

A IMPORTÂNCIA DO BRASIL PARA A GEOGRAFIA DA SAÚDE LUSOFÔNICA: ENTREVISTA COM PAULO NUNO SOUSA NOSSA

THE IMPORTANCE OF BRAZIL FOR THE LUSOPHONY GEOGRAPHY OF HEALTH: INTERVIEW WITH PAULO NUNO SOUSA NOSSA

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Laboratório Geosaúde UNESP/ P. Prudente

Doutorando em Geografia pela UFPR

eduwer@hotmail.com

Era o encontro Nacional de Geografia da Saúde de Uberlândia onde tive a oportunidade de entrevistar o professor Paulo Nossa. Atual diretor do Departamento de Geografia da Universidade do Minho - Portugal, no encontro, ele foi palestrante em uma das mesas e abordou o tema AIDS em Portugal. Como pesquisador, teve um papel importante na elaboração de políticas públicas de saúde para doenças sexualmente transmissíveis em Portugal. Esteve atento a todos os painéis do evento e aos debates. *Vim me interar com vocês!*, disse. Ao refletir sobre a produção do evento aponta para um futuro promissor e sugere que devemos ampliar a nossa interlocução com os países lusofônicos.

Eduardo Werneck: *Professor, o senhor poderia nos contar um pouco da sua trajetória da sua formação acadêmica.*

Paulo Nossa: Eu entrei para faculdade de Letras na Universidade de Coimbra para o curso de Geografia em 1986 e depois sai em 91, tive dois anos no ensino e voltei pra fazer mestrado, e na altura de 93 estava a cursar em Portugal de uma forma muito impulsiva comecei a estudar o HIV, que nas fases iniciais associava-se a uma doença de imigrantes e como na minha formação eu tinha tido Geografia da População, fundamental para se observar as dinâmicas... questionei se esta questão da imigração: Será que era uma patologia? E comecei por aí! A minha orientadora deu a maior força, disse: eu não pesquiso nada de doenças, mas se você quer ir por aí, eu apoio. Estou a dizer isto, porque foi muito importante ter alguém pra te orientar cientificamente, permitir ou que deixe o campo livre pra experimentar outras coisas...

Eduardo Werneck: *Este é um aspecto fundamental na produção científica, liberdade de escolhas teóricas, temas...*

Paulo Nossa: Pois é, a sensação daquele momento era de “não sei o que vai dar”, mas o fato da professora dizer que se quer ir por aí, eu dou o maior apoio, isso para mim, foi fundamental. Fiz o mestrado no VIH ativo em Portugal e depois pensei, erradamente, que a questão do VIH em 1998 em Portugal com as novas terapêuticas antiretrovíricas estava resolvido! Estudei um pouco da bioestatística, a ouvir e tal, e infelizmente nos enganamos, não só VIH não diminuiu, porque o meio e o lugar não permitiu... tem tudo aquilo... como também agravou-se em algumas áreas, então acabei por fazer o doutoramento nesta área! Bom...Durante o meu projeto de doutoramento, houve uma alteração grande no Ministério da Saúde português e isso mudou a minha trajetória. O conjunto de pessoas com quem eu estava trabalhando no

hospital universitário (fazia investigação diretamente com as histórias dos doentes, com 584 doentes) estava sob os cuidados do meu orientador clínico que me perguntou: Olha! Eu vou para o Ministério da Saúde trabalhar com VIH, você não quer fazer da equipe?. E então os primeiros 4 meses foi colaborar na construção do plano nacional para o VIH, que eu acho que já foi uma experiência muito interessante, porque eu entrei num grupo interdisciplinar e era preciso fazer um plano para Portugal, até porque esse plano acabou em 2006. De 2004 a 2006 enquanto esteve em vigor, eu tinha que trabalhar com diversos grupos de conhecimento. O engraçado do Geógrafo, no meu caso, é que nunca se tinha desagregado até ali para diferentes grupos levando em consideração diversas determinantes. O plano que estava feito era muito genérico. Sabíamos dos grupos de ricos, então começamos a fazer planos de intervenção pra imigrante, fazer plano de intervenção pra prostituição e com a orientação da Universidade e do meu orientador (que tinha um cargo importante no Ministério), os médicos a princípio ficaram meio arredio, mas o apoio fez as coisas muito mais simples, porque eu tinha a força técnica, e dizia: Olha vamos fazer assim, por que os grupos já estão identificados e os riscos são potenciais, mas precisamos conhecer o comportamento e os lugares dessas pessoas. Afinal, se nós não tivermos políticas setoriais de apoio ou de prevenção nós não vamos conseguir resolver isto.

Eduardo Werneck: *A sua formação lhe permitiu estudar estatística (bioestatística), interessante se compararmos o período que o senhor se formou, aqui no Brasil, havia uma crítica de alguns segmentos da Geografia sobre a quantificação. Eu me lembro que na minha graduação (1996 -1999), havia ainda um desconforto intelectual dos meus colegas a respeito da quantificação, modelos numéricos...*

Paulo Nossa: Essa é uma batalha que também não ganhei, ou seja, em termos de modificação do pensamento dos epidemiologistas com quem trabalhei. Ganhamos no plano político, porque na investigação que eu tinha que eram 584 doentes eu tinha a subnotificação em torno de 48%, ou seja, haviam 48% dos doentes que recebiam tratamento gratuito mas eram silenciosos do ponto de vista epidemiológico. Então eu comecei a pressionar o meu orientador clínico para saber de outros hospitais, pois se no “meu” hospital eu tenho esta dimensão, o que não se passa nos outros? E chegamos a encontrar hospitais com 80% sem notificação, então no plano final, chegamos a pressionar o ministro (da saúde) para que a notificação em determinado moldes, mantendo a confidencialidade e todos outros critérios característicos, fosse obrigatório, compulsiva. Quando sai do Ministério da Saúde, a notificação era compulsória, uma vitória política. Eu acho que isso foi importante, porque os clínicos, pela primeira vez, olharam para a Geografia e disseram: Eles não sabem muito de clínica, mas conseguimos entender como o ambiente potencializa ou diminui o risco. Fui importante. Ainda lançamos projetos nas escolas para a prevenção primária, lançamos uma campanha de educação sexual, pois Portugal é um *bucadinho* conservador. Esta questão não se resolveu em 2007, só em 2009 com outro coordenador que veio depois.

Eduardo Werneck: *O senhor ficou no Ministério até?*

Paulo Nossa: até 2005. Foi todo o ano de 2004 e 2005. Eu tinha que acabar o doutorado (risos), se não a Universidade me daria as costas. Claro que isto foi muito importante para mim, pois tive que estudar muito sobre HIV, a sua história natural,

mas a capacidade de infecção está diferente, principalmente nas questões laborais, na construção civil, nos alojamentos, com campanhas educativas...

Eduardo Werneck: *Eu presumo que este setor seja o principal foco da imigração*

Paulo Nossa: Exatamente! Nós conseguimos isso com todos os sindicatos, pela primeira vez, sentados na mesma mesa com todos, e eu acho que isso só foi possível por causa da Geografia.

Eduardo Werneck: *Se pensarmos bem, não foi uma derrota, mas uma vitória!*

Paulo Nossa: Sim, e porque não ganhamos tudo? A desagregação espacial das notificações, não foi possível modificar. Por outras razões, mas esta não conseguimos vencer.

Eduardo Werneck: *E na docência, o que o senhor tem estudado na área? Suas orientações na área de Geografia da Saúde?*

Paulo Nossa: Bem... Eu orientei três mestrados na área da Geografia da Saúde, onde um deles trabalhamos com estratégias e prevenções de doenças sexualmente transmissíveis e os outros são sobre os cuidados continuados para os idosos e até que ponto estão as políticas de saúde com a questão demográfica em Portugal. Mas depois que terminei o meu doutorado também vieram coisas administrativas, e isso é terrível, pois estamos passando por uma reforma universitária, o que tem feito com que eu fique mais no meu departamento do que pesquisando desde 2005. Isso ocupa muito tempo, inclusive para projetos mais ambiciosos, inclusive para dar um salto qualitativo na pesquisa.

Eduardo Werneck: *O senhor já participa desde o segundo encontro (Rio de Janeiro) e o que o senhor percebeu ou compara neste intervalo, na construção da Geografia da Saúde brasileira?*

Paulo Nossa: Para a Geografia da Saúde brasileira, eu percebi uma coisa. Vocês apostaram muito mais cedo do que nós na questão do SIG (Sistema de Informações Geográficas) como ferramenta e o resultado está aí. Veja isso é uma visão de quem é de fora! O público do encontro brasileiro é muito mais jovem, em função da tecnologia da cartografia automática e etc. Acho que tem que avançar no que foi dito aqui no evento: A análise espacial é uma ferramenta, não é só mapa, mas junte esta dinâmica da automatização, o SIG, e os novos investigadores, que por sinal são muito novos; são alunos de graduação e pós-graduação e eu vim me integrar, e respondam as questões locais, tentem responder as políticas e os procedimentos de saúde locais com base neste know-how que vão acumulando na Geografia da Saúde. Eu também percebi hoje que as indicações que OMS está a colocar como indicadores, já trazem a monetarização espacial. Acho isto é resultado do esforço da Geografia da Saúde que convenceu a OMS, principalmente nesta área da América Latina, porque, pelo menos no escritório europeu, ainda não tem este debate, é provável que isto é devido as mesmas patogêneses infecciosas ainda estão sob controle, mas eu acho que vão piorar .

Eduardo Werneck: *Vai evoluir na Europa?*

Paulo Nossa: Não vai evoluir drasticamente, mas dificilmente não irá evoluir. Em um congresso norte americano em 1975, um epidemiologista disse uma coisa fantástica: Das patologias infecciosas, só nos falta controlar a gripe! É um bocadinho ambicioso, mas a história mostra que as patologias infecciosas nunca serão controladas, por questões ambientais e porque o homem é um invasor de biotas, ecossistemas e isso sem ter noção do que há lá. E aqui o foi dito no evento, das novas patologias do plano infeccioso estão a acontecer. Isto vem reforçar ainda mais o papel da Geografia tem na leitura destes contextos, nos diversos patamares, universos construídos, desconstruídos.

Eduardo Werneck: *Você acha que a produção intelectual brasileira no tema é pequena?*

Paulo Nossa: De jeito nenhum, para você ter uma idéia, no meu doutoramento, de cada 10 autores, quatro ou cinco eram brasileiros. Vocês tem uma produção muito consistente, apesar de ver que a produção ainda está restrita a um grupo da Oswaldo Cruz (fundação), mas eu vejo que agora, desde que eu frequento o encontro nacional, estão surgindo novos autores, é claro, ainda está concentrado nas patologias infecciosas, leishmaniose, etc. Mas não fazem isso sem suporte teórico, pelo contrário, com muita técnica. Eu acho que a Geografia da Saúde brasileira está em um patamar superior que outras como Portugal e Espanha, por exemplo. Também não podemos esquecer, é uma questão de escala. Vocês têm mais atores: estado, município, união, sociedade civil, prestadores particulares. Eu vi aqui projetos com capacidades de mudar a dinâmica local e regionais e que sabe, nacional. Isso é muito bom!

Eduardo Werneck: *Professor, qual é a agenda de desafios futuros?*

Paulo Nossa: Reforçar o intercambio Brasil e Portugal. Eu acho que Portugal e Brasil têm uma afinidade com Cabo Verde e Moçambique, que são países que estão em um momento de desenvolvimento muito interessante e estão tendo problemas diretos com os temas que nós já estamos tratando, podemos colaborar com eles. Acho que no espaço lusofônico podemos trocar experiências, com certeza. Podemos incorporar isto.

Eduardo Werneck: *Em que sentido seria isso?*

Paulo Nossa: Nas políticas locais. Acho que as políticas locais permitem influenciar muito mais do que na escala nacional. Teríamos mais evidências e respostas para convencer os “inimigos” (risos).

Eduardo Werneck: *Professor, muito obrigado pela entrevista.*

Paulo Nossa: Não há de que. Fui uma conversa muito prazerosa.