

Saúde urbana: velho tema, novas questões

Raul Borges Guimarães

Professor assistente-doutor do Departamento de Geografia da UNESP de Presidente Prudente e membro do Grupo Acadêmico sobre a Produção do Espaço e suas Reestruturações Regionais – GASPERR.
Correio eletrônico: ARCHGUIMARAES@aol.com

Resumo

O presente trabalho é uma contribuição para o entendimento da saúde pública em uma perspectiva geográfica. O principal objetivo é apresentar uma reflexão a respeito das concepções de saúde urbana, tendo em vista a contribuição recente do pensamento crítico desenvolvido pela Geografia brasileira. A idéia central que aqui se apresenta é a de que os paradigmas científicos e as matrizes discursivas dos serviços de saúde guardam estreita relação com o poder político e o desenvolvimento da vida urbana.

Palavras-chave

Geografia urbana – saúde urbana – Geografia da Saúde.

Terra Livre	São Paulo	n. 17	p. 155-170	2º semestre/2001
-------------	-----------	-------	------------	------------------

Introdução

Como cidadãos e geógrafos, somos tanto participantes como observadores de um perverso processo que transforma cada vez mais as pessoas em clientes. As mídias fizeram acreditar que saúde se compra à prestação, escolhendo o produto pela qualidade, pelo preço e pelo modo de atendimento. Por outro lado, sabe-se que uma parcela considerável da população que procura atendimento médico é portadora de necessidades que nunca serão plenamente satisfeitas no plano da assistência médica individual. O encaminhamento dessas pessoas para a consulta médica ocasiona dificuldade em assegurar atendimento rápido para os casos que realmente exigem urgência. São desafios constantes do poder público a otimização do uso dos leitos hospitalares, a atualização contínua do mapa de vagas, o estabelecimento de mecanismos que desobstruam a comunicação e o intercâmbio de informações entre as unidades de serviços de saúde. Ao mesmo tempo, assistimos a uma luta de diversos movimentos sociais que exigem saúde como algo menos médico e mais conectado a experiências do dia-a-dia.

Em que medida a Geografia brasileira pode contribuir com a temática da política de saúde e com os aspectos apontados acima?

O XII Encontro Nacional de Geógrafos, promovido pela Associação de Geógrafos Brasileiros – AGB –, em Florianópolis, em julho de 2000, demonstrou que os geógrafos brasileiros já estão envolvidos com tais inquietações. Pela primeira vez em sua história, a AGB organizou atividades em um evento nacional enfocando o tema da saúde pública. A mesa-redonda “Geografia e saúde” – com o objetivo de discutir a promoção da vida do cidadão como um novo paradigma da saúde pública – teve a assistência de cerca de 150 participantes e resultou em um intenso debate. O mesmo se verificou no curso “Da geografia médica à geografia da saúde”, com a presença de 40 inscritos do Encontro. Foi possível observar nestas atividades da AGB que geógrafos de diversas partes do país estão envolvidos com temáticas da saúde, velhas conhecidas de outras áreas do conhecimento, tais como: ambiente e saúde, perfil de morbimortalidade da população e acesso aos serviços de saúde.

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. Poderíamos agrupar um conjunto significativo destas novas questões em um campo de investigações e práticas sociais denominado *saúde urbana*? Acredito que sim. É o que vou procurar demonstrar neste artigo.

Para isso, o texto foi dividido em 3 partes. Na primeira, “Discurso médico e epistemologia do lugar social”, discuto as razões que justificam a delimitação deste campo denominado saúde urbana. A segunda parte, “Da topografia médica ao movimento pós-geografia médica”, é dedicada a estabelecer as diferenças de perspectiva teórica e metodológica entre a tradicional geografia médica e este novo campo de investigações. Na terceira e última parte, “Alguns caminhos da investigação em saúde urbana: a contribui-

ção recente da geografia brasileira”, abordo possíveis caminhos da investigação em saúde urbana, considerando as recentes perspectivas teóricas e metodológicas desenvolvidas por geógrafos brasileiros.

