

OS TERRITÓRIOS DA URBANIDADE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

ANDERSON KAZUO NAKANO
DIRCE KOGA



PONTOS A APRENDER

1. Os processos desiguais, excludentes e predatórios de produção dos espaços urbanos nas cidades brasileiras, especialmente nas décadas da segunda metade do século XX, quando ocorreram as chamadas transições urbana, demográfica e epidemiológica no país.
2. As implicações, para a saúde do coletivo, das desigualdades, precariedades e vulnerabilidades socioterritoriais presentes nos territórios das cidades brasileiras.
3. As necessidades de metodologias de pesquisa e análise em torno das dimensões territoriais que, além de considerarem os usos políticos, econômicos e culturais dos espaços, deem conta das dinâmicas geradas pelas interações entre diferentes forças e processos e promovem transformações socioterritoriais.
4. As influências ativas dos processos de territorialização-desterritorialização-reterritorialização da vida social, especialmente em contextos urbanos, nas condições de vida, saúde e vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais.
5. As necessidades de fortalecer territórios e urbanidades que promovam a saúde da coletividade e de aperfeiçoar as perspectivas territoriais nas políticas públicas, especialmente nos setores da saúde, da assistência social, e do planejamento urbano e habitacional.



PALAVRAS-CHAVE

Territórios, urbanização brasileira, desigualdades sociais, saúde coletiva, políticas públicas.



ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. A transição urbana brasileira e a produção social das desigualdades socioterritoriais. Configurações territoriais urbanas e promoção da saúde do coletivo. Relações entre territórios e instituições sociais públicas. Considerações finais. Resumo. Propostas para estudo. Atividade sugerida. Referências bibliográficas. Para saber mais.

INTRODUÇÃO

No Brasil, como em outros países marcados por profundas desigualdades socioterritoriais, a relação entre a transição urbana, comentada adiante, e a saúde coletiva é um tanto ambígua. De um lado, os avanços da urbanização ocorridos ao longo da segunda metade do século XX, a despeito das iniquidades, precariedades e vulnerabilidades presentes nas cidades, trazem melhorias nas condições de moradia por conta de avanços, ainda que lentos, na oferta de serviços e equipamentos públicos, na instalação das redes de abastecimento de água e de saneamento básico, na ampliação de acessos a alimentos, na oferta de serviços e equipamentos de saúde dotados de tecnologias e atendimentos modernos e na disseminação de hábitos e informações que ajudam no desenvolvimento de diversos aspectos relacionados à saúde individual e coletiva.

Abdel R. Omran¹, um dos autores referenciais, que trabalham com a teoria da transição epidemiológica, refere, para enunciar de modo bastante simplificado, que a redução da mortalidade, a queda nas ocorrências de doenças infecciosas e o aumento nas ocorrências das doenças degenerativas se devem, entre outros fatores, àquelas mudanças relacionadas ao meio ambiente social, principalmente em contextos urbanos.

Além do aumento das doenças degenerativas, bastante relacionadas à elevação da expectativa de vida e ao envelhecimento das populações, a urbanização traz consigo atividades e estilos de vida que afetam a saúde do coletivo. Trata-se das doenças mentais provocadas pelos desgastes da vida urbana, das doenças respiratórias causadas pela poluição do ar gerada, principalmente, por padrões de mobilidade urbana baseada predominantemente no automóvel individual que utiliza combustível fóssil e emite gases tóxicos, dos acidentes fatais envolvendo esses automóveis, entre outros tipos de causas da mortalidade e da morbidade.

Ademais, há a violência estreitamente associada a uma urbanização desigual, excludente e predatória produzida predominantemente por forças dos mercados fundiários e imobiliários formais e informais que leva os grupos sociais mais pobres a sobreviverem em situações de alta vulnerabilidade nas quais, inúmeras vezes, as condições de

moradia são bastante insalubres, submetidas a vários tipos de riscos e marcadas por déficits de serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas básicas.

Esse texto procura apresentar argumentos sobre a saúde do coletivo a partir do modelo desigual de urbanização constituído no interior da transição urbana brasileira, ocorrida na segunda metade do século XX e sua correspondência com o modelo também desigual de crescimento econômico, que ocorreu no mesmo período. Após essa introdução, apresenta-se um quadro amplo daquela transição urbana como motor da produção social de desigualdades socioterritoriais. Em seguida, discute-se a incidência das configurações territoriais urbanas e a promoção da saúde do coletivo. Tais configurações são vistas como processos e redes de relações sociais e de poder, permanentemente atravessados por vetores dinâmicos, constituídos a partir das forças políticas, econômicas e culturais. Desse modo, colocam-se algumas referências teóricas para a construção de análises territoriais que considerem tais dinâmicas e vetores que interferem diretamente na implementação de políticas públicas, em especial aquelas que consideram as vertentes territoriais como as políticas urbanas, habitacionais, fundiárias, de saúde e da assistência social. O texto fecha com algumas considerações finais sobre temas que merecem maior aprofundamento em trabalhos futuros.

A TRANSIÇÃO URBANA BRASILEIRA E A PRODUÇÃO SOCIAL DAS DESIGUALDADES SOCIOTERRITÓRIAS

Ao longo da segunda metade do século XX, a sociedade brasileira atravessou uma acelerada transição urbana. Nesse período, a maioria da população do país deixou de viver em áreas rurais e passou a viver nas cidades. O grau de urbanização saltou de aproximadamente 35% em 1950 para pouco mais de 80% em 2000. Foi um processo de urbanização em larga escala que envolveu o deslocamento de milhões de pessoas, que saíram de áreas rurais e seguiram em direção às áreas urbanas.

Pode-se afirmar, sem grandes receios, que a transição urbana brasileira foi, e continua sendo, um gigantesco agenciamento social que levou à produção de novos territórios e à transformação de terri-

tórios existentes. A maioria dessas pessoas foi desterrada, ou desterritorializada, dos seus locais de moradia sob o impacto de processos desiguais e conservadores de apropriação das terras rurais em favor de um modelo concentrador e desigual de desenvolvimento agrícola. Ao se dirigirem para novos locais de moradias provisórias ou permanentes, inscritas em outras áreas rurais ou nas periferias urbanas, aquelas pessoas se reterritorializaram em outras formas de vida. Muitas vezes, esses processos de desterritorialização social do rural e reterritorialização no urbano não implicaram aumentos nos níveis de rendimentos financeiros e de escolaridade e, tampouco, melhorias nas condições precárias de inserção nas realidades econômicas, sociais e territoriais.

A produção de espaços urbanos em meio a tais processos também não significou ampla geração de urbanidades e redução de vulnerabilidades, pelo contrário. Isso se deve ao modelo desigual, excludente e predatório de urbanização e de crescimento econômico vigente no Brasil ao longo de toda sua história.

A Figura 5.1 mostra a evolução crescente dos graus de urbanização do Brasil nas décadas entre 1950 e 2000. É possível observar que a virada se deu na passagem da década de 1960 para 1970, em que o percentual da população urbana superou o da população rural no país. Nessa passagem, a vida política, econômica e cultural estava em plena efervescência. Em 1964, o golpe militar instaurou uma forma autoritária e repressiva de governo.

Entre o final da década de 1960 e o início de 1970 foi encerrado um período que ficou conhecido como o “milagre brasileiro”. Nesse período, a economia brasileira registrou altas taxas de crescimento anual, em boa parte por causa do aprofundamento da política de substituição de importações por meio de estímulos à industrialização nas principais cidades da região Sudeste. Essa industrialização regionalmente concentrada se valeu das demais regiões do país por meio de avanços na integração entre mercados regionais tanto consumidores de mercadorias quanto fornecedores de insumo e matérias-primas. Tal integração foi impulsionada pela construção de rodovias inter-regionais e pela disseminação da urbanização em áreas com diferentes graus de povoamento e ocupação. A transição urbana e os avanços na integração regional na segunda metade do século XX mostram os movimentos de reconfiguração do território brasileiro

