacionalidade	Quantidade	Valor (Pesos)
Brasileiro	38	15.353.714,00
Peruanos	4	830.447,00
Outros estrangeiros	2	829.505,00
Total	44	17.013.666,00

Fonte: Departamento de Estatística Hospital San Rafael, 2016.

Considerando os três maiores estabelecimentos de saúde o contingente de profissionais atuando somam o quantitativo em torno de 297. Segundo o gráfico 43 o maior quadro de profissionais pertence ao Hospital San Rafael, não só porque é o maior em termos físicos, mas devido à complexidade do atendimento prestado. Uma observação requer ser feita com relação aos profissionais médicos e enfermeiros, em que há casos de que o mesmo profissional atua dois ou três estabelecimentos.

Gráfico 46 - Quantidade em valores absolutos de profissionais de saúde que atuam nos três principais estabelecimentos de saúde de Letícia em 2016



Fonte: Alcaldía de Letícia, 2016.

Fotografia 27 - Estabelecimento de Saúde PS Trapézio Amazônico em Letícia.

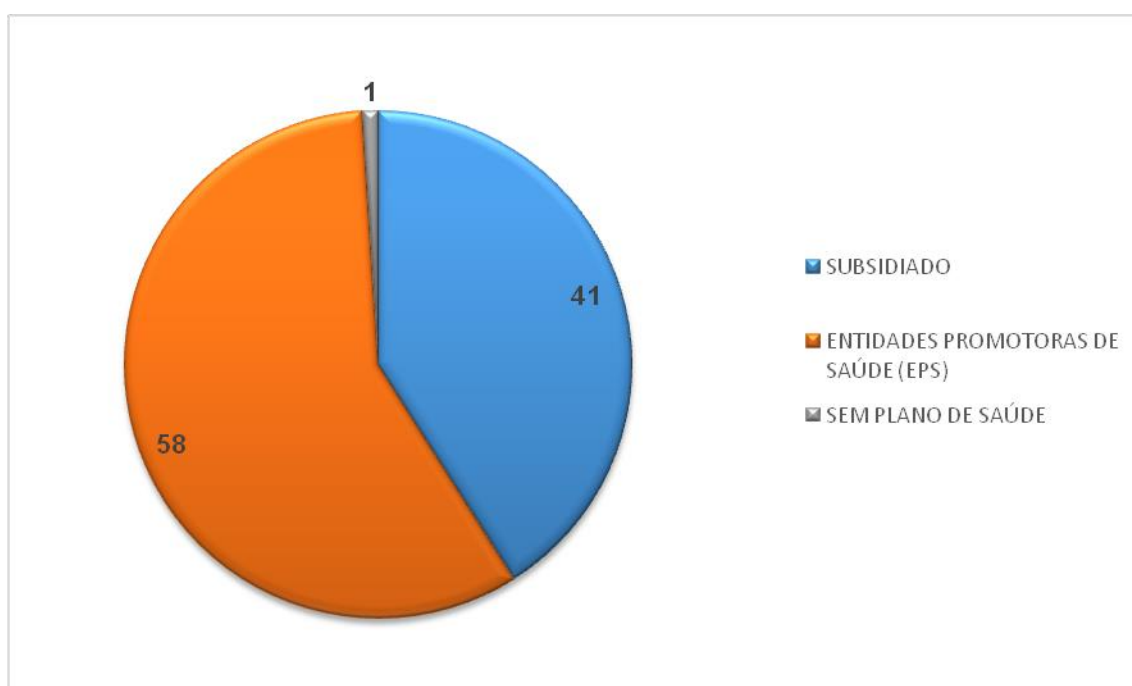


Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Cabe ressaltar que apesar nome, PS Indígena Trapézio Amazônico, este estabelecimento de saúde não se restringe ao atendimento ambulatorial indígena colombiano, mas a população em geral (fotografia 27).

Os dados coletados em campo apresentam um paradoxo produzido pelo modelo de gestão colombiano. Observe-se que de acordo com gráfico 22 mais 80% da população de Letícia se encontrar na faixa de pobreza, logo o acesso aos serviços de saúde deveriam ser subsidiado, mas contrário a essa situação, os dados de campo a partir das entrevistas e demonstrados no gráfico 47 que quase 60% da população paga pelos serviços de saúde. Logo se constata uma característica de sistema de saúde privado, o que justifica em parte a localização dos estabelecimentos localizados no centro urbano.

Gráfico 47 - Percentual da população com respectivo modelo de acesso aos serviços de saúde.



Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Com relação ao atendimento de pacientes brasileiros e peruanos o diretor do maior hospital de Letícia fez a seguinte declaração:

Nosso hospital é considerado público, mas atendemos os diversos tipos de pacientes do regime contributivo, subsidiado (em sua maioria), porém nós não fazemos diferenciação de pacientes em relação aos tipos de plano todos ficam no mesmo ambiente, apenas os dividimos em bloco por especialidade e por gênero. No caso de atendimento de emergência, seja com plano, ou não, estrangeiro ou colombiano, sem discriminação, temos que atender. (Diretor do Hospital San Rafael)

Com relação ao atendimento de pacientes brasileiros e peruanos o diretor do maior hospital de Letícia fez a seguinte declaração:

Nosso hospital é considerado público, mas atendemos os diversos tipos de pacientes do regime contributivo, subsidiado (em sua maioria), porém nós não fazemos diferenciação de pacientes em relação aos tipos de plano

todos ficam no mesmo ambiente, apenas os dividimos em bloco por especialidade e por gênero. No caso de atendimento de emergência, seja com plano, ou não, estrangeiro ou colombiano, sem discriminação, temos que atender. (Diretor do Hospital San Rafael)

Observe-se que a fala vai no sentido do atendimento de pacientes estrangeiros mesmo sem plano de saúde, porém somente em casos de caso de emergência.

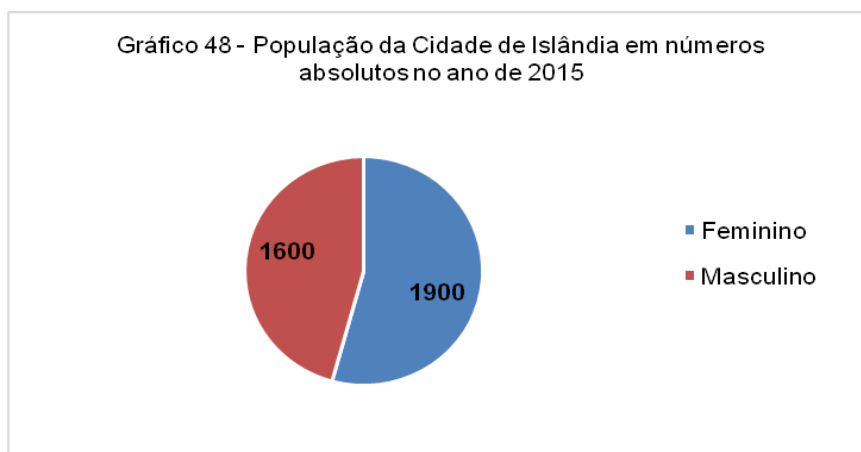
7.3 O lado peruano

7.3.1 Islândia

7.3.1.1 Perfil socioespacial

A cidade de Islândia é caracteristicamente formada por passarelas de concreto e madeira suspensas sobre o rio Javari (Fotografia 29). Segundo Loreto (2014) a origem de formação da ilha data do início do Século XX por uma erosão entre os rios Javari e Amazonas. A ilha foi elevada à cidade no ano de 1934, por esforços do Sr. Eugênio Ribeira Lopes junto ao governo departamental em Iquitos.

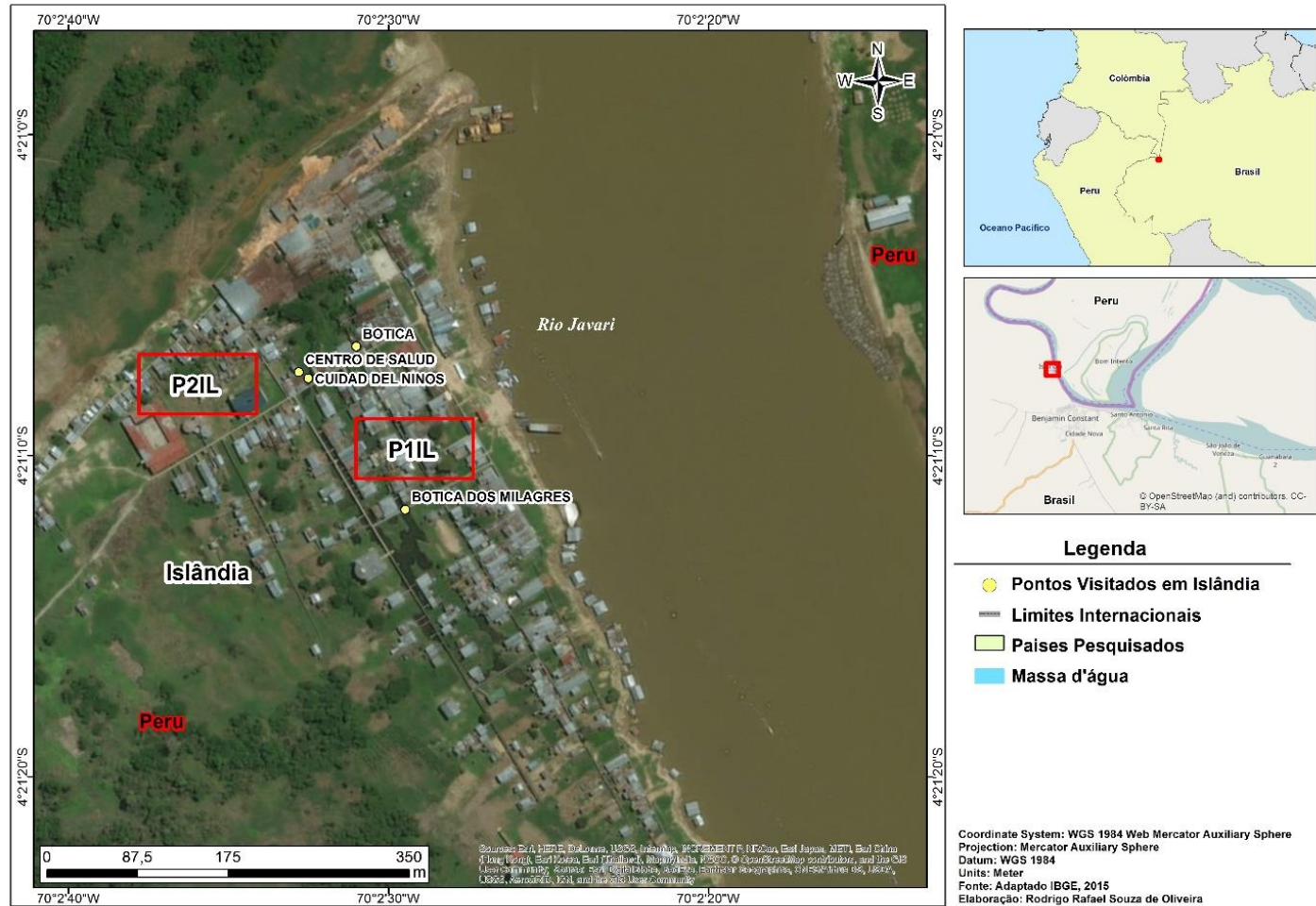
A cidade de Islândia é considerada a capital do Departamento de Loreto na fronteira com Brasil e Colômbia. Situada às margens dos rios Javari, segundo a Municipalid Distrital, em 2015 possuía uma população de aproximadamente 3.500 habitantes, sendo que destes, 1.900 pessoas são do sexo feminino e 1600 do sexo masculino, distribuídas em 578,98 km² de área, com densidade populacional de 6,04 hab./km² (Gráfico 48 e Mapa 11). Devido o maior contingente populacional nesta fronteira peruana a cidade possui melhor infraestrutura, embora o governo peruano considere que 100% da população esteja na linha da pobreza.



Fonte: Municipalid de Islândia, 2016.

Sua população é formada pela junção de várias etnias que influenciam a cultura local entre elas os Ticuna, Yaguas, Quechua e Cocama-Cocamilla, que falam suas respectivas línguas nativas, mas prevalece o espanhol. Em Islândia é possível observar que a comunidade está organizada em associações como Comitê de Vaso de Leche, Clubes de Mulheres, Associações de Produtores Agropecuários e Pescadores (Fotografia 30). Isto denota organização social e política da população.

Mapa 11 – Carta Imagem da Islândia e pontos de pesquisa P1IS e P2IS.



Fotografia 29 – Passarelas suspensas sobre o rio Javari em Islândia/Peru.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Fotografia 30 - Prédio da associação dos agricultores de Islândia.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Segundo seus habitantes a cidade sofre pelo abandono e esquecimento do governo nacional peruano. Ademais sua localização geográfica, ou seja, distante dos centros de políticos, dificultam ainda mais a situação da população e dão um aparente processo de esquecimento conforme comentário de uma moradora como segue:

A fronteira para mim e sinceramente para nós peruanos não temos apoio dos governos, estamos abandonados. Só vivemos porque nós trabalhamos. Às vezes temos apoio assistencialista do governo central, mas precisamos mais. Por exemplo, na questão de saúde as vezes precisamos de médico não há, quando estamos em estado grave não temos a atenção adequada para resolver nosso problema de saúde. Porém dizem que cuidam de nós, mas isso é difícil. Quando precisamos de um atendimento complexo, nos mandam à Iquitos, mas nem sempre podemos ir, porque não temos dinheiro, se vamos à Benjamin ou a Leticia não somos atendidos porque somos peruanos [...]. (P21L - Sra. Rosa)

A fronteira para mim é território de irmãos onde vivemos Brasil, Peru e Colômbia. Nesta parte da fronteira vem pouca ajuda para nós do governo peruano e nós então contamos com nossos irmãos da fronteira. (P21L - Sra. Anali)

Na questão de saúde relatada pela moradora, a cidade peruana mais próxima que detém a melhor infraestrutura hospitalar para atendimento de média complexidade é a cidade de Cavallococha, distante 24h de barco às margens do rio Amazonas.

Fotografia 31 - Prédio da administração pública do Javari/Islândia/Peru.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Para o governo central do Peru a ilha tem uma importância estratégica como ponto de referência para desenvolvimento do país nesta região. Esta constatação é explicitada pela grandiosidade do prédio, onde está instalada a administração pública, que destoa das outras construções locais (Fotografia 31). Para Loreto (2014) por ser vizinha com Brasil através da cidade de Benjamim Constant, possui com esta, uma estreita relação comercial, o que impulsiona a economia local em ambos os lados.

Em sua infraestrutura há um centro de saúde, escolas de nível inicial, primário e secundária, energia elétrica produzida a partir de combustível fóssil, água clorada captada do rio Javari, coleta de lixo, posto policial, juizado de paz. Dispõe de serviços de comunicação, como telefone público, móvel e internet.

7.3.1.2 Aspectos econômicos

Os dados coletados junto a Administração da cidade de Islândia apontam para atividade de extração da madeira, cultivo de arroz e o comércio como as principais atividades econômicas. Esta informação é sustentada por Loreto (2014)

que aponta a as atividades agroflorestal como à base econômica das cidades situadas nesta região fronteiriça (Fotografias 32 e 33). Não obstante foi identificado no trabalho de campo o cultivo de produtos temporário para subsistência, como por exemplo, mandioca e o feijão com fins de subsistência cultivados sobretudo no verão amazônico (Fotografias 34 e 35).

Fotografia 32 – Serrarias em Islândia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 33 - Embarcação fluvial transportadora de madeira em Islândia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 34 - Plantação de arroz em solo peruano próximo à cidade de Islândia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 35 - Cultivo de Yuca (mandioca) para subsistência em Islândia.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

A produção agrícola em Islândia não se limita ao solo da ilha, mas em outros territórios pertencentes ao Estado peruano.

7.3.1.3 Segurança pública

A pesquisa de campo indicou que violência na cidade de Islândia é quase inexistente. Segundo O Suboficial Walter Gustavo entre as principais ocorrências acontecidas na cidade no ano de 2015 foram 2 agressões domésticas derivada de excesso de álcool. Também ocorreram segundo o militar 2 agressões com abusos sexuais.

Na cidade há um prédio onde fica instalada a polícia nacional peruana. O prédio apresenta tamanho reduzido, porém de dimensões compatível com a sua população e casos de contraversão registrada pelo suboficial entrevistado. Os casos crimes mais graves são encaminhados para cidade de Iquitos, onde há construções de segurança de grandes portes (fotografia 36).

Fotografia 36 – Prédio da Policía Nacional del Peru.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Embora os números da criminalidade sejam reduzidos comparados com as cidades estrangeiras que compõem a tríplice fronteira, a questão da insegurança pública, gira em torno do tráfico de drogas. Esta preocupação está nas falas dos entrevistados, que é responsável pela avaliação negativa das relações com os outros países vizinhos, conforme relato abaixo:

A fronteira para mim é uma coisa de convivência entre países diferente aqui é Peru e lá é Brasil, mas sabe o que acontece é que não tem controle, porque vários bandidos vêm aqui faz o mal e volta. (P1IL - Sr. Davi)

A fronteira para mim é não há futuro, porque há muita delinquência. Com relação entre as relações com países vizinhos esta é muito boa, porque as vezes somos atendidos no Brasil, quando adoecemos. (P2IL -Sra. Célia)

Contudo, segundo o oficial responsável pela segurança da cidade de Islândia, a mesma conta com um contingente de 7 patrulheiros.

7.3.1.4 Educação

O sistema educacional de Islândia conta com 1 escola que possui o ensino fundamental e médio (fotografia 37). Na escola há matriculado e cursando 415 alunos no ensino fundamental, 218 alunos do ensino médio, um quadro de docente com 22 professores, e por não ter instituição de nível superior, as oportunidades de para cursar o referido nível somente na cidade de cidade de Iquitos. Segundo as informações coletadas a Instituição Educativa de Islândia a língua portuguesa é ensinada somente no nível médio.

Fotografia 37 - Rede de escola de ensino nível fundamental, médio e secundário de Islândia/Peru.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

7.3.1.5 Cultura

A cultura em Islândia sofre forte influência das cidades brasileiras e colombiana. Foi observado um rito patriótico que acontece aos sábados pela manhã, onde é entoado o hino nacional peruano e pronunciamento do Alcadi Juan Roberto Cayetano Salinas. Esta ação desencadeia um sentimento patriótico entre os moradores de cidade que hasteiam a bandeira nacional, principalmente ao longo do rio Javari na fronteira com o Brasil (fotografia 38).

Fotografia 38 - Bandeiras peruanas expostas nas marquises das casas na cidade de Islândia.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Apesar da Influência dos países estrangeiros na cultura peruana, o Festival Confraternidad 2016 permitiu observar, que sua cultura nacional é variada. No festival, o folclore peruano foi mostrado por dançarinos e indígenas da Municipalidad Distrital de Belen, cidade próximo à Iquitos. Nesta apresentação, os indígenas da Amazônia envolvem elementos comuns às culturas brasileiras e colombianas relacionadas à fauna e flora sob as cores da bandeira peruana (fotografia 39 e 40).

Fotografia 39 - Noite peruana no Festival La Confraternidad Amazônica 2016.



Fonte: Antonio J.A.Souza, 2016.

Fotografia 40 - Elementos indígenas amazônicos peruano no Festival La Confraternidad Amazonica 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 41 - Dança de exaltação à deusa andina apresentada na noite peruana durante o Festival La Confraternidad Amazônica 2016.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Como relatado anteriormente sobre a cultura nacional, sua diversificação pode ser observado neste evento. Durante a apresentação na noite peruana foi mostrada um ritual indígena da região andina, onde aparecem outros elementos da cultura expressa no vestuário e música diferente da cultura dos povos na região de fronteira amazônica. Esta apresentação mostrou costumes não observada na região Amazônica (fotografia 41).

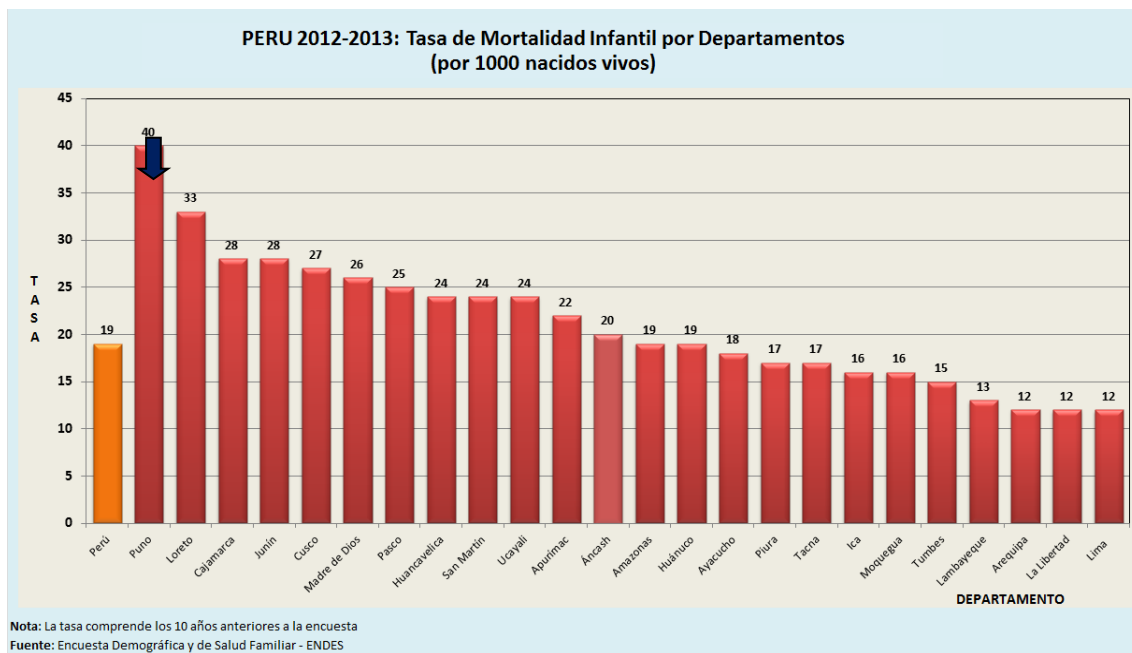
7.3.1.6 Sistema de Saúde em Islândia: perfil epidemiológico da população

Os dados de mortalidade específicos de Islândia não foram informados pela Unidade de Saúde. Os profissionais de saúde entrevistados afirmaram que nos casos de complicações do estado mórbido, os pacientes são encaminhados para Cavallococha ou Iquitos. Assim sendo os pacientes em estado grave são transferidos via aérea ou por barco para centros que possuem tecnologia e profissionais mais resolutivos.

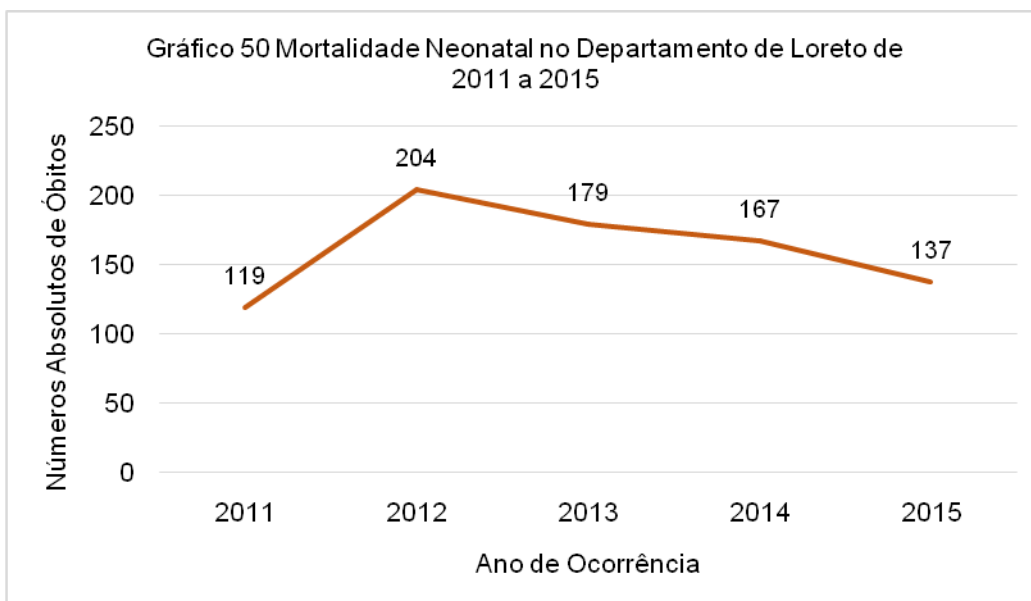
Dito isso os dados coletados sobre mortalidade se refere às informações de óbito infantil e materna. O gráfico 49 foi extraído diretamente do site do Ministério de Salud de Peru e mostra comparativamente a taxa de mortalidade infantil entre os Departamentos que compõe o Estado peruano. Pode-se observar que a taxa de

mortalidade infantil no departamento de Loreto é segunda maior com taxa de 33 óbitos por 1000 hab., ficando atrás do Departamento de Puno na fronteira com a Bolívia.

Gráfico 49 - Taxa de mortalidade infantil por Departamento do período de 2012 a 2013.