Discurso médico e epistemologia do lugar social

É na cidade que as pessoas procuram o médico ou recorrem aos serviços de urgência e maior complexidade. Mascates, restaurantes, terminais de ônibus, pontos de táxi, estações de metrô, enfim, toda uma gama de atividades existentes em virtude dos serviços de saúde fazem dos seus arredores o que muitos denominam de “corredor sanitário”. Por aí convivem diversos tipos de pacientes que circulam pela cidade à procura de atendimento. É a cidade das filas, dificuldades, carências, denúncias de queda do padrão de atendimento, dos riscos de infecção hospitalar, da demora na marcação de consultas, da falta de recursos nas emergências médicas. É também a cidade do diversificado conjunto de alta tecnologia dos equipamentos eletroeletrônicos de apoio diagnóstico e terapêutico, como a ultra-sonografia, a hemodiálise, a ressonância magnética.

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, conforme explicitarei a seguir.

A rede de saúde pode ser compreendida como um sistema interconectado que funciona por meio da circulação de pessoas, mercadorias ou informações. Neste sentido, a rede de saúde não é um dado, mas uma questão em aberto. Não se trata só de uma rede de equipamentos conectados, mas de um conjunto de atores sociais¹ que a freqüentam em busca de um objetivo ou para cumprir uma tarefa bem localizada territorialmente. Cada um destes atores (corpo técnico dos hospitais e unidades básicas de saúde, usuários dos serviços, lideranças das associações de moradores, entre outros) ocupa uma posição relativa, ou seja, um nó conectado na rede de saúde. Esta, por sua vez, é o meio e o fim de múltiplas relações de controle, de vizinhança, de distanciamento e de aproximação entre estes atores sociais, que criam e recriam lugares de poder, nos termos estudados por Raffestin

1. Segundo Mendes (1997, p. 8), “ator social é um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando numa determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que ele tenha controle sobre os recursos relevantes, tenha uma organização minimamente estável e um projeto para intervir nessa realidade”.

(1993). Os movimentos reivindicatórios de associações de moradores dos bairros periféricos das cidades brasileiras, por exemplo, colocam a saúde em uma “cesta básica” na qual não pode faltar o remédio e o pronto atendimento médico. Este perfil de demanda que há muito tempo tem sido estudado pelas Ciências Sociais em saúde (Cohn, 1991) é uma das traduções do processo de (re)estruturação urbana, na perspectiva das carências.

Em um contexto de profunda heterogeneidade na distribuição de equipamentos coletivos, como é o caso das cidades brasileiras, é preciso levar em consideração a variabilidade de “arquiteturas” de ligações efetivamente realizadas ao longo do tempo pelos diversos atores sobre esta rede (Dupuy, 1991). Ela não é homogênea, mas impregnada de mensagens e valores definidos no campo social e político da vida urbana e transformados em saber técnico. É este saber técnico que aproxima ainda mais a relação da saúde com o processo de produção do espaço urbano. Afinal, qualquer modelo tecnológico guarda em si uma forma de expressão e de comunicação de idéias, valores e formas de comportamento entre pessoas, ainda que tais conteúdos possam ser identificados apenas em suas lacunas e silêncios. No que se refere a sua dimensão territorial, como diz Santos:

“a relação que se deve buscar, entre o espaço e o fenômeno técnico, é abrangente de todas as manifestações da técnica, incluídas as técnicas da própria ação (...) e como o objeto técnico define ao mesmo tempo os atores e um espaço” (Santos, 1996, p. 31).

É aí que as representações sociais dos serviços de saúde se estruturam, formando um sistema de interpretação que rege a relação das pessoas com a sociedade urbana, uma vez que ancora “o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada” (Jovchelovitch, 1995, p. 82). Como as representações estruturam-se na significação atribuída a objetos do real, nas relações que os sujeitos estabelecem com eles, não é possível pensar em representações sociais fora do seu contexto. Este é o caso dos equipamentos de saúde. Como meio técnico urbano, eles são inseparáveis das experiências intersubjetivas. Neles e por meio deles ocorre o despertar da consciência dos sujeitos (no caso, da consciência sanitária e do estatuto da doença e do enfermo, idéias e concepções formuladas na e pela vida urbana). Mas isso também tem criado a carência e a sua necessidade, o que vem exigindo o olhar atento ao conteúdo do não-dito, do não-manifesto, e da relação que estabelecemos entre o mundo material e o mundo simbólico.