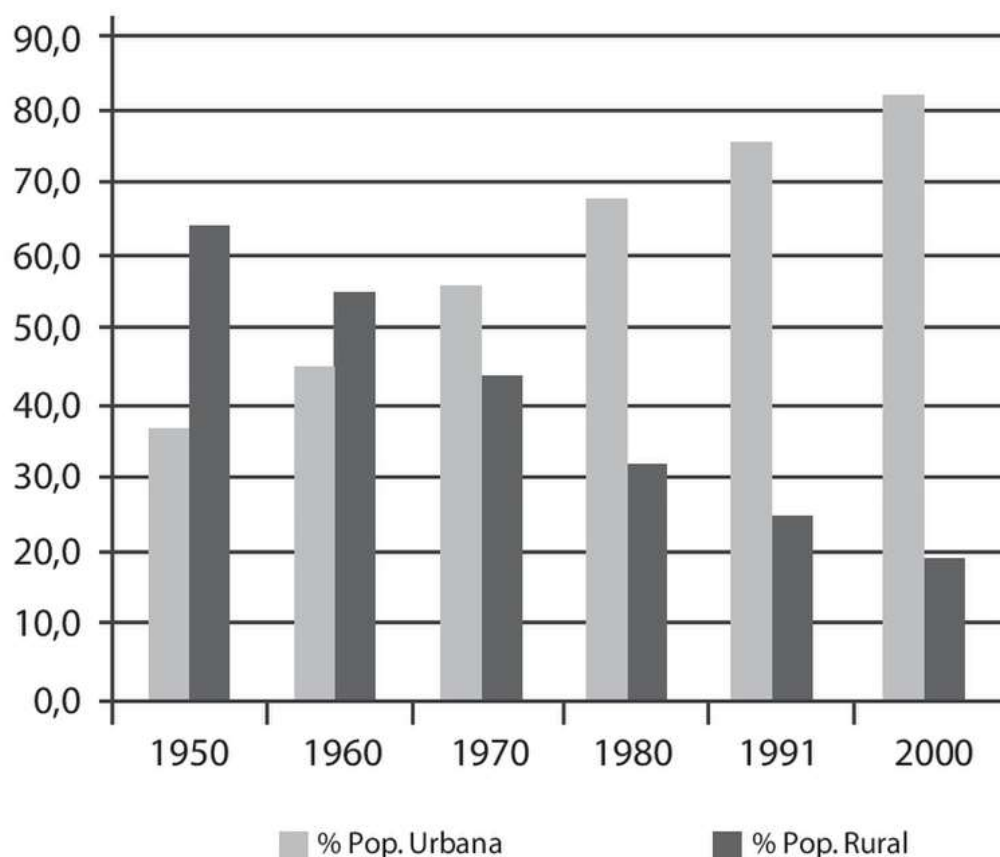


Figura 5.1 Brasil – evolução dos percentuais das populações urbanas e rurais sobre a população total – 1950 a 2000. Adaptada de Censos Demográficos do IBGE².

voltada para a promoção do capitalismo periférico baseado na exploração extremada dos trabalhadores que, na maioria, eram migrantes oriundos do êxodo rural. Trata-se de um capitalismo de baixos salários que conduziu à concentração patrimonial e de riquezas e resultou no aprofundamento das desigualdades sociais. Isso mostra que o território é um elemento ativo nos processos políticos, econômicos e culturais; influencia e é influenciado por esses processos.

A cultura brasileira também expressou esse momento da história brasileira na virada das décadas de 1960 e 1970. Críticas sociais e políticas se fizeram presentes na música, no cinema, na literatura, nas artes plásticas, entre outros campos culturais, que se abriram para a realização de diversos experimentos e invenções que mobilizavam várias dimensões do mundo sensível e sensorial e descortinavam novas visões sobre o Brasil e o mundo.

Um dos fatores que mais influenciaram os aumentos nos graus de urbanização do Brasil foi a migração interna. As relações entre os processos sociais que impulsionaram a urbanização, os avanços da industrialização e os fluxos migratórios ocorridos em diferentes regiões do Brasil durante a segunda metade do século XX foram estudados por Paul Singer. Em um dos seus textos sobre o assunto, esse autor analisa a correspondência entre a modalidade de industrialização verificada no Brasil e em outros países da América Latina e seus tipos correspondentes de fluxos migratórios². Segundo Singer, as migrações internas em um país podem ser vistas como um “mecanismo de redistribuição espacial da população que se adapta, em última análise, ao rearranjo espacial das atividades econômicas” (p. 219)³. Com razão, o autor considera que as desigualdades regionais existentes nesse “rearranjo espacial das atividades econômicas” são os principais motores daquelas migrações internas. No Brasil, a concentração industrial e de outras atividades econômicas nas regiões Sul e Sudeste produziram grandes desigualdades sociais e econômicas em relação às porções Norte e Nordeste do país, desigualdades que persistem até a atualidade.

A participação majoritária do Produto Interno Bruto (PIB) regional do Sudeste, na geração do PIB nacional, calculados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pode ser vista como um dos indicadores que apontam para aquelas desigualdades. Para calcular o PIB regional e nacional, o IBGE estima, para cada unidade da federação (UF), “o valor total da sua produção” do qual se deduz “o valor das matérias-primas (consumo intermediário) utilizadas na produção” para obter “o valor adicionado bruto total (valor da produção menos consumo intermediário)”⁴. Em seguida, calcula-se o PIB somando-se àquele valor adicionado bruto, “o valor referente aos impostos incidentes sobre os produtos líquidos de subsídios de origem nacional e importada”⁴. De acordo com a Figura 5.2, o PIB médio do Sudeste dos anos entre 2003 e 2006 correspondia a 56,3% do nacional. O Sul aparece em um distante segundo lugar com percentual igual a 16,9%. As regiões Centro-Oeste e Norte apresentam as menores participações com 8,9 e 4,9%, respectivamente. Do ponto de vista dos estados, a grande concentração econômica brasileira centraliza-se em São Paulo e Rio de Janeiro, que geraram, respectivamente, 33,7 e 11,4% do PIB médio nacional daquele período.

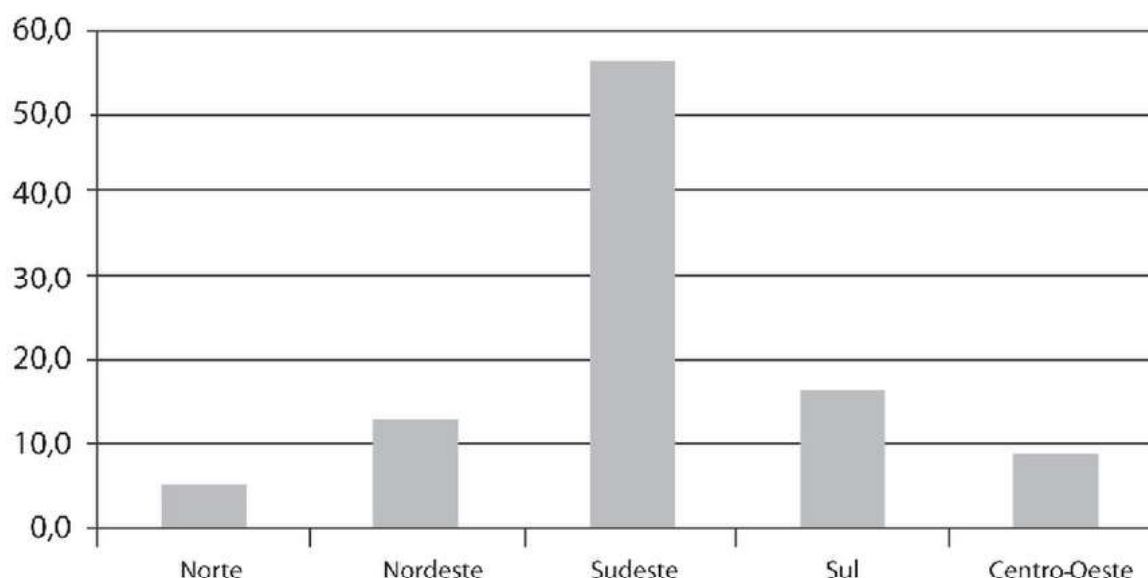


Figura 5.2 Brasil e regiões – participação das regiões brasileiras no PIB médio nacional dos anos de 2003 a 2006 (%). Adaptada de IBGE, 2008⁴.

A concentração, na região Sudeste, das bases econômicas geradoras de mais da metade do PIB nacional, tem relação direta com a concentração demográfica. Nessa região, estão as duas grandes metrópoles brasileiras, populosas e detentoras dos principais polos industriais, comerciais e de serviços do país, São Paulo e Rio de Janeiro. Essas metrópoles foram, durante décadas, parte dos principais destinos dos fluxos migratórios internos oriundos de diferentes regiões, principalmente do interior do Paraná, de Minas Gerais e dos estados do Nordeste. Hoje, essas metrópoles colocam-se como áreas urbanas com grandes concentrações demográficas habitadas aproximadamente por 18 e 12 milhões de pessoas, respectivamente. São áreas urbanas conurbadas que reúnem vários municípios e se posicionam como as representantes brasileiras no grupo de megacidades do planeta que, por suas grandes dimensões, complexidades e profundas clivagens socioterritoriais, desafiam estudiosos e formuladores de políticas públicas do mundo todo.