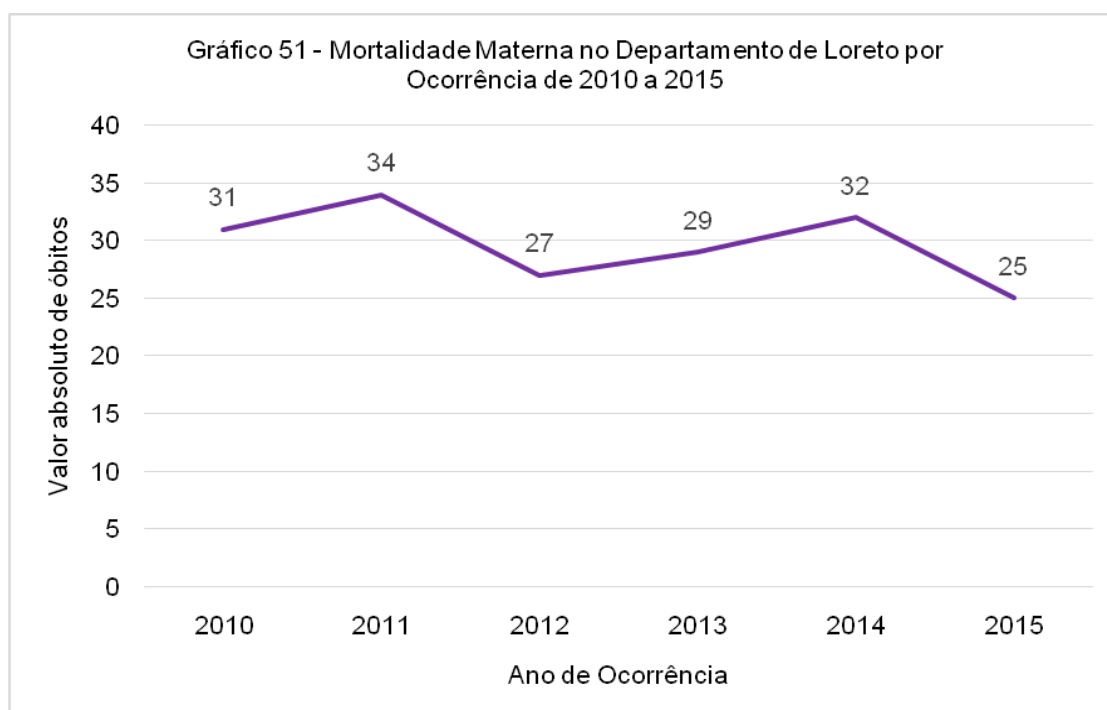


O gráfico 50 mostra a evolução da mortalidade neonatal no Departamento de Loreto. Observe-se que o pico maior de óbito neonatal ocorreu no ano de 2012, com 204 mortes de crianças até o sétimo dia de nascimento, porém apresentando um decréscimo ao longo dos anos até 2015. Embora os dados não identifiquem a localidade dos óbitos, cabe lembrar que a população da cidade de Islândia é considerada uma cidade de população pobre, portanto, apresenta potencial contribuição para estes indicadores.



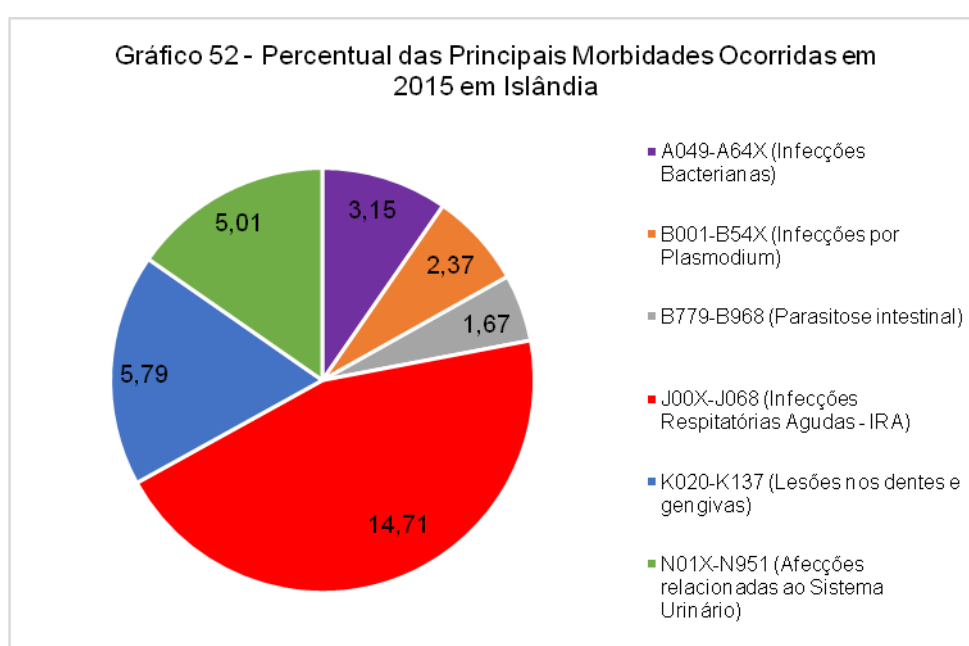
Fonte: Centro Nacional de Epidemiologia, prevenção e controle de enfermidades do Ministério de Salud, 2017.

Segundo os profissionais entrevistados em Islândia, a política pública de saúde no Peru prioriza a saúde materno-infantil. Destarte o gráfico 51 apresenta a evolução da mortalidade materna no Departamento de Loreto, sendo seu pico máximo de óbito materno ocorrido em 2011 com 34 ocorrências. Nos anos seguintes se observa um declínio destas ocorrências, sendo que em 2015 apresentaram 25 óbitos maternos.



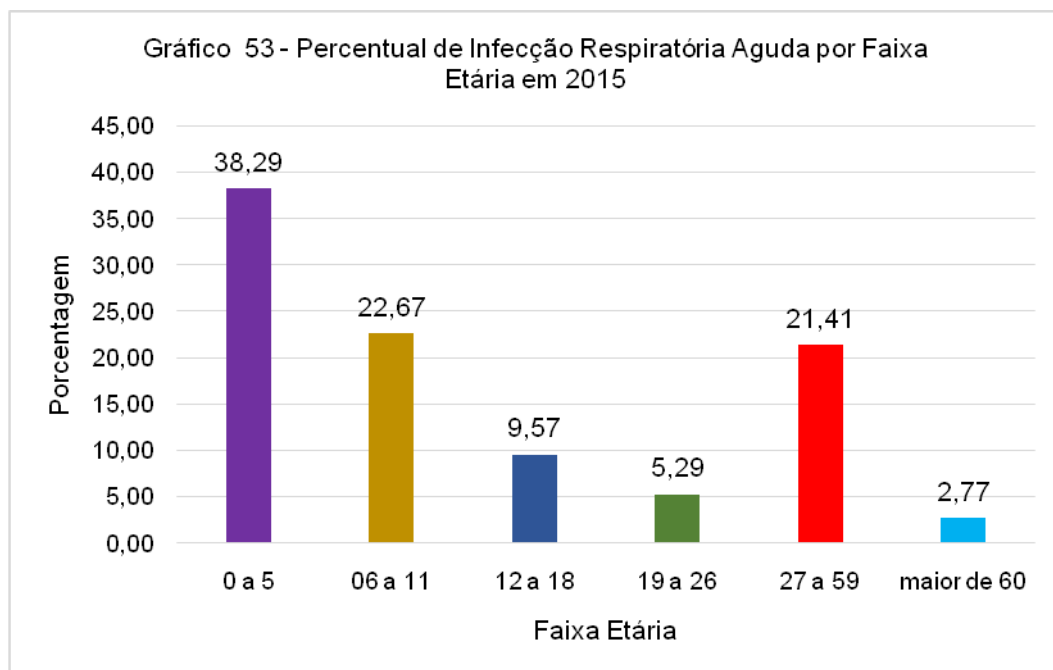
Fonte: Centro Nacional de Epidemiologia, prevenção e controle de enfermidades do Ministério de Salud, 2017.

Assim como os indicadores de mortalidade são parâmetros de análise do perfil epidemiológico de uma região, os dados de morbidade complementam este perfil. No gráfico 52 estão demonstradas as principais causas de adoecimento da população em Islândia, em destaque as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) com 17,71% das ocorrências atendidas pelo corpo clínico do Centro de Salud de Islândia. Considerando a relevância das morbidades na cidade, em segundo lugar destaca-se as lesões em dentes e gengivas dos pacientes que buscam assistência neste estabelecimento de saúde.



Fonte: Centro de Salud de Islândia, 2016.

Ao considerar a gravidade das infecções respiratórias agudas ocorridas na população que busca o Centro de Saúde, a questão da faixa etária requer destaque. A faixa da população mais atingida são as crianças situadas na idade entre 0 a 5 anos conforme o gráfico 53, que auferiu um valor de 38,29% dos casos registrados. Portanto, é a faixa etária que requer maior vigilância e prioridade do ente público ao produzir suas políticas públicas.



Fonte: Centro de Salud de Islândia, 2016.

O suporte de combate ao quadro de morbimortalidade da população de Islândia conta com dois estabelecimentos de saúde. O primeiro é o Centro de Salud de Islândia caracterizado como tipo 2 (fotografia 42) por apresentar um centro mais geral de assistência à saúde da população, portanto, de complexidade básica. Igualmente a este, o Centro de cuidados à mãe e a criança, também é de complexidade básica não possuindo maiores tecnologias para tratamento de enfermidades mais graves, mas é de cunho preventivo (fotografia 43).

Fotografía 42 - Centro de Salud de Islândia.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Fotografía 43 - Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño.



Fonte: Ayane R. Oliviera, 2015.

Os dados coletados junto à gerência do Centro de Salud de Islândia e Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, em 2015 foram realizados mais de 13.700 procedimentos. Tais procedimentos estão divididos em ações preventivas e curativas que os profissionais lotados nestes estabelecimentos, sendo 01 enfermeiro obstetra, 04 médicos, 04 enfermeiro generalista e sete técnicos de enfermagem. Ressalte-se que o Governo de Loreto realiza uma ação itinerante ao longo dos rios Solimões e Javari, que presta atendimentos nas diversas comunidades ribeirinhas situadas no território peruano.

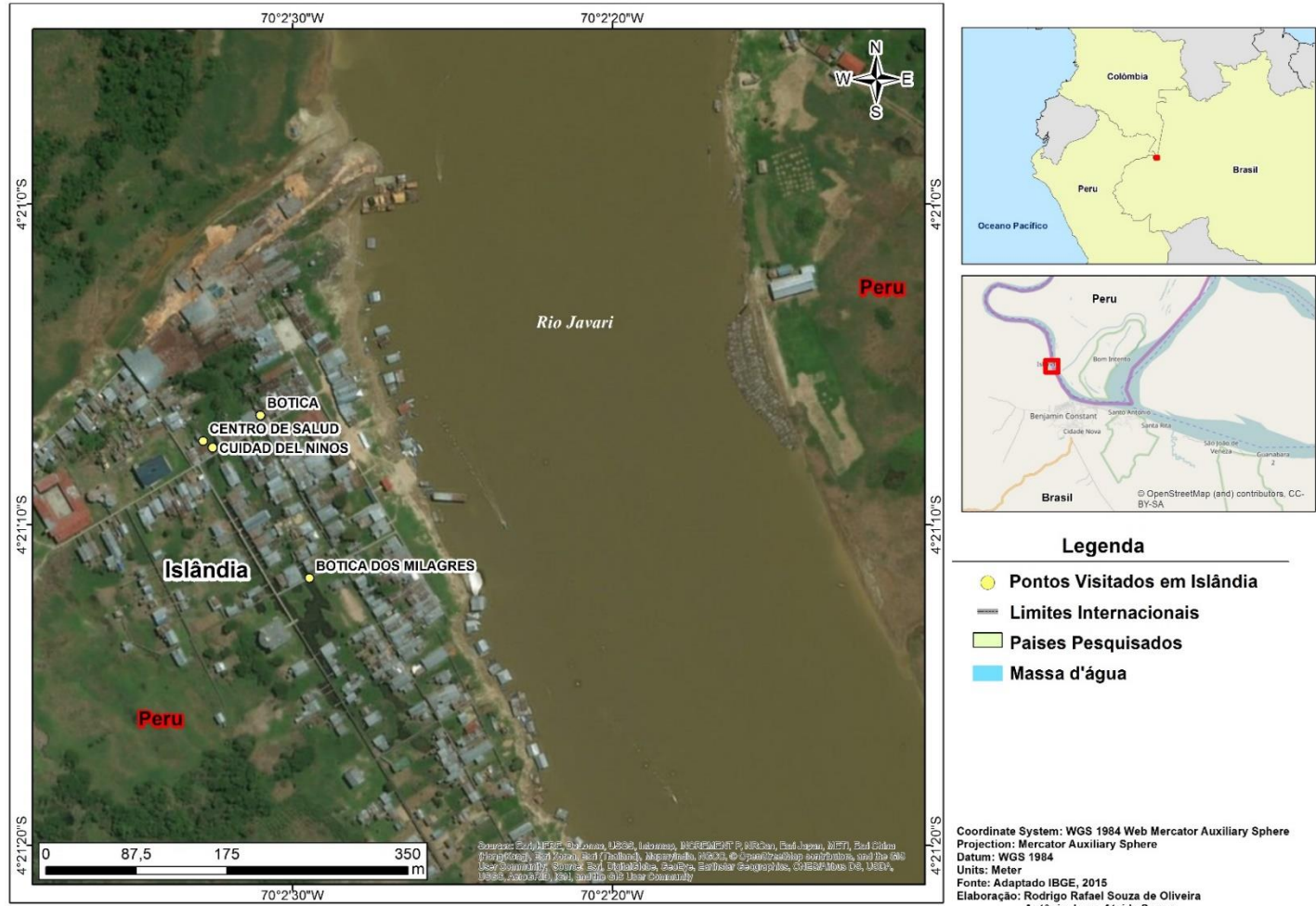
Fotografia 44 - Farmácia de Especialidades Farmacêuticas de Islândia.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Por ser uma cidade ilhada sem grandes territórios urbanos, o mapa da saúde de Islândia é composto por quatro estabelecimentos de saúde (mapa 12). Destes dois são estabelecimentos públicos conforme já descrito nos parágrafos acima e dois são privados, sendo uma farmácia com especialidades farmacêuticas (Botica Virgem de Fátima), localizada ao lado Centro de Saúde conforme fotografia 44 e outra Botica dos Milagres, que comercializa ervas medicinais. Portanto o mapa da saúde de Islândia não se apresenta tão densa como o mapa das cidades brasileiras e colombianas.

Mapa 12 – Carta Imagem do mapa da saúde Islândia/Peru.



7.3.2 Isla de Santa Rosa

7.3.2.1 Perfil socioespacial

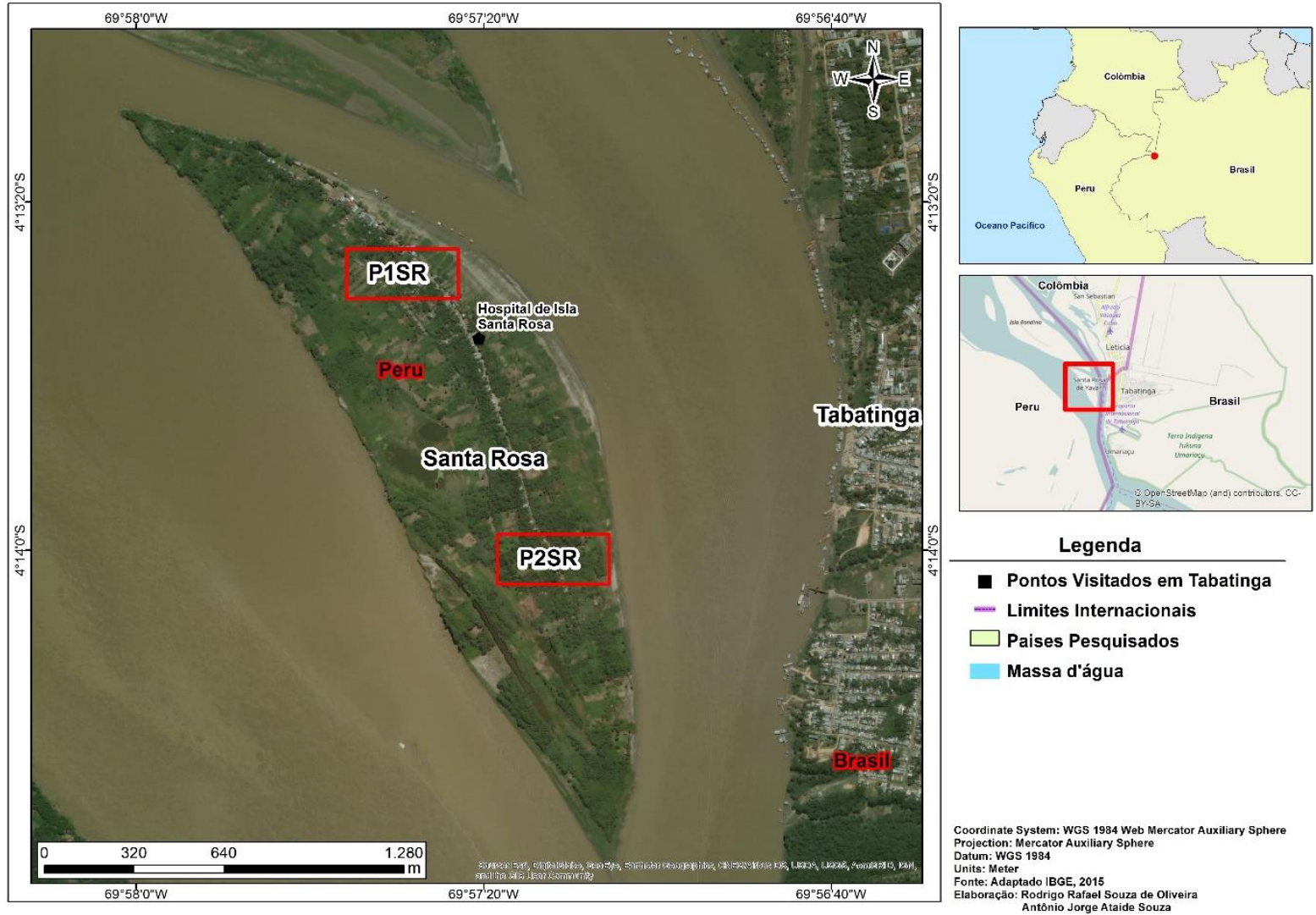
Segundo Loreto (2014) os relatos dos primeiros colonos, indicam que a ilha nasceu a partir de uma praia no verão de 1970. Os habitantes de cidade de Ramón Castilla se deslocavam para semeio temporário de grãos, que posteriormente se tornou propício para semeio de arroz e gradualmente o lugar foi povoado por famílias que trabalham na agricultura de forma desorganizada. A cidade de Santa Rosa foi fundada em 30 de agosto 1974 por cidadãos peruanos, que ali se instalaram provisoriamente entre eles Aladdin Cevallos, Arturo Ahuanari Amias, Guillermo Velásquez, Daniel Perez, José Bardales e Santiago Jaramillo.

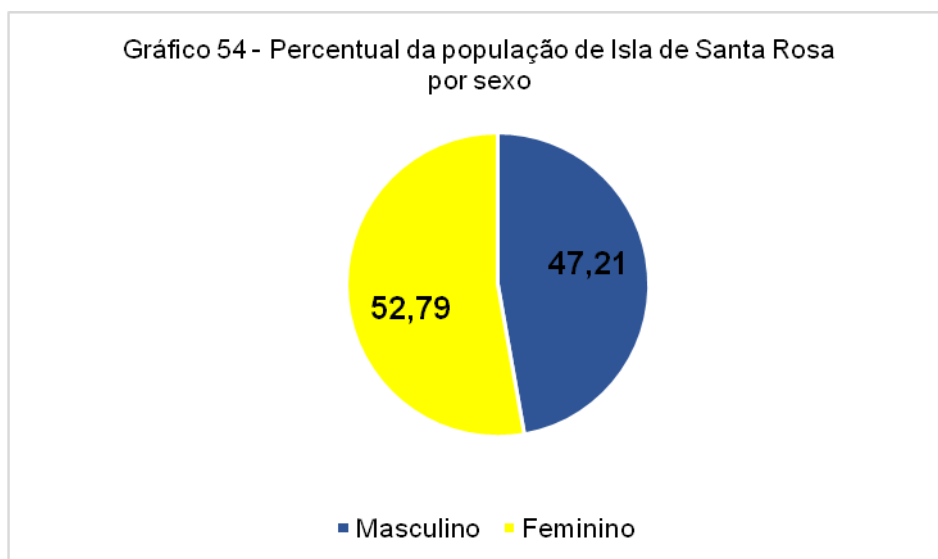
A infraestrutura para recém-cidade criada, começa a ser construída em 1977 por moradores já organizados, que foram em diligência à Iquitos em busca de apoio do governo peruano para que implantasse a primeira escola que existente até os dias de hoje. Porém somente em 1982 foi que a população e instituições governamentais sediadas em Ramón Castilla, migraram definitivamente para a ilha. Segundo Loreto (2014) os refugiados dos fenômenos naturais que ali se fixaram, trouxeram consigo uma imagem de Santa Rosa de Lima, que serviu de inspiração para o nome atual da cidade (fotografia 39).

A Isla de Santa Rosa é uma cidade peruana que faz parte da tríplice fronteira. Este território pertence ao Departamento de Loreto e se localiza distante de capital Iquitos, centro de decisões políticas da região amazônica no território. Limitando-se ao leste com Letícia (Colômbia), Tabatinga (Brasil) e com esta também ao sul, separadas pelo rio Amazonas (mapa 13).

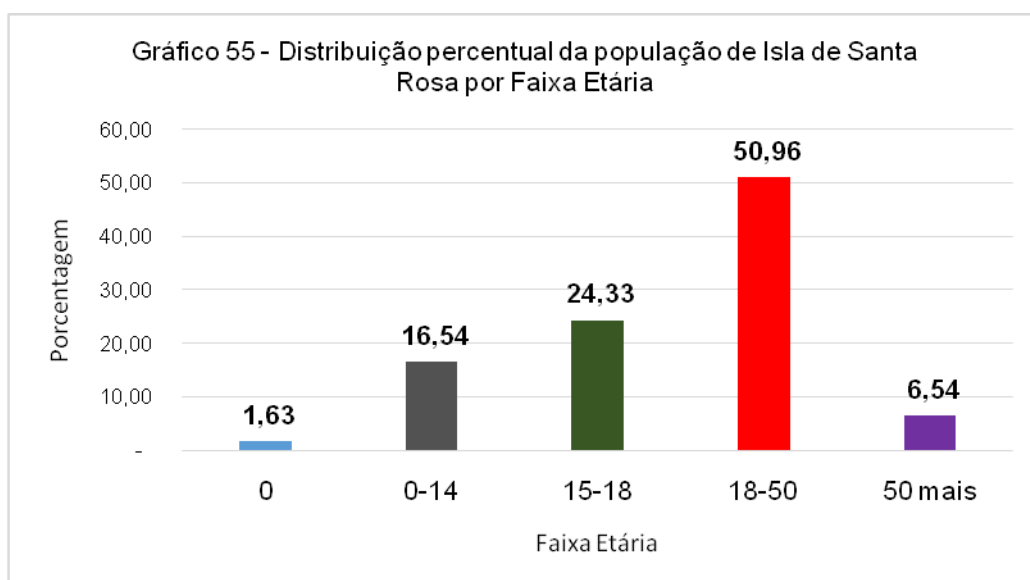
Segundo dados da Alcaldía de Santa Rosa, a cidade contém 1.040 habitantes. Sua população está dividida em 491 pessoas do gênero masculino em termos percentuais significa 47,21 e 549 feminina ou 52,79% dos quais mais de 75% estão em idade produtiva, ou seja, na faixa etária de 15 a 50 anos, distribuídos numa área de 272,98 km² com uma densidade demográfica de 3,80 hab./m² (gráficos 54 e 55). Contudo segundo o administrador e dados estatísticos, 100% desta população é considerada pobre.

Mapa 13 - Carta Imagem da Isla de Santa Rosa e pontos de pesquisa P1SR e P2SR.





Fonte: Alcadía de Isla de Santa Rosa, 2016.



Fonte: Alcade de Isla de Santa Rosa, 2016.

A cidade é constituída por uma única via principal em concreto e várias vias vicinais que medem aproximadamente 200 metros de extensão. Porém sua população apresenta senso patriótico demonstrado nas bandeiras peruanas hasteada nas residências ao longo da via principal (fotografias 45 e 46). Santa Rosa possui uma escola de nível primário e secundário, um Centro de Saúde, energia elétrica 24 horas produzida pela cidade de Letícia, posto de polícia, rádio comunitária (fotografia 47), centro administrativo, juizado de paz, telefonia pública, móvel e internet.

Em entrevista com o Alcadi da cidade de Santa Rosa, Jack Ivan Yovera Peña, o mesmo se refere há várias dificuldades para sua gestão. Seu maior problema concerne na questão da disponibilidade de água potável para a população conforme sua fala: “Como prioridade nas políticas públicas temos que transformar nosso posto em hospital, creio que é mais urgente implantar um projeto de água potável”. Neste contexto cabe ressaltar que a população tem acesso à água por compra, coletada da chuva ou clorada do rio.

Fotografia 45 - Via principal de Isla de Santa Rosa.



Fonte: Antonio J. A. Souza, 2016.