Talvez nenhuma outra rede de serviços tenha tamanho poder de produção, reprodução e enunciação de representações sociais da vida urbana como a da saúde. Ela produz poderosas unidades semânticas com base nas quais se articulam, inclusive, outros simbolismos sociais, o que inclui o desejo, o imaginário, o percebido. Este aspecto da produção das representações sociais da saúde tem o poder de satisfazer o desejo de apropriação do objeto real através de sua substituição no plano do discurso e resulta de transferências do universo do espaço urbano vivido e percebido para o campo simbólico, que mobiliza imagens e arquétipos simbólicos na tessitura do nosso universo conceitual (Lefèbvre, 1983).

Esse seria um caminho de investigação geográfica da saúde urbana, mas que exige uma reflexão. Ainda que tais conteúdos geográficos não se apresentem diretamente enquanto expressão territorial, como os discursos que os expressam relacionam-se com a territorialidade urbana e lhe conferem atributos próprios? É o que veremos nos dois itens seguintes.

Da topografia médica ao movimento pós-geografia médica

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 (Grmek, 1999).

Durante o sanitarismo, período delimitado por Rosen (1994) entre 1830 a 1875, a saúde pública e o planejamento urbano foram considerados uma mesma entidade². O saneamento urbano era o único “remédÍo” 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

2. Ainda que o presente artigo tenha por base a periodização da história da saúde pública proposta por Rosen (1994), sabemos que qualquer recorte histórico é passível de discussão e inúmeros outros autores poderiam ser lembrados. Para Duhl and Sanchez (1999), por exemplo, o sanitarismo só foi delimitado enquanto um campo científico específico a partir de 1875, com o desenvolvimento da microbiologia. Para este autor, a era do sanitarismo confunde-se com o que Rosen considera a “Era da Bacteriologia” (1875-1950). Luz (1988), por sua vez, considera que a emergência do sanitarismo teve por referência um processo histórico que, desde o século XVI, transformou a lógica aristotelo-escolástica, herdada da representação social da doença do mundo antigo, numa lógica sustentada pela racionalidade e pelo desenvolvimento técnico. Ver também Porter (1999) e Canguilhem (1990).

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 urbanística como uma resposta técnica para as mazelas sociais e uma espécie 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 com os pobres, os ativistas dos sindicatos, os desempregados e as gangues do crime organizado, todos considerados membros das “classes perigosas” (Hall, 1995). 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” (Foucault, 1980, p. 35) que resultaria em poder de polícia e de instituição da ordem pública.

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 crônico-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 vida³, 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 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

3. Definidos como conjuntos de atividades mediante as quais grupos que as praticam asseguram sua própria existência.

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 adoeçam (Haggett, 1977; Mayer, 1992).

Com a progressiva adoção de abordagens sistêmicas para o tratamento das questões ambientais de modo mais complexo e dinâmico, tais estudos buscaram a gênese dos mecanismos que desencadeiam a difusão das doenças, ampliando enormemente o alcance da problemática da saúde (Meade, 1988; Gould, 1969). Mas o paradigma da análise espacial começou a perder força nas pesquisas em geografia médica a partir da primeira metade da década de 1970, quando novas questões passaram a ser formuladas com base nos referenciais teóricos da geografia humana pós-estruturalista (Kearns and Gesler, 1998).