O censo de 2010 do IBGE indica que o Sudeste concentra 42,1% da população do país, conforme a Figura 5.3. Nessa região, encontram-se os estados mais populosos do Brasil, São Paulo e Minas Gerais, que possuíam, respectivamente, 21,6 e 10,3% da população brasileira.

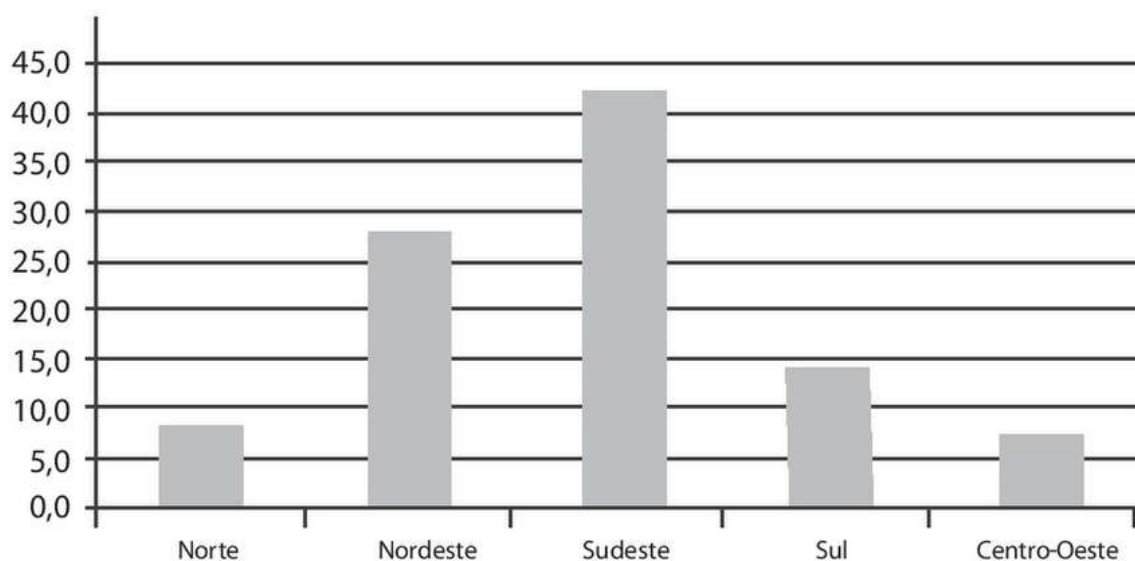


Figura 5.3 Brasil e regiões – participação das regiões brasileiras na distribuição da população nacional – 2010 (%). Adaptada de IBGE – censo demográfico 2010².

Essa distribuição populacional entre as regiões brasileiras é resultado do crescimento vegetativo e, notadamente, dos intensos fluxos migratórios mencionados anteriormente. Na origem desses fluxos, encontra-se o que Singer³ denominou como “fatores de expulsão” que provocaram os deslocamentos de grandes contingentes populacionais das áreas rurais para as cidades. Segundo esse autor, os “fatores de expulsão” são compostos por

[...] fatores de mudança, que decorrem da introdução de relações de produção capitalistas nessas áreas, a qual acarreta a expropriação de camponeses, a expulsão de agregados, parceiros e outros agricultores não proprietários, tendo por objetivo o aumento da produtividade do trabalho e a consequente redução do nível de emprego (p. 223-4)². [São compostos também por] fatores de estagnação, que se manifestam sob a forma de uma crescente pressão populacional sobre uma disponibilidade de áreas cultiváveis que podem ser limitadas tanto pela insuficiência física de terra aproveitável como pela monopolização de grande parte dela pelos grandes proprietários (p. 224)³.

A associação entre os fluxos migratórios rurais-urbanos e a formação de núcleos urbanos, especialmente das grandes metrópoles

brasileiras, reflete somente parte dos processos de urbanização do país. Tais processos possuem outras narrativas que ainda precisam ser desveladas por formulações teóricas mais adequadas e pesquisas empíricas detalhadas. Trata-se das narrativas sobre a urbanização nos municípios cujos portes populacionais podem ser classificados como médios e pequenos.

Na Tabela 5.1, é possível observar que a distribuição da população nacional de 2010, entre os municípios agrupados segundo faixas demográficas, é mais ou menos equilibrada. Nos municípios com até 50 mil habitantes, vivem 33,6% da população brasileira, naqueles com população entre 50 mil e 500 mil, encontram-se 37,1% e nos municípios com mais de 500 mil habitantes, esse percentual é igual a 29,3%. Enquanto o contingente populacional residente no último grupo, com 38 grandes municípios, concentra-se em pontos do território nacional localizado predominantemente na zona costeira marítima, o contingente que vive no primeiro grupo, com 4.958 pequenos municípios, distribui-se de maneira dispersa por todas as regiões do país, em pequenos núcleos urbanos e áreas rurais com as mais diversas características econômicas, ambientais, culturais e socioterritoriais.

Tabela 5.1 Brasil – distribuição dos municípios e da população brasileira segundo faixas demográficas – 2010.

Faixas populacionais	Nº de municípios (2010)	%	População (2010)	%
Até 50.000 habitantes	4.958	89,1	64.063.131	33,6
De 50.001 a 500.000 habitantes	569	10,2	70.831.087	37,1
Mais de 500.000 habitantes	38	0,7	55.838.476	29,3
Total	5.565	100	190.732.694	100

Adaptada de IBGE – censo demográfico 2010².

As relações dos fluxos migratórios inter-regionais com a formação e expansão das áreas urbanas periféricas das grandes cidades brasileiras, principalmente as capitais estaduais envolvidas por extensas regiões metropolitanas, já foram estudadas pormenorizadamente tanto por autores como o próprio Paul Singer, já menciona-

do anteriormente, quanto por pesquisadores como Raquel Rolnik e Nabil Bonduki⁵ ou pelo grupo de estudiosos que escreveram o conhecido livro *Crescimento e Pobreza*⁶. Ainda se faz necessário investigar as relações entre os fluxos migratórios que influenciaram e influenciam a urbanização de núcleos médios e pequenos que se encontram distribuídos por todas as regiões do país. É necessário compreender melhor quais são os “fatores de atração” existentes nesses núcleos urbanos médios e pequenos que, segundo definição proposta por Paul Singer³, “determinam a orientação desses fluxos e as áreas às quais se destinam” (p. 226)³. Para Singer, “entre os fatores de atração, o mais importante é a demanda por força de trabalho, entendidas estas não apenas como a gerada pelas empresas industriais, mas também a que resulta da expansão de serviços” (p. 226)³. Será que nas cidades médias e pequenas “a demanda por força de trabalho” também se coloca como o principal “fator de atração” de fluxos migratórios originários de áreas urbanas e rurais das demais regiões do país? No caso das cidades médias, é bastante provável que a resposta a essa indagação seja sim, pois algumas dessas cidades registram crescimento econômico e se colocam como destinos alternativos para os fluxos migratórios. Como bem coloca Maria Luisa Castello Branco⁷, as cidades médias se definem, entre outros aspectos, pelo tamanho econômico que “é indicativo da dinâmica econômica do centro, responsável pela existência da infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação (entre cidades maiores e menores)” (p. 249)⁷. Nas cidades médias, esse tamanho econômico é cada vez mais significativo, a ponto de gerar aquela “demanda por força de trabalho”, notadamente nas regiões Sul e Sudeste.

Ademais, acompanhando o raciocínio desenvolvido por Ralfo Matos⁸ em texto sobre os processos de concentração e desconcentração da população no espaço, é possível afirmar que as cidades com maiores capacidades de polarização regional e de geração de “economias de aglomeração” são as que apresentam maior capacidade de atração de contingentes migratórios. Nessas cidades com forças centrípetas, esses contingentes de migrantes contribuem para o aumento da concentração populacional no espaço e para a formação e expansão dos mercados de trabalho e de consumo. Além disso, segundo o autor, a atual “reversão da polarização” provocada por “deseconomias de aglomeração”, principalmente nas grandes metrópoles, e o surgimento

de novos polos em outros espaços regionais geram fluxos migratórios centrífugos que podem levar à desconcentração populacional. Os fluxos migratórios centrípetos e centrífugos atravessam as redes urbanas brasileiras, desde as mais dinâmicas inscritas na região Sudeste até as mais rarefeitas e estagnadas das regiões Norte e Nordeste. É necessário analisar os diferentes fluxos que envolvem tanto as metrópoles quanto as médias e pequenas cidades que compõem essas redes.