Fotografia 46 - Via principal de Isla de Santa Rosa e nacionalismo através das bandeiras peruanas.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Fotografia 47 - Rádio Local.



Fonte: Ayane R. Oliveira, 2015.

Fotografia 48 - Imagem de Santa Rosa, padroeira da Isla de Santa Rosa.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

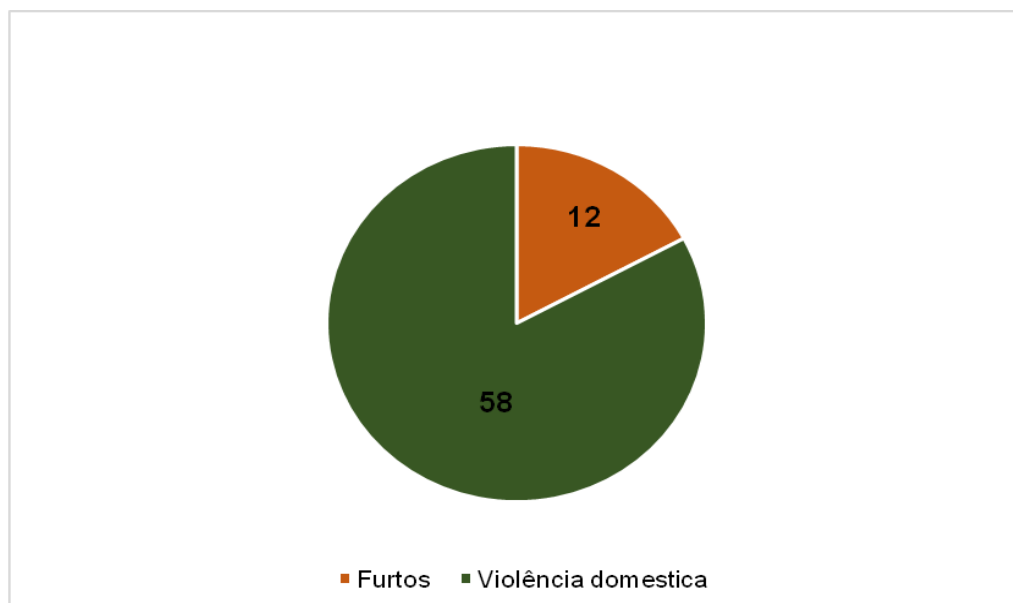
7.3.2.2 Segurança pública

A Isla de Santa Rosa é uma cidade aparentemente tranquila para seus moradores, tanto que segundo alguns entrevistados os guerrilheiros da Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC) descansavam naquele local conforme refere o Sr. Mario Vasquez:

Sou administrador do Centro Povoado de Santa Rosa (Centro Poblado Isla Santa Rosa/Bajo Amazonas). O nosso maior problema é a delinquência que tem uma influência muito grande do narcotráfico. Tanto os traficantes peruanos, colombianos e brasileiros para fugir da polícia cruzam a fronteira, porque eu pego uma catraia e vou a Letícia, a Tabatinga e ai a polícia tem sua jurisdição própria e não pode ir atrás do traficante. Acredito ser importante um tratado entre os países para coibir este crime, não só para isto, mas para outras coisas como a saúde [...] Aqui em Santa Rosa não existe violência, tenho 58 anos de idade e sempre vivi aqui e a vida é sempre esta. Aqui não tem violência terrorista, aqui por ser uma área limítrofe a FARC quando chega aqui é somente para descansar, mesmo assim é muito raro eles virem para cá.

Observe-se que o narcotráfico também é motivo de preocupação na ilha, embora os registros de ocorrência policial e as entrevistas coma comunidade não registrem este temor.

Gráfico 56 – Valores absolutos das ocorrências policiais registradas no posto policial em 2015.

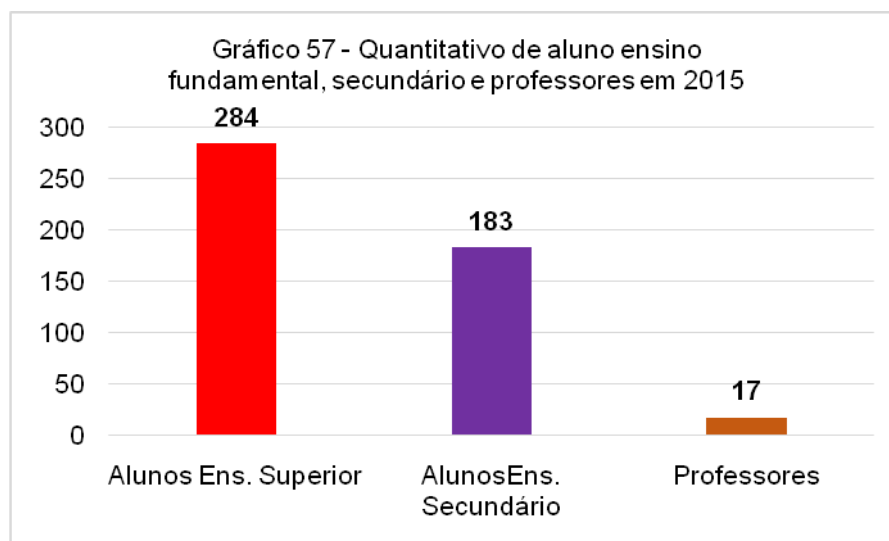


Fonte: Policia Nacional del Peru, 2016.

O gráfico 56 mostra que em Santa Rosa no ano de 2015 houvera 70 registros que geraram ocorrências policiais. Destes 58 casos se referem à violência doméstica consequência do abuso de álcool e 12 casos relacionados a furtos de animais domésticos segundo, Suboficial Hernan Rojas, comandante da polícia naquela ilha. Porém não se pode subestimar o narcotráfico de drogas naquela área de fronteira, uma vez que as polícias dos países vizinhos têm sua jurisdição para atuação.

7.3.2.3 Educação

O Sistema Educacional em Santa Rosa é composto pelo ensino fundamental e secundário (fotografia 49). O gráfico 57 mostra o quantitativo de 284 crianças peruanas cursando o ensino fundamental e 183 estudantes no ensino secundário, sendo todos de nacionalidade peruana, segundo o mesmo não tem nas turmas brasileiros e colombianos. Segundo os dados da direção da escola, o quantitativo de educador que trabalha nesta instituição são de 17 professores formados em Iquitos.



Fonte: Escola de Ensino Fundamental e Secundário de Santa Rosa, 2016

Fotografia 49 - Frente da Isla de Santa Rosa ao fundo em branco e vermelho a Escola de Ensino Fundamental e Secundário de Santa Rosa.



Fonte: Antonio J.A. Souza, 2016.

Segundo o Diretor da Escola, Prof. Francisco Garcia Ochoa, os estudantes de Santa Rosa que desejam ingressar numa faculdade após cursarem o ensino secundário, buscam em Iquitos. O mesmo afirmou em relação ao ensino de língua estrangeira:

[...] aqui em Santa Rosa nós ensinamos os alunos a língua Inglesa como estrangeira, nós não ensinamos o português, por causa da estrutura curricular que é determinada pelo Ministério da Educação. Assim como em Islândia se quiséssemos também poderíamos ensinar o português, porém não temos o profissional, apesar de na minha opinião ser importante as crianças aprenderem este idioma. A contratação deste profissional não é simples porque dependeria entre outras dificuldades, a financeira para pagar o salário do professor, e nós não temos disponível.

A questão da língua portuguesa não ser ensinada na escola peruana em Santa Rosa, embora na visão do diretor seja importante, possui obstáculo de ordem legal criado pelo próprio Estado.

7.3.2.4 Cultura

O idioma oficial falado pelos peruanos na Isla de Santa Rosa é o Espanhol. Porém dada a influência dos países vizinhos, mais especificamente o Brasil, há uma mescla em algumas palavras com o português, que é regionalmente conhecido como o portunhol leticiano. Observe-se que não só na língua, mas a mescla cultural é refletida de uma forma geral, inclusive com traços de etnias presentes na região principalmente da cultura Ticuna.

A etnia Ticuna historicamente é a comunidade mais influente culturalmente nesta região de fronteira dos três países. Para Loreto (2014) a palavra Ticuna quando traduzida para o português significa homem negro, que faz alusão aos costumes ameríndios Ticunas em seus rituais. No ritual os indivíduos pintam o corpo com substância natural negra extraída da árvore do jenipapo.

Segundo Loreto (2014) na região, os Ticunas estão espalhados no vasto território que compõe a floresta amazônica desde Cajacuma no Peru, passando pela foz do rio Atacuari e município de Tefé, até foz do rio Jutai no Brasil. Há também representantes Ticuna na Colômbia, na bacia do rio Cotuhé. Devido sua larga distribuição nesta região fronteiriça os ameríndios Ticunas são mais influentes em termos políticos.

No sistema simbólico da cultura Ticuna se destacam dois heróis *Yoi* e *Ipi*. Segundo a lenda destacada por Loreto (2014) o primeiro é um herói maior, civilizador e que fez as pessoas, determinou as leis, os costumes e definiu os principais elementos simbólicos da cultura Ticuna em termos material e social. O segundo, *Ipi*, por sua vez, é um herói rebelde e teimoso, um símbolo da desorganização. Estes dois personagens fazem parte do mito *Nutapa*, que segundo a lenda são nascidos do joelho direito e esquerdo de sua irmã.

7.3.2.5 Sistema de saúde em Santa Rosa: Perfil epidemiológico da população

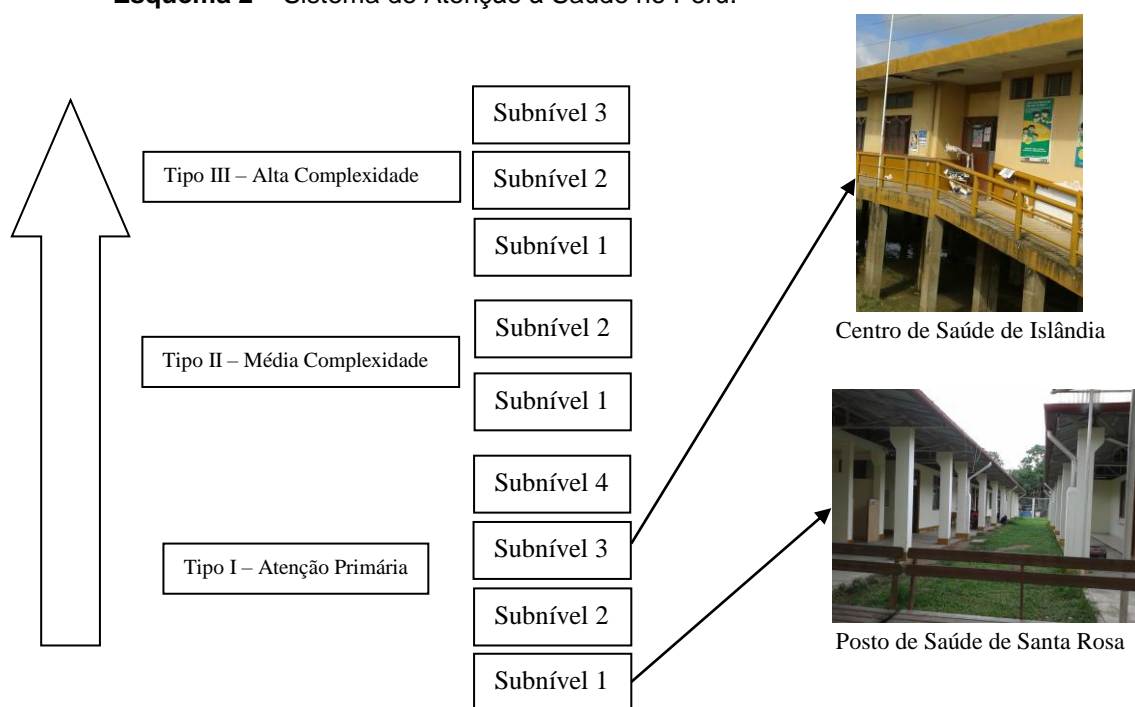
A complexidade da assistência à saúde peruana prevê três níveis de atenção. Uma considerada de atenção primária, que caracteriza o tipo I, do qual possui os subníveis crescentes de complexidade de 1, 2, 3 e 4. Segundo o médico entrevistado no Centro de Santa Rosa, o centro é classificado como do subnível 1 (posto de saúde), Islândia do subnível 3 (centro de saúde) e na cidade de

Caballococha do subnível 4 (centro de saúde), porém ao considerar a capacidade instalada do Centro de Santa Rosa, onde possui até um centro cirúrgico, além de médico e laboratório de análises clínicas, este deveria receber investimento de estabelecimento equivalente ao no mínimo de subnível 3.

A questão colocada em evidência acima, mostra o descompasso entre a gestão central do sistema de saúde peruano com o local. Nesta perspectiva quando o usuário necessita de um atendimento de maior complexidade não tem acesso. O que o profissional reclama é o custo financeiro para se manter uma estrutura hospitalar do porte de um posto de saúde, com os recursos programados para o nível 1, sendo que este posto tem capacidade para implantação de serviços de média e alta complexidade.

O médico ainda refere que há no sistema de saúde peruano o nível de atenção à saúde do tipo II de média complexidade. Este possui os subníveis 1 e 2, do qual fazem parte serviços mais caros ofertados somente na cidade de Iquitos, em que a estrutura é melhor em termos de equipamentos e profissionais especializados. Finalmente o tipo III considerado de alta complexidade com subníveis 1 e 2 ofertados em Iquitos e Lima e do subnível 3, que comporta, por exemplo, transplantes de órgão humanos ofertados exclusivamente na capital Lima.

Esquema 2 – Sistema de Atenção à Saúde no Peru.



A Isla de Santa Rosa possui um Centro de Saúde do tipo I, ou seja, oferece tratamento preventivo (fotografia 50). Segundo a Diretora do Centro de Saúde, Sra. Ana Natali Vasquez Molano, a população de Santa Rosa procura outros países da fronteira para tratar seus problemas de saúde devido o Centro de Saúde não oferecer procedimentos complexos para tratar doenças mais graves, por exemplo, tratamentos cirúrgicos. Apesar de ter um estabelecimento com infraestrutura para um centro cirúrgico, não detém equipamentos e recursos humanos para realização deste procedimento.

Fotografia 50 - Centro de Salud Santa Rosa/Peru.



Fonte: Ayane R. OLIVEIRA, 2015.

De acordo com a gerente, sua gestão enfrenta problemas financeiros conforme descreve:

Estou no cargo há dois meses, eu vim da capital do Departamento, Iquitos. A população procura tratamento de saúde no Brasil e na Colômbia, porque aqui nosso Centro de Saúde é do tipo III e então é um centro de prevenção, não fazemos procedimento mais complexo. Fazemos controle, mas temos nossa via de referência, por exemplo, quando temos um paciente que está grave, HIV positivo então mandamos para Iquitos. Mas eles não querem ir preferem procurar o Brasil ou Colômbia, porque aqui tem sua família, então são resistentes, então eles pedem um guia de referência e nós não podemos liberar estes documentos, porque é um documento nacional do Peru. Nossos pacientes procuram o Brasil devido o modelo de assistência. Normalmente os peruanos têm o documento brasileiro. Então todos os pacientes que necessitam de uma assistência mais urgente, não tem jeito, ou vai para Iquitos ou Brasil. Normalmente os pacientes mais graves vão a Iquitos referenciados através do SIS, que é gratuito, o sistema se

compromete com 10 soles diários para sua manutenção. Mas no hospital é garantido para o paciente e seu familiar acompanhante [...].
 [...] Do ponto de vista da gestão nosso maior problema é a questão financeira para custear nossa estrutura, hoje nós recebemos entorno de \$ 4.000 soles que equivale aproximadamente R\$ 5000 para pagar energia, água, limpeza é muito pouco precisaríamos pelo menos 6000 soles.

Devido ao modelo de atenção à saúde no Brasil, aliado a deficiência de infraestrutura dos serviços de saúde no Peru são os principais motivos para o peruano procurar o Brasil para tratar seus problemas de saúde.

Corroborando com raciocínio da Diretora do Centro de Saúde a fala do médico Carlos Medina. Em sua opinião o motivo que faz com que os peruanos procurem o Brasil ou a Colômbia para tratamento de saúde é o seguinte:

[...] no lado de cá é muito precário a parte da saúde [...] aqui em Santa Rosa nosso maior problema é a falta de equipamentos. Nós temos uma característica oficial 1 ou dois mas temos estrutura de Centro de Saúde 4. Isto é uma estrutura de um hospital, ou seja, temos uma estrutura grande demais e Islândia tem a terça parte de nossa estrutura [...].

Demonstra que às unidades existentes na região não correspondem às necessidades da população, que em sua maioria são pobres devido à escassez de recursos financeiros.

Para a Coordenação de Vigilância Epidemiológica do sistema de saúde peruano em Santa Rosa, Diana Rivera Cardoso, o principal problema de saúde é a malária. Segundo esta: “Embora nosso problema mais grave que afeta a saúde da população seja a malária, desde 2012 não temos morte por esta doença. O último óbito que tivemos aqui também foi por arma branca e também foi em 2012, apenas uma única morte.”. Ressalta-se além da malária os problemas de saúde da população são as doenças diarreicas, relacionada ao consumo de água imprópria e doenças infecciosas agudas.

Com relação à malária há alguns casos em comunidades ameríndias. Estas estão sob jurisdição da Alcadi de Santa Rosa, sendo sua localização mais ao alto do rio Solimões com acesso restrito devido ao problema de saúde e tráfico de droga. Contudo destaca a coordenadora, que o trabalho de prevenção e curativo da malária tem sido realizado.

Considerando os recursos humanos o quadro 15, mostra o quantitativo de profissionais atuando em Santa Rosa. Observe-se que a questão levantada pela diretora do centro e o médico entrevistado passa também pela especialidade dos

profissionais lotados no estabelecimento de saúde. Apesar possuir dois profissionais médicos os mesmos são generalistas e trabalham na prevenção das doenças.

Quadro 15 - Recursos humanos lotados no Centro de Saúde de Santa Rosa/Peru.

Profissional	Quantitativo
Médico generalista	2
Enfermeiro obstetra	2
Enfermeiro generalista	3
Odontólogo	1
Técnico de enfermagem	4
Técnico em farmácia	1
Laboratorista	1
Auxiliar de odontologia	1

Fonte: Centro de Saúde de Santa Rosa, 2016.

Nesta municipalidade peruana, o regime de saúde predominante é o subsidiado, representado pelo Seguro Integral de Salud (SIS). Esta modalidade de sistema se deve pelo fato da população de Santa Rosa se encontra na linha da pobreza. Outra modalidade de atenção à saúde é o Seguro Social de Salud (ESSALUD), que é direcionado exclusivamente aos servidores públicos residentes na Isla, porém com atendimento somente na Cidade de Caballococha ou em Iquitos.

A população por ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde mais complexos ofertados em seu país, busca resolver os seus problemas de saúde em solo brasileiro. Estes usuários procuram atendimento no sistema de saúde público deste país, devido o modelo de atenção do sistema brasileiro e pelo fato de estar bem mais estruturado. Observe-se que em Santa Rosa, há um posto de saúde que se devidamente equipado e com contingente adequado de profissionais podem dar respostas positivas à demanda da população peruana.

Entre as cidades da fronteira pesquisada neste trabalho, a Isla de Santa Rosa, é a menor em termos territoriais e populacionais. A partir desta premissa o mapa da saúde da cidade também se apresenta diminuta comparando com as outras cidades, que conforme já relatado anteriormente, há um Centro de Saúde para dar conta da saúde da população da ilha. A localização deste estabelecimento conforme observado no mapa está no centro da ilha.

8 CONCEITO DE FRONTEIRA

8.1 Conceito de fronteira pela comunidade em geral

Conforme descrito na tabela 13 foram entrevistados 300 pessoas em suas residências na região da tríplice fronteira. O conceito limite foi atribuído à 226 entrevistados equivalente à 75,33% e o conceito união a 74 entrevistados equivalente à 24,67%. Observe-se que do total, 245 (81,67%) avaliou positivamente, 32 (10,67%) concomitante positivo e 23 (7,67%) negativo avaliaram negativamente as relações transfronteiriças.

Tabela 13 - Conceito de fronteira pela comunidade em geral.

CONCEITO	AVALIAÇÃO SOBRE FRONTEIRA			TOTAL GERAL
	NEG	POS	POS/NEG	
LIMITE	21	179	26	226
UNIÃO	2	66	6	74
TOTAL GERAL	23	245	32	300

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Ao considerar a avaliação positiva as relações na tríplice fronteira, 179 dos entrevistados consideraram a fronteira como limite. Destes o acesso como a causa foi atribuída à 107 entrevistas, tendo o intercâmbio e a interação o principal efeito desta relação atribuída a 21 entrevistas. As variáveis mais citadas foram a econômica, econômica e social e social, esta última com 101 atribuições, portanto, o comércio e convivência como os principais elementos da avaliação (tabela 14).

Tabela 14 - Conceito de fronteira com avaliação positiva das relações transfronteiriças.

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AVALIAÇÃO POSITIVA	TOTAL GERAL
LIMITE	179	179
ACESSO	107	107
CONFRATERNIDADE	1	1
INTERAÇÃO	21	21
ECOL	1	1
RECURSOS NATURAIS	1	1
ECON	2	2
COMÉRCIO	2	2
ECON/CUL	1	1
COMÉRCIO/MÚSICA/CULINÁRIA	1	1

ECON/SOC	5	5
COMÉRCIO, CONVIVÊNCIA	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	4	4
ECON/SOC/CUL	2	2
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA/IDIOMA/CULINÁRIA	1	1
MERCADO, MÚSICA, CULINÁRIA	1	1
SOC	9	9
CONVIVÊNCIA	9	9
SOC/CUL	1	1
INTERCÂMBIO	85	85
CUL	3	3
ECON	57	57
COMÉRCIO	57	57
ECON/CUL	1	1
COMÉRCIO/CULINÁRIA/MÚSICA/IDIOMA	1	1
ECON/SAÚ	3	3
ECON/SOC	12	12
COMÉRCIO	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	11	11
SAÚ	1	1
SOC	7	7
CONVIVÊNCIA	7	7
SOC/ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
ACESSO	1	1
INTERAÇÃO	1	1
ECON/SOC/CUL	1	1
MERCADO, MÚSICA, CULINÁRIA	1	1
LIBERDADE	61	61
HARMONIA	1	1
INTERAÇÃO	33	33
CUL	1	1
ECON/SOC	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	1	1
SOC	29	29
CONVIVÊNCIA	29	29
SOC/CUL	1	1
SOC/SAÚ	1	1
INTERCÂMBIO	27	27
SEG	1	1
CUL	1	1
ECON	7	7
COMÉRCIO	7	7
ECON/CUL	1	1
COMÉRCIO/MÚSICA	1	1
ECON/SOC	4	4

COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	4	4
SOC	12	12
CONVIVÊNCIA	12	12
SOC/ECON	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	1	1
UNIDADE	10	10
INTERAÇÃO	5	5
SOC	5	5
CONVIVÊNCIA	5	5
INTERCÂMBIO	5	5
CUL	1	1
ECON	2	2
COMÉRCIO	2	2
ECON/SAÚ	1	1
ECON/SOC	1	1
COMÉRCIO, CONVIVÊNCIA	1	1
UNIÃO	66	66
ACESSO	9	9
INTERAÇÃO	1	1
SAÚ	1	1
INTERCÂMBIO	8	8
ECON	8	8
COMÉRCIO	8	8
LIBERDADE	9	9
INTERAÇÃO	8	8
ECOL	1	1
RECURSOS NATURAIS	1	1
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
SOC	6	6
CONVIVÊNCIA	6	6
INTERCÂMBIO	1	1
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
UNIDADE	48	48
INTERAÇÃO	43	43
CUL	1	1
ECON	2	2
COMÉRCIO	2	2
ECON/SOC	6	6
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	6	6
ECON/SOC/CUL	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA/MÚSICA/CULINÁRIA	1	1
ECON/SOC/SAÚ	1	1
SOC	31	31
CONVIVÊNCIA	31	31

SOC/CUL	1	1
INTERCÂMBIO	5	5
ECON	3	3
COMÉRCIO	3	3
ECON/SOC	2	2
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	2	2
TOTAL GERAL	245	245

Fonte: pesquisa de campo, 2016.

Devido objetivo do trabalho e expressividade numérica de atribuições positivas sobre as relações na tríplice fronteira, nesta discussão mais geral, não se tecerá análise aprofundada sobre avaliação negativa, positiva e negativa devido a relativa insignificância dos resultados comparada a positiva. Para nível de citação após tabulação dos dados estas avaliações indicaram que das 55 entrevistas 23 avaliaram negativamente e 32 avaliaram positiva e negativa as relações entre os povos na região, tendo o acesso como principal efeito. Nesta perspectiva a variável segurança, foi responsável pela avaliação negativa das relações na tríplice fronteira devido tráfico de drogas.

8.2 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Tabatinga

A avaliação positiva sobre fronteira foi atribuída a 37 das 50 entrevistas realizadas na zona urbana da cidade de Tabatinga (tabela 15). Observe-se que das 37 entrevistas 22 conceituaram fronteira pelo contexto limite, sendo o acesso a principal causa desta conceituação tendo sido citado por 13 entrevistados e o intercâmbio como efeito conforme relato abaixo:

A fronteira para mim é divisão entre dois países ou lugares e na prática existe nos diferentes culturas e idiomas. As músicas, aqui no Brasil tudo é muito liberado, diferente na Colômbia que é muito controlado. A música tem a ver com a cultura, as vezes tem coisas que embora apareça semelhantes mas tem significado diferente, por exemplo, na Colômbia tem um suco chamado água de panela e aqui é diferente, pois se trata de suco de rapadura com limão que feito na panela. (P1TB – Jorge Alessander)

A fronteira para mim é significa muita coisa. Veja a questão das verduras peruanas que faz com que esta relação na fronteira seja boa. (P1TB – Walcy)

A fronteira para mim é uma linha imaginária que divide três países e que na prática não existe, porque há uma interação entre as populações dos países vizinhos. (P1TB – Rayane)

As variáveis relacionadas com estas citações são econômica, cultural e saúde, com seus respectivos elementos comércio, culinária, idioma e música.

Considerando ainda o contexto limite como conceito de fronteira, as causas unidade e liberdade também o compõe o conceito. Foi atribuído a cinco entrevistas a causa unidade devido, principalmente, ao intercâmbio econômico, cultural e social, ou seja, vinculados aos elementos comércio, culinária, música e convivência. Quanto a causa liberdade foi atribuída a quatro entrevistas, duas ao intercâmbio econômico, logo em destaque o comércio e duas a interação social tendo a convivência como principal elemento.

Tabela 15 - Conceito de fronteira com avaliação positiva entre as relações transfronteiriças na Zona Urbana de Tabatinga

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AValiação POSITIVA	TOTAL GERAL
LIMITE	22	22
ACESSO	12	12
INTERAÇÃO	2	2
ECON/SOC	1	1
COMÉRCIO, CONVIVÊNCIA	1	1
ECON/SOC/CUL	1	1
MERCADO, MÚSICA, CULINÁRIA	1	1
INTERCÂMBIO	10	10
CUL	2	2
IDIOMA, CULINÁRIA, MÚSICA	1	1
MÚSICA, CULINÁRIA	1	1
ECON	6	6
COMÉRCIO	6	6
ECON/SAÚ	1	1
SAÚ	1	1
ACESSO	1	1
INTERAÇÃO	1	1
ECON/SOC/CUL	1	1
MERCADO, MÚSICA, CULINÁRIA	1	1
LIBERDADE	4	4
INTERAÇÃO	2	2
SOC	2	2
CONVIVÊNCIA	2	2
INTERCÂMBIO	2	2
SEG	1	1
DROGA	1	1
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
UNIDADE	5	5

INTERAÇÃO	2	2
SOC	2	2
CONVIVÊNCIA	2	2
INTERCÂMBIO	3	3
CUL	1	1
IDIOMA, CULINÁRIA, MÚSICA	1	1
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
ECON/SOC	1	1
COMÉRCIO, CONVIVÊNCIA	1	1
UNIÃO	15	15
ACESSO	2	2
INTERAÇÃO	1	1
SAÚDE	1	1
INTERCÂMBIO	1	1
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
LIBERDADE	2	2
INTERAÇÃO	2	2
SOC	2	2
CONVIVÊNCIA	2	2
UNIDADE	11	11
INTERAÇÃO	11	11
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
SOC	10	10
CONVIVÊNCIA	10	10
TOTAL GERAL	37	37

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

O contexto união como conceito de fronteira, cuja avaliação é positiva foi atribuída a 15 entrevistas das 37 tabuladas. A causa unidade foi atribuída a 11 entrevistas que relataram a variável social como o mais importante agente agregador das relações transfronteiriças, tendo como destaque o elemento convivência como fator responsável pela avaliação positiva de fronteira.

A avaliação positiva e negativa de fronteira em Tabatinga foram atribuídas a seis entrevistas. Destas cinco consideram o contexto limite como conceito de fronteira conforme relato abaixo:

A fronteira para mim tem dois lados um bom e um ruim. O ruim é que é fácil a entrada de estrangeiros aqui para Brasil e facilita a entrada de bandidos e traficantes, por tanto, temos problemas de segurança. Positivamente temos o comércio que nos facilita com relação aos necessidades básicas. A

música e a cultura é boa a música como Vallenato. P1TB Anderson Jr. e Marineves)

A fronteira para mim é união de três países que possuem muitos comércio, tráfico de droga. (P1TB – Jane Coelho)

A fronteira para mim é uma área que tem bom e ruim. De bom tem os alimentos que eles trazem para cá e de ruim as drogas que eles comercializam aqui neste lado da fronteira. A droga vem do Peru da Colômbia, neste caso (da droga) não tem fronteira. (P2TB – Wander Malheiros)

Nestas narrativas estão inseridas as variáveis econômicas, sócias, cultura e segurança principalmente através do intercâmbio entre as pessoas na região, que ao mesmo tempo tem como efeito o acesso aos elementos como comércio, música e um sentimento de divisão.

A avaliação negativa sobre fronteira produziu através dos relatos um conceito centrado no contexto de limite. Nesta perspectiva o conceito possui como causa o acesso, divisão, liberdade e unidade, sendo que o acesso as drogas o mais citado conforme os relatos abaixo:

A fronteira para mim é divisão de dois países ou município. Isto não é muito normal, não é muito bom por causa da confusão e crimes, sendo que quando há um delito se foge para o outro país. (P1TB - Horivan Lima)

A fronteira para mim é limitação de território que as pessoas tem que saber. Aqui nesta área há muita fiscalização, então existe fronteira. (P1TB - Leonardo Sanguama)

A fronteira para mim é limite muito presente, principalmente para nós que somos brasileiros, dificultam tudo para nós, quando meu irmão sofreu um tiro estava ferido eles não quiseram abrir a cancela até que a comunidade abriu na marra e fomos à clínica Leticia porque é a mais próxima, mas infelizmente ele morreu. (P1TB - Maria Célia)

Observe-se que estas falas estão vinculadas a causa acesso citada que tem como elemento principal o tráfico de drogas e a violência tendo a variável segurança como base destas avaliações.

8.3 O conceito de fronteira pela comunidade urbana de Benjamin Constant

Em Benjamin Constant atribuiu-se a 28 das 50 entrevistas a avaliação positiva sobre fronteira. A tabela 16 mostra que destas 28 entrevistas, 23 conceituaram fronteira como limite devido o acesso e o intercâmbio econômico e social conforme relato abaixo:

A fronteira para mim é um limite. Isto é bom por causa do comércio e produtos peruanos e colombianos que vem para cá. (P1BC – Sebastião)

A fronteira para mim é uma divisão entre Brasil e Peru. Para mim isto é bom por causa das relações comerciais alimentícios, como cebola, batata, arroz. (P1BC – Raimunda)

A fronteira para mim é a base de Brasil, Colômbia e Peru. Isto é bom porque quando procuramos, alguns produtos de necessidade e aqui no Brasil, não encontramos, vamos ao Peru ou na Colômbia e resolvemos. Aqui a convivência é boa e eu gosto. (P1BC – Francisca Olimpo)

O conceito traz consigo o comércio e convivência que compõe as variáveis econômicas e sociais como os principais elementos de avaliação positiva de fronteira.

Ainda compõe o conceito limite, a partir do acesso, a causa liberdade, que por sua vez se vincula a variável social. Observe-se na tabela 16 que a causa liberdade ao se vincular ao efeito intercâmbio é reflexo das ações dos elementos comércio e convivência entre as pessoas sobre as variáveis econômicas e sociais. Não obstante pode-se constatar que a interação entre as comunidades através do bom convívio entre as mesmas, são responsáveis também pela avaliação positiva sobre fronteira.

Tabela 16 - Conceito de Fronteira com Avaliação Positiva entre as Relações Transfronteiriças na Zona Urbana de Benjamin Constant.

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AVALIAÇÃO POSITIVA	TOTAL GERAL
LIMITE	23	23
ACESSO	20	20
INTERAÇÃO	1	1
ECON/CUL	1	1
COMÉRCIO/MÚSICA/CULINÁRIA	1	1
INTERCÂMBIO	19	19
ECON	18	18
COMÉRCIO	18	18
SOC/ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
LIBERDADE	3	3
INTERAÇÃO	2	2
SOC	2	2
CONVIVÊNCIA	2	2
INTERCÂMBIO	1	1
ECON/SOC	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	1	1
UNIÃO	5	5
UNIDADE	5	5
INTERAÇÃO	4	4
ECON	1	1

COMÉRCIO	1	1
ECON/SOC	1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	1	1
SOC	2	2
CONVIVÊNCIA	2	2
INTERCÂMBIO	1	1
ECON	1	1
COMÉRCIO	1	1
TOTAL GERAL	28	28

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

O conceito de fronteira a partir de uma avaliação positiva sobre a convivência, também produz um contexto de união entre os povos. A tabela acima mostra que cinco entrevistas refletem esta perspectiva, pois estas são devido a formação de ideia de unidade entre os povos conforme relato abaixo:

A fronteira para mim é a união de dois países. Para mim é bom por causa da união entre três países, Brasil, Peru e Colômbia, nós nos tratamos como irmãos. (P1BC – Raimundo)

A fronteira para mim é viver junto com pessoas de outro país. É trabalharmos todos juntos como irmãos sem problemas. (P3BC - Joice)

A fronteira para mim é a junção entre Brasil, Peru e Colômbia. Isto é bom porque estamos no paraíso por que temos para onde correr, quando temos que fazer economia. (P3BC – Aurea Rodrigues)

Observe-se que os efeitos de interação e intercâmbio perpassam pela variável econômica e social a partir dos elementos comércio e convivência pacífica entre os povos na fronteira naquela cidade sobre o rio Javari.

A avaliação positiva e negativa sobre fronteira produziu um conceito que que passa pelo contexto limite e união. Sendo que o conceito limite foi atribuído a 14 entrevistas das quais 11 relataram que o acesso e liberdade ao comércio, drogas e violência são os responsáveis por este tipo de avaliação conforme relato abaixo:

A fronteira para mim é um lugar no estrangeiro. É bom porque fazemos amizade com as pessoas e vivemos bem, por outro lado as vezes trazem doenças e drogas. (P1BC – Emma)

A fronteira para mim é tipo assim, Aqui é Brasil e ali é Fronteira e isto é um limite. Tem dois lados o lado ruim é o tráfico, o bom é que aqui temos transporte há base de barco, mas acho que o que é bom em Islândia a culinária. P1BC – Saionara e Asla)

A fronteira para mim é um bom e ruim. O bom é por causa das opções que temos em termos de alimentos. O ruim é o tráfico de drogas. (P2BC – Lucineia)

A fronteira para mim é uma divisão entre dois Lugares de cultura e idiomas diferentes. Na nossa fronteira a mercadoria é mais acessíveis do ponto de vista do custo, isto nos facilita a vida. O ruim é a entrada de pessoas para fazer o mal como o tráfico de drogas. (P3BC – Greice Cavalcante)

Logo se o comércio é um ponto positivo, as drogas e a violência são pontos negativos avaliados pelos entrevistados, portanto, incluem as variáveis econômicas, sociais e segurança.

O contexto união também pode ser deduzido das entrevistas para este tipo de avaliação, que se reporta as causas acesso e unidade. Tanto o acesso e a unidades estão vinculados ao efeito sobre economia e a segurança conforme relato: “A fronteira para mim é como tráfico de drogas como um mal. Como positivo vejo a questão turística, porque traz recursos para a região.” (P1BC – Alcinei). Observe-se que o mais interessante destas narrativas é o sentido de unidade a partir da expressão **recursos para nós** (grifo nosso) se refere aos outros países o ganho com o turismo local.

Embora a avaliação negativa sobre fronteira tenha sido atribuída a cinco entrevistas, esta também produz um conceito de fronteira a partir do contexto limite e união. Chama-se a atenção pelo paradoxo entre o termo união e o sentido negativo da fala do entrevistado: “A fronteira para mim é uma união de dois países, por exemplo, Brasil e Peru. Eu acho muito ruim por causa do tráfico de drogas” (P1BC – Erica). Com relação ao contexto limite, este, guarda sobre tudo relação com o tráfico de drogas e a violência na região.

8.4 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Letícia

Conforme o mapa 13 foram realizadas pesquisas em quatro áreas colombianas, sendo próximas e distantes dos limites fronteiriços. Conforme a tabela 17 das 100 entrevistas, 90 avaliaram as relações entre os povos de forma positiva, três negativas e sete positivas e negativas. Logo a pesquisa em área colombiana revelou que a região é boa para se conviver.

Mapa 14 – Carta imagem das áreas de pesquisa na cidade de Letícia/Colômbia.

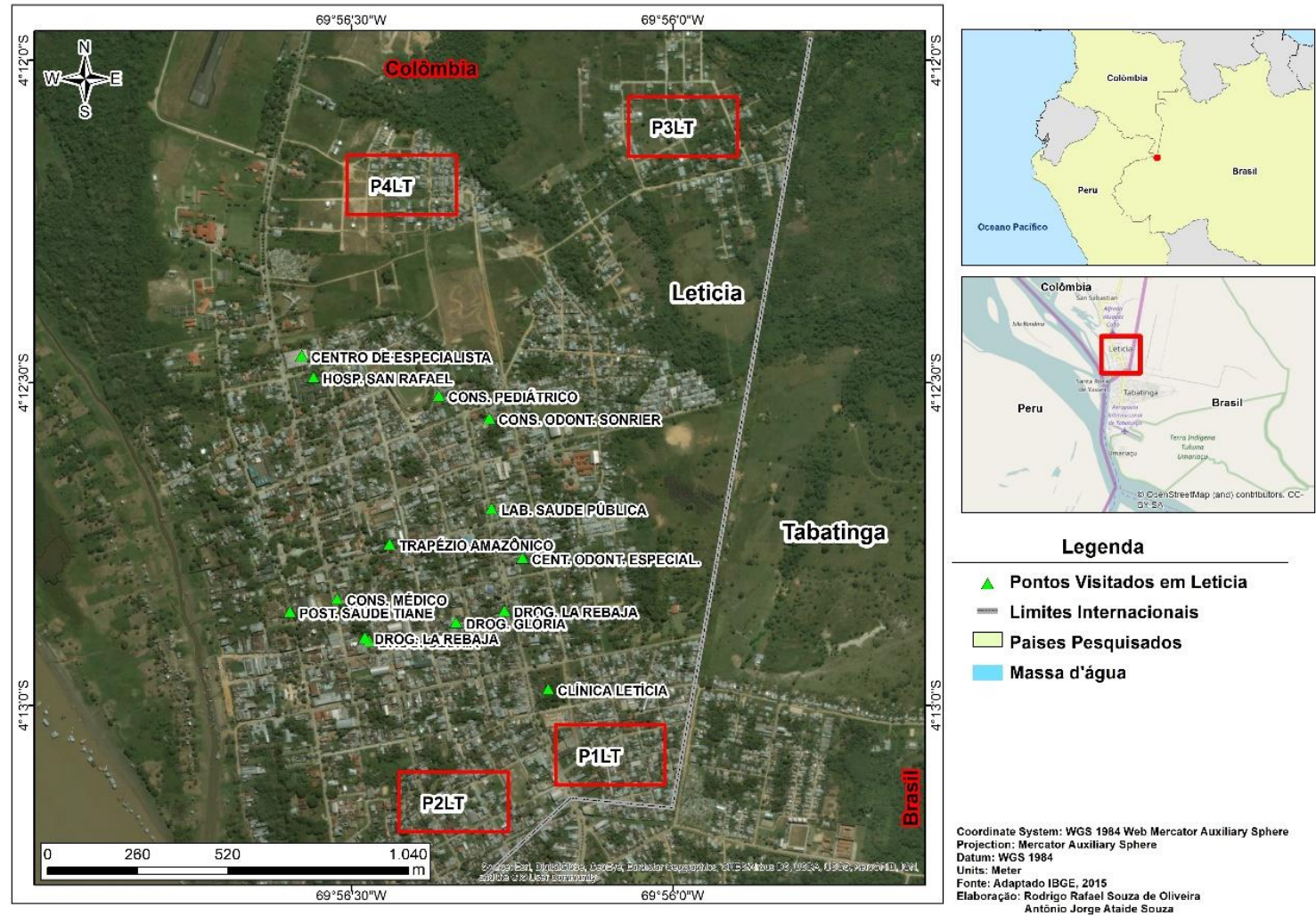


Tabela 17 - Avaliação geral das relações transfronteiriças em solo colombiano.

CONCEITO	TIPO DE AVALIAÇÃO			TOTAL GERAL
	NEG	POS	POS/NEG	
LIMITE	3	76	6	85
UNIÃO		14	1	15
TOTAL GERAL	3	90	7	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

O conceito de fronteira para os colombianos centrou sobre o contexto limite que foi atribuído a 76 das 100 entrevistas realizadas. A causa acesso representa 39 entrevistas, sendo o intercâmbio o principal fator responsável pela avaliação com 30 citações, neste contexto a variável econômica, sozinha ou associada a variável social são importantes conforme as falas abaixo:

A fronteira é como se visitasse outro país, aqui, por exemplo, não há limites impeditivos, vou ao Brasil e faço compra. (P1LT – Cristian)

A fronteira para mim é boa, por causa do comércio, do livre acesso aos dois lados dos países pelos dois povos além do peruano. (P2LT – Carlos)

A fronteira é boa porque podemos fazer compras no outro lado da fronteira, e isto nos facilita a vida e sempre nos tratam bem. Nesta região há uma convivência pacífica, aqui é muito bom viver. (P3LT – Maria Célia e Humbert)

A fronteira é uma região de países diferentes, porém é de livre acesso, pois nós vamos passear ali e não temos problemas. Quando há problema de falta de alguma coisa, vamos ali, no Brasil ou no Peru e compramos. E não temos problemas de comunicação. (P4LT – Nenê e Santos.)

O comércio e a convivência são os elementos mais citados durante as entrevista, ou seja, referidos por 24 das 30 citações.

Ainda no contexto limite, a causa liberdade foi atribuída a 36 entrevistas que avaliaram positivamente a fronteira. Neste contexto se destacam o intercâmbio e interação como os efeitos relevantes da causa liberdade, sendo que a variável social, através da convivência pacífica é o elemento mais citado conforme abaixo:

A fronteira é a união de dois países, é um limite. Nunca fui impedida de transitar pela fronteira. Gosta da comida colombiana e brasileira. (P1LT – Valdineia Eda)

A fronteira é um limite, transito livre de um país para outro e sempre vou ao Brasil fazer compras e vou às festas, gosta de comida colombiana. (P1LT – Angélica Maria)

É um limite, mas nós podemos passar de um lado para o outro. Temos uma relação normal com os brasileiros. (P2LT – Estela Dias)

São territórios países diferentes, mas que as pessoas têm liberdade de locomoção então nós passamos para lá e outras para cá. Isto é importante por causa do comércio. (P3LT – P3LT – Kátia)

Os elementos neste contexto são a culinária, o livre trânsito de pessoas, mas a convivência é o elemento principal nesta perspectiva.

Não menos importante, o contexto união apesar de ter sido atribuída a 14 citações compõe a avaliação positiva sobre fronteira em Letícia. Nesta perspectiva conceitual a causa unidade aparece atribuída a 13 entrevistas, onde o efeito interação se destaca com 12 citações conforme falas abaixo:

A fronteira é para mim é como nós vivemos, embora exista Brasil, Peru e Colômbia, vivemos como irmãos. Com o Brasil não temos problemas, assim como com o Peru. Trabalhamos todos juntos. (P1LT – Diogines Ikiarte)

Aqui não existe limite, pois tanto brasileiro, quanto colombiano podem transitar livremente entre os territórios, portanto, não há limites, aqui vivemos numa irmandade. (P2LT – Clarice)

A fronteira é como nós vivemos aqui, países irmãos. (P3LT – Mara da Luz)

A fronteira é uma relação entre irmãos, local onde todos se visitam e vivem em completa familiaridade, estas relações são boas entre Brasil, Colômbia e Peru. (P4LT – Alberto Moralez)

Neste contexto se destaca a variável social através da convivência, que são narradas no sentido de um sentimento de irmandade.

A avaliação negativa sobre fronteira é pouco expressiva se comparado ao total de entrevistas realizadas (Tabela 18). Contudo esta avaliação torna-se um pouco mais relevante quando associada à avaliação positiva e negativa sobre a região, pois considerando essa premissa 10 entrevistas foram classificadas neste tipo de avaliação em destaque a narrativa abaixo:

A fronteira para mim existe no âmbito da educação, embora sejamos brasileiros e morarmos em território colombiano temos muitas barreiras seja para estudo, ou trabalho em solo brasileiro. O fato de termos o sotaque colombiano, não aceitam nossa nacionalidade, mesmo mostrando os documentos brasileiros e mostrar testemunhas. (P1LT – Vaisa Viana)

A narrativa reproduz uma situação contraditória vivida por uma família que mora em Letícia, que apesar de ter dupla nacionalidade, encontra dificuldade de

reconhecimento como cidadão brasileira pelas instituições em Tabatinga, sendo refletida na dificuldade de acesso à educação em solo brasileiro.

Tabela 18 - Avaliação Conceitual Negativa, Positiva e Negativa sobre Fronteira.

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AVALIAÇÃO		Total Geral
	NEG	POS/NEG	
LIMITE	3	6	9
ACESSO			
BARREIRA			
SOC	1		1
CONVIVÊNCIA	1		1
INTERCÂMBIO			
ECON/SEG		3	3
SOC/SEG		1	1
CONVIVÊNCIA/DROGA		1	1
DIVISÃO			
BARREIRA			
SOC	1		1
CONVIVÊNCIA	1		1
LIBERDADE			
INTERAÇÃO			
SOC	1		1
CONVIVÊNCIA	1		1
INTERCÂMBIO			
SOC/SEG		2	2
CONVIVÊNCIA/DROGA		2	2
UNIÃO		1	1
LIBERDADE			
INTERCÂMBIO			
SEG/CUL		1	1
DROGA/IDIOMA		1	1
TOTAL GERAL	3	7	10

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Segundo a tabela 18 a variável segurança é outro fator relevante para conduzir a uma avaliação negativa sobre fronteira. Neste aspecto, a violência e o tráfico de drogas são os elementos que levam a uma avaliação mais contundente para se chegar a esta conclusão. Destarte que o preconceito também é citado como elemento que compõe esta avaliação.

8.5 Conceito de fronteira pela comunidade urbana de Islândia

Em Islândia a fronteira foi avaliada positiva e negativamente, sendo esta do ponto de vista quantitativo insignificante, por isso não será explorada neste trabalho. O conceito de fronteira obedeceu os parâmetros propostos na metodologia, logo foi conceituada considerando o contexto limite e união, sendo que o contexto limite foi atribuído a 32 dos 50 entrevistados conforme tabela 19.

A partir do conceito limite a causa liberdade e acesso foram as mais citadas e somadas auferem um número de 29 entrevistas. A causa liberdade apresenta a interação e o intercâmbio como efeitos da avaliação positiva sobre as relações transfronteiriças, sendo a interação atribuída a 10 entrevista das 15 que compõem a causa liberdade expressa nas seguintes falas:

A fronteira para mim é um local onde está dividido três países Brasil, Colômbia e Peru. Já vivo aqui há muito tempo e é muito bom devido à proximidade com outros países. (P1IL – Manoel)

A fronteira para mim embora seja um limite podemos ir e vir, porque somos iguais e irmãos, logo a fronteira não existe. (P1IL – Sila)

A fronteira para mim é tranquilo, temos trabalho neste lado. Aqui vivemos em paz. Vamos e voltamos tranquilo ao Brasil. (P2IL – Mauro)

A fronteira para mim é estarmos aqui na fronteira é bom estamos em paz com Brasil e Colômbia. Vivemos tranquilo, sem problema. (P2IL – Antônio)

A partir das referências citadas acima sobre fronteira, é possível demonstrar que o efeito interação está relacionado à variável social, cuja convivência entre os povos é o elemento base da avaliação positiva sobre as reações na fronteira.

O acesso foi a segunda causa mais referida observada na pesquisa de campo e atribuída a 13 entrevistados. Nesta perspectiva o intercâmbio foi a consequência mais importante inferida atribuída a 12 das 13 entrevistas, onde o acesso foi a causa, segundo as seguintes narrativas:

A fronteira é o limite de cada nação. É bom porque como estamos perto da fronteira muitas coisas podemos fazer, pesca, madeira e outras coisas boas. (P1IL - João)

A fronteira para mim é divisão onde aqui nesta ilha é Peru e é muito bom por causa do comércio. (P1 – Nelson Garcia)

A fronteira para mim é boa, pelo lado do negócio, comércio. (P2IL – Valéria)

A fronteira para mim é boa porque podemos ter acesso aos produtos que satisfaz nossas necessidades. (P2IL – Marlene)

Portanto, se pode inferir e confirmar na tabulação da tabela 19 que a variável econômica tem o elemento comércio como os responsáveis pela avaliação positiva de fronteira.

Tabela 19 - Conceito de Fronteira pela Perspectiva da População.

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AVALIAÇÃO		TOTAL GERAL
	NEG	POS	
LIMITE	3	29	32
ACESSO			
BARREIRA			
SOC/SAÚ	1		1
CONVIVÊNCIA/TRATAMENTO	1		1
INTERAÇÃO			
SOC		1	1
CONVIVÊNCIA		1	1
INTERCÂMBIO			
ECON		7	7
COMÉRCIO		7	7
ECON/SAÚ		1	1
COMÉRCIO/TRATAMENTO		1	1
ECON/SOC		4	4
COMÉRCIO		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		3	3
DIVISÃO			
BARREIRA			
SOC	2		2
CONVIVÊNCIA	2		2
LIBERDADE			
INTERAÇÃO			
SOC		10	10
CONVIVÊNCIA		10	10
INTERCÂMBIO			
ECON/CUL		1	1
ECON/SOC		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		1	1
SOC		3	3
CONVIVÊNCIA		3	3
UNIDADE			
INTERAÇÃO			
SOC		1	1
CONVIVÊNCIA		1	1
UNIÃO		18	18

ACESSO			
INTERCÂMBIO			
ECON		5	5
COMÉRCIO		5	5
LIBERDADE			
INTERAÇÃO			
ECOL		1	1
RECURSOS NATURAIS		1	1
SOC		1	1
CONVIVÊNCIA		1	1
UNIDADE			
INTERAÇÃO			
ECON/SOC		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		1	1
ECON/SOC/CUL		1	1
SOC		5	5
CONVIVÊNCIA		5	5
INTERCÂMBIO			
ECON		2	2
COMÉRCIO		2	2
ECON/SOC		2	2
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		2	2
TOTAL GERAL	3	47	50

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

O segundo contexto conceitual de fronteira, união, conforme a tabela 19 foi atribuído a 18 das 50 entrevistas. Nesta perspectiva a causa unidade foi a mais observada e atribuída 11 entrevistas e tendo a interação como o efeito mais importante atribuído a sete entrevistas conforme falas a baixo:

A fronteira para mim é a união entre países, onde pessoas de línguas diferentes são irmãs. (P11L – Roger)

A fronteira para mim é boa porque temos uma relação de irmãos e é livre, temos comércio, e livre trânsito. (P11L – Filomeno)

A fronteira para mim é boa porque aprendemos com nossos irmãos temos o comércio. Aqui é tudo muito bom. (P21L – Enares)

A fronteira para mim é como dizem é bastante bom porque aqui temos uma natureza e vivemos é claro como irmãos e amizade com brasileiros e colombianos. Aqui é muito bom. (P21L – José)

Logo a variável social é a mais relevantes devido o elemento convivência ser inferido das falas supracitadas, portanto sendo os responsáveis pela avaliação positiva de fronteira a partir do contexto união.

8.6 Conceito de fronteira pela comunidade urbana da Isla de Santa Rosa

A avaliação sobre as relações transfronteiriças em Santa Rosa foi positiva e negativa. Não foi observado como nas cidades brasileiras e colombianas a avaliação conjunta positiva e negativa. Ademais neste subcapítulo será considerado somente a avaliação positiva devido quantitativo desta polaridade ser mais significativo, ou seja, atribuído a 47 das 50 entrevistas realizadas.

Na Isla de Santa Rosa o conceito de fronteira pelo contexto limite, foi atribuído a 35 das 47 entrevistas que avaliaram positivamente as relações fronteiriças. Conforme tabela 20 o acesso foi a principal causa atribuída a 23 entrevistas cujo efeito intercâmbio foi inferido de 14 entrevistas conforme as falas abaixo:

A fronteira para mim são dois países vizinhos, distintas línguas, distintas culturas. Aqui é bom por uma parte por causa do comércio. (P1SR - Luper e Nara)

A fronteira para mim é limites entre três países e é importante por causa do comércio e economia, que são integradas. (P1SR – Soila)

A fronteira para mim é um local onde podemos ter acesso aos produtos de nossa necessidade. Quando não temos aqui em Santa Rosa vamos ao Brasil ou à Colômbia e compramos. P2SR – Patrícia e Hernane)

A fronteira para mim é lugar onde produzimos tudo e tanto faz Brasil, Peru e Colômbia somos iguais, porque nos respeitamos uns aos outros e comercializamos nossa produção. (P2SR – Carlos Luna)

Ao analisar as entrevistas pode-se observar as variáveis sócias, econômicas e culturais latentes nas falas, logo, os elementos que promovem avaliação positiva sobre as relações fronteiriça pelo contexto limite são convivência, comércio, produção, e o idioma.

Tabela 20 - Conceito de fronteira pela população entrevistada na Isla de Santa Rosa

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AVALIAÇÃO		TOTAL GERAL
	NEG	POS	
LIMITE	3	35	38
ACESSO			
BARREIRA			
ECON/SOC	1		1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA	1		1
INTERAÇÃO			
ECON		2	2
COMÉRCIO		2	2
ECON/SOC		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		1	1

SOC		5	5
CONVIVÊNCIA		5	5
SOC/CUL		1	1
CONVIVÊNCIA/MÚSICA		1	1
INTERCÂMBIO			
ECON	1	9	10
COMÉRCIO	1	9	10
ECON/CUL		1	1
ECON/SAÚ		1	1
COMÉRCIO/TRATAMENTO		1	1
ECON/SOC		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		1	1
SOC		2	2
CONVIVÊNCIA		2	2
DIVISÃO			
BARREIRA			
SOC	1		1
CONVIVÊNCIA	1		1
LIBERDADE			
INTERAÇÃO			
SOC		5	5
CONVIVÊNCIA		5	5
SOC/SAÚ		1	1
CONVIVÊNCIA/TRATAMENTO		1	1
INTERCÂMBIO			
ECON		1	1
COMÉRCIO		1	1
ECON/SOC		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		1	1
SOC		1	1
CONVIVÊNCIA		1	1
UNIDADE			
INTERAÇÃO			
SOC		1	1
CONVIVÊNCIA		1	1
INTERCÂMBIO			
ECON		1	1
COMÉRCIO		1	1
ECON/SAÚ		1	1
COMÉRCIO/TRAMENTO		1	1
UNIÃO		12	12
LIBERDADE			
INTERAÇÃO			
ECON		1	1
COMÉRCIO		1	1
SOC		2	2

CONVIVÊNCIA		2	2
UNIDADE			
INTERAÇÃO			
ECON/SOC		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA		1	1
ECON/SOC/SAÚ		1	1
COMÉRCIO/CONVIVÊNCIA/TRATAMENTO		1	1
SOC		7	7
CONVIVÊNCIA		7	7
TOTAL GERAL	3	47	50

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

O conceito de fronteira a partir do contexto união foi atribuído a 12 das 50 entrevistas em Santa Rosa. Nesta perspectiva a causa unidade se destaca como a mais citada e abstraída de nove entrevistas, tendo a interação como único efeito neste contexto conceitual conforme as falas abaixo:

A fronteira para mim é normal, vivemos aqui diferentes de Letícia e Tabatinga por causa da violência e aqui tem uma boa terra principalmente quando seca. Aqui nós vivemos em paz. Vivemos em harmonia, como irmãos. Os povos nesta região são dependentes. (P1SR – Duber)

A fronteira para mim é o companheirismo entre os três países, dependendo do apoio isto é que se quer. (P1SR – Eliana)

A fronteira para mim é um lugar especial bom de se morar um ambiente saudável sem violência compartilhado entre Brasil, Peru e Colômbia. (P2SR – Gerson)

A fronteira para mim é bonita os outros países nos apoia e vivemos como irmãos, até porque nosso governo não nos apoia muito. (P2SR – Alice)

Observe-se que é bem notória a variável social, cujo elemento convívio é o responsável por uma avaliação positiva das relações na tríplice fronteira.

8.7 Conceito de fronteira pelas autoridades e profissionais de saúde

O conceito de fronteira pela perspectiva das autoridades e profissionais de saúde entrevistados foi positiva. Segundo a tabela 21, dos 29 entrevistados 17 avaliaram positivamente, 12 negativas e positivamente as relações na tríplice fronteira. Estas entrevistas requerem uma análise mais detalhada para compreensão da elaboração do conceito desta classe de colaboradores.

Tabela 21 - Conceito de fronteira pelas autoridades e Profissionais de saúde entrevistadas na tríplice fronteira.

CONCEITO/CAUSA/EFEITO/VARIÁVEL/ELEMENTO	AVALIAÇÃO			TOTAL GERAL
	NEG	POS	POS/NEG	
LIMITE	7	9	4	20
ACESSO	7	9	4	20
INTEGRAÇÃO	1			1
SAÚ	1			1
INTERAÇÃO		2		2
AMB/CUL		1		1
CUL/ECON		1		1
INTERCÂMBIO	5	7	4	16
AMB/ECON			1	1
AMB/EDU/SOC	1			1
CUL/EDU/SEG			2	2
EDU		1		1
POL		1		1
SAÚ	4	2	1	7
SOC		3		3
SOBERANIA	1			1
SAÚ	1			1
UNIÃO	1	8		9
ACESSO	1	3		4
INTERAÇÃO		2		2
CUL		1		1
SOC		1		1
INTERCÂMBIO	1	1		2
EDU		1		1
SAÚ	1			1
UNIDADE		5		5
INTERAÇÃO		3		3
CUL/SOC		1		1
SOC		2		2
INTERCÂMBIO		2		2
CUL/EDU		1		1
ECON		1		1
TOTAL GERAL	8	17	4	29

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Considerando a perspectiva dessa classe de entrevistados o conceito de fronteira apresentou o contexto de limite como principal. Esta perspectiva foi atribuída a 20 dos 29 entrevistados e nove pelo contexto de união, sendo a causa, o acesso atribuído a 25 entrevistados de ambos os conceitos. Neste sentido, o acesso

está vinculado ao efeito intercâmbio, cujos variáveis saúde e educação são as mais citadas, portanto, os serviços de saúde e o conhecimento são os principais elementos que compõem este conceito.

Observe-se que entre os 17 entrevistados que avaliaram positivamente as relações transfronteiriças, em nove foram atribuídos o limite como conceito de fronteira. Não obstante o acesso foi a causa mais citada, sendo atribuída a nove entrevistados que tiveram o intercâmbio como o principal efeito inferidos de sete entrevistados. Nesta perspectiva as variáveis envolvidas nesta avaliação foram a saúde, política, educação e social, cujos elementos foram respectivamente serviços, acordos bilaterais, conhecimento e convivência.

O conceito união surge como o segundo conceito de fronteira, sendo atribuído a oito entrevistados, que avaliaram positivamente as relações fronteiriças. A unidade surge como principal causa desta avaliação vinculada a cinco entrevistados e a interação como principal efeito atribuído a três entrevistados. Neste contexto as variáveis são a cultura e a social, através dos elementos culinária, música, idioma e a convivência respectivamente.

A avaliação negativa, positiva e negativa (concomitante) tem relevância nesta avaliação devido 12 entrevistados, ou seja, 41%. A avaliação negativa foi atribuída a oito entrevistados, sendo o limite o principal conceito abstraído de sete, dos oito citados, onde a principal causa, foi o acesso com sete citações e o intercâmbio como efeito inferido de cinco entrevistas. Não obstante a variável saúde aparece como a mais citada por quatro entrevistados, logo seus elementos estão vinculados aos serviços conforme narrativas abaixo:

Do ponto de vista da saúde a fronteira só existe quando um paciente estrangeiro complica e nós não temos como manda-lo para um tratamento mais especializado e Bogotá, ai a fronteira é total. (Diretor Clínico do Hospital Letícia - Letícia)

Eu acho que fronteira é um lugar dividido entre brasileiros e colombianos do ponto de vista da saúde não existe fronteira, pois nós atendemos brasileiros que procuram nossos serviços do lado de cá, assim como eu acho que os brasileiros também atendem os colombianos. (Diretor do Hospital San Rafael – Letícia)

Os serviços citados pelos dirigentes em Letícia, se referem a assistência à saúde usufruídos pelos usuários das três nacionalidades.

9 PENSAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA FRONTEIRA PELA FRONTEIRA

Nos Estados da América Latina o poder do capital não pode ser subestimado e para se pensar em desenvolvimento considera-se o poder de coerção do capitalismo sobre as populações. Embora a proposta de desenvolvimento capitalista exista há tempos, ele se mostra atual, sendo que se modifica e moderniza, sempre que sua estrutura de poder é questionada e enfrenta resistências ao seu perfil ideológico e princípios epistemológicos. Ressaltando que este tipo de poder tende a se perpetuar sofrendo corriqueiras metamorfoses, mas sem perder sua essência.

O estudo comparativo aplicado como metodologia de análise após a coleta de dados considerou vários aspectos com base no conceito amplo de saúde. A partir desta premissa se procurou compreender a realidade social das populações que vivem na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru a partir dos sistemas de saúde oficial considerando o perfil de desenvolvimento da região. Assim sendo analisou-se questões demográficas, econômica, educacional, cultural, segurança pública, e meio ambiente.

Segundo dados do IBGE, a cidade Benjamin Constant, possui o maior território da região. Não obstante, sua população é a terceira em termos quantitativos ficando atrás de Tabatinga e Letícia, territórios do Brasil e Colômbia respectivamente. Entre as cidades de menor território estão às peruanas, sendo que a cidade de Santa Rosa é a menor inclusive em termos populacionais.

Estas constatações, corroboram com o desenvolvimento econômico observado através de dados secundários da instituição de serviços estatísticos dos países em questão. As cidades de Tabatinga e Letícia por apresentar melhor desempenho econômico, portanto, maior PIB, se tornam as cidades mais importantes por apresentar melhor infraestrutura, disponibilização de serviços e maior contingente populacional, embora, a cidade de Benjamin Constant, seja a cidade mais antiga da região. Portanto, está análise permite dizer, que devido os parâmetros acima citados, Tabatinga e Letícia recebem maior quantidade de estrangeiros em busca de qualidade de vida, sobretudo de peruanos, haja vista, estes serem fortes na economia local quando se trata de comércio e agricultura.

Com relação à educação é clara a discrepância entre as cidades desta tríplice fronteira, sobre tudo, com relação ao acesso ao nível superior. Dada à condição de

muitos indivíduos possuírem dupla nacionalidade, os dados levantados podem apresentar um viés importante ao contabilizar os alunos de outras nacionalidades matriculados nas Universidades e Faculdades. Este parâmetro faz de Tabatinga e Benjamin Constant o principal polo de educação superior na tríplice fronteira por conter três centros de ensino superior, sendo 1 federal, 1 estadual e 1 particular.

Não há dúvidas que a questão cultural, juntamente com o comércio são as pontes mais fortes que fazem as relações naquela fronteira. A cultural é diferenciada somente pelo idioma oficial praticado na tríplice fronteira, mas este diferencial é superado pela prática de uma forma de dialeto conhecido como portunhol leticiano. Esta comunicação oral são as mesclas do idioma português e espanhol compreensível pelos indivíduos na tríplice fronteira.

Ainda considerando o aspecto cultural como música, culinária, dança, etc. as comunidades apresentam as mesmas características. Esta constatação foi observada durante o festival *La confraternidad amazônica* 2016 através das características apresentadas pelas três nacionalidades, como por exemplo, na culinária a utilização da banana e a farinha de mandioca como base alimentar das populações e as músicas quando de críticas, se referem a degradação ambiental e poluição dos rios Solimões e Javari, conforme narrativas abaixo:

A fronteira para mim é divisão entre dois países ou lugares e na prática existe nos diferentes culturas e idiomas. As músicas, aqui no Brasil tudo é muito liberado, diferente na Colômbia que é muito controlado. A música tem a ver com a cultura, as vezes tem coisas que embora apareça semelhantes mas tem significado diferente, por exemplo, na Colômbia tem um suco chamado água de panela e aqui é diferente, pois se trata de suco de rapadura com limão que feito na panela. (P1TB – José Alessandro)

A fronteira para mim é divisão entre países. Não tenho referência para fazer uma opinião. Acho que há uma integração entre as pessoas que tem intercâmbio. Acho que há uma interrelação cultural. (P2TB – Alessandro Oliveira)

A fronteira para mim são cidades diferentes, outras línguas, outras culturas, porém é bom por causa do contato que temos e aprendemos outras línguas só pelo contato. (P2TB Lidiane Francisca)

A fronteira para mim é um limite entre países. É bom por causa do conhecimento sobre cultura, aquisição de alimentos mais baratos. (P1BC – Joabson)

A fronteira é como vivemos como irmãos e ocupamos o mesmo local, mas também temos idiomas diferentes e comidas diferentes. Temos o privilégio de conviver com culturas diferentes é algo maravilhoso e privilégio. (P1LT - Jenifer Velasquez)

A fronteira é um benefício, pois muitas vezes atravessamos a fronteira em busca de produtos que não temos aqui. Principalmente produtos de primeira necessidade como arroz. A fronteira é uma necessidade, porque você supre suas necessidades de alimentação, lazer, cultura e isto é muito importante para nós que vivemos na fronteira, pois o que não se consegue em um país pode conseguir em outro. Há um intercâmbio em que o aprendizado é mútuo entre os gostos da cultura. Estes fatos necessitam que o Estado olhe diferente para esta região. Portanto, é uma necessidade devida esta intensa relação. Não há só Colômbia ou só Brasil. Porém o estado brasileiro já fechou a fronteira principalmente durante eleições, mas isto é uma coisa particular, não é comum. (P1LT - Joana Pinheiro)

Sabe-se que cultura agrega valores aos cotidianos comuns entre os povos, isto confirma, a hipótese de que a cultura fortalece as relações sociais, no sentido de unir as comunidades independente da nacionalidade.

A questão da insegurança na região da tri fronteiriça foi o parâmetro unânime de descontentamento das populações entrevistadas. Neste aspecto os dados oficiais mostram que a violência doméstica foi a principal causa de notificação nos órgãos de segurança pública, este fato destoa das narrativas que apontam o tráfico de drogas como principal elemento de avaliação negativa. Logo há uma discordância entre o que população vivencia, com que é registrado pelas instituições de segurança pública.

O meio ambiente é uma questão a parte por apresentar dois aspectos contraditórios. O primeiro relacionado às belezas naturais que são estímulos para o desenvolvimento do ecoturismo e os recursos naturais que permitem a utilização sustentável dos mesmos, portanto, garantindo emprego e renda. A segunda questão dentre os vários problemas, um em especial, está relacionada à contaminação por esgoto e rejeito jogado no rio Solimões das cidades de Tabatinga e Letícia, que prejudicam a própria cidade de Tabatinga e a cidade de Santa Rosa, devido o fluxo do rio que segue no sentido destas cidades.

A cidade de Tabatinga apesar de utilizar as águas do rio Solimões para abastecer com água potável sua população possui um sistema de tratamento. As análises de potabilidade da água emitido pelo órgão de fornecimento, mostra os parâmetros físico-químicos e microbiológicos dentro do padrão, porém se obteve narrativas no bairro do Ibirapuera e centro da cidade de um surto de diarreia, onde a suspeita pairou sobre a água como veículo de transmissão, mas não comprovado. A questão se torna crítica para a população de Santa Rosa, que quando não compra,

ou não capta da chuva utiliza a água do rio Solimões apenas clorada ou sem nenhum tratamento.

A observação de campo, aplicação de questionário e pesquisa nos órgãos estatais existentes nas cidades de Tabatinga, Benjamin Constant, Letícia, Islândia e Santa Rosa mostrou a tendência de desenvolvimento capitalista, porém com forte intervenção do Estado e discreto protagonismo das populações na elaboração das políticas públicas, mais especificamente na promoção da saúde. Esta mescla intervencionista torna a situação *sui generis* o que transforma o local diferente dos outros fora da fronteira.

O estudo comparativo entre os sistemas de saúde de Brasil, Colômbia e Peru na tríplice fronteira mostrou as semelhanças e divergências entre os mesmos. Entre as semelhanças estão nos marcos regulatórios dos respectivos países que tratam da saúde, como um sistema com foco integral aos cidadãos, assistência hierarquizada, financiamento pelos entes federados, descentralização político-administrativa, ação a partir do perfil epidemiológico do local e controle do sistema pelo Estado. As Leis também preveem a participação da iniciativa privada no sistema de saúde, sendo em Letícia mais forte.

As diferenças entre os sistemas de saúde tornam-se um óbice importante para se pensar numa política pública de saúde unificada para a tríplice fronteira. Entre as diferenças está a forma de controle do processo de promoção da saúde, uma vez que na Colômbia e no Peru, as ações são realizadas por órgãos ligados ao governo, com pouca ou nenhuma participação popular. A Lei da colombiana prevê participação de usuários na comissão reguladora de saúde, assim como na Lei peruana.

No entanto para se compreender melhor estas semelhanças e diferenças propõe-se discutir as questões relacionadas aos sistemas de saúde dos países em estudo em três etapas:

- a) Estrutura do sistema de saúde dos países;
- b) Perfil epidemiológico das populações;
- c) Acesso aos serviços públicos de saúde das populações na tríplice fronteira.

A primeira etapa relacionada à estrutura dos sistemas de saúde nos três países, que possuem regulamentos bem definidos, onde se prever serviços públicos gratuitos e privados. A legislação brasileira indica que o Ministério da Saúde é o

maior órgão da gestão com autonomia administrativa e financeira, sendo que na Colômbia o Órgão maior é o Ministério da Promoção Social, que atua além da saúde atua em outras frentes sócias, tendo em sua gestão a coparticipação do Ministério da renda e Crédito. Contudo a infraestrutura ambulatorial e hospitalar é boa.

O sistema de saúde peruano tem no Ministério da Saúde seu maior órgão de gestão. Segundo a Lei que regulamenta a saúde no país o controle das ações e dos gastos financeiros é realizado pelo Conselho Diretor, composto por diversos ministérios da gestão federal entre estes o Ministério da Economia e Finança. Portanto, se deduz uma autonomia parcial do Ministério da Saúde frente às decisões do gasto público com a saúde.

No Brasil a estrutura do sistema de saúde tanto da iniciativa privada, quanto pública é regulada por órgãos do governo, com uma diferença entre as duas, de que na questão pública o controle é realizado pelos Conselhos de Saúde como instituição deliberativa garantido por Lei. Nesta condição os Conselhos agregam representantes do setor privado conveniado (campo econômico), gestores (campo político), profissionais de saúde e representantes da sociedade civil organizadas (campo social). Embora a participação popular na elaboração das Leis no Brasil seja garantida, na prática, não é ativa nas cidades de Tabatinga e Benjamin Constant.

Como já referido as cidades de Tabatinga e Letícia apresentam a melhor infraestrutura da tríplice fronteira. Esta melhoria se traduz em melhor qualidade na assistência à saúde de seus munícipes, porém é resultado do melhor desempenho econômico e não da participação popular na política pública. Esta é uma questão que necessita ser melhorada, até porque há dispositivo legal que exige a participação das comunidades na elaboração das políticas públicas.

A situação nas cidades peruanas é dramática, uma vez que a estrutura do sistema de saúde é precária e resolve minimamente os problemas de saúde de sua população. No território peruano há dois problemas que converge para esta situação, o fraco desempenho econômico e a inexistência participação popular local nas diretrizes das políticas públicas de saúde. Partindo do princípio que o Estado soberano promove assistência à sua população, esta é uma das falhas do governo peruano que faz com que sua população procure assistência nos países vizinhos.

Reforça-se a ideia de que com a baixa participação popular nas formulações das políticas públicas o Estado passa a ser o maior formulador das mesmas. Para compreender das relações sociais na tríplice fronteira só é possível com a

compreensão do poder do Estado, do capital na região e como estes agentes participam dentro da estrutura de poder, que ainda tem população e profissionais de saúde. Constata-se ao final que embora exista diferenças no trato da saúde por parte dos governos, há em comum o descuido do governo central com a saúde da população.

Ainda com relação à estrutura no Brasil ao considerar a iniciativa privada, cuja base de sustentação é o capital, garante ao usuário a livre escolha do serviço, porém as empresas estão sob controle do governo. Igualmente acontece na Colômbia, onde o governo através da Comisión de Regulación em Salud (CRS), possui representantes do ente público, dos centros de excelências de produção do conhecimento na área da saúde e representante da população, dando entender um controle participativo. Esta estrutura do campo de saúde nas cidades brasileiras e colombiana tornam os sistemas semelhantes com diferencial de que no Brasil é permitido o conveniado participar do órgão de controle.

Na região peruana dada a pobreza econômica e tamanho de minuto da população e território, os serviços de saúde são majoritariamente públicos (campo político). Embora tenha sido observado que na estrutura do campo da saúde a presença de duas empresas de cunho privado: uma farmácia e uma loja de artigos naturais (campo econômico), além de um médico naturalista. Contudo o campo econômico não é capaz de influenciar o campo da saúde na região peruana, devido a influência dos serviços públicos (campo político).

Embora o campo da saúde no Peru tenha sido estudado e proposto uma estrutura para Islândia e Santa Rosa, o campo político se sobre sai. Pelos dados coletados nas entrevistas, a população residente no lado peruano, salvo os que também têm cidadania brasileira ou colombiana, é atendida no sistema gratuito de saúde oferecido pelo governo (SIS), mas há descontentamento conforme narrativas abaixo:

A fronteira aqui nós passamos necessidades porque não temos apoio do governo peruano. Ai vamos buscar apoio no Brasil, que nos ajuda como no caso da saúde, porque não é pago. Não vamos muito na Colômbia porque não temos dinheiro para se tratar lá. Então nosso grande problema é que nos sentimos sem apoio do governo peruano. (P2SR – Impere)

[...] fazemos controle, mas temos nossa via de referência, por exemplo, quando temos um paciente que está grave, AIH é positivo então mandamos para Iquitos. Mas eles não querem ir preferem procurar o Brasil ou Colômbia, porque aqui tem sua família, então são resistentes [...] do ponto de vista da gestão nosso maior problema é a questão financeira para custear nossa estrutura, hoje nós recebemos entorno de 4.000 soles que

equivale aproximadamente 5000 reais, para pagar energia, água, limpeza é muito pouco precisaríamos pelo menos 6000 soles. (Ana Natali Vasquez Molano – Diretora do Centro de saúde de Santa Rosa)

Nós peruanos procuramos sobre tudo saúde em Tabatinga porque pela facilidade, até porque em Santa Rosa não temos um hospital, mas um centro de saúde tipo 3, portanto, não contamos com suplementos e pessoal adequados para algumas necessidades de saúde da população. Como, por exemplo, semana passada veio um homem com uma mordida de um jacaré e não havia como atendê-lo em suas necessidades, apenas o tratamento básico. Porém o tratamento adequado para este tipo de paciente somente em Iquitos. (Jack Ivan Yovera Peña - Alcadi de Santa Rosa)

Observe que as narrativas sempre se referem a estrutura dos serviços para suprir as necessidades da população, sendo esta, a razão do porque os peruanos buscam na Colômbia e no Brasil, mais neste, soluções para seus problemas de saúde.

Observe-se que com base nas regras de funcionamento do sistema de saúde, a estrutura do campo na tríplice fronteira pode ser deformada por qualquer agente. Entretanto, esta possibilidade é pouco provável, mesmo no Brasil, que possui instrumentos e entidades como os Conselhos de Saúde, devido a prevalência do poder coercitivo do Estado. Isto abre um pressuposto para afirmar, que quando a população necessita de um atendimento, ela busca com recursos próprios ou nos países vizinhos.

A segunda etapa desta análise comparativa dos sistemas de saúde, trata do perfil epidemiológico das populações na tríplice fronteira. Importante ressaltar que tiveram muitas dificuldades relacionadas a disponibilidade de informações pelos órgãos de saúde das cidades de Letícia, Islândia e Santa Rosa ao que diz respeito aos casos de mortes ocorridas, sendo informado a mortalidade geral dos Departamentos do Amazonas e de Loreto.

Em entrevistas com os gerentes das Unidades de Saúde de Islândia e Santa Rosa os mesmos afirmaram que em 2015 não houvera óbitos. Esta situação tem certa lógica pelo perfil de atendimento realizado nestas cidades peruanas, uma vez que há indisponibilidade de recursos materiais e humanos para tratar problemas graves, ou seja, de média e alta complexidade. Logo se deduz que estes óbitos ocorreram nas cidades para onde os pacientes graves foram referenciados, quando vão a óbito, o que explica a ausência de informações.

No caso da cidade de Letícia as dificuldades são as mesmas das cidades peruanas. Logo os dados de mortalidade são gerais e concernentes ao

Departamento do Amazonas. Ao considerar a cidade de Letícia como a mais importante e por ter o maior quantitativo populacional do Departamento creditou-se a esta às informações sobre os casos de óbitos.

Dito isto, os dados oficiais divulgados pelos órgãos de saúde de Tabatinga, Benjamin Constant e de Letícia mostram que os homicídios são uma das principais causas de óbitos. Esta constatação é refletida na opinião dos entrevistados e relatos de autoridades quando a questão envolve tráfico de drogas na tríplice fronteira como principal problema. Acrescenta-se neste cenário, os registros dos órgãos de segurança pública das cidades em questão, onde apontam que este tipo de morte está entre os mais recorrentes.

Embora se tenha buscado evidências para se explicar as intensas relações sociais entre estes povos, a violência e homicídios também são comuns entre estas populações. Ao avaliar a fronteira pela perspectiva negativa das relações internacionais, na verdade o que se infere, não é o acontecimento em si, embora, gere desconfiança e preocupação, mas são apontados como óbices a serem superados para melhorar as relações na região. Portanto, se propõe utilizar a questão dos óbitos por homicídios e o tráfico de drogas, como uma preocupação latente e que requer atenção por parte do Estado para coibi-los no sentido de melhorar as relações fronteiriças.

Outra questão importante relacionada aos óbitos na tríplice fronteira está relacionada às mortes na infância. Tanto no Brasil quanto na Colômbia e no Peru, esta faixa etária recebe atenção especial por parte do Estado, tanto que possuem programas, investimentos e unidades de saúde específicos para atendê-los. Este fato é bem caracterizado pela cidade de Islândia, que mesmo com suas deficiências estruturais possui um centro específico para este atendimento, embora se pudesse fazer bem mais por estas populações.

A mortalidade infantil é um dado utilizado como indicador de avaliação do sistema de saúde utilizado pela OMS. Como ilustrado nos gráficos 12, 22 e 39, onde são expostas as principais causas de mortalidade nesta faixa etária, se observa que estas podem ser evitadas com a melhoria na qualidade do atendimento à gestante a nível de pré-natal. Embora esta faixa etária possua programas e financiamento específicos, os dados refletem a negligência do poder público na atenção primária de saúde.

Observe-se que apesar dos dados de mortalidade em menores de cinco anos não estejam disponíveis para as cidades de Islândia e Santa Rosa as informações obtidas do Departamento de Loreto refletem a realidade local. Como demonstrado no gráfico 49, onde a taxa de mortalidade é considerada importante, uma vez que aufere um valor de 33 crianças por cada 1000 pessoas, somado a esta proporção, a deficiência da infraestrutura nas referidas cidades. Logo se deduz que a deficiência observada nas cidades vizinhas são as mesmas nas cidades peruanas.

Dentre as morbidades registradas pelos órgãos de saúde da região, estão as relacionadas com o período perinatal e desnutrição como de maior impacto. Estes dados corroboram com os índices de mortalidade observada nas respectivas cidades e reforça a ideia que este tipo de morbidade tem relação com a deficiência da assistência prestada à gestante e a criança. Logo tal deficiência têm relação com infraestrutura, recursos materiais e recursos humanos típicos de países pobres.

As cidades de Tabatinga, Benjamin Constant e Leticia apresentem melhor estrutura de atenção primária, porém as mazelas sobre suas populações são semelhantes. Isto quer dizer que as soluções para se resolver estes problemas, em tese, partem do mesmo princípio, ou seja, fortalecimento das políticas públicas de saúde ao que concerne à atenção básica e melhoramento da infraestrutura das cidades. Ressalte-se que as cidades peruanas são as que mais carecem deste melhoramento, sobretudo, do acesso à água potável.

A terceira etapa proposta para esta análise é composta pela avaliação do acesso aos serviços públicos de saúde das populações na tríplice fronteira. Inicia-se o raciocínio a partir do planejamento incluído na condução da política pública que estão expressas nos respectivos marcos regulatórios, onde a gestão planejada é feita considerando o perfil epidemiológico das populações, com hierarquização dos problemas de saúde por nível de complexidade. Observe-se então, que a gestão necessita conhecer a infraestrutura disponível e perfil epidemiológico da população.

Embora nos sistemas de saúde dos respectivos países preverem uma atenção hierarquizada, com relação ao acesso das populações, há na prática problemas. Em Tabatinga, onde a infraestrutura de saúde é mais completa, por possuir um hospital geral com leito de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os casos mais graves, como por exemplo, traumatismo craniano, os pacientes são referenciados para outros centros, ou seja, há limites de resolutividade de problemas de alta complexidade. Essa mesma

tendência serve para as outras cidades internacionais que compõem a fronteira, sendo no caso peruano muito mais grave, considerando o traslado do paciente até os grandes centros, que no caso é Iquitos.

A questão específica de Islândia e Santa Rosa é mais dramática, pois na prática há muita deficiência. Para complicar a deficiência de acesso da população peruana o distanciamento dos centros detentores de tecnologias resolutivas torna-se um importante óbice, devido transporte, isto acaba por agrava a situação de pacientes com risco de morte, quando necessitam de uma transferência para Iquitos, capital do Departamento, conforme relato do médico da Unidade de Saúde de Santa Rosa e outros entrevistados:

Outro problema é quando ao sistema de referência porque é um fracasso total. Neste sistema temos que mandar o paciente grave para Caballococha, que são três horas de viagem, quando não resolve tem que esperar o avião para ir à Iquitos é claro que este sistema não funciona, detalhe quando mando meu paciente 6 da manhã ele chega aproximadamente 9 à 9:30, mas o avião já saiu e ele tem que esperar até o dia seguinte às 8:00h o horário de saída do avião. (Carlos Medina, médico da Unidade de Saúde de Santa Rosa)

A fronteira para mim é países vizinhos e que deveriam permanecer em confraternidade de países amigos. Porém nesta parte do Peru somos negligenciados pelo governo e quem nos socorre são os países vizinhos. (P1SR)

A fronteira para mim é temos muitas necessidades e somos esquecidos pelos governos, que nos negligência saúde, saneamento, educação. O que acontece aqui no Peru, por exemplo, não temos universidade e quando vamos ao Brasil ou Peru não temos acesso. Somente um projeto de desenvolvimento que contemple estas questões principalmente de educação. Acho que deveria haver um acordo trinacional em educação para suprir a necessidade seja de alunos com acesso à educação e formação de professor, ou seja, dar oportunidade para cursar um curso de nível superior e ter direito ao emprego em qualquer parte da fronteira, ou seja, é um problema de Estado que não há projeto de desenvolvimento. (P2SR – Roselita)

Estas narrativas sustentam as observações *in loco*, a deficiência da infraestrutura da cidade, onde faltam saneamento básico e acesso à água potável.

Outro raciocínio importante a se fazer considera o acesso como importante indicador para se mensurar a qualidade da assistência à saúde. A escolha por uma assistência particular do cidadão é livre, ademais nos três países existe assistência pública garantida integralmente pelo Estado e no caso de uma assistência de maior complexidade indisponível nos respectivos locais o usuário é transportado para outro local resolutivo, onde o atendimento pode ser realizado, inclusive para as

respectivas capitais departamentais, estadual e/ou do país. A partir dos dados obtidos pela observação de campo, constata-se que a transferência de pacientes é comum, o que reflete a baixa resolutividade de problemas complexos de saúde, haja vista, o perfil epidemiológico da região exigir que tais procedimentos existam na região.

Além do perfil epidemiológico e sendo a maioria das populações, indistintamente da nacionalidade, são considerados pobres e vulneráveis, agravantes a serem considerados pelo nível central dos governos. Evidenciou-se através dos dados secundários, que 100% da população peruana, 88,75% da população de Letícia, 69,92% da população de Benjamin Constant e 60,24% da população de Tabatinga se encontram na linha de pobreza. Estas informações fazem destas populações prioridades para o poder público, contudo, esta condição não é vista, principalmente pelo governo peruano.

Como indicador os dados obtidos mostram que a real condição do acesso aos serviços de saúde está prejudicada. Para justificar esta constatação, por exemplo, parte-se das informações obtidas nas entrevistas no território colombiano, onde mais de 50% dos entrevistados participam do regime contributivo no sistema de saúde, portanto, é remunerado. Estas informações são contrárias aos dados de classificação utilizados pelo SISBEN, que aloca mais de 80% da população nos níveis I e II, ou seja, em níveis pobreza e vulneráveis.

No Peru o serviço de saúde é prioritariamente público, pois 95% dos entrevistados relataram participar do regime subsidiado. No entanto, na questão peruana, devido a fragilidade da assistência e considerando a infraestrutura dos postos de saúde, não disponibiliza assistência às doenças mais graves e sempre tem que recorrer aos grandes centros, como observado pelos gerentes entrevistados dos Centros de Saúde de Santa Rosa e Islândia. Como o transporte é dificultado para se chegar nos centros resolutivos peruano, os pacientes procuram atendimento na Colômbia ou no Brasil, mais neste, que naquele como já referido, mas requerendo uma redundância.

Esse fato é notório e tem mais um fator que corrobora para se confirmar a preferência dos peruanos em busca de assistência no Brasil. Os dados coletados informam que mais de 62% dos entrevistados peruanos que vivem no Peru, declararam ter parentes nos países vizinhos. Observe-se que destes, mais de 68%, afirmaram que têm parentes no Brasil, o que faz com que os peruanos tenham

predileção pelo Brasil. Esta premissa confirma a hipótese que laços familiares desconsideram as estruturas jurídicas estabelecidas pelos Estados-nação.

Com relação aos colombianos, 73% dos entrevistados afirmaram terem parentes brasileiros ou que possuem nacionalidade brasileira. O fato de terem parentes no Brasil ou dupla cidadania são facilitadores para aquisição do Catão Nacional de Saúde (CNS), portanto, acesso aos serviços de saúde. Ademais o modelo de atenção do SUS e a infraestrutura dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) no Brasil convergem pela preferência de estrangeiros ao SUS conforme narrativa abaixo:

O acesso dos estrangeiros é porque a maioria deles tem dupla nacionalidade então eles têm o CNS, por tanto, eles estão legalmente estabelecidos no Brasil. Os que não estão legalmente no Brasil, nós preenchemos uma ficha de estrangeiro e eles vão até a Secretaria de Saúde para retirar a CNS, portanto, como as portas estão abertas, temos que atender os pacientes, pois temos a obrigatoriedade porque somos profissionais de saúde. Portanto, temos que mudar a Lei, pois por exemplo, quando vamos aos USA temos que ter um seguro de saúde se não entramos, logo temos que mudar a legislação. Nossa área adstrita são os bairros de Rui Barbosa, Santa Rosa, GM e Av. Brasil, portanto, moram no Brasil, mesmo estando ilegalmente no Brasil. A fronteira para mim é o ir e vir das pessoas respeitando os costumes de cada nacionalidade, logo a fronteira pode ser boa o ruim. (Maria Izete Ferreira, gerente da Unidade de Saúde e Santa Rosa)

Os peruanos e colombianos buscam a UPA devido a deficiência do serviço de saúde eles procuram o Brasil. Veja o caso da Colômbia o sistema de saúde é pago. Mas também porque a qualidade dos serviços daqui é melhor. Então eles veem a UPA como um acesso fácil e tem buscam aqui o atendimento. Então a questão é toda pela facilidade do acesso. Este modelo de universal do SUS, isto facilita o acesso e atendimento independente da nacionalidade. Aqui por ser uma unidade de U/E, só precisamos de um documento de identificação para ser atendido. Nossa produção é feira normalmente. Há cartão SUS disponibilizado para o estrangeiro. A questão toda é classificação desta unidade de saúde por ser unidade U/E, então temos que atender. Mas nós coletamos algumas informações sociais e econômicas, mas que não há dúvida que os estrangeiros entram por aqui, a proporcional porta de entrada. (Daniela Guimaraes, Gerente da Unidade de Pronto Atendimento)

[...] Assim tem vários casos de tuberculoso pulmonar e ganglionar, com esta supurando por dois buracos do abdome da criatura, assim magro, tosse produtiva, este paciente não conseguiu nem coletar amostra de tanto sangue que vinha no cuspe e nós internamos com documento do primo dele, peruano que veio para área indígena e pegou os documentos do primo e se passou pelo primo. (Silene Kunrath, Coordenadora de Atenção Básica de Benjamin Constant)

As falas dos gestores e o modelo de assistência no Brasil são ambientes favoráveis para acesso de estrangeiros, mesmo não residindo em território brasileiro.

Outros fatores analisados são relevantes para análise do acesso aos serviços de saúde na tríplice fronteira. Dada a complexidade estrutural ambulatorial e hospitalar instalada no Brasil, facilita a resolução de problemas de saúde mais complexos, que somado à organização político-administrativa do sistema de saúde brasileiro e a liberdade de trânsito de pessoas na fronteira, é no Brasil, que as necessidades de brasileiros, peruanos e colombianos são supridas. Portanto, dupla nacionalidade, problemas complexos de saúde e a oferta universal e gratuita de procedimentos complexos no Brasil são atrativos pela sua preferência.

Os modelos de atenção à saúde estão organizados a partir das informações produzidas pelos respectivos serviços, o que lhes permitem o planejamento. Neste sentido as subnotificações provocadas pelas falhas na obtenção de informações sobre os pacientes, são prejudiciais para organização dos serviços e no Brasil como o acesso é universal, acirra a problemática para o planejamento da gestão. Essa questão, no Brasil, tem um reflexo danoso uma vez que o financiamento dos serviços de saúde considera o quantitativo populacional adstrito, isto implica, por exemplo, quando uma unidade de saúde atende um paciente e não identifica sua procedência, não tem como justificar seu gasto.

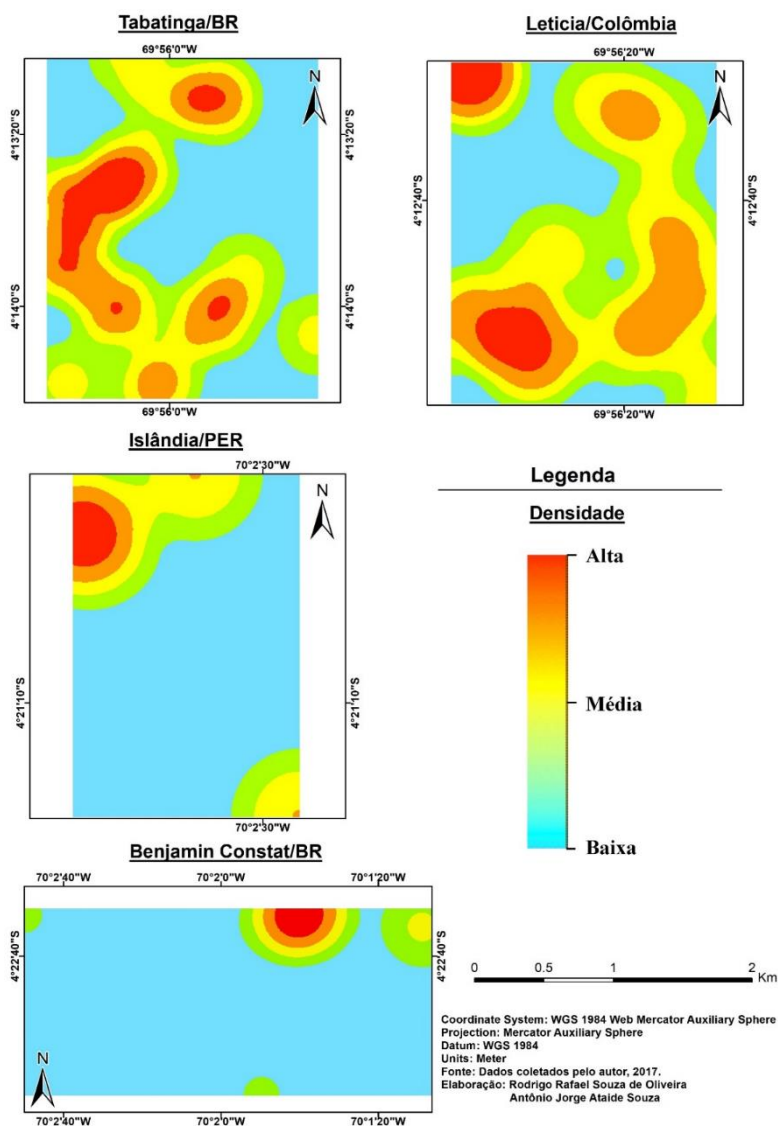
Também é pertinente perceber que o acesso tem relação com o quantitativo de estabelecimentos de saúde e sua localização geográfica. A figura 8 que representa o quantitativo de estabelecimento distribuídos no território de cada cidade, sendo que na cidade de Tabatinga a distribuição dos estabelecimentos é mais homogênea devido à característica do sistema de saúde do Brasil. Embora a regra valha para Benjamin Constant, ou seja, unidade de saúde pública perto da moradia do cidadão, seu quantitativo é menor o que favorece o aspecto da menos homogêneo.

A aparência mais concentrada na cidade de Letícia no mapa de kernel deve-se ao fato dos estabelecimentos de saúde encontrar-se no centro urbano da cidade. A rede de serviço é composta por empresas privadas com exceção do hospital San Rafael que apresenta maior porte, mas localizado região central da cidade. Devido modelo de atenção à saúde na Colômbia justificaria em parte esta distribuição.

Em Islândia por apresentar quatro estabelecimentos de saúde o mapa de Kernel apresenta um aspecto menos denso. Dada estrutura da cidade, suas dimensões e populações os estabelecimentos de saúde localizam-se no centro urbano. Ressalte-se em Islândia há duas unidades públicas que realizam

atendimento básico e pouco resolutivo nas emergências e duas privadas representadas por farmácias (figura 8).

Figura 8 - Mapa de Kernel de localização dos estabelecimentos de saúde nas cidades de Tabatinga, Benjamin Constant, Letícia e Islândia.



A legislação brasileira determina que para um atendimento no SUS, o usuário deve apresentar o Cartão Nacional de Saúde (CNS), salvo, em casos de emergência. Este é um documento de organização do acesso ao sistema de saúde no Brasil, que dentre seus objetivos permite identificar o usuário, bem como sua procedência. Para ser portador do CNS o usuário deve procurar um órgão da Secretaria de Saúde munido de documento de identificação e comprovante de residência.

A rede de assistência de Saúde em Tabatinga e Benjamin Constant é mais complexa e resolutive. Destaque para a rede de assistência em Tabatinga, onde há um hospital do Exército brasileiro, que possui Unidade de Tratamento Intensivo, portanto, possibilidades de resolver problemas mais complexos, diferente de Benjamin Constant, que apesar de ter um hospital geral tem pouca resolutividade de problemas de média complexidade. O restante da rede de assistência no território brasileiro é composto por unidade de saúde pública e particular, que realizam atendimentos de nível ambulatorial, sobre tudo de atenção primária.

Os recursos humanos na área de saúde no território brasileiro, em sua maioria, estão relacionados à atenção básica. Esta constatação se justifica pela política pública vigente no país que prioriza esta forma de assistência, onde o princípio é a prevenção para evitar o agravamento de doenças. Porém, há profissionais especialistas para atuarem na média e alta complexidade da atenção, concentrado na cidade de Tabatinga, onde é maior o complexo hospitalar.

Embora os hospitais do Exército e Municipal de Benjamin Constant, mais aquele, que este, apresentem estrutura física, os mesmos são limitados quanto a assistência integral do usuário. Estas limitações seguem em dois sentidos, sendo um relacionado ao quantitativo de leitos disponíveis para a demanda da região e outro pela disponibilidade de estrutura e profissionais especializados. Quando se trata de serviço público de saúde, o usuário que necessita de atendimento e não tem disponibilidade no seu município, a gestão tem por obrigação referenciar o mesmo para outros centros mais resolutivos.

Como já referido a cidade de Letícia possui os Hospitais San Rafael e Letícia, que concentram o maior número de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Com características de hospitais gerais, ambos possuem estrutura para realização de procedimentos de média e complexidade com destaque para o hospital San Rafael que possui maior capacidade instalada. Não obstante, o Trapézio Amazônico que concentra em sua dependência atendimento ambulatorial.

Na Colômbia o que vai determinar a forma de acesso aos serviços de saúde é a classificação do SISBEN. Porém há prestação de serviços de saúde ao paciente estrangeiro de urgência e emergência possuindo ou não documento colombiano, isto é confirmado pelo Diretor do Hospital San Rafael, mas cabe dizer que este atendimento segue a premissa da ética na emergência, onde em casos de risco de morte o paciente deve ser atendido. Ressalte-se que este padrão não é

benevolência, mas um acordo humanitário internacional, cuja ação independe de o paciente ser ou não assegurado e o hospital ser ou não público.

Para o Diretor do Hospital San Rafael de Letícia, Jaime Gollego Tejada, a urgência e emergência é uma das portas de entrada de pacientes no sistema de saúde colombiano, que independe da nacionalidade e de sua condição legal de imigração como segue:

O paciente ingressa no hospital ou por emergência ou por consulta. Oferecemos dois tipos de serviços à comunidade um de internação e outro ambulatorial, sendo os serviços de internação em pediatria, ginecologia, generalista, cirurgia e ortopedia. No ambulatório temos consultas externas nas mesmas especialidades da internação. Nosso hospital é considerado público, mas atendemos os diversos tipos de pacientes do regime contributivo, subsidiado (em sua maioria), porém nós não fazemos diferenciação de pacientes em relação aos tipos de plano todos ficam no mesmo ambiente, apenas os dividimos em bloco por especialidade e por gênero. No caso de atendimento de emergência, seja com plano, ou não estrangeiro ou colombiano, sem discriminação, temos que atender. Dentre os profissionais que trabalham aqui temos 6 especialistas (médicos permanentes durante 24 h), ao todo mais ou menos uns 15 médicos. Aqui nosso hospital é de 2ª nível, média complexidade, mas temos alguns procedimentos de alta complexidade como buco-maxilo-facial, mas geralmente encaminhamos os pacientes mais graves para outras cidades onde têm o atendimento mais complexo quando o paciente necessita como para Bogotá. A nossa decisão é compartilhada entre todos da diretoria, portanto, são decisões técnicas. Nosso maior problema é relativo a questões financeiras, principalmente quando prestamos serviços às EPS e que nos demoram a pagar, mas mesmo assim temos que realizar os serviços porque não podemos parar. Por exemplo, estão nos devendo cerca de \$ 11.000.000,00 (pesos), que equivale a mais ou menos R\$ 13.000.000,00.

O diretor se refere ao atendimento de imigrante na emergência do hospital quando em risco iminente de morte.

Contudo a capacidade de resolução de problemas complexos em Letícia é limitada. Esta limitação tem a ver com a infraestrutura e recursos humanos existentes somente nos grandes centros urbanos do país, sendo seus pacientes referenciados para outros centros inclusive para a capital do país, Bogotá, sempre via aérea o que torna o tratamento oneroso para o sistema, sendo as EPS encarregadas de repassar aos EAS os recursos financeiros equivalentes ao procedimento executado durante o tratamento. Ademais a narrativa do diretor desvela os problemas financeiros por que passa os estabelecimentos de saúde quando é necessário a busca por procedimentos mais complexos.

Na lógica da gestão do sistema de saúde colombiano, a atenção básica sempre será priorizada, posteriormente a média e alta complexidade. Para o diretor

clínico do hospital Letícia a assistência primária tem que ser mais valorizada por tratar preventivamente os problemas de saúde, o que torna o sistema mais barato e sua resolução é mais rápida. Por esta razão há mais médicos generalista que especialistas nesta região de fronteira.

Segundo a Lei de saúde peruana o acesso aos serviços de saúde deve-se dar primeiramente através da atenção básica e secundariamente na média e alta complexidade. Dada as tipologias dos estabelecimentos de saúde existentes em Islândia e Santa Rosa o peruano tem uma assistência centrada na atenção básica, sendo seus esforços maiores na atenção à saúde da gestante e da criança. Para este perfil, somado ao número populacional das cidades peruanas, constatou-se ser ideal o quantitativo de profissionais generalistas, ou seja, profissionais que trabalham a questão preventiva das enfermidades.

Contudo a questão do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade é o gargalo do sistema no território peruano. Observe-se nas falas a seguir:

Nós peruanos procuramos sobre tudo saúde em Tabatinga porque pela facilidade, até porque em Santa Rosa não temos um hospital, mas um centro de saúde tipo 3, portanto, não contamos com suplementos e pessoal adequado para algumas necessidades de saúde da população. Como, por exemplo, semana passada veio um homem com uma mordida de um jacaré e não havia como atende-lo em suas necessidades, apenas o tratamento básico. Porém o tratamento adequado para este tipo de paciente somente em Iquitos. (Alcadi de Santa Rosa: Jack Ivan Yovera Peña)

A população procura tratamento de saúde no Brasil e na Colômbia, porque aqui nosso Centro de Saúde é do tipo III e então é um centro de prevenção, não fazemos procedimento mais complexo. Fazemos controle, mas temos nossa via de referência, por exemplo, quando temos um paciente que está grave, AIH é positivo então mandamos para Iquitos. Mas eles não querem ir preferem procurar o Brasil ou Colômbia, porque aqui tem sua família, então são resistentes, então eles pedem um guia de referência e nós não podemos liberar estes documentos, porque é um documento nacional do peru. Nossos pacientes procuram o Brasil devido o modelo de assistência. Normalmente os peruanos têm o documento brasileiro. Então todos os pacientes que necessitam de uma assistência mais urgente, não tem jeito, mandamos para Iquitos. Normalmente os pacientes mais graves vão a Iquitos referenciados através do SIS, que é gratuito, o sistema se compromete com 10 soles diários para sua manutenção. Mas no hospital é garantido para o paciente e seu familiar acompanhante. (Ana Natali Vasquez Molano, Diretora do Centro de Saúde de Santa Rosa)

Nossos pacientes procuram o sistema de saúde do Brasil e da Colômbia, porque nosso sistema de saúde aqui não está preparado para atender pacientes mais graves, como pacientes necessitando de cirurgias, nós fazemos atenção primária e preventiva, mas há anos trabalhamos com apoio do Brasil e Colômbia. Apesar de termos uma estrutura grande, e centro cirúrgico, nós não temos recursos humanos, nem equipamentos necessários para dar conta da demanda. (Diana Rivera Cardoso, enfermeira

do Centro de Saúde de Santa Rosa e encarregada das informações epidemiológicas)

[...] acho que Brasil tem razão porque seus postos de saúde estão cheios de peruanos. Um quarto da população de Tabatinga é composto por peruanos e forma ilegal. Isto porque não temos resolutivo, não temos RX; ultrassonografia, etc. então ela vai procurar atendimento lá e às vezes se torna um problema porque as vezes estas pessoas não tem documentos e seu problema é grave, eu pergunto como vai referenciar esta pessoa? Como vai justificar o uso de medicamentos? Eu tenho documento brasileiro porque minha mãe é brasileira, mas não posso trabalhar no Brasil porque não tenho registro, preciso valida-lo. Mas pelo menos são atendidos no Brasil, pior é na Colômbia, que não atende um paciente peruano lá. Porque quem vai pagar por estes pacientes na emergência, lá são 56 000 pesos por emergência, não há assistência social. Como na Colômbia a saúde é privatizada, todos os serviços estão nas seguradoras. Diferentemente aqui, se vier um colombiano vai ser atendido aqui normalmente. Lá eles dizem primeiro temos que faturar depois atendemos. [...] aqui Santa Rosa porque só aqui tem médico e enfermagem e quando não posso resolver tenho que manda-los a Caballococha e Caballococha não tem mais nada do que eu ele tem o mesmo que eu tenho, não tem se quer um incubadora para um bebe, não tem nada. Quando há necessidade de parto cesariano mando para Tabatinga eles acabam sendo obrigados a tendê-la porque é uma emergência é o que faço eu não posso deixar morrer aquela mulher, mas não tenho outra alternativa se fazer esta operação e eu não tenho como enviar a Caballococha até porque não tem nada mais do que eu tenho. Este sistema de referência é um fracasso não existe. (Carlos Medina, médico do Centro de Saúde de Santa Rosa)

A fronteira para mim é sinceramente para nós peruanos não temos apoio dos governos, estamos abandonados. Só vivemos porque nós trabalhamos. As vezes temos apoio assistencialista do governo central, mas precisamos mais. Por exemplo, na questão de saúde as vezes precisamos de médico não há, quando estamos em estado grave não temos a atenção adequada para resolver nosso problema de saúde. Porém dizem que manda para nós, mas isso é difícil. Quando precisamos de um atendimento complexo, nos mandam à Iquitos, mas nem sempre podemos ir, porque não temos soles, se vamos à Benjamin ou a Letícia não somos atendidos porque somos peruanos. Nós temos travado uma luta para conseguir uma terra exclusiva para o povo Kokama, mas há muita briga interna entre nós. Não somos unidos, porque só há briga, inclusive pela terra, conseguimos, mas nós não tivemos acesso, somente os envolvidos na direção, ou seja, nós Kokama não somos unidos. (Sra. Rosa – P2IL)

No Peru a assistência básica é garantida pelas instituições de saúde públicas presente no território, mas a média e alta complexidade é inexistente, sendo seus pacientes referenciados para Cavallococha via fluvial ou para Iquitos via aéreo, mas enfrenta resistência por parte da população, devida a falta de apoio nas instalações nas cidades de referência.

A ideia de fronteira pelos agentes que compõe a região Amazônica entre Brasil, Colômbia e Peru é um indicador para se pensar as relações sociais. A avaliação geral da comunidade, autoridades e profissionais de saúde entrevistados foi positiva e mostrou uma interdependência entre as populações. Este fato é

possível pela facilidade de acesso das pessoas a elementos como comércio, cultura, idioma, culinária e acesso aos serviços de saúde.

O regime econômico observado nas cidades pesquisadas é o capitalismo, com forte intervenção do Estado. Esta intervenção incentiva um nacionalismo para garantir a soberania dos territórios, também garantido pela presença de instituições governamentais que dão o tom que Casanova (2006) chamou de colonialismo interno. Essas ideias separatistas, de brasileiros, colombianos e peruanos, não são eficientes o suficiente para dividir os povos da tríplice fronteira.

Embora seja notória a questão da insegurança transfronteiriça, não por causa das ideias patrióticas, mas pelo temor ao tráfico de drogas. Este elemento foi vinculado à variável segurança, que embora a linha de fronteira legalmente estabelecida, seja vigiada pelas forças armadas brasileiras, polícia colombiana e peruana, o acesso e o livre trânsito de pessoas favorecem este tipo de contraversão. Porém mesmo, com esta facilidade, foi observado que as pessoas se identificam uma com as outras mesmo de nacionalidades diferentes, tanto que estabelecem relações matrimoniais, comerciais e culturais.

A tônica dos discursos entre populares, autoridades de profissionais de saúde vai no sentido de união. Embora pouco citada, mas foram abstraídas das falas destes, palavras como liberdade, irmandade, solidariedade e paz o que traz consigo possibilidade de se pensar políticas públicas para todos e não os segregando. A realidade é que grande parte da população naquele espaço fronteiriço é vulnerável, sendo identificados como tal, por autoridade e profissionais de saúde.

A questão da saúde na tríplice fronteira realça o quão o Estado está omissa às necessidades dos povos. A pesquisa mostrou o esforço conjunto de profissionais, brasileiros, colombianos e peruanos trabalhando em conjunto para combater enfermidades endêmicas como a dengue, malária, tuberculose e outras, porém informalmente. Contudo mesmo com esta iniciativa tem-se trocado informações epidemiológicas que contribuem para controle da proliferação de doenças endêmicas.

O conceito de saúde exposto nas leis que regem os sistemas de saúde dos países desta fronteira é similar. Pois entende saúde não só o bem-estar físico e mental, mas percebem as pessoas como fazendo parte de uma sociedade, que tem direito ao acesso a emprego, renda, alimentação de qualidade, saneamento básico, acesso à água potável, a moradia, a educação e segurança. Porém esta mesma

legislação que compreende saúde como posto, também induz a uma gestão diferente que torna a questão mais complexa do ponto de vista da legalidade.

A participação popular está prevista nas diretrizes das políticas públicas de saúde nas leis brasileiras, através dos Conselhos de Saúde. Esta inserção confere aos Conselhos um *status* deliberativo, com autonomia administrativa, política, financeira e presente em os municípios. A Legislação que detalha as ações e composição dos Conselhos de Saúde no Brasil prevê a composição paritária sendo que 50% de seus componentes serão das organizações sociais que representam os usuários.

Na legislação colombiana a participação do usuário é citada como integrante da Comissão de Regulação em Saúde. Esta instância está vinculada ao Ministério da Promoção Social, que juntamente com instituições do governo, de ensino e pesquisa monitoram e avaliam as ações de saúde e seus agentes. Entretanto, se observa restrita participação popular nas políticas públicas de saúde.

No caso do Peru a legislação cita a Junta de Usuário como agente consultivo e propositivo das ações de saúde. Apesar de não apresentar vínculo com outros órgãos do governo, esta instância é consultiva, não se encontra disseminada pelas cidades peruanas da tríplice fronteira. Logo, tornando as comunidades peruanas na tríplice fronteira invisível, por não serem ouvidas, reforçando a ideia de desleixo do Estado.

Apesar da participação da sociedade estar expressa nos marcos regulatórios do sistema de saúde de Brasil, Colômbia e Peru, a mesma não existe. Nas cidades de Tabatinga e Benjamin Constant há um Conselho de Saúde implantado, porém pouco atuante, haja vista, a fragilidade das informações constantes nos instrumentos de gestão. Em Letícia, Islândia e Santa Rosa não foram identificadas nenhuma entidade que representasse a região nos conselhos de saúde, o que se infere a tímida ou inexistência da participação popular. Este é o principal óbice abstraídos pela pesquisa seja pelas entrevistas, observação de campo ou análise dos dados secundários obtidos *in loco*.

As políticas públicas surgem na história como uma forma garantir a ordem social de sociedade complexa no Estado moderno. A complexidade da sociedade na região de fronteira Amazônica, especificamente entre Brasil, Colômbia e Peru são marcadas por desigualdades sociais gritantes em que as políticas públicas implantadas nem sempre foram acompanhadas de ações concretas. Acredita-se que

a união da participação popular com inovações tecnológicas advindas da ciência, pode produzir propostas inclusivas e que trata o homem pela sua humanidade.

Ao observar o contexto da política pública numa gestão pautada no conhecimento aprofundado da realidade social diminui a possibilidade de erros. A saúde pensada interdisciplinarmente como parte integrante da ciência faz interface com nas questões sociais, educacionais, culturais e segurança. Esta premissa foi vastamente retratada, sobretudo pelas comunidades, que desvelaram suas angústias, medos, mas sua crença num território mais justos e igual.

Ora se caracteristicamente as políticas públicas são uma somatória das ações governo, o mesmo deve fomentar o amplo debate com todos os agentes do campo social. A academia não pode se abster deste debate, mas compreender que a formulação de políticas pela interdisciplinaridade favorecerá a gestão que deve privilegiar as ações inclusivas, que diminua as diferenças sócias e econômicas entre as pessoas.

Pensar política pública com avaliação sistemática para diminuir a possibilidade de erro de ação sobre as populações. A região de fronteira é um local diferente dos outros por permitir acesso a produtos, serviços, conhecimentos, culturas idiomas que vão dar maior interdependência ente os povos fronteiriços. Assim sendo a gestão deve agir em prol da sociedade como um todo, ou seja, pensando no coletivo e isso inclui brasileiros, colombianos e peruanos.

Formulações das políticas públicas perpassam por todos os agentes do campo social, através de uma ampla discussão. Evidentemente que a população deve ser ouvida, bem como os profissionais que fazem parte do sistema que vai receber a política. Entre outras coisas, se procurou saber como os agentes percebem as relações sociais de fronteira.

Assim sendo, de uma forma geral a avaliação sobre as relações na tríplice fronteirapela população foi positiva. O contexto abstraído das entrevistas direcionou a um conceito a partir do contexto limite, sendo atribuída a mais de 70% das avaliações. Isto permite uma reflexão no sentido de entender o real significado deste termo considerando os significados semânticos discutidos durante o trabalho.

A partir da proposta metodológica se considerou o termo limite como divisão pela perspectiva do Estado-nação. Portanto, se considerou que os entrevistados eram brasileiros, colombianos e peruanos, porém através de suas falas percebeu-se outro significado no sentimento de irmandade entre os povos, fortalecidos pela

interdependência cotidiana. O que aparentemente se apresentava como paradoxo, é na verdade, um cenário de inversão conceitual, onde o limite passa ter um sentido de continuidade.

O conceito de limite mesmo pela perspectiva negativa dada pelos entrevistados dava um significado ao termo de continuidade territorial. Observe-se pela ótica negativa, o limite tem sentido de continuidade não somente com burla às leis e regras impostas pelos Estados, onde a droga e a violência advinda do comércio ilegal, que transitam e transmitem medo às comunidades da tríplice fronteira. Logo o sentido de continuidade na perspectiva negativa, é dada pelo livre trânsito de pessoas, que traficam drogas mesmo com vigilância da polícia colombiana, peruana, brasileira, Força Nacional e Exército brasileiro na linha divisória entre às cidades de Tabatinga, Letícia, Santa Rosa, Benjamin Constant e Islândia.

O significado semântico inverso ao significado da gênese de limite para conceituar fronteira, independente da avaliação, é por causa do acesso. Este termo representa a disponibilidade e aquisição de bens, materiais e serviços de várias naturezas e dá sentido à interdependência entre as comunidades transfronteiriças. Embora os Estados-nação tenham suas regras, como por exemplo, na área da saúde, as populações fronteiriças de uma forma ou outra acabam se beneficiando dos serviços disponíveis e resolvendo seus problemas.

O conceito de fronteira a partir do contexto de limite também tem sua causa no termo liberdade. Este termo foi colocado pela comunidade pelo seu significado *stricto sensu*, que avaliou as relações transfronteiriças positivamente. A liberdade está no poder de deslocamento livre das pessoas de uma área para outra sem embargo, seja para comercializar, visitar um parente, ou simplesmente aproveitar as opções de lazer oferecidas nas áreas vizinhas.

O intercâmbio assim como a interação foi inferido nesta análise como efeito produzido a partir de uma causa acesso. Observe-se que por causa do acesso facilitado pelo livre trânsito de serviços, produtos alimentícios ou não, cultura, culinária, idioma, música provocou entre as populações fronteiriças um maior intercâmbio e interação entre os mesmos. Portanto, estes contextos relacionais apresentam uma característica clara de efeito.

A fronteira é o local onde as pessoas vivem seus cotidianos com acesso a bens e serviços que os tornam interdependentes. Esta interdependência fortalece as

relações sociais que tornam os povos únicos e unidos por sentimentos de irmandade, embora há questões negativas advindas do tráfico de drogas que impactam sobre na segurança, não devem ser subestimadas e marginalização de comunidades ameríndias. Isto oferece um significado semântico de fronteira por limite contínuo, onde todos têm o direito de ser felizes e o Estado através de seu governo, embora mantenha sua soberania, deve aliar a conjuntura social e garantir um estado permanente de saúde, educação, segurança dos povos da fronteira.

10 CONCLUSÃO

A coação do Estado sobre as populações tem por objetivo manter sua soberania sobre o território. Esta coação surge através das ideologias nacionalistas que fortalece o poder do Estado através do governo que sempre modifica sua estrutura no campo para se manter. Semelhante ao poder coercitivo do Estado é a coação do capital que foi fortalecido pela modernização e com revolução informacional, então na América Latina, Estado e capital são indissociáveis.

A questão mais evidente da coerção do capital é que através da globalização foi criada uma onda de aculturação geral. Este tipo de movimento envolve a substituição de valores e cria uma estrutura de campo propícia para outros conhecimentos e por conseguinte impõe o poder de coação do capital. O discurso retórico dos governos de que a Amazônia é importante para o desenvolvimento do Estado é recorrente e quase sempre pretere as populações locais.

A proposta do capitalismo surge como uma panaceia para dar conta de problemas econômicos e sociais. Entretanto, este sistema econômico entra crise na metade do século XX e provoca uma reação de resistência de parte da sociedade principalmente nos países subdesenvolvidos. Esta reação é traduzida no amadurecimento da população, liberdade de expressão, desenvolvimento de tecnologias próprias, partilha de conhecimento.

Segundo a literatura pesquisada o fracasso do capitalismo nos países em desenvolvimento deveu-se a duas ideias. A primeira aos ideais economicistas que tiveram como base o desenvolvimento medido pela economia clássica, ou seja, considera apenas a dimensão econômica com prosperidade material. O segundo ao eurocentrismo, cuja proposta de desenvolvimento é o padrão europeu, que desconsidera os aspectos sociais e culturais do local.

Com o passar do tempo e o inevitável crescimento populacional tornou a sociedade mais complexa. Esta complexidade gerou novas necessidades da população, que significa novos problemas e força a reorganização do Estado. Este por sua vez desenvolve solução mais complexa, ancorado quase sempre na ciência, para superar e resolver tais problemas.

O trabalho para se compreender as relações na tríplice fronteira foi no sentido de perceber como as populações solucionam seus problemas de saúde. Esta observação considerou os aspectos culturais, educacionais, ambientais, sociais,

segurança e saúde das comunidades. Tais dimensões foram estabelecidas com base no conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os autores citados nesta tese consideram que para se ultrapassar o poder de coação do capital, é necessária nova proposta epistemológica que produza conhecimento sobre determinada comunidade. Portanto, a solução dos problemas mais emergentes da sociedade está numa visão sobre a sociedade, a partir dela mesma, ou seja, o giro interpretativo, no qual se falará e se escreverá através daquela sociedade e não para ela. Neste contexto sugere a metodologia interdisciplinar para compreensão da sociedade, portanto, esta é a chave propositiva para se pensar uma diversidade social para Amazônia.

Certamente que não se pode descartar os cânones produzidos pelos centros acadêmicos dos países hegemônicos, porém sua utilidade deve ser criteriosa a partir das comunidades. Observe-se que mesmo produzidos há tempos estes ainda modelam um padrão de comportamento da sociedade principalmente aquelas que tem acesso à mídia, como é o caso das populações na tríplice fronteira. Logo não se pode subestimar a influência da mídia sobre estas populações, principalmente porque estimula o consumismo.

O que se evidenciou na pesquisa é que o poder de coerção do Estado se traduz em uma forma de coerção interna. Esta coerção é mantida pela manutenção de grupos políticos que tendem a se perpetuar no governo. Por estar no poder, tais grupos políticos também propõe políticas públicas, que muitas vezes beneficiam a eles mesmos sem considerar as necessidades da população adstrita.

A partir desta possibilidade de coerção interna se analisou os marcos regulatórios relacionados ao campo da saúde dos países desta tríplice fronteira. Foi observado que a principal Lei relacionado ao campo da saúde no Brasil, Colômbia e Peru, prever a participação popular nas políticas públicas do campo. Porém esta participação é tímida em Tabatinga e Benjamin Constant, imperceptível em Leticia e inexistente em Islândia e Santa Rosa.

No Brasil a participação popular é realizada através dos Conselhos de Saúde. Tanto em Tabatinga quanto em Benjamin Constant foi constatado a fragilidade de ações dos respectivos Conselhos de Saúde, sendo que na primeira cidade se quer o presidente mostrou interesse em participar da pesquisa, justificando discordância política da atual gestão. Esta observação é na verdade o que acontece em grande parte dos municípios brasileiros, ou seja, a desarticulação do controle social, que

possui apenas papel cartorário em aprovar os instrumentos de gestão do ente municipal.

Ademais no Brasil é notória que a organização do sistema de saúde seja mais completa do ponto de vista da atenção básica, média e alta complexidade, mas apresenta falhas no acesso. Dentre as cidades brasileiras, Tabatinga, é a que melhor apresenta estrutura hospitalar por contar com uma UPA e Hospital Geral do Exército, logo tem uma razoável infraestrutura para urgência e emergência. Note-se que é verdade, que dada à dupla nacionalidade e possibilidade de aquisição de planos de saúde mais barato, muitos brasileiros procuram a cidade de Letícia.

Na Colômbia a pesquisa de campo evidenciou que mais da metade dos entrevistados possui acesso ao sistema de saúde devido a contribuição financeira própria, ou seja, é contributiva. Esta situação contrasta com os dados coletados do SISBEN, no qual mostra que 90% da população está no nível I e II, logo na faixa de pobreza, logo no regime subsidiado, mas que para ter acesso aos sistemas de saúde colombiano tem que contribuir financeiramente ou atravessar a fronteira para Tabatinga, Santa Rosa, Benjamin Constant ou Islândia para solucionar seus problemas de saúde.

Nas cidades peruanas pesquisadas embora a legislação permita a participação da sociedade ou do cidadão na formulação das políticas públicas de saúde, esta não acontece. O estudo de campo evidenciou bem a situação e o descontentamento da população com governo central do Departamento de Loreto, embora haja prestação de assistência básica de saúde, mas de forma precária como referido pelos profissionais de saúde, devido falta de estrutura para os casos que requerem atenção de média e alta complexidade. Porém, assim como em Letícia os peruanos que moram em Islândia ou em Santa Rosa, buscam alternativas de tratamento em Benjamin Constant ou em Tabatinga.

Em relação à urgência e emergência e atendimento de internação hospitalar, embora a situação tenha como ponto negativo o inchaço dos sistemas de saúde brasileiro e colombiano, a situação acaba por fortalecer as relações sociais entre os povos. Acredita-se que é o ponto mais relevante das relações humanas nesta tríplice fronteira, porque tem influência em outros campos sociais como na economia, educação, cultura e meio ambiente, por viverem uma interação simbiótica, onde o que acontecer com a população numa cidade, automaticamente reflete nas outras. Sendo assim, esta é a condicionante para se pensar as políticas públicas. Várias

ações trinacionais são realizadas de forma informal, sobretudo as relacionadas as endemias, numa mesa tripartite, porém segundo os profissionais entrevistados, há uma barreira legal e financeira para se transpor.

A questão das endemias é um exemplo de perfil semelhantes entre os povos das cinco cidades. Há uma mesclagem cultural embora os idiomas oficiais sejam diferentes entre Brasil, Colômbia e Peru, além disso, o comércio e por conseguinte a economia local da fronteira são interdependentes. Estes quesitos fazem com que a fronteira não seja uma divisão, mas assuma um contexto de continuidade territorial e comunitária, uma vez que os laços familiares estabelecidos reforçam este conceito de fronteira.

A existência das instituições no local representa a presença do Estado na região, que do ponto de vista jurídico separa os territórios. Porém o livre trânsito de pessoas pela fronteira produz dois sintomas antagônicos, sendo um positivo e outro negativo. O ponto positivo observado é que o livre trânsito das pessoas, é uma estratégia para vencer suas dificuldades de ordem econômica, saúde, segurança, ambiental, assim sendo, a fronteira se torna um campo das relações familiares e de amizade.

O tráfico de drogas é o ponto negativo do livre trânsito de pessoas que gera um sentimento de insegurança. Apesar da presença das forças armadas e da polícia dos países signatários, esta contraversão produz atos de violência como homicídios por disputa pelo controle do tráfico. O problema se exacerba, quando se considera a característica da região com abundancia florestal e rios que permite a burla da fiscalização da autoridade pelo criminoso.

Enfim a fronteira se revela por vários aspectos importantes para serem notados. A fronteira é um local de mescla cultural da música, dança, culinária, são os rios Solimões e Javari que não divide, mas unem as comunidades, a fronteira é o campo da pobreza, da angústia e de esperança. É o local que desconsidera o poder coercitivo do Estado tornado o espaço contínuo onde as comunidades resolvem seus problemas cotidianos.

O festival La confraternidad Amazônica 2016 evidenciou essas semelhanças, onde por exemplo, na culinária a utilização da banana e a farinha de mandioca como base alimentar das populações. As músicas quando de críticas se referem a degradação ambiental e poluição dos principais rios, a cultura mesclada contribui para convivência e o cotidiano entre os povos e isto confirma a hipótese de que a

cultura fortalece as relações sociais no sentido de continuidade territorial da fronteira. Sendo assim, é possível pensar em políticas públicas unificadas para um conjunto social complexo formado por brasileiros, colombianos e peruanos, porque há um ambiente social propício.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO MARIN, R. E. ; GOMES, F. Reconfigurações coloniais: tráfico de indígenas, fugitivos e fronteiras no Grão-Pará e Guiana Francesa. **Revista de História**, n. 149, p. 69-107, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2850/285022858004.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

ACUÑA, J. E. P. **Transformación urbana de Letícia: énfasis em el período 1950 – 1960**. Letícia, 2009. 139 p. Monografía para optar por el grado de especialista em estudios amazónicos. 139 p. Universidad Nacional de Colombia, 2009.

AMAZONAS. Departamento de Amazonas. **Plano de desenvolvimento territorial de Letícia**. Letícia, 2012. (Consultoria realizada por Víctor Zambrano (QEPD) e Luis Guillermo Salamanca)

_____. Departamento de Amazonas. **Programa Sociedad Civil y TLC. Câmara de Comercio del Amazonas**. Letícia, 2005. (Coordenadora Ligia Paola Porras Gonzáles).

_____. Secretaría de Salud Departamental de Amazonas. **Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud**. Letícia: abril, 2015.

APPADURAI, A. Disjuncture and difference in the global cultural economy. In: INDIA, J. X.; ROSALDO, R. **The anthropology of globalization: a read**. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2002. p. 46 - 64.

ARAGÓN - VACA, E. L. Amazônia: conceito polissêmico? In: _____. **Amazônia: conhecer para desenvolver e conservar - cinco temas para um debate**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 27-53.

AROUCK, R. **Brasileiros na Guiana francesa: novas migrações internacionais ou exportação de tensões sociais na Amazônia?** Revue Lusotopie, 2000. p. 67-78. Disponível em: <<http://www.lusotopie.sciencespobordeaux.fr/resu0005.html>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ARRUDA, R. “Populações Tradicionais” e a Proteção dos Recursos Naturais em Unidades de Conservação. **Ambiente e Sociedade**, v. 2, n. 5, 1999. p. 79-252.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico: uma contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Comportamento, 1996. 314 p.

BAUD, M. ; SCHENDEL, W. V. Toward a comparative history of borderlands. **Journal of World History**, v. 8, n. 2, 1997.

BLANCHÉ, R. **A Epistemologia**. São Paulo: 1988. 161 p.

BOBBIO, N. **Nem com Marx, Nem contra Marx**. São Paulo: UNESP, 2006. 323 p.

BOTÍA, C.G.Z. Ciudades pares em la frontera amazónica Colonial y republicana. In: BOTÍA, C.G.Z. (Org.). **Espacios urbanos transfronterizos em la historia de la amazonia**. Leticia - Amazonas - Colombia: Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia. Instituto Amazónico de Investigaciones Imani, 2012a. p. 22-44.

BOTIA. C. G. La frontera amazónica de Colombia, Brasil y Perú después del conflicto de 1932. **Textos e Debates**, Boa Vista, n. 22, p. 47-69, jul./dez. 2012b.

BORBA, V. **Fronteiras e faixa de fronteira: expansionismo, limites e defesa**. *Historiae*, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 2: p. 59-78, 2013. Disponível em: <file:///D:/Doutorado/Teoria%20da%20Tese/MATERIAL%20TEÓRICO%20SOBRE%20FRONTEIRA.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. ; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. v. 2, 2013. 201 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N. 453 de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 17 de julho de 2012. Disponível em: <file:///G:/Doutorado/Projeto%20doutorado/Teoria%20da%20Tese/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20453_CNS.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

_____. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 11, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 5 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Decreto 7508 de 13 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 123, 29/06/2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Complementar. Lei n. 9961 de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 20-A, Brasília, DF, 29 de jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 5 maio 2015.

_____. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 105, Brasília, 04 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRUNI, A. L.; FAMÁ, R. **Gestão de custo e formação de preço:** com aplicações na calculadora HP 12C e Excel. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 560 p.

CAMACHO, A. C.L.F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** São Paulo, v. 10, n. 02, mar./abr. p. 229 - 233, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/0519>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

CAMPOS, G.W.S. ; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2012. 430 p.

CARVALHO, G. Saúde: avanços e entraves do processo de descentralização. In: LIMA, F. (Org.). **O município do século XXI:** cenários e perspectivas. São Paulo: 1999. 387 p.

CASANOVA, P. G. Colonialismo interno [uma redefinição]. In: BORON, A.A.; AMADEO, J.; GONZÁLES, S. (Org.) **La teoría marxista hoy:** problemas y perspectivas. Buenos Aires: CLACSO, 2006. p. 409-434.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud. Ley n. 1122 de 9 de janeiro de 2007. Bogota. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20ODE%202007.pdf>> . Acesso em: 29 abr. 2015.

COLÔMBIA. Ley 1176, 27 de diciembre de 2007. **Regimenta regras para funcionamento dos Sistemas Gerais de Participação.** Diario oficial no. 46.854 de 27 de diciembre de 2007, Congreso de la República, Bogotá, 2007. Disponível em: <<http://www.mineducacion.gov.co/normatividad/1753/w3-article-146175.html>>. Acesso em: 15 out. 2016.

COUTO, R. C.S. ; CASTRO, E. R.; ACEVEDO MARIN, R. A. (Org.). Saúde, Trabalho e Meio Ambiente: políticas públicas na Amazônia. In: CASTRO, E. ; ACEVEDO MARIN, R. A. ; COUTO, R. C. S. **A Pesquisa em ciências humanas e as relações entre trabalho, saúde e meio ambiente.** Belém: NAEA, 2002. p. 21-36.

CRUZ, S. H. R. **Desenvolvimento, turismo e fronteira na Pan-Amazônia:** trajetórias entre Brasil e Guiana Francesa. Belém, 2010. 378 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável no Trópico Úmido) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2010.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais:** Gênese social da palavra e da ideia de cultura. 2. ed. Bauru: EDUSC, 2002. p.17-30.

DESCARTES, R. **O Discurso do Método:** para bem conduzir a própria verdade nas ciências. São Paulo: Paulus, 2002.

DE LA CONDAMINE, C. **Viagem na América Meridional**. Brasília: Senado Federal, [1745] 1981.

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito administrativo**. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 932 p.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: EDIPRO, 2012. 159 p.

DURHAM, E.R. Chimpanzés também amam: a linguagem das emoções na ordem dos primatas. **Revista de Antropologia**, v. 48, n.1, p. 85-154, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ra/v46n1/a03v46n1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

ESTEVES, B. M. G. Trajetórias de famílias subterrâneas na fronteira do Acre (Brasil) e Pando (Bolívia). **Projeto História**, São Paulo, n. 27, p. 107-122, 2003. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/viewFile/10513/7827>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista brasileira de ciências sociais**. v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a11.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

FERRARINI, S. A. **Encontro de civilizações alto Solimões e a origem de Tabatinga**. Manaus: Valer, 2013. 270 p.

FILHO, L.T.P. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n. 35, jan./abr., p. 109-116. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a11.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

FRIGOTTO, G. Interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. **Revista Ideação**, Revista do Centro de Educação e Letras. UNIOESTE, Campus Foz do Iguaçu, v. 10, n. 01, p. 41-62, 1º semestre, 2008. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/sem_pedagogica/fev_2014/NRE/2interdisciplinaridade_necessidade.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

GARCÉS-LÓPEZ, C. L. Etnicidad y nacionalidad en la frontera entre Brasil, Perú y Colombia: los Ticuna frente a los procesos de nacionalidad. In: GARCÍA, C. I. (Comp.). **Fronteras, territorialidad y metáforas**. Medellín: Hombre Nuevo, 2003. p. 147-160.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991. 156 p.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2013. 213 p.

GODELIER, M. Evolução e desenvolvimento. In: CARVALHO, E. A.; FLORESTAN, F. Godelier: **Antropologia**. São Paulo: Ática, 1981. p. 91-107.

GOMES, L. F. A.; GOMES, C. F. S. **Tomada de decisão gerencial: enfoque multicritério**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220 p.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 11. ed. São Paulo: Prospectiva, 2011. 260 p.

LEONARDI, V. **Fronteiras Amazônicas do Brasil: saúde e história**. Brasília: Paralelo 15, 2000. 181 p.

LÉV-STRAUSS, C. **O Pensamento Selvagem**. 12. ed. Campinas-SP: Papyrus, 2012. 336 p.

LEVINO, A. ; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil, Colômbia e Peru. **Revista Panamericana Salud Publica**. Pernambuco, v. 3, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n5/v30n5a13.pdf>>. Acesso em: 13 dez., 2014.

LONDOÑO MOTA, J.E. **La frontera: um concepto em la construcción**. C.I. (Comp.) Fronteras, territorialidad y metáforas. Medellín: Hombre Nuevo, 2003. p. 61-83.

LORETO, G.R. **Estudio técnico: propuesta de creación de la Provincia Yavarí em el Departamento Loreto**. Marzo, 2014. 143 p.

MARX, K. Peasantry as a class (1848-1850). In: SHANIN, T. (Ed.). **Peasant societies**. Middlesex, Engl.: Penguin Books, 1971. p. 229-237.

MEDICI, A. C. **A medicina de grupo no Brasil**. Série Desenvolvimento de Políticas Públicas. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília, ano 9, n.1, p. 63, 1991.

MIYAMOTO, S. Amazônia, Política e Defesa. In: NASCIMENTO, D. M. **Relações Internacionais e defesa na Amazônia**. Belém, PA: NAEA;UFPA, 2008. p.65-97.

MONTAÑA, Darío F. La Amazonia colombiana em la nueva fase agrícola. In: GAITÁN, Cátedra J. E. **Amazonia colombiana: imaginarios y realidades**. Letícia: Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoria, 2010. p. 365-290.

MORIN, E. **O método: conhecimento do conhecimento**. 4. ed. Porto Alegre: ulina, 2008. 285 p.

NASCIMENTO, V. L. Q. de. **Políticas públicas de turismo na Amazônia: sua ascensão às agendas do Amazonas e do Pará**. 2015. 415 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do trópico Úmido) - Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

NASCIMENTO, D. M. Áreas marrons e o Programa Calha Norte. In: _____. (Org.) **Relações Internacionais e Defesa na Amazônia**. Belém-Pa: NAEA; UFPA, 2008. 285 p.

NAVARRO, M. B. M. et. al. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e meio ambiente. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C.(Org.). **Saúde e Ambiente sustentável**: estreitando os nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 37-49.

NOBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 207-211, nov./dez., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v5n6/v5n6a02.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2015.

OJIMA, R. ; NASCIMENTO, T. T. Meio Ambiente, Migração e Refugiados Ambientais: Novos Debates, Antigos Desafios. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS, 6, 2008 Brasília, DF. 2008, **Anais....** Brasília, 2008. p. 1-12. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT13-358-132-200804_24_170938.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

OLIVA, A. A hegemonia da concepção empirista de ciência a partir do Novum Organum. In: _____. **Epistemologia**: a cientificidade em questão. Campinas: Papirus, 1990. 225 p.

OLIVEIRA, I. A. et al. (Org.). **Cartografias Ribeirinhas**: saberes e Representações sobre Práticas Sociais Cotidianas de Alfabetizando Amazônicas. 2. ed. Belém: UEPA; EDUEPA; 2008. 138 p.

OLIVEIRA, E. R. **O que é medicina popular**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer uma pesquisa qualitativa**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008. 182 p.

_____. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. Manaus, **Estudos Avançados**. v. 57, n. 20, 2006. p. 183-196.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. 2.ed. São Paulo: UNESP/Paralelo, 2000. p.17-36.

PARZEN, E. **On Estimation of a Probability Density Function and Mode. The Annals of Mathematical Statistics**. California, v. 3 n. 33, 1962. p. 1065-1075.

PAULA, E. A. de. **Desenvolvimento insustentável na Amazônia ocidental**. Rio Branco: EDUFAC, 2005. 438 p.

PEASE, G.Y.F. **Peru hombre e história**: La republica. V. III. Ed. Edubanco: Lima, 1993. p. 382. Disponível em: <http://www.biblioteca.fundacionbbva.pe/libros/libro_000057.pdf>. Acesso em 12 maio 2015.

PERU. Ministerio de Salud. **Ley Marco de Aseguramiento Universal em Salud y su Reglamento**: Ley nº 29344 DS nº 008 – 2010 – Lima, 2011. Disponível em: <<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

PERZ, S. G.; ARAMBURU, C.; BREMNER, J. **Population, land use and deforestation in the Pan Amazon basin: a comparison of Brazil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela.** Environment, development and sustainability, v. 7, p. 23-49, 2005.

PIETERSE, J. N. **After post-development.** Third World Quarterly, v. 21, n. 2 apr., p. 175-191, 2000.

POLIGNANO, M.V. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina**, 2001 p.1-34. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 25 marc. 2015.

POPPER, K. R. **A lógica da pesquisa Científica.** 2. ed. São Paulo: Cultrix, 2013. 454 p.

_____. **A lógica das ciências sociais.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978. 101 p.

PUYANA, A. M. El desarrollo amazónico: un campo discursivo em disputa. In: GAITÁN, J. E. **Amazonia colombiana: imaginarios y realidades I.** Letícia: Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoria, 2010. p. 315-324.

RECASENS, A.V. La crisis do desarrollismo y el surgimento de la antropologia del desarrollo. In: RECASENS, A.V. **Antropologia del desarrollo.** Barcelona: Paidós, 2000. p. 9-64.

RESTREPO, E. ; ESCOBAR, A. Antropologia del mundo. **Revista de Antropologia. Universidad del Magdalena**, Santa Marta, n. 3, 2004. p. 110-131.

RIBERIO, G. L.; ESCOBAR, A. **Antropologías del mundo: transformaciones disciplinarias dentro de sistemas de poder.** Colômbia: CIESA, 2008. 407 p.

RIBEIRO, G.L. Antropologias mundiais: para um novo cenário global na antropologia. **Revista brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, v. 21, n. 60, p. 147-185, fev. 2006.

RONCALLI, A.G. **Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: reflexos de uma política liberalizante.** São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.moodle.ufba.br/file.php/10130/Textos_SB_privada/planos_e_seguros_Brasil.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015. p. 1-23.

SANTOS, B. S. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.** 13. Ed. São Paulo: Cortez, 2010. 348 p.

SANTOS, L. ; ANDRADE, L.O.M. **SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos – aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas/São Paulo: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165 p.

SARNEY, J.; COSTA, P. **Amapá: a terra onde começa o Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal; Conselho Editorial, 1999. (Coleção Brasil 500 anos). Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/senadores/Senador/jsarney/Historia_Amapa/sarney_00_intr.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2015.

SILVA, F. C. Instituições e desenvolvimento regional: o papel da universidade na construção de políticas públicas na Amazônia. In: SEMINÁRIO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, ESTADO E SOCIEDADE, agosto de 2012. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, p. 1-17.

SILVA, F.C.T. A Amazônia e as novas ameaças mundiais. In: NASCIMENTO, D.M. **Relações Internacionais e defesa na Amazônia**. Belém, PA: NAEA;UFPA, 2008. p. 47-63.

SIMONIAN, L. T. L. ; SILVA, J. B. ; ANDRADE, R .F. A. ; ALMEIDA, A.C.P.C. Floresta nacional do Amapá: um histórico breve, políticas públicas e (in) sustentabilidade. In: SIMONIAN, L.T.L (Org.) **Políticas públicas, desenvolvimento, unidades de conservação e outras questões socioambientais**. Belém: NAEA; MPEAP, 2010.

SIMONIAN, L. T. L. ; SARAIVA, M.P. Fronteiras em construção: índios, mocambeiros e disputas colonialistas no Rio Araguari, Estado do Amapá. In: SIMONIAN, L.T.L (Org.) **Políticas públicas, desenvolvimento, unidades de conservação e outras questões socioambientais no Amapá**. Belém: NAEA; MPEAP, 2010. p. 51-90.

SIMONIAN, L.T.L. Tendências recentes quanto à sustentabilidade no uso dos recursos naturais pelas populações tradicionais amazônicas. In: ARAGÓN VACA, L. E. (Org.). **Populações e meio ambiente na pan-amazônia**. Belém: NAEA;UNESCO, 2007. p. 25-44.

SCHNEIDER, S; SCHIMIT, C.J. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, v.9. p.49-87, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/373.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

SOUZA, A. J. A. ; SIMONIAN, L.T.L. A presença do Estado na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru: avaliação de indicadores de saúde como parâmetros de eficiência das políticas públicas, 2015, Belém. In: **Anais do Seminário Internacional América Latina: política e conflitos contemporâneos**. Belém: Universidade Federal do Pará. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. p. 227-240.

SOUZA, A. J. A. de. **Uso de plantas medicinais no município de Benevides/Pará**: elaboração do momento fitoterápico e construção da política municipal de plantas medicinais e fitoterápicos. Belém, 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia)– Universidade Federal do Pará, 2010.

SOUZA, A. R. Explorando e construindo um conceito de gestão escolar democrático. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 03. p.123-140, dez. 2009. Disponível em: <http://www.epe.ufpr.br/ars_1.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

- SOUZA, A.S.N. **A fronteira**: expansão do comércio peruano em Benjamin Constant no Amazonas. 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão literária. **Sociologia**. Porto Alegre, ano 8, n. 16. p. 20-45, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- SUÁRES-MUTIS, M C. et al. Interacciones transfronterizas y salud em la frontera Brasil, Colombia, Perú. Mundo Amazónico. **Revista do Instituto Amazónico de Investigaciones**, Universidade Nacional da Colômbia. Letícia-Amazonas-Colômbia. v. 1, p. 243-266, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/casa/Downloads/10268-36872-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/casa/Downloads/10268-36872-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2017.
- TAINTER, J.A. Problem Solving: Complexity, History, Sustainability. Population and Environment, **A Journal of Interdisciplinary Studies**, v. 22, n. 1, set. 2000.
- TENÓRIO, F.G. (Re)Visitando o Conceito de Gestão Social. **Desenvolvimento em questão**. Rio Grande do Sul, ano 3, n. 5, p. 101-124. jan./jun., 2005.
- TREVISAN, A. P. ; BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n.3, p. 529-550, maio/jun., 2008.
- TURNER, F. J. **La frontera en la historia Americana**. San José: Univ. Aut. de Centroamerica, [1935] 1986. p. 187-207.
- VARGAS, F.A. **Formação das fronteiras latino-americanas**. Brasília: FUNAG, 2017. 640 p.
- VILELA, E. M. ; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul.-ago. 2003.
- VIDAL, J. P. A defensoria pública do estado do Pará: uma observação sistêmica da capacidade institucional. **Revista de Administração Pública**. n. 48, v. 3. Rio de Janeiro: maio/jun, 2014. p. 667-694.
- VIDAL, J. P. **Teoria da decisão**: racionalidade autorreferencial, processual e autopoietico comunicativa, 20--?.
- _____. A realidade social é externa ao indivíduo? **Paper do NAEA**, Belém, n. 203, 2006.
- WACQUANT, L. Poder simbólico e fabricação de grupos. **Novos Estudos, SEBRAP** [online], n. 96, p. 87-103, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n96/a07n96.pdf>>. Acesso em: 15 jul., 2015.

WEBER, M. A. "Objetividade" do Conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política. In: _____. **Metodologia das Ciências Sociais**. Parte 1. São Paulo-Campinas: Cortez-Unicamp, 1973a. p. 107-154.

_____. Stammler e a superação da concepção materialista da história. In: _____. **Metodologias das ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1973b. p. 211-261.

ZÁRATE BOTÍA, C. G. Caucho, frontera y nación en la confluencia amazónica de Brasil, Perú y Colombia. In: GARCÍA, C. I. (Comp.). **Fronteras, territorialidad y metáforas**. Medellín: Hombre Nuevo, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista semiestruturado para Profissionais de Saúde
 Tema: O campo da saúde: as relações sociais na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia.

Objetivo: levantar e documentar informações prestadas pelos profissionais de saúde acerca de suas relações profissionais com usuários, instituições e gestores, evidenciando as formações históricas, cotidianas e culturais. As informações serão processadas e publicadas sem a divulgação do nome do (a) entrevistado (a), a menos que ele (a) assim autorize.

Los objetivos de trabajo es em levantar informaciones sobre las relaciones histórica, cotidianas e culturales es em profesionales de salud e usuários.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO Declaro estar esclarecido quanto aos objetivos da entrevista a seguir e de acordo em prestar as informações solicitadas por, Antonio Jorge Ataíde Souza, como parte integrante das atividades desenvolvidas no âmbito do PDSTU/NAEA/UFPA, sob a orientação da Prof.^a Dra. Ligia Simonian.

Concordo em prestar informaciones el a pesquisador de PDSTU/NAEA/UFPA Antonio Jorge Ataíde Souza.

01. Nome:
02. Idade:
03. Cidade/Estado/País de origem:
04. Endereço: Bairro/Cidade:
05. Contato:
06. Formação profissional:
07. Tempo de formado:
08. Instituição formadora (cidade/país):
09. Unidade de saúde em que trabalha:
10. Vínculo empregatício:
11. Treinamento de ingresso ao serviço (o que foi abordado?)
12. Tempo de trabalho:
13. Remuneração (em termos de salários mínimos): 14. Você tem familiares nos países vizinhos?
15. Frequência de treinamentos e aperfeiçoamento:
16. Com relação ao serviço: quais suas reclamações/ressentimentos:
17. Nível de conhecimento sobre o paciente (aspectos econômicos, sociais e culturais);
18. Nível de conhecimento do sistema de saúde em que trabalha;
19. Relação com o sistema de saúde (participação do planejamento e/ou assistência)
20. Como você as instituições públicas (Governo)?
21. Na sua visão, o que leva o usuário procurar o país vizinho para tratar suas enfermidades e necessidade social?
22. Realização de trabalho conjunto internacional (Brasil, Peru, Colômbia)?
23. Como se dá o sistema de saúde?
24. Qual o seu entendimento de fronteira?
25. Na sua visão, como poderia se da esta relação interfronteiriça no sistema de saúde?

Adaptação do roteiro de Sílvia Helena Ribeiro Cruz.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista semiestruturado para Comunidade - Tema: O campo da saúde: as relações sociais na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia.

Objetivo: levantar e documentar informações prestadas pelos profissionais de saúde acerca de suas relações profissionais com usuários, instituições e gestores, evidenciando as formações históricas, cotidianas e culturais. As informações serão processadas e publicadas sem a divulgação do nome do (a) entrevistado (a), a menos que ele (a) assim autorize.

Los objetivos de trabajo es em levantar informaciones sobre las relaciones histórica, cotidianas e culturales es em personas.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO Declaro estar esclarecido quanto aos objetivos da entrevista a seguir e de acordo em prestar as informações solicitadas por, Antonio Jorge Ataide Souza, como parte integrante das atividades desenvolvidas no âmbito do PDSTU/NAEA/UFPA, sob a orientação da Prof.^a Dra. Ligia Simonian.

Concordo em prestar informaciones el a pesquisador de PDSTU/NAEA/UFPA Antonio Jorge Ataide Souza.

1. Nome:
2. Idade:
3. Cidade/Estado/País de origem:
4. Endereço atual: Bairro/Cidade:
5. Ocupação: 6. Escolaridade:
7. Etnia: 8. Possui parente nos países fronteiriços?
9. Qual a participação da comunidade na formulação da política pública de saúde?
10. Como você vê as instituições públicas (Governo)?
10. O que você sabe sobre o funcionamento do sistema de saúde?
11. Quais as principais dificuldades encontradas pela comunidade para acesso à saúde?
12. Por que buscar soluções no país vizinho para resolver os problemas de saúde?
13. O que faz com que você atravesse a fronteira?
14. Como você se sente dentro da comunidade?
15. Qual o papel da instituição dentro da comunidade? 1
6. O que se entende por fronteira?

Adaptação do roteiro de Silvia Helena Ribeiro Cruz

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para poder público - Tema: O campo da saúde: as relações sociais na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia.

Objetivo: levantar e documentar informações prestadas pelos profissionais de saúde acerca de suas relações profissionais com usuários, instituições e gestores, evidenciando as formações históricas, cotidianas e culturas. As informações serão processadas e publicadas sem a divulgação do nome do (a) entrevistado (a), a menos que ele (a) assim autorize.

Los objetivos de trabajo es em levantar informaciones sobre las relaciones histórica, cotidianas e culturales es em personas.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO Declaro estar esclarecido quanto aos objetivos da entrevista a seguir e de acordo em prestar as informações solicitadas por, Antonio Jorge Ataide Souza, como parte integrante das atividades desenvolvidas no âmbito do PDSTU/NAEA/UFPA, sob a orientação da Prof.^a Dra. Ligia Simonian.

Concordo em prestar informaciones el a pesquisador de PDSTU/NAEA/UFPA Antonio Jorge Ataide Souza.

1. Identificação do Órgão:
2. Nome do representante:
3. Cargo:
4. Quais as principais dificuldades encontradas pela gestão para conduzir a política pública de saúde?
5. Como é definida a política de saúde?
6. Como é estruturada a política de saúde?
7. Há ações específicas no que concerne à política de saúde à área limítrofe da fronteira? (atualmente ou em épocas passadas que tenha conhecimento)
8. O Governo visualiza possibilidades de estabelecer ações conjuntas visando a promoção da saúde dos povos que vivem na região limítrofe (existência de propostas ou projetos)?
9. Há estudos sobre estas possibilidades?
10. O que se entende por fronteira?