Estas novas perspectivas teóricas apontaram para o posicionamento crítico diante do conceito de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde⁴. 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 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 o editor deste periódico científico, a saúde tem sido uma área que exige o estudo de um amplo leque de questões (Moon, 1995), dentre as quais se destacam: a emergência de novas doenças, a análise de suas etiologias e, no caso de doenças transmissíveis, sua propagação; a reemergência de doenças que já estavam sob controle; o impacto do crescimento das doenças crônico-degenerativas e mentais; a prevalência e etiologia de doenças relacionadas com o comportamento, particularmente fumo, bebida,

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

hábitos alimentares, vida sedentária, vida sexual e uso de drogas. Tendo em vista o caráter dinâmico e interdisciplinar deste campo temático, este novo jornal tem se proposto a publicar resultados de pesquisas com ênfase nos aspectos teóricos, promovendo a difusão do pluralismo metodológico na investigação dos processos de produção das informações e da construção social dos significados do termo *saúde*.

O Brasil não ficou alheio a este intenso debate que tem se verificado nos últimos anos. Contudo, o pensamento marxista teve um peso mais significativo por aqui, como em outros países da América Latina (México e Equador, por exemplo). Na perspectiva do realismo crítico, a análise do processo saúde-doença tem sido realizada pela epidemiologia social brasileira, considerando-se as diferenças de adoecer e morrer das classes sociais ou das pessoas nos diferentes contextos socioespaciais⁵.

Ainda que a geografia seja uma disciplina bastante valorizada pela epidemiologia social no Brasil, os geógrafos brasileiros não têm participado diretamente desta discussão. O que pretendo abordar a seguir é o enorme campo de possibilidades de relações entre geografia urbana e saúde pública, considerando-se a produção recente da geografia brasileira.

Alguns caminhos da investigação em saúde urbana: a contribuição recente da Geografia brasileira

Nesta última parte do artigo não tenho 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 áreas⁶. Apenas gostaria de sublinhar alguns nexos entre a saúde e a temática urbana que têm despertado o interesse recente de geógrafos brasileiros, conforme já demonstrou o último Encontro Nacional da AGB, em Florianópolis.

Entre eles, o desenvolvimento de aplicativos em Sistema de Informação Geográfica (SIG) tem provocado a retomada dos estudos de estatística espacial no campo da saúde. No Brasil, a equipe da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) tem se destacado nesta área (Najar e Marques, 1998), e sua parceria com o IBGE resultou em importantes pesquisas a respeito das condições de saúde da população urbana, com base nas unidades censitárias da cidade do Rio de Janeiro. As bases de dados desenvolvidas pelo Departamento de Informações em Saúde da FIOCRUZ vêm sendo utilizadas em diversos projetos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, formando o referencial central do uso do geoprocessamento em estudos epidemiológicos por meio da modelagem de conjuntos de dados socioeconômicos. As pesquisas do geógrafo Chistovam Barcellos têm se destacado entre estes trabalhos da FIOCRUZ (Barcellos et al., 1996 e 1998).

5. A respeito desta abordagem, ver Sabroza (1992) e Silva (1997b).

6. Inúmeros autores não-geógrafos são referências importantes para a pesquisa em saúde urbana no Brasil. Para citar algumas contribuições mais recentes, caberia destacar o trabalho desenvolvido por Chalhoub (1996) e Hochmann (1998).

Mas inúmeros outros caminhos podem ser trilhados pelos pesquisadores interessados na temática da Saúde, além do uso de aplicativos em Sistemas de Informação. Um deles vem sendo delineado por Maurício de Abreu (1997, 1998). Segundo este autor, 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, como a tuberculose, a difteria, a lepra e as doenças venéreas. Seria preciso identificar o lugar destes acontecimentos e das idéias higienistas na formulação das políticas públicas das principais cidades brasileiras da época, o que envolveria o entendimento das relações deste pensamento com a história urbana e a história das cidades.

Jan Bitoun é outro pesquisador que tem trabalhado a relação entre a saúde e as questões urbanas (Bitoun, 1997). Além de recorrer ao processo de formação do pensamento higienista para analisar a formulação das políticas urbanas brasileiras, este geógrafo tem mantido uma interlocução com os gestores das políticas de saúde municipais, contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. De acordo com Bitoun (2000), 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 urbanos⁷. Para Bitoun, 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). Uma expressão concreta deste movimento, hoje, ocorre na prestação de serviços de saúde, quer seja na centralização destes nos hospitais de maior porte ou por meio do deslocamento dos processos de alto custo dos hospitais para o serviço realizado por terceiros – especialmente aqueles mais lucrativos, associados às transformações técnicas do processo de diagnóstico e terapêutica com base na incorporação de equipamentos eletroeletrônicos.