As redes urbanas brasileiras atuais são frutos do período de evolução da transição urbana, que foi mencionada anteriormente. A caracterização mais atual e completa dessas redes foi feita pelo IBGE em estudo de 2008 sobre as regiões de influência das cidades a partir de uma classificação hierárquica com diferentes posições centrais. Esse tipo de estudo é realizado por aquela importante instituição produtora de dados desde a década de 1960 e possui versões com dados das décadas de 1970, 1980 e 1990. Essa classificação dos centros urbanos privilegiou “a função de gestão do território, avaliando níveis de centralidade do Poder Executivo e do Judiciário no nível federal, e de centralidade empresarial, bem como a presença de diferentes equipamentos e serviços”⁹.

O estudo mostra a desigualdade entre as redes urbanas do Sudeste, do Norte e do Nordeste, que pode ser vista como reflexo exato da desigualdade inter-regional brasileira, que contrasta a concentração de dinamismo, diversidade e riqueza econômica da região Sudeste com o predomínio das situações de pobreza das regiões Norte e Nordeste. De acordo com o IBGE, as redes urbanas do Sul e Sudeste são estruturadas com a presença de diferentes níveis intermediários “encaixados e situados a intervalos regulares”⁹, enquanto as do Norte e Nordeste são caracterizadas pela ausência desses níveis intermediários configurando um sistema urbano primaz, com o domínio de algumas grandes cidades (Manaus, no Amazonas, e Belém, no Pará), influenciando constelações de pequenas cidades sem as intermediações de cidades médias.

A Figura 5.4 mostra claramente as configurações das redes urbanas brasileiras de 2007 nas diferentes regiões do país. Como dito antes, as redes urbanas mais densas estão no Nordeste e Sudeste. Ao longo da zona costeira, encontram-se a maior parte das metrópoles e grandes cidades brasileiras como São Luís (MA), Recife (PE), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ), entre outras, que representam heran-

Salta à vista a maior diversidade hierárquica de núcleos urbanos na rede do Sudeste, em comparação com as demais regiões do país. No Sudeste, há uma distribuição bastante regular de cidades com alta, média e baixa capacidades de polarização, centralização e influência regional e interurbana.

Na Figura 5.4, são evidentes também os eixos de urbanização que acompanham rodovias federais em direção a pontos longínquos no interior do Brasil. São claramente legíveis os corredores urbanos constituídos ao longo das rodovias BR-010 (Belém-Brasília), BR-070 (Brasília-Cuiabá) e BR-364 (Cuiabá-Porto Velho), que atravessam as regiões de expansão da agropecuária e serviram como vetores de penetração dos migrantes oriundos da região Sul em direção ao Centro-Oeste e Norte. A BR-163 (Cuiabá-Santarém) também já desponta como um futuro eixo de urbanização em direção à Amazônia Legal.

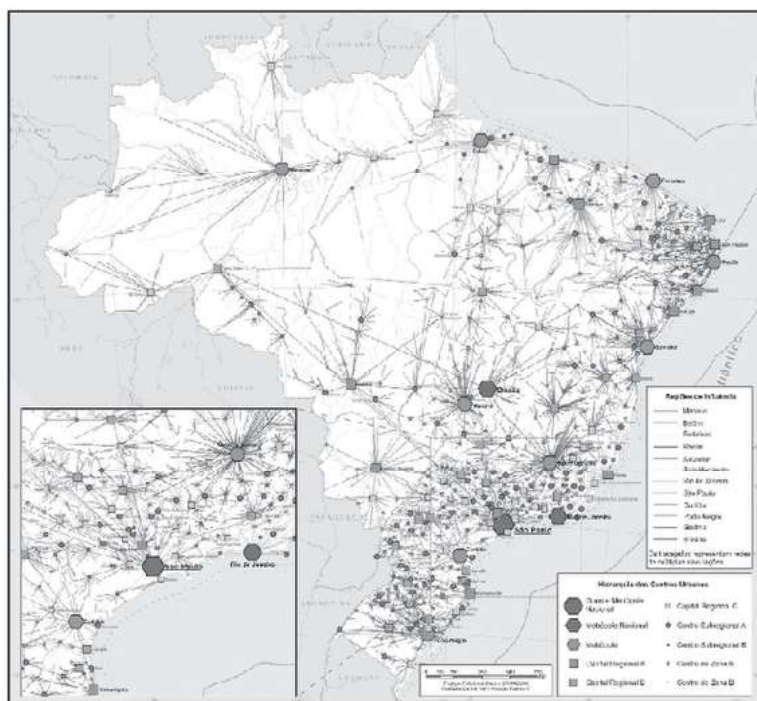


Figura 5.4 Brasil – regiões de influência das cidades (2007). Adaptada de IBGE, 2008⁹.

É importante atentar-se para as qualidades e características dos espaços urbanos que constituem os vários núcleos que compõem as redes urbanas brasileiras, tanto aquelas com maior pujança econômica e amplas capacidades de geração de riquezas, a exemplo da rede urbana polarizada pela metrópole de São Paulo, quanto as de bases econômicas menos dinâmicas. Naquelas redes urbanas, algumas cidades se expandiram com a formação de novos bairros, seja a partir de novos loteamentos urbanos, destinados às moradias das famílias de classe média e alta, seja a partir de ocupações e loteamentos irregulares e outros tipos de assentamentos precários constituídos pelas moradias da população com poucos rendimentos. Os bairros enquadrados nos primeiros tipos possuem, de modo geral, melhores condições urbanísticas, dotados de todos os serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas básicas, muitas vezes instalados antes das construções privadas. Nesses bairros, os preços dos lotes e imóveis edificadas são mais caros e, portanto, acessíveis somente aos grupos com maior poder aquisitivo e boa capacidade de endividamento. São, de modo geral, bairros produzidos por agentes do mercado fundiário e imobiliário formal, executados com acompanhamentos técnicos e em acordo com as normas e legislações urbanísticas e ambientais.

Os bairros do segundo tipo, onde os moradores ocupam os espaços antes de contarem com serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas básicas, são caracterizados majoritariamente por suas localizações periféricas, distantes das principais oportunidades sociais e econômicas das cidades, normalmente concentradas em áreas mais consolidadas e centrais. Esses bairros são frutos de omissões históricas por parte do poder público, tanto no que diz respeito ao controle dos processos de urbanização nos espaços das cidades quanto em relação à implementação de políticas urbanas, habitacionais e fundiárias em larga escala capaz de viabilizar acessos a terras urbanizadas para provisões habitacionais adequadas e regulares destinadas a atender às necessidades dos grupos de menor renda.

Muitos membros desses grupos são originários dos grandes contingentes migratórios discutidos anteriormente. Com essas omissões, esses grupos se veem obrigados a buscar alternativas de moradias por meio de outros canais. Os bairros produzidos por grupos de famílias que ocupam glebas ociosas, nas periferias urbanas ou que são originários de loteamentos irregulares e clandestinos implantados pelos

agentes do mercado fundiário e imobiliário chamado informal, acabam servindo como o principal canal para aqueles grupos de baixa renda conseguirem uma solução habitacional, mesmo que precária e, muitas vezes, em situação vulnerável.

São bairros construídos com pouco ou nenhum acompanhamento técnico nas diferentes fases de implantação, na execução do parcelamento do solo, na abertura de vias e na construção das habitações. A comercialização dos lotes nesses bairros é feita irregularmente do ponto de vista jurídico, já que a implantação do empreendimento não segue os trâmites legais. A compra desses lotes é feita com grandes sacrifícios por parte das famílias de baixa renda, que se veem obrigadas a carregar dívidas de prestações por anos a fio. A construção das moradias nesses lotes também é executada com outro tanto de sacrifícios que, não raro, exige os esforços e as economias de todos os membros jovens e adultos daquelas famílias. Esse processo de construção dura períodos longos e acompanha as trajetórias familiares e as oscilações na vida econômica doméstica.

Acontece em meio a várias precariedades urbanísticas geradas pela ausência de serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas básicas e pela irregularidade fundiária que geram insegurança na posse dos imóveis diante de ameaças de despejos forçados. Não é difícil encontrar exemplares daquelas moradias em encostas e topos de morros ou em várzeas inundáveis que, desse modo, configuram-se como áreas com altos riscos de inundação e de acidentes geológicos. Todos os anos, nas temporadas de chuvas, a sociedade brasileira recebe notícias sobre tragédias, muitas vezes letais, ocorridas nessas áreas de risco, que pontuam praticamente todas as grandes cidades brasileiras.

Os processos políticos, econômicos e culturais que produzem essas desigualdades no interior dos territórios das cidades brasileiras são similares àqueles que geram as desigualdades inter-regionais vistas anteriormente. A Figura 5.5 mostra tais desigualdades expressas nas diferenças de percentuais de domicílios adequados, com infraestruturas urbanas básicas, entre as diferentes regiões do país. Esse percentual é maior nos municípios da região Sudeste, especialmente do estado de São Paulo, onde a dinâmica econômica gera mercado consumidor com capacidade financeira para pagar por moradias em terras urbanas adequadas.

