

CARTOGRAFIA DAS DOENÇAS ENDEMICAS EM TRÊS MUNICIPIOS DA ILHA DO MARAJÓ/BELÉM/PARÁ/BRASIL

Profª Drª Mª de Jesus Benjamin da Silva¹
Profº Dr. Mário Benjamin Dias²
Profº Esp. Icaro Dumont Cardoso Pantoja³
Profª Esp Rosana Chermont Mesquita⁴

Este trabalho tem como objetivo diagnosticar as condições de saúde nos municípios do Arquipélago do Marajó através do ponto de vista da geografia da saúde.e o espaço, objeto da geografia, como uma categoria de estudo privilegiada para a investigação do processo saúde-doença nas populações ribeirinhas no entorno Breves, Melgaço e Portel municípios da Ilha do Marajo/Pará/Brasil.

Dessa forma o espaço analisado enquanto totalidade é uma instância da sociedade, ao mesmo tempo que as instâncias econômica e cultural-ideológica. Os seus elementos homens, instituições, meio ecológico e as infra-estruturas estão submetidos a variações qualitativas e quantitativas,entre (Santos, 1992). O homem, porém, não é apenas o habitante de um determinado lugar, mas é também o produtor, o consumidor (Santos, 1993).

O estudo realizado nos municípios acima citados criou um viés à encaminhara a pesquisa para um estudo mais apurado nas áreas localizadas e apontar os principais problemas endêmicos enfrentados pelos municípios. Nesse sentido, o levantamento bibliográfico, foi um aspecto primordial que deu um certo direcionamento à pesquisa e questionamentos durante a mesma.

O estudo inicial fez um apanhado dos principais e os possíveis problemas encontrados nas áreas estudadas e que estejam de fato relacionadas à problemática em questão.

Palavras chaves: geografia, espaço, meio ambiente, urbano, condições de saúde

INTRODUÇÃO

O presente trabalho contribui para o entendimento da saúde pública em uma perspectiva geográfica. O principal objetivo foi diagnosticar as condições de saúde nos municípios do Arquipélago do Marajó através do ponto de vista da geografia da saúde e o espaço, objeto da geografia, como uma categoria de estudo privilegiada para a investigação do processo saúde-doença

¹ Profª Drª em Ciências Humanas área de concentração Geografia Urbana pela faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo, pesquisadora e professora da Faculdade Ipiranga Belém/Pará .e-mail mbenjamindasilva@hotmail.com

² - Profº Dr em Ciências Humanas área de concentração Geografia Urbana pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo. Pesquisador e Professor Dr. Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará. E-mail mbenjamindias@hotmail.com

³ Licenciatura pela Faculdade Brasil Amazônia – FIBRA Especialização em geografia da Amazônia

⁴ Membro da equipe de Pesquisa da Secretária Municipal de Educação-SEMEC/BELÉM/PARÁ/BRASIL

nas populações ribeirinhas no entorno Breves, Melgaço e Portel municípios da Ilha do Marajo/Pará/Brasil. Dessa forma as reflexões a respeito das concepções de saúde urbana, mas precisamente as endemias causadas pela ação do homem no uso do solo urbano ancorou-se na contribuição recente do pensamento crítico desenvolvido pela Geografia brasileira.

O movimento de renovação do pensamento geográfico brasileiro dos últimos vinte anos vem possibilitando a discussão de tais temas a partir da introdução de uma série de novas questões teóricas e metodológicas.

Dessa forma a pesquisa foi feita nos municípios acima citados seguindo os caminhos da investigação em saúde urbana: a contribuição recente da geografia brasileira”, abordando possíveis caminhos da investigação em saúde urbana, considerando as recentes perspectivas teóricas e metodológicas desenvolvidas por geógrafos brasileiros.