Este tipo de fenômeno também tem sido objeto de preocupação de Maria Encarnação Beltrão Sposito (1996). Segundo esta autora, as transformações recentes no setor saúde

7. No campo da epidemiologia social brasileira, não é nova a idéia de se trabalhar os circuitos da produção/consumo dos serviços de saúde e das diferentes formas de viver e morrer. Sabroza é um autor que vem procurando utilizar os referenciais teóricos desenvolvidos por Milton Santos para compreender a dinâmica da saúde coletiva em termos de circuitos urbanos (Sabroza, 1992).

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 diferenciassem 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 expressam 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 (1997a) seria o mesmo que delinear as suas geografias.

Um autor importante para esta reflexão é Bakhtin (1995). Segundo ele, o discurso científico, entre todas as formas de discurso, é um dos mais herméticos à penetração de experiências exteriores ao seu campo. Ele apresenta um tipo específico de interação verbal com forte sentimento de propriedade da palavra e de superioridade hierárquica. As palavras são tecidas pelo viés ideológico do seu campo específico e servem de trama semiótica a partir da qual as fronteiras das relações sociais que devem ser estabelecidas entre os seres falantes são delimitadas.

O mecanismo de produção das representações sociais sempre está presente na comunicação social. O receptor de uma mensagem não é um ser mudo, privado da palavra. Ao contrário, ele interage com o discurso apreendido de outrem e, no processo de interação verbal, participa da produção e do estabelecimento dos signos. Tais signos passam a estar presentes nas diferentes formas de enunciação, mesmo as não-verbais, e encontram-se impregnados da ordem hierárquica e da tensão política resultante das relações sociais (Bakhtin, 1995).

No caso de Marcelo Lopes de Souza (2000), uma das questões relevantes dos estudos urbanos seria “verificar quão grande ou pequeno é o grau de autonomia de que dispõem os indivíduos e os grupos para enfrentar e superar as dificuldades, estabelecendo as suas próprias prioridades e concebendo as suas próprias soluções” (Souza, 2000, p. 26). Afinal, ninguém é mero reproduzidor das idéias dominantes, ainda que o discurso ideológico deixe traços em todos os indivíduos que integram a sociedade. Os sujeitos operam sua capacidade imaginária deslocando significados atribuídos aos objetos reais para idéias latentes ou manifestas ou para se proteger e resistir ao afloramento daquilo que não tem espaço nem mesmo em si próprio para ser dito⁸.

Esta poderia ser, a meu ver, uma nova concepção de saúde, intimamente relacionada com uma geografia mais compromissada com as pessoas e do ponto de vista das pessoas, o que, aliás, tem sido a busca do movimento pós-geografia médica no contexto internacional.

Como o discurso pode ser compreendido como uma prática social de significação das narrativas, dos conceitos e da ideologia (Barnes e Duncan, 1992), a tarefa que se coloca é identificar as cadeias de mediações destas práticas sociais na luta permanente dos atores sociais pela imposição das suas próprias significações e pela delimitação de seu campo de atuação.

Um *campo* é um domínio que mantém a estruturação das práticas sociais, de acordo com os referenciais teóricos desenvolvidos por Bourdieu (1997). Para este autor, o campo funciona como um amálgama de um grupo social que aí se reconhece por meio do uso particular de um conjunto de sinais, códigos e linguagens. Nessa esfera de ação que é o campo, o que está em jogo é a imposição de princípios legítimos de visão e de divisão do mundo. O que fica implícito entre as partes é um acordo tácito de que este jogo vale a pena ser jogado, ainda que se mantenha “uma relação de cumplicidade ontológica entre as estruturas mentais e as estruturas objetivas do espaço social que permite que os atores utilizem constantemente em suas práticas teses que não são colocadas como tais” (Bourdieu, 1997, p. 143). Os atores em jogo querem ver triunfar sua interpretação a respeito de como as coisas foram, são e serão.