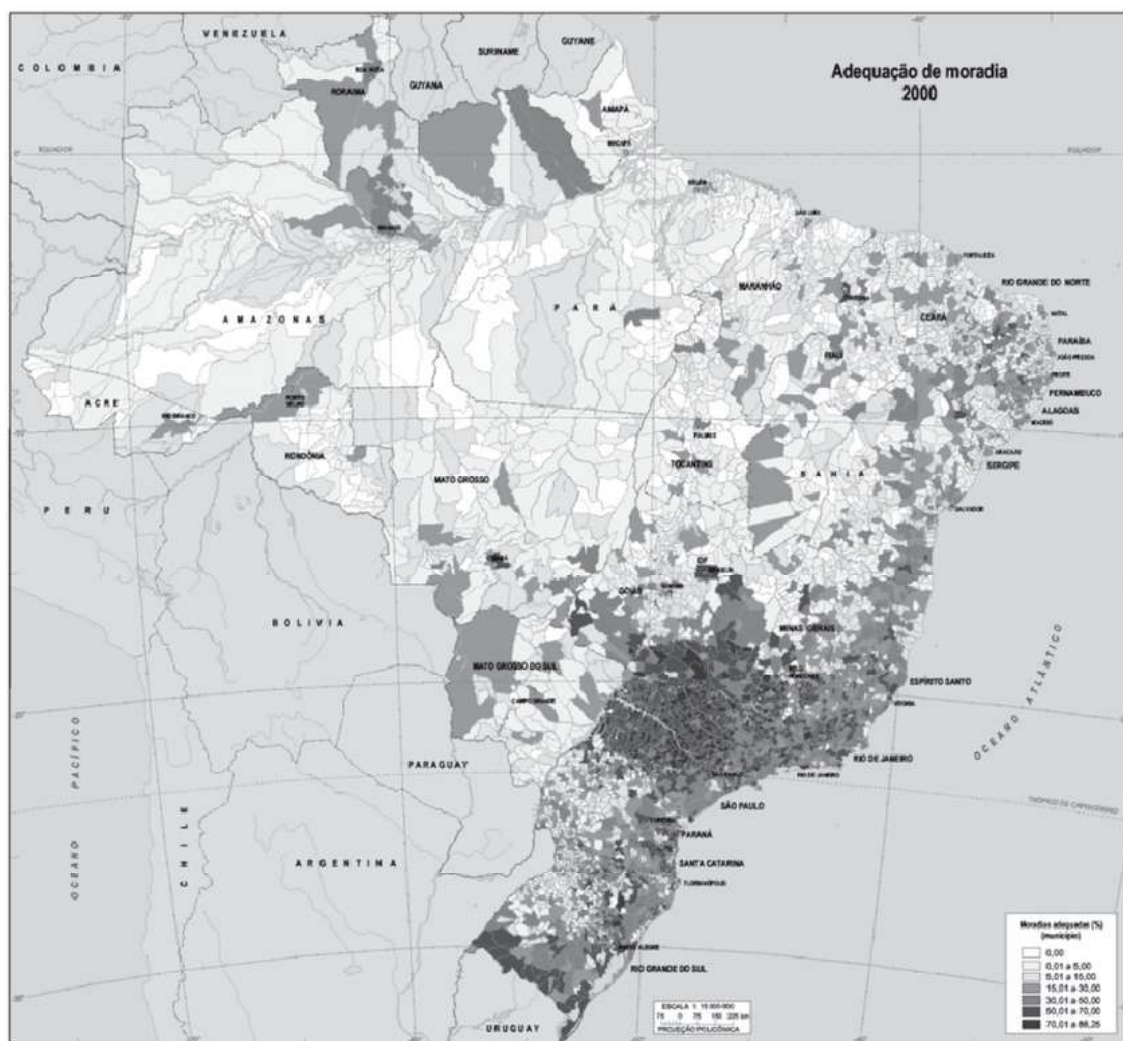


Figura 5.5 Brasil – percentuais de domicílios adequados segundo municípios (2000). Adaptada de <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 01/11/2011.

Trata-se de processos conduzidos por diversos agentes coletivos, que compõem a sociedade e manejam os territórios com finalidades variadas. Já dizia Milton Santos¹⁰ que os territórios se constituem a partir dos espaços socialmente utilizados. Segundo esse autor, o território “só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam” (p. 22)¹⁰.

Territórios, atores e práticas sociais sempre caminham juntos. Nas cidades, os usos sociais dos elementos materiais dispostos nos espaços constituem territórios urbanos com vários sentidos políticos, econômicos e culturais. Tais usos aparecem de modo intenso, conflituoso e complexo. Trata-se da interação entre “sistemas de objetos” e “sistemas de ações”, também formulados por Milton Santos, que geram e transfor-

mam territórios em geral e o urbano em especial. Segundo esse geógrafo, “de um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma” (p. 52)¹¹. É possível afirmar que é assim que se constituem os espaços territoriais que remetem a melhores ou piores condições de vida e de promoção da saúde do coletivo nas cidades.

Desse modo, os territórios implicam necessariamente aspectos relacionais e, portanto, dinâmicos que perpassam as relações de poder. O ingrediente relacional do poder não pode estar ausente na composição territorial, tendo em vista as disputas econômicas, políticas e sociais que constituem os “sistemas de ações” na produção e apropriação dos “sistemas de objetos”. É sobre esse campo de disputas que tem se constituído historicamente os territórios brasileiros e é sobre suas desigualdades produzidas e reproduzidas cotidianamente que se colocam os desafios para a gestão das políticas públicas.

Na área da saúde, particularmente no contexto brasileiro após a Constituição de 1988, a referência da política pública em relação ao território ganhou uma dimensão extremamente significativa, ainda que com risco de confinar a prática cotidiana a aspectos meramente administrativos da dimensão territorial. A política de saúde no Brasil tornou-se protagonista ao organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) em um momento emblemático de rompimento com os tradicionais eixos norteadores de sua atuação. Esse rompimento representa a passagem do foco na doença e no indivíduo para a perspectiva da coletividade e da vida saudável, do modelo médico-assistencial para o modelo de atenção baseado na qualidade de vida, da prática curativa para uma prática centrada na produção social da saúde.

Nessa trajetória, marcada por momentos de efervescentes debates, lutas políticas e mobilizações sociais, destaca-se o fato de a saúde ter estabelecido um reconhecimento sobre o território brasileiro. Reside aqui uma contribuição fundamental da saúde no campo das políticas públicas brasileiras. Trata-se de trazer a dimensão territorial para o processo de gestão descentralizada e participativa, no qual o papel dos municípios se torna elemento crucial para seu funcionamento em territórios locais onde se materializam as condições de vida individuais e coletivas. Nos territórios locais, apesar de muitas

vezes estarem submetidos a influências de origem longínquas, alojam-se as práticas e as vidas cotidianas das pessoas.

Assim, o processo de reconhecimento do território na saúde, sob essa perspectiva, fez-se por meio de uma associação intrínseca entre “sistemas de objetos” e “sistemas de ações”, que podem promover ou não a saúde do coletivo. É de fundamental importância que os processos de gestão da própria política de saúde se aliem às outras políticas que incidem diretamente naquela associação, orientando as configurações territoriais em direção à vida saudável. Nesse sentido, é importante mobilizar os “sistemas de ação” de modo a gerar “sistemas de objetos” capazes de reduzir as vulnerabilidades que prejudicam as condições de vida e de saúde das pessoas nos territórios urbanos e rurais. As características territoriais e sociodemográficas devem compor critérios de distribuição dos recursos e para o estabelecimento de estratégias de gestão para além dos indicadores de medição da mortalidade e da morbidade.

CONFIGURAÇÕES TERRITORIAIS URBANAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO COLETIVO

Nos contextos das cidades brasileiras, onde, como visto anteriormente, vive a maioria da população atual e se encontram as situações mais dramáticas de exclusão social e de deterioração da saúde do coletivo, ainda persiste o grande desafio de produzir territórios que melhorem a saúde de todos os membros da sociedade. Deve-se superar as formações territoriais constituídas sob a égide elitista e patrimonialista que privilegia somente os grupos com maiores níveis de renda em detrimento daqueles que se encontram nas situações mais graves de pobreza e exclusão social.