Esta trama multifacetada de serviços dos mais diversos níveis e matizes pode ser vista como objeto técnico inserido no tecido urbano e ocupando parcelas do solo como equipamento urbano (Guimarães, 1994). Somente este aspecto da rede de serviços de saúde já lhe confere um atributo intrínseco à vida urbana. Os serviços de saúde são articulados aos centros nervosos de redes cada vez mais extensas de serviços de produção e consumo urbanos (Singer, 1978) e podem ser considerados elementos fundamentais do processo de (re)estruturação da centralidade urbana (Spósito, 1996).

Além disso, a relação entre a saúde e a produção do espaço urbano envolve outros aspectos da geografia urbana, na perspectiva dos movimentos sociais e de suas representações sociais.

A relação entre saúde, ambiente e cidade não é uma idéia nova. O paradigma hipocrático, geralmente considerado a matriz do pensamento médico do mundo ocidental, já considerava o ambiente das cidades um foco de agravos à saúde. Se as doenças eram compreendidas como o desequilíbrio de diferentes fluidos (sangue, água, bÍlis e fleuma), por sua vez a saúde era vista como o resultado do equilíbrio entre estes fluidos em função das condições ambientais dos lugares.

Durante o sanitarismo, período delimitado por Rosen (1994) entre 1830 a 1875, a saúde pública e o planejamento urbano foram considerados uma mesma entidade. O saneamento urbano era o único “remédio” para o controle

dos processos de transmissão das doenças infecto-contagiosas, resultando no processo de embelezamento e de melhorias das condições de vida nas cidades.

O caso britânico é exemplar para a compreensão daquele contexto. Inúmeras comissões de inquérito, formadas por médicos e representantes dos governos locais, trouxeram a público um quadro completo das condições sanitárias nos bairros de trabalhadores. Engels, de posse dos resultados daqueles inquéritos e realizando observação direta, assim analisou a situação de vida da classe trabalhadora em Manchester, Inglaterra, em 1845:

“... Ao longo do rio estão ainda intercaladas fábricas: também aqui as construções são apertadas e desordenadas, tal como na parte inferior de Long Millgate. À direita e à esquerda, uma quantidade de passagens cobertas conduzem da rua principal aos numerosos pátios, entrando nos quais se depara com uma revoltante imundície que não tem igual, particularmente nos pátios virados ao Irk, que contêm as mais horrendas habitações que eu alguma vez vira. Num destes pátios, mesmo à entrada, onde termina a passagem coberta, existe uma latrina privada de porta e tão imunda que os moradores, para entrarem e saírem do pátio, têm de atravessar uma poça lamacenta de urina putrefacta e de excrementos que a circunda. É o primeiro pátio junto do Irk, por cima de Ducie Bridge, se alguém tiver vontade de o ir ver; embaixo, sobre o rio, encontram-se numerosas fábricas de curtumes, que empestam toda a zona com o fedor da putrefação animal. Nos pátios por baixo de Ducie Bridge desce-se além disso por escadas estreitas e sujas, e só atravessando montões de escombros e de imundícies se consegue chegar às casas...” (Engels, 1975, p. 82-4).

Essa situação não existia apenas na Grã-Bretanha. França, Prússia, Estados Unidos e onde mais houvesse se desenvolvido o sistema fabril guardavam condições igualmente alarmantes nos bairros dos trabalhadores. Na França, as idéias higienistas foram rapidamente incorporadas às políticas urbanas implementadas por Hausmann em Paris, o que acabou sendo adotado como modelo urbanístico por inúmeras outras cidades do mundo (Gandy, 1999).

Foi neste contexto de mudanças que os médicos tomaram para si a experiência da intervenção urbana de missão civilizatória. Projetos de saneamento foram formulados e executados tendo como alvo de intervenção o ambiente degradado do espaço urbano, como ocorreu em Londres, Berlim e Nova Iorque, por exemplo.

Os médicos passaram a controlar o espaço social por meio das estatísticas de saúde e dos inventários de distribuição das habitações, pessoas e doenças pelo território. As chamadas *topografias médicas* transformaram-se em um poderoso instrumento de poder político dos médicos na realização desta tarefa. Segundo Maurício de Abreu (1997), as topografias médicas eram tratados técnico-científicos que tinham como referência a sistematização da observação e o registro dos fatos, a análise estatística e os modelos explicativos dos determinantes biológicos das doenças – uma espécie de estudo monográfico das cidades com enfoque no estado de saúde da população. Procurava-se identificar relações de causa e efeito das doenças nas interações entre o meio físico e o social.

A ação destes médicos-higienistas constituiu-se num primeiro passo para a formação desse novo campo de saberes e práticas, gerando profundas mudanças nas instituições, com vistas a enfrentar os “problemas urbanos” produzidos pelo sistema fabril. As doenças passaram a ser vistas como um mal associado à imundície do ambiente e que poderiam ser eliminadas educando a população pobre para as práticas de higiene, fiscalizando a qualidade dos alimentos, expandindo a rede de água e de esgoto e derrubando as edificações insalubres.

A partir desta teia de relações, não foi difícil identificar os doentes tipo os pobres, os ativistas dos sindicatos, os desempregados e as gangues do crime organizado, todos considerados membros das “classes perigosas”. Como analisou Foucault, começava-se a “conceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formavam uma rede e exerciam em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante que resultaria em poder de polícia e de instituição da ordem pública. (Foucault, 1980, p. 35).

Se num primeiro momento o saneamento urbano foi o único “remédio” para o controle dos processos de transmissão das doenças infecto-contagiosas, as respostas definitivas para estes problemas de saúde pública

foram encontradas nos estudos de microbiologia da segunda metade do século XIX e início do século XX. Eles permitiram uma melhor definição dos programas de ação e controle das condições de vida e do ambiente urbano com base em métodos empíricos de combate a diversas moléstias com maior rigor técnico (Rosen, 1994), provocando enorme impacto no perfil de morbimortalidade de diversos países. A incidência de casos de cólera, febre tifóide, peste bubônica, difteria, entre outras moléstias, caiu drasticamente nos Estados Unidos, na Inglaterra, na França, assim como no Brasil, na Índia ou no Japão.

O resultado imediato, em termos da dinâmica demográfica, foi o aumento da expectativa de vida ao longo do século XX, o que contribuiu para o crescimento vegetativo da população mundial e a chamada “transição epidemiológica” – o perfil de morbimortalidade da população desses países sofreu alterações com o crescimento das doenças crônicas degenerativas, muitas delas associadas ao *stress* e ao sedentarismo da vida urbana.

Como os geógrafos participaram deste intenso movimento teórico e prático que vinculou definitivamente a saúde a questões urbanas? Foi Max Sorre que mais aproximou a pesquisa geográfica da temática higienista nas primeiras décadas do século XX. A meu ver, esta não foi a fonte que se mostrou promissora para a discussão da saúde urbana, na perspectiva geográfica. Os pressupostos da geografia médica maxsorreana não se aplicavam ao mundo urbano em expansão. Vejamos por quê. A obra de Max Sorre permitiu a apreensão da doença em termos de um fenômeno localizável, passível de delimitação em termos de área. Inspirado em rumos já delineados por La Blache, Demangeon, Jean Brunhes e De Martonne, entre outros, o trabalho de Max Sorre provocou a necessidade de considerar, na “história natural das doenças”, o maior ou menor ajustamento aos gêneros de vida⁵, formulando e empregando o conceito dinâmico de complexo patogênico para explicar o perfil epidemiológico como resultado de condições específicas de vida em ambientes sociais, econômicos ou políticos. Segundo ele, “a constituição dos complexos patogênicos depende, em grande parte, do gênero

⁵ - Definidos como conjuntos de atividades mediante as quais grupos que as praticam asseguram sua própria existência

de vida dos grupos humanos e dos costumes que este gênero de vida exerce sobre vestuário, alimentação e condição de moradia” (Sorre, 1955, p. 279).

Como as doenças crônico-degenerativas não possuem um agente etiológico que possa estabelecer algum nexo causal com a “história natural das doenças”, tornam-se evidentes as dificuldades encontradas por este paradigma para compreender as mudanças no quadro patológico, principalmente nos chamados países desenvolvidos, com as transformações econômicas geradas pela indústria e o crescimento das cidades.

Desde então, explicações alternativas foram buscadas na Geografia para a compreensão do processo saúde-doença. Como entender a dimensão social das doenças com maior incidência na população urbana? Como considerar os processos sociais na explicação das diferenças do perfil de morbimortalidade entre os bairros de uma mesma cidade?

Os pesquisadores em geografia médica do período pós-Segunda Guerra Mundial enfrentaram tais questões de maneira muito mais pragmática do que teórica, transformando a saúde em um dos campos de aplicação dos estudos geométricos do território. O paradigma da análise espacial, disseminado na geografia entre o final da década de 1950 e começo dos anos 60, permitiu maior rigor na compreensão dos fenômenos de localização e distribuição dos equipamentos de saúde ou na compreensão do papel dos diferentes elementos que contribuem para que as pessoas adoçam (Haggett, 1977; Mayer, 1992).

Estas novas perspectivas teóricas apontaram para o posicionamento crítico diante do conceito de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde⁶. Se, por um lado, este organismo internacional procurou deslocar as políticas de saúde dos países membros da Organização das Nações Unidas de um enfoque nas doenças e no modelo estritamente médico para uma dimensão cultural e social inteiramente nova, por outro sua concepção restringiu o sentido do termo saúde à idéia de progresso, vinculando ainda mais a política de saúde ao poder do Estado e à ideologia (Kearns, 1995). Portanto, o que de fato tal discurso representou de efetivamente novo?

Influenciados pelo debate da Nova Geografia Cultural e tendo como *slogan* “colocar a saúde no lugar”, as pesquisas do movimento pós-geografia

⁶ Segundo a WHO (1946), a saúde pode ser entendida como um estado de bem-estar completo, físico, mental e social.

médica, segundo seus proponentes, têm representado um compromisso coletivo de investigação das relações entre as teorias a respeito da cultura e das etnias e a questão do gênero e saúde, envolvendo a compreensão da interação entre a percepção das pessoas e as diversas dimensões da existência (emoções, sentimentos), conforme Kearns (1993, 1997).

A criação da revista *Health and Place*, em 1995, foi um marco significativo deste movimento, propiciando a continuidade do debate das relações entre geografia e saúde até os dias de hoje.

Segundo Abreu (1997, 1998). O pensamento higienista deve ser considerado uma importante fonte para o estudo das questões urbanas do início do período republicano. Afinal, médicos e engenheiros sanitaristas colocaram-se à frente na tarefa de sanear cidades, o que lhes conferiu enorme prestígio político, consolidando o higienismo como um dos principais discursos ideológicos de parcelas significativas da elite intelectual brasileira do começo do século XX. Se os higienistas brasileiros controlaram as epidemias de febre amarela e do cólera nas maiores cidades brasileiras das primeiras décadas do século XX, o país continuou a conviver com graves problemas sanitários.

Muitas outras moléstias eram responsáveis por um grande número de mortes nas cidades, principalmente nas cidades amazônicas como a tuberculose, dengue, malária, doenças das chagas, esquistossomose, febre amarela, filariase, leishmaníases a difteria, a lepra e as doenças venéreas entre outras.

Seria preciso identificar o lugar desses acontecimentos e das idéias higienistas na formulação das políticas públicas das principais cidades brasileiras , o que envolveria o entendimento das relações deste pensamento com a história urbana e a história das cidades.

Dessa forma, seria importante investigar a dinâmica urbana que envolve as áreas adstritas às unidades básicas de saúde, buscando-se compreender a geografia das redes que estes serviços produzem nas mais diversas escalas, em termos de circuitos urbanos.

Se num primeiro nível as unidades básicas de saúde e demais serviços de maior complexidade constituem-se numa das redes de infra-estrutura básica existentes nas cidades, elas também envolvem circuitos gerados pela produção

dos serviços (segundo nível escalar) e um outro circuito tecido pelos atores sociais que se apropriam e dão concretude ao SUS (terceiro nível).

SPOSITO também tem uma preocupação sobre este assunto, segundo a autora as transformações recente no setor de saúde podem ser relacionadas aos processos mais amplos de “multi(poli)centralidade”. A distribuição dos equipamentos de saúde pela cidade estaria associada aos processos de (re)estruturação urbana, com profundos impactos na dimensão simbólica da vida urbana. Sob este aspecto, a discussão que Seabra (1996) faz a respeito da “insurreição do uso” sugere que a influência dos serviços de saúde transformados em equipamentos urbanos reside nas mudanças generalizadas de valores impostos pelo seu uso, o que confronta (sem substituir) o universal, necessário e público com o particular, contingencial e pessoal.

Considero que esta dimensão simbólica produzida no âmbito da saúde pode ser compreendida graças a algumas idéias desenvolvidas por Armando Corrêa da Silva e Marcelo Lopes de Souza, na interface com outras áreas do conhecimento.

Para o primeiro autor, o lugar social é uma questão central para a geografia e exige a análise da tensão dialética provocada pela isotropia desigual do espaço geográfico. Ou seja, em virtude de suas determinações individuais e grupais, o lugar social seria um espaço isotrópico, porque responderia a determinações mais gerais e inclusivas e, ao mesmo tempo, espaço desigual, porque estaria relacionado às entranhas do poder local (Silva,1991). Assim, a busca dos atores sociais pela delimitação de esferas de poder, no âmbito do espaço urbano, teria uma função existencial própria de individuação, que permitiria que os sujeitos se diferenciasssem e ao mesmo tempo se integrassem à comunidade.

A noção de saúde estaria sendo formada em diversos campos culturais e resultaria da produção de categorias de pensamento que utilizamos para a enunciação do que vêm a ser as coisas do mundo. A vida e a morte, conceitos estreitamente vinculados ao campo da saúde, não seriam enunciados apenas pela ciência, mas também pela literatura e pelas artes plásticas, que delimitam e expressa diferentes aproximações possíveis a esta temática. Esta perspectiva de análise encaminharia a discussão da saúde urbana para a

questão do discurso ideológico, o que para Silva (1997 pg 78) seria o mesmo que delinear as suas geografias.

Ainda que a geografia seja uma disciplina bastante valorizada pela epidemiologia social no Brasil, os geógrafos brasileiros não têm participado diretamente desta discussão.

Resultados

Muitos são os fatores que contribuem para alterar o estado de saúde das populações e o modo como saúde (doença) são percebidos. Estamos hoje mais conscientes de que as perspectivas como se observa a saúde ou a sua ausência são diversas. acredita-se que essas infecções endêmicas, (a dengue, malária, doenças das chagas, esquistossomose, febre amarela, filariase, leishmaníases a difteria, a lepra, a tuberculose, e as doenças venéreas entre outras), a presença de famílias numerosas, e a pobreza desses locais exerçam um efeito protetor no desenvolvimento dessas doenças.

Este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados as mesmas, ou seja diagnosticar as condições de saúde nos municípios do Arquipélago do Marajó através do ponto de vista da geografia da saúde.e o espaço, objeto da geografia, como uma categoria de estudo privilegiada para a investigação do processo saúde-doença nas populações ribeirinhas no entorno Breves, Melgaço e Portel municípios da Ilha do Marajo no Pará/Brasil.

Abordou-se na pesquisa, seguir o campo de possibilidades de relações entre geografia urbana e saúde pública, considerando-se a produção recente da geografia brasileira.

Não teve-se a pretensão de identificar todos os caminhos possíveis da investigação em saúde urbana, com base no complexo e rico referencial teórico desenvolvido pela geografia ou por especialistas de outras áreas, porém o que se pretendeu é sublinhar alguns nexos entre a saúde e a temática urbana aplicada ao resultado da pesquisa desenvolvida no Arquipélago do Marajó nos três municípios, a respeito das condições da saúde urbana, com base nas unidades censitárias do Pará.

Para que fosse possível a comparação entre os municípios do arquipélago elaborou-se um questionário de ocorrência de doenças entre os mesmos, foram escolhidos municípios diferenciados que possuíssem quantidade populacional e residências diferenciadas para que fosse representativo dos municípios envolvidos. Os dados sobre a população e o número de residências de cada município foram obtidos na Secretaria Municipal de Planejamento Urbano de cada município que correspondessem à análise do IBGE/CENSO 2000.

Para a obtenção dos dados de ocorrências de doenças relacionadas acima foram utilizados dados dos questionários feitos a população local dos municípios, as doenças que, na sua maior disseminação, sofrem influência da má disposição da falta de infra estrutura comparadas com o número de ocorrências obtidas no município Trabalho realizado em três (3) municípios do Arquipélago da Ilha do Marajó aplicando-se um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre as doenças, vetores e medidas preventivas adotadas. 23 portel(18F 5M44) (breves29F 15M) (25 melgaço 16m 9f)

Foram entrevistados nos três municípios 92 pessoas. No município de Breves 44; em Melgaço 25 e em Portel 23 Dos entrevistados, 56 do sexo feminino e e 36 do sexo masculino; 86 % são paraenses, 70% tinham entre 15 e 45 anos, 50 % tinham ensino médio. Do total, 45 % sabem o que são doenças infectos contagiosas 30 % disseram saber que se pegar a doença através do mosquito, 36% desconhecem ou não tem conhecimento de doenças causadas pelo mosquito, 72% tiveram as doenças; 76% não sabem como evita-la. Em relação as endêmicas dos municípios as doenças que houve maior predomínio foi a malária 46% e a dengue 42% à Doença de Chagas, 3%; 5% tuberculose; esquistossomose 2%; 0,5% febre amarela; 0,5% filariose e 1,0% já ouviram falar da doença falar nessas doenças porém acreditam que se pega através de insetos, mas não conheciam os sintomas e nem sua a forma de transmissão;

Conclusão e Discussão

No período 1970/2000, a população amazônica quase triplicou, evoluindo de, aproximadamente, 7,3 para 21 milhões de habitantes, em decorrência das elevadas taxas anuais de crescimento experimentadas, sempre superior à média brasileira, mas que se mostram declinantes ao longo das três últimas décadas - 4,38% a.a, em 1970/80, 3,30%, em 1980/91 e 2,26%, em 1991/2000. Essa tendência manifesta-se em quase todas as Unidades Federadas, à exceção do Amapá, que registrou taxas crescentes e elevadas de incremento populacional, que atingiu 5,71%a.a, no interstício 1991/2000, como resultado de fluxos imigratórios em direção ao Estado.

Uma das características mais marcantes do recente processo de ocupação demográfica do espaço regional diz respeito à urbanização, que vem se fazendo em ritmo intenso e acelerado, introduzindo profundas mudanças na estrutura do povoamento regional. Entre 1970 e 2000, a população urbana cresceu mais do que a população total, com taxas correspondentes ao dobro da média do País, passando de 35,7% para 68,2%, muito embora a taxa de crescimento anual da população urbana apresente tendência declinante ao longo do período.

Hoje essa população vivem preferencialmente localizadas nas baixadas e várzeas, áreas anteriormente vazias ou exclusivamente sem nenhum tipo de saneamento ou equipamento urbano. Sabem-se que nesses municípios, a população convivem com esgotos a céu aberto drenando para uma coleção hídrica próxima, concentrando um certo número de moradores, constitui-se, ao contrário das favelas e cortiços, num excelente disseminador das doenças endêmicas. Assim, temos que o fato dessas doenças surgirem nos municípios citados. Breves, parece com maior crescimento, com uma característica particular de seu desenvolvimento urbano, que a partir de décadas passadas tornou-se um pólo de abastecimento para as outras cidades vizinhas. Nesses municípios ocorrem a migração da população da área rural para o município sede em busca de serviços (emprego, escolas, saúde entre outros) dessa forma as camadas mais carentes da população abandonam os vilarejos dos quais são oriundos e vem para a cidade tentar a sorte a qualquer preço mesmo

que seja para morar sem nenhuma condição habitável ou seja a ter direito a uma moradia digna, esses novos moradores habitam as periferias dos municípios ficando expostos a essas doenças uma vez que o lugar não tem condições de habitação, portanto dá-se a transmissão dessas doenças graças à formação desses novos bairros sem saneamento, lixões expostos, cujo os resíduos atingem os rios e igarapés de onde os mesmo tiram a água para a higiene e conviver no dia-a-dia. Temos que o fator migração, quando analisado independentemente de seus determinantes (a industrialização) e de suas conseqüências (o tipo de urbanização) perde o poder explicativo no processo de disseminação dessas doenças, ainda que nele tenha crucial importância.

Em termos de perspectiva futura, em vista de persistir o padrão de urbanização da periferia que favoreceu o estabelecimento das doenças endêmicas, parece claro que esta não desaparecerá facilmente das cidades . No entanto, dada a pequena intensidade dos focos, uma vez que a freqüência a estes se dá quase que exclusivamente por lazer, e a grande dispersão destes, o controle torna-se muito difícil, salvo se houver uma interrupção no atual processo de urbanização descontrolada

Apesar de viverem em uma região endêmica e referirem saber o que é as doenças tropicais, poucas pessoas tem conhecimento de suas manifestações clínicas ou sua forma de transmissão e muito menos sua prevenção. Poucos sabem informar corretamente sobre esses tipos de doenças, seu controle e prevenção, o que já era de se esperar para essas doenças de ocorrência na região,. Reafirma-se o status de doenças negligenciadas, necessitando-se divulgação das formas de prevenção, através de campanhas educativas, divulgando-se informações pelos meios de comunicação de massa, escolas e grupos da comunidade, tal como na dengue.

Embora com ritmo reduzido e de caráter sobretudo intra-regional, a migração continua a ser fator espontâneo e induzido de ocupação pioneira do território e de abertura de matas, delineando novos corredores de povoamento que unem o sul da Amazônia a Roraima e Amapá, onde se reproduz o ciclo do uso da terra, característico da Região nas últimas décadas.

O binômio mobilidade da população e urbanização é um dos mais dolorosos aspectos do processo de ocupação regional, uma vez que as cidades não tiveram condições de recursos e de tempo para absorver os migrantes. Resulta, assim, que a Amazônia é uma floresta urbanizada, representando, porém, os núcleos urbanos um de seus maiores problemas ambientais.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABREU**, Maurício de Almeida. Pensando a cidade no Brasil do passado. In: **SILVA**, José Borzacchiolo da (org.). *A cidade e o urbano: temas para o debate*. Fortaleza: EUFC, 1997, p. 27-52.
- _____. Sobre a memória das cidades. *Território*. Rio de Janeiro, UFRJ/Laget, v. 3, n. 4, p. 5-26, jan./jun., 1998.
- ENGELS**, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*. Lisboa: Presença, 1975.
- FOUCAULT**, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- GUIMARÃES**, Raul Borges. *O transbordar do hospital pela cidade*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências e Humanas da Universidade de São Paulo, 1994. 127 p. (Dissertação de mestrado em Geografia Humana).
- _____. *Saúde pública e política urbana: memória e imaginário social*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências e Humanas da Universidade de São Paulo, 2000. 224 p. (Tese de Doutorado em Geografia Humana).
- ROSEN**, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- SEABRA**, Odete Carvalho de Lima. A insurreição do uso. In: MARTINS, José de Souza (org.). *Henri Lefebvre e o retorno à Dialética*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 71-86.
- SILVA**, Armando Corrêa da. *Geografia e lugar social*. São Paulo: Contexto, 1991.
- _____. *Conceito de cultura*. São Paulo, Departamento de Geografia, FFLCH/USP, 1997a (mimeo).
- SINGER**, Paul. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SPÓSITO**, Maria Encarnação. Multi(poli)centralidade urbana. Presidente Prudente, UNESP/GASPERR, 1996 (mimeo.).