Se pensarmos a saúde urbana nestes termos, a investigação do tema nos conduziria à incorporação da noção de *imaginário social e de memória*, articuladas no plano de análise às formas de representação social e de uso de metáforas. Tal como Roux (1999) aponta, metáforas são mais do que elementos da imaginação poética ou floreios retóricos. A metáfora penetra no dia-a-dia e na linguagem, funcionando como um meio de compreender e experimentar um tipo de coisa em termos de outra. A metáfora não é uma simples ornamentação da linguagem, mas uma busca de analogia que decorre da tentativa de tornar evidente uma homologia de estruturas. Em outras palavras, o uso de metáforas representa uma estratégia discursiva desenvolvida pelos atores sociais no sentido de construir o entendimento das mudanças que estão acontecendo em suas vidas e na coletividade (Kearns, 1997).

8. Idéia que Marcelo Lopes de Souza desenvolveu a partir do referencial de Catoriadis (1992).

O lugar tem um papel central na construção dos significados sociais das redes (Carlos, 1996; Gesler, 1999) e as metáforas geográficas são utilizadas para estabelecer diferentes identidades à vida comunitária (Barnes and Duncan, 1992), através de um processo que não é harmonioso, mas repleto de conflitos e resistências. Nesse sentido, as metáforas podem estar sendo usadas tanto para revelar como para encobrir os significados das relações sociais, o que torna o seu estudo necessário e ainda mais fértil (Guimarães, 2000).

Em resumo, considerando a saúde urbana uma espécie de ideologia do cotidiano (Silva, 1997a) e, ao mesmo tempo, um movimento político de construção de um projeto de autonomia (Souza, 2000), a tarefa é identificá-la no plano do discurso ideológico, sem perder de vista as suas cadeias de mediações com os mecanismos de instituição imaginária. Isto exigiria o aprofundamento da discussão da epistemologia do lugar social e do campo de forças no interior do qual os atores sociais se enfrentam numa luta permanente pela imposição de discursos legítimos a respeito do mundo urbano. Estes são alguns dos novos temas que desafiam e colocam diferentes e recentes perspectivas teórico-metodológicas face a face com uma das mais antigas tradições da geografia: a saúde urbana.

Bibliografia

- ABREU, Maurício de Almeida. Pensando a cidade no Brasil do passado. In: SILVA, José Borzacchiello 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.
- ALLAN, Tony. *História em revista*. Rio de Janeiro: Abril Livros, 1992.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BARCELLOS, C. et al. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, ENSP, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.
- BARCELLOS, C. et al. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 3, n. 2, p. 103-13, 1998.
- BARNES, T. and DUNCAN, T. *Writing worlds: discourse, text and metaphor in the representation of landscape*. London: Routledge, 1992.
- BITOUN, Jan. O intra-urbano: a geografia e o urbanismo. In: SILVA, José Borzacchiello da et al. (org.). *A cidade e o urbano: temas para debates*. Fortaleza: EUFC, 1997, p. 53-60.
- _____. A política de saúde e as inovações na gestão local. *Cidadania é notícia*. Recife, Etapas Equipe Técnica de Assessoria, Pesquisa e Ação Social, 2000.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas*. Campinas: Papius, 1997.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARLOS, Ana Fani Alessandri. *O lugar no/do mundo*. São Paulo: Hucitec, 1996.

- CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- COHN, Amélia. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.
- DUHL, L.J. and Sanchez, A.K. *Healthy cities and the city planning process: a Background document on links between health and urban planning*. Copenhagen: WHO, 1999.
- DUPUY, Gabriel. *L'urbanisme des réseaux*. Paris: Armand Colin, 1991.
- ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*. Lisboa: Presença, 1975.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- GANDY, Mathew. The Paris sewers and the rationalization of the urban space. *Transactions of Institute of British Geographers*, v. 24, p. 22-44, 1999.
- GESLER, W.M. Words in wards: language, health and place. *Health and place*, v. 5, p.13-25, 1999.
- GOULD, P. R. *Spatial diffusion*. Washington, D.C.: Association of American Geographers, 1969.
- GRMEK, M. *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Portland: Harvard University Press, 1999.
- 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)
- HAGGETT, P. et al. *Locational methods in human geography*. London: Edward Arnolds, 1977.
- HALL, Peter. *Cidades do amanhã*. São Paulo: Perspectiva, 1995.
- HOCHMANN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec, 1998. Jovchelovitch, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho, e JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 63-145.
- KEARNS, Robin A. Place and health: toward a reformed medical geography. *The professional geographer*, v. 45, p. 139-147, 1993.
- _____. Medical geography: making space for difference. *Progress in human geography*, v. 19, pp. 144-52, 1995.
- _____. Narrative and metaphor in geographies of health. *Progress in Human Geography*, v. 21, p. 171-80, 1997.
- KEARNS, Robin A. and Gesler, Wilbert M. *Putting health into place: landscape, identity and well-being*. Nova York: Syracuse University Press, 1998.
- LEFÈBVRE, Henri. *La presencia y la ausencia. Contribucion a la Teoria de las Representaciones*. Cidade do México: Fondo de Cultura Econômica, 1983.

- LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MAYER, Jonathan D. Challenges to understanding spatial patterns of disease: philosophical alternatives to logical positivism. *Social Science and Medicine*. Oxford, v. 35, n. 4, p. 579-87, 1992.
- MEADE, Melinda S. *Medical Geography*. New York: The Guilford Press, 1988.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Manual para elaboração de um plano de ação intersetorial e participativo para a construção de cidades saudáveis*. Belo Horizonte, Fundação Ezequiel Dias/Escola de Saúde de Minas Gerais, março de 1997. (mimeo)
- MOON, G. (Re)placing research on health and health care. *Health and Place*, v.1, pp.1-4, 1995.
- NAJAR, Alberto Lopes e Marques, Eduardo César (orgs.). *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- PORTER, Dorothy. *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London/New York: Routledge, 1999.
- POSSAS, M.C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- ROUX, Michel. *Geographie e complexité: les espaces de la nostalgie*. Paris: Harmattan, 1999.
- SABROZA, P. C. e Leal, M.C. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: LEAL, M.C. et all. (orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*, São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ Abrasco, v.1, pp. 45-94, 1992.
- SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- 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).
- SILVA, L.J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ENSP, v. 13, n. 4, p. 585-93, 1997b.
- SINGER, Paul. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SORRE, Max. *Fundamentos Biológicos de la Geografía Humana*. Barcelona: Editorial Juventud, 1955.
- SOUZA, Marcelo Lopes de. *O desafio metropolitano: um estudo sobre a problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- SPÓSITO, Maria Encarnação. Multi(poli)centralidade urbana. Presidente Prudente, UNESP/GASPERR, 1996 (mimeo.).
- World Health Organization (WHO). *Constitution*. New York: World Health Organization, 1946.

RESUMEN

El trabajo analiza posibles salidas para una construcción geográfica de la salud urbana. El propósito es el de provocar un cuestionamiento y una reflexión acerca de los ingredientes esenciales de la promoción de la salud tal como está concebida hasta ahora y desde el pensamiento crítico de la Geografía Urbana Brasileña. El argumento central que aquí se pretende desarrollar es el de que los paradigmas científicos y los códigos y matrices discursivas de los servicios de la salud tienen tras de sí el poder político e el desarrollo de la vida urbana.

PALABRAS-CLAVE

Geografía urbana – salud urbana – Geografía de la Salud.

ABSTRACT

This work is a contribution to understanding of the political nature of the public health care in a geographical point of view. The main objective is to invoke theoretically innovative perspectives, specially from Brazilian urban geography approaches. Thus, the health care service is considered as a network of sociability organized by discourse, which increases the relationship between local power and urban life.

KEY WORDS

Urban Geography – urban health, Geography of Health.

Recebido para publicação em 10 de junho de 2001.