A despeito dos avanços nos últimos anos nas políticas urbanas e habitacionais, principalmente na instituição de marcos jurídicos e institucionais com diretrizes avançadas e instrumentos inovadores, permanece o desafio de configurar os territórios reais da cidade com a concretização de “padrões básicos de inclusão social”, no sentido descrito por Dirce Koga¹², e de “sistemas de objetos”, na acepção de Milton Santos discutida anteriormente, que ajudam na promoção da saúde da coletividade.

As políticas e regulações públicas ainda encontram dificuldades em operar com os territórios das cidades de modo a garantir acessos a serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas com a mesma boa qualidade para todos os cidadãos e cidadãs. Muitos moradores de assentamentos precários, que não se inserem nos territórios oficiais das cidades e vivem em áreas com diferentes tipos de irregularidade fundiária, não têm essas garantias. Também não fazem parte desses territórios oficiais e não possuem tais garantias, os sem-teto, os sem endereço, os sem-terra, os sem identidade. Essas pessoas imprimem suas vidas em territórios vulneráveis e de exclusão social que, inúmeras vezes, provocam diversos tipos de doenças e degradam suas condições de saúde.

As determinações territoriais que influenciam na produção dessas condições de saúde e das doenças não afetam somente os grupos que vivem em processos de exclusão social. Elas incidem sobre as vidas de todas as pessoas, inclusive aquelas que não sofrem os piores processos de exclusão social. A vida em uma cidade e sociedade excludentes é prejudicial, por diversas razões, até para quem tem acessos físicos e sociais a todos os benefícios da vida urbana e encontra-se em situações de inclusão social. É importante ter em mente que as configurações dos territórios urbanos e rurais definem diferentes graus de vulnerabilidades que expõem as pessoas a maiores ou menores riscos de diferentes tipos. Dependendo das trajetórias de vida, condições socioeconômicas e constituições fisiológicas dessas pessoas, tais graus aumentam ou diminuem de intensidade, criando situações mais ou menos agudas de perigos e ameaças.

As vulnerabilidades e os riscos não são sinônimos. As vulnerabilidades, como os territórios, são fenômenos relacionais definidas por várias dimensões sociais e individuais que expõem as pessoas a forças e ocorrências destrutivas e desagregadoras. As sociedades e os territórios podem apresentar condições coletivas e individuais com maior capacidade de reagir e resistir a essas forças e, com isso, diminuir as vulnerabilidades. Portanto, as relações entre territórios e saúde se baseiam nas interações entre as condições internas do organismo e as condições externas existentes nos espaços territoriais produzidos, como visto anteriormente, pelas interações entre sistemas de ações e de objetos inseridos nas relações sociais, inclusive de poder.

É possível observar que a trajetória da saúde na sociedade brasileira, já nos seus primórdios coloniais, vem acompanhada por uma

preocupação com os contextos sociais e territoriais marcados por fenômenos considerados como “males” ou “doenças”. Esses “males” e essas “doenças” não são somente manifestações individuais, mas também sociais e, já naquela época, foram enfrentados com ações voltadas para reconfigurações territoriais.

Tal associação direcionou ações articuladas entre a filantropia e a medicina social, tendo em vista o fato de que a perspectiva de ambas residia no entendimento dos indivíduos vulneráveis como “órfãos, alienados mentais, leprosos, inválidos e delinquentes” (p. 50)¹³. Essas visões “denunciam a existência de um ‘projeto’ político com vistas a reduzir tais categorias sociais a assistidos sociais, tutelados pelo Estado” (p. 50)¹³. Esse projeto político entendido como “assistência médico-filantrópica” teria atravessado várias fases, tendo suas origens em meados do século XVII. Assim,

[...] tanto o hospital como o asilo e o educandário passam – em dimensões diferenciadas – a serem concebidos como *locus* privilegiado de uma ação terapêutica cujo objeto consistia em prevenir a delinquência e curar a doença; e isto mediante uma prática normativa positiva, isto é, ortopédica, recuperadora, reabilitadora (p. 50)¹³.

Essa “ação terapêutica” sujeita os indivíduos aos mecanismos institucionais, mas extrapolam os limites daquelas instituições receptoras de “órfãos, alienados mentais, leprosos, inválidos e delinquentes” e se desdobra num projeto assistencial médico-filantrópico que passa a nortear um conjunto de práticas e iniciativas de institucionalização dos territórios presentes no espaço urbano, buscando ordenar e controlar política e administrativamente as populações residentes nas cidades e em seus respectivos territórios da vida cotidiana.

À medida que os “problemas sociais” se avolumam pelas cidades causando a “desordem urbana”, tal projeto tende a reorganizar-se sob a lógica higienista e segregacionista, que transpõe os muros institucionais de hospitais, leprosários, cadeias públicas e passa a coordenar as ações de ordenamento dos espaços das cidades, atingindo de forma violenta os moradores vulneráveis de lugares considerados insalubres, ou seja, os mais pobres e miseráveis. Dessa forma, em nome da higiene, firmava-se uma “política urbana” de expulsão e desalojamento de pessoas.

Segundo Sidney Chalhoub¹⁴, em seu trabalho intitulado *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, os administradores passaram a admitir a existência de cortiços na cidade do Rio de Janeiro a partir dos primeiros anos da década de 1850, quando desde então se passou a discutir medidas regulamentadoras para controlar essas formas de habitações coletivas e os comportamentos dos seus respectivos moradores, com vistas a evitar a ocorrência de doenças e epidemias na cidade. Também em São Paulo, essa prática se fez presente na forma de uma ação sanitária de caráter policial, no final do século XVIII, conforme relata Raquel Rolnik¹⁵ em *A cidade e a lei*. De acordo com aquele relato,

o cortiço jamais foi reconhecido sequer como questão urbana. Durante curtíssimo período, as autoridades médicas usaram como estratégia principal de combate às epidemias na cidade a ‘desinfecção’ dos cortiços, o que poderia implicar, inclusive, sua demolição. Já na segunda década do século XX, o cortiço desapareceu por completo do campo da intervenção urbanística, embora nos últimos cem anos não tenha parado de se reproduzir, reinventar, relocar (p. 184)¹⁵.

RELAÇÕES ENTRE TERRITÓRIOS E INSTITUIÇÕES SOCIAIS PÚBLICAS

É sobre esse amálgama sócio-histórico, aqui delineado de maneira bastante breve, que vão se configurando práticas sociais e formas institucionais de relacionamento com as expressões da questão social brasileira*, que concretizam cidades formadas por mosaicos de territórios altamente desiguais.

Se anteriormente as análises sociais se baseavam quase que exclusivamente no referencial da pobreza, atualmente o fenômeno se coloca também sob a face da vulnerabilidade social e territorial. Passa-se a identificar e associar territórios e populações não somente pelo viés da pobreza, mas também da vulnerabilidade social. Dessa forma, o debate

* Debate sobre a questão social brasileira pode ser encontrado em Telles V. Pobreza e cidadania no Brasil. São Paulo: Editora 34; 2001.

foi alargado para além dos indicadores de rendimento monetário das famílias, atentando-se para outros fatores determinantes de condições de vida mais expostas aos riscos sociais, como as situações de infância, velhice, deficiência, violência, residência em territórios mais fragilizados em termos de cobertura e acesso a serviços básicos.

Do ponto de vista da política pública, esse cenário formado por territórios e populações vulneráveis coloca-se como uma questão desafiadora, que apresenta dois aspectos, para não dizer dois conceitos, que são caros às políticas sociais hoje, especialmente nos setores da saúde e da assistência social. Trata-se da compreensão sobre os papéis das configurações territoriais na produção de vulnerabilidades sociais que prejudicam ou potencializam a saúde e as condições de vida sociais e individuais. Há determinações sociais dos processos saúde-doença que precisam ser levados em conta, por exemplo, as condições de moradia e a inserção em diferentes espaços geossociais. Muitas causas de doenças se relacionam com a insalubridade, precariedade e exclusão em relação aos acessos a políticas públicas existentes nos locais de moradia e nos espaços geossociais.

Cabe perguntar se os graus de compreensão sobre aqueles elementos são ou não suficientes para a gestão das políticas de saúde, assistência social, urbana, habitacional e fundiária no que tange à priorização, distribuição de recursos e efetivação de resultados que ajudem a melhorar a saúde da população brasileira.

A política de assistência social vem passando por um momento crucial em relação à sua efetivação como política pública. Nesse processo, que ganha força a partir de 2004, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se referencia na experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) que o antecede, importa ressaltar que a assistência social, diferentemente da saúde, ainda passa por um processo de luta pelo reconhecimento de sua identidade como política pública. Por um lado, embora em pleno processo de implantação e implementação nos municípios, o SUAS ainda encontra-se em trâmite no Congresso Nacional para ser votado. Por outro lado, permanece ainda o paradigma da assistência social como favor e benemerência e não como direito na prática e no ideário de gestores, trabalhadores e usuários da política.

Tal como na saúde, o território ganha centralidade na política de assistência social, sendo uma das diretrizes fundamentais na efe-

tivação do sistema de proteção social. A perspectiva territorial aqui também se constrói na medida de sua incorporação no modelo de gestão com base municipal e territórios vulneráveis. Um dos principais desafios do SUAS, junto aos territórios locais de gestão, reside justamente no (re)conhecimento de suas particularidades a partir de sua dinâmica e não tão somente de suas estatísticas oficiais. Embora até mesmo o acesso a esses indicadores locais ainda se revele difícil para um número significativo dos municípios, há que se avançar também do ponto de vista da captura das informações que sejam reveladoras do que se passa no cotidiano de gestão da assistência social nesses territórios.

Dessa forma, não bastam os números que dizem, por exemplo, que 10% dos moradores de determinado município são considerados pessoas com deficiência. Faz-se necessário reconhecer em que territórios essas pessoas com deficiência se encontram, o que irá determinar prioridades nas políticas de atendimento a essa população. Certamente, ela se encontra distribuída de forma heterogênea pelos diferentes territórios do município estudado, o que dará uma visão sobre quais são aqueles que se encontram em situação mais fragilizada do ponto de vista socioeconômico, de acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, habitação, segurança etc. Ou seja, embora todos sejam pessoas com deficiência, suas condições socioeconômicas e de acessibilidade aos serviços são diferenciadas, o que exigiria respostas diferenciadas das políticas de atendimento a essa população.

Essa constatação faz lembrar que, no caso das cidades brasileiras marcadas pela alta desigualdade social, há cada vez mais necessidade de estudos de caso que avaliem as políticas sociais e sejam capazes de revelar não somente as médias estatísticas sobre os municípios, mas o comportamento dos indicadores sociais no interior de cada um deles, seja pela desagregação em distritos, bairros, setores censitários, ou seja, as médias estatísticas pouco ou nada irão revelar sobre o processo de desigualdade social presente no cotidiano das cidades brasileiras.

Ainda há dificuldades na incorporação de perspectivas mais dinâmicas e complexas nas abordagens socioterritoriais. O diagnóstico socioterritorial ainda é uma realidade a ser conquistada tanto no que diz respeito às análises sobre a apropriação das instituições e serviços públicos pelos moradores do entorno quanto em relação à sua incorporação em políticas sociais.

Nesse sentido, é importante reconhecer os processos produtores e as sobreposições entre as condições demográficas das populações em relação às condições de qualidade de vida urbana dos seus territórios em diferentes situações de vulnerabilidade. Segundo Ramos¹⁶,

Pode-se dizer que as características socioeconômicas de um determinado território se revelam a partir da composição dos dados populacionais censitários e dos dados territoriais cadastrais. O fato é que quando se estabelecem essas duas categorias como eixos necessários a uma abordagem socioterritorial, surge a necessidade de um novo eixo, perpendicular a estes, contendo a informação sobre a mobilidade de tanto espacial como social das populações em seus territórios. As pessoas circulam criando redes de relacionamento em diferentes esferas da vida individual em diferentes escalas territoriais e temporais. Este novo eixo poderia representar uma alternativa para capturar a dimensão relacional revelando a espessura subjetiva do território não evidente nas cartografias tradicionais (p. 661-2)¹⁶.

A Figura 5.6 ilustra essas ideias num esquema sintético.

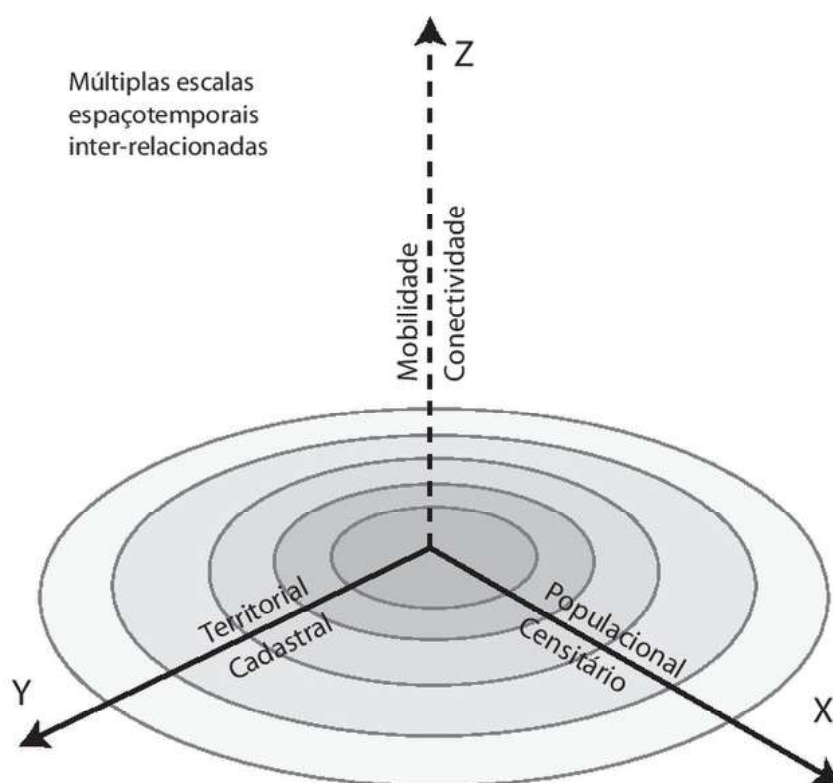


Figura 5.6 Eixos de uma representação da realidade socioterritorial. Adaptada de Ramos, 2005¹⁶.

Nessa perspectiva, apontada por Ramos¹⁶, haveria que se transpor o binômio dos indicadores populacionais censitários e territoriais cadastrais, buscando-se capturar o movimento ou a dinâmica que se dá no cotidiano dos territórios analisados, denominado pelo autor “eixo da mobilidade/conectividade”. A compreensão desse movimento e dessa dinâmica é fundamental para a realização dos processos de gestão territorial. Essa gestão deve se dar nas relações nos territórios e entre os territórios, o que permite uma atuação mais aprofundada nos fenômenos sociais que se dão ora em movimentos de contiguidade entre territórios, ora em movimentos de ruptura entre eles. Em se tratando de políticas urbanas, habitacionais, fundiárias, de saúde e de proteção social, o entendimento dessas relações nos territórios permite pensar em processos de planejamento e gestão socioterritorial a partir das ações e relações políticas, econômicas e culturais que conformam formas de uso e ocupação do solo, direcionam investimentos públicos e privados, produzem e transformam espaços de moradias e condicionam a acessibilidade da população aos serviços, aos equipamentos e às infraestruturas urbanas ofertados pelo poder público. Para essas políticas, os territórios não devem ser vistos como algo inerte e sem efeitos, mas como ativos e dinâmicos, que influenciam e sofrem influências de processos e relações sociais. Assim, mudam de configurações e alteram os intercâmbios entre sistemas de ações e de objetos. Trata-se de analisar, no tempo e no espaço, as relações entre aquelas ofertas públicas e as condições de vida e de moradia dos cidadãos e cidadãs. A oferta de um serviço, a construção e o funcionamento de um equipamento e a instalação e operação da infraestrutura em determinado território urbano, enreda-se nas redes de relações que o constituem, transformando-as e sendo transformado por elas.

O senso comum assume o pressuposto de que a proximidade dos equipamentos comunitários em relação às moradias garante maior acessibilidade por parte do cidadão. Porém, o que se depara no cotidiano das populações é que nem sempre a proximidade garante acesso de qualidade àqueles equipamentos, ou seja, a presença física do serviço não é garantia que ele funcione e preste um atendimento de qualidade básica para os cidadãos. Um exemplo corriqueiro é de famílias que têm filhos em idade escolar e não os matriculam em escola próxima justamente por causa da violência ou por conhecerem os problemas de qualidade no serviço educacional prestado.

Preferem buscar um serviço de melhor qualidade ainda que distante. Esse aspecto da acessibilidade dificultada em função da qualidade do serviço coloca em xeque a noção meramente funcional de proximidade física. Faz-se necessário introduzir variáveis políticas, econômicas e culturais nessa noção. Nos territórios urbanos, a proximidade física em relação a equipamentos públicos não garante imediatamente a possibilidade de uso e usufruto por parte das pessoas e dos grupos sociais que residem em suas proximidades. Um jovem com baixa renda, morador de uma favela, que sempre frequentou escola pública com desempenho excelente, muitas vezes sequer cogita tentar ingressar numa universidade pública, que pode estar localizada ao lado da sua moradia. A boa oferta de creches em determinado território urbano pode se tornar inócua com a mudança do perfil socio-demográfico da demanda local: o número de crianças pode diminuir. Do mesmo modo, o envelhecimento populacional em áreas da cidade pode alterar as características da demanda por serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, sob o aspecto relacional da constituição territorial, a proximidade traz consigo um ingrediente importante, que são as relações de vizinhança enquanto provedoras do fortalecimento de vínculos sociais e mesmo de proteção social. Em se tratando de contextos de vulnerabilidade social, as relações de vizinhança podem exercer uma função vital na própria sustentabilidade das famílias e de seus membros. Esse vetor relacional vem sendo estudado inclusive nas análises sobre a questão da violência e como são utilizadas essas redes de proximidade como unidades autoprotetivas em territórios que se encontram sob domínio de grupos ligados ao tráfico de drogas e do crime organizado. No seu estudo sobre as “tramas da cidade”*, Vera Telles e Robert Cabannes¹⁷, lembrando os estudos de Alba Zaluar sobre a violência urbana, comentam que

[...] os padrões de sociabilidade e as regras de reciprocidade que organizam o universo popular são desestabilizados, quando erodidos por disputas, comportamentos, práticas e princípios mafiosos de lealdade

* Pesquisa coordenada por Vera Telles e Robert Cabannes sobre as trajetórias de famílias em São Paulo baseadas em depoimentos e histórias de vida de moradores de Guaianases (zona leste) e Jardim São Luiz (zona sul), cujos resultados encontram-se no livro *Nas tramas da cidade – trajetórias urbanas e seus territórios*¹⁷.

que não se restringem ao “negócio do crime”, mas transbordam por todos os lados, até porque tudo isso coloca em cena esse “*indivíduo-qualquer-como-todo-mundo*” que vive por lá, com família, vizinhos, amigos de infância e conhecidos do bar de esquina (p. 102-3)¹⁷.

Tal transbordamento que atinge o cotidiano de vida relacional dos indivíduos e grupos sociais desses territórios que se encontram espalhados pelos “quatro cantos” do país ainda parece um tanto desconhecidos pelos formuladores e gestores de políticas públicas.

No campo da saúde, também se destacam estudos nessa direção, como problematizado por Simone Santos¹⁸ em seu artigo sobre modelagens em saúde a partir das características de vizinhança. A autora entende que

[...] a estrutura física da vizinhança é condicionada pelas forças sociais. Critérios socialmente definidos contribuem fortemente para a distribuição das pessoas sobre o território e, uma vez estabelecida essa distribuição, a exposição individual pode ser influenciada por fatores sociais (diminuindo ou aumentando os riscos) (p. 173)¹⁸.

Trata-se de um conjunto de experiências em pesquisa sobre as características de vizinhança e seus impactos na saúde. São pesquisas que tentam captar, por meio de modelos estatísticos baseados em variáveis demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e de recursos do georreferenciamento de dados, as características inerentes ao contexto social que extrapolam derivações a partir de informações individuais.

Esse direcionamento traz outro desafio importante para o campo socioassistencial brasileiro, no qual ainda encontra-se em fase de aprimoramento um cadastro unificado de seus usuários. Esse campo socioassistencial privilegia mais as características individuais e menos os seus vínculos sociais e familiares, ou seja, permanece-se no eixo cadastral/territorial, no qual a relação do indivíduo com o território é dada pela simples localização pelo endereço residencial.

Nesse sentido, ainda há muito que se avançar em relação aos instrumentos de captura e análise do que se passa nos meandros dos territórios brasileiros e que estão presentes naquelas relações que, talvez pelo fato de serem tão corriqueiras, são reconhecidas como

“banais” para as finalidades científicas. Como reforça Simone Santos¹⁸ em seu artigo sobre a presença dos recursos de saúde a serem acessados pelas populações em seus territórios,

[...] é por meio dos mecanismos de acesso e dos canais pelos quais esses recursos podem ser adquiridos e usados que as condições de vida se expressarão em desigualdades na saúde. A vizinhança não é um depósito passivo de recursos, mas sim uma estrutura relacional que não pode ser concebida independentemente das práticas dos seus residentes em relação a essa estrutura (p. 173)¹⁸.

É importante considerar esse aspecto relacional apontado por Simone Santos¹⁷ na estrutura da vizinhança, mobilizando recursos de saúde e práticas de acessibilidade dos moradores, que certamente ultrapassam o campo da saúde. Trata-se dos mesmos territórios onde outros agenciamentos públicos e privados permeiam o cotidiano de cidadãos e suas famílias, compondo o mosaico de vizinhança. Resta saber como tem se configurado tal mosaico a ponto de produzir ou não acessibilidades a melhores condições de vida e de saúde. Acessibilidades capazes de garantir ou não proteção social, de fortalecer ou não vínculos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações entre territórios e saúde coletiva apontam para problemáticas que merecem mais estudos e análises, em especial nos contextos urbanos. Tais relações são bastante complexas e exigem metodologias que deem conta das múltiplas relações entre variáveis diversas. Agora é uma ação cada vez mais importante identificar também os sentidos saudáveis e não vulneráveis desses territórios. Sentidos que fortaleçam a constituição da saúde coletiva. Nas cidades, em que pese os benefícios inegáveis da vida urbana, têm-se muitas evidências que mostram configurações territoriais, cujos sentidos atentam contra a saúde e favorecem doenças e destruições.

Está cada vez mais claro que os territórios, especialmente os urbanos, não são estáticos, são mutáveis e suas configurações são resultados de interações entre sistemas de ações e objetos sociais.

Tais interações não são dadas, mas constituídas no curso da vida em sociedade. É sempre importante identificar os sentidos políticos, econômicos e culturais dos territórios que não devem ser vistos como um espaço geográfico estático, mas como um campo geossocial dinâmico. O território é mais do que uma célula cadastral focalizada e utilizada no controle de alguns vetores e riscos à saúde. É o espaço concreto onde se produzem as condições de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. É também onde se criam formas de atendimento das necessidades desses indivíduos e grupos sociais por meio tanto de instituições públicas quanto pela mobilização social.

Portanto, os territórios podem ser alterados a partir das ações individuais e coletivas sobre objetos sociais. Os territórios podem ser manejados na construção de sentidos mais favoráveis à realização da liberdade, das capacidades e das potencialidades humanas. Esse é o sentido mais profundo do desenvolvimento proposto pelo economista indiano Amartya Sen¹⁹. O ponto-chave é encontrar os mecanismos mais efetivos capazes de incidir nas configurações territoriais que construam aqueles sentidos de um desenvolvimento territorial justo, democrático, sustentável e, também, saudável.

RESUMO

Este texto discute as relações entre os processos de constituição de territórios urbanos e a geração das condições de saúde do indivíduo e do coletivo. As configurações territoriais existentes nas cidades brasileiras, marcadas por profundas desigualdades socioterritoriais, fazem com que os avanços na oferta de infraestruturas ajudem positivamente na diminuição de doenças infecciosas entre os grupos sociais com maiores níveis de rendimentos. Os grupos mais pobres geralmente vivem em habitações precárias e insalubres, que influenciam diretamente nos processos de saúde-doença das pessoas. Além disso, as localizações dessas moradias influenciam no acesso a serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas, que também incidem nas situações de vulnerabilidades das pessoas.



PROPOSTAS PARA ESTUDO

- O que é transição urbana?
- Quais foram as características da transição urbana brasileira?
- Qual a relação entre territórios urbanos e saúde dos diferentes grupos sociais que compõem o coletivo?

ATIVIDADE SUGERIDA

Analise as características dos territórios existentes em algum bairro da cidade, especialmente as condições de moradia e de salubridade dos diferentes grupos sociais e os acessos a serviços, equipamentos e infraestruturas urbanas. Identifique a composição demográfica desses grupos. Em seguida, examine as influências que essas características territoriais e dos perfis demográficos exercem sobre os processos saúde-doença da população que vive no bairro.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Omran AR. The epidemiologic transition theory – a preliminary update. *Journal of Tropical Pediatrics* 1983;29:305-16.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000.
3. Singer P. Migrações internas: considerações teóricas sobre o seu estudo. In: Moura HA (org.). *Migração interna – textos selecionados*. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil S.A. (BNB)/Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste (ETENE); 1980.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contas regionais do Brasil 2003-2006*. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
5. Rolnik R, Bonduki N. Periferia da Grande São Paulo – reprodução do espaço como expediente de reprodução da força de trabalho. In: Maricato E (org.). *A produção capitalista da casa (e da cidade) no Brasil industrial*. São Paulo: Alfa-Omega; 1979. p. 117-54.
6. Camargo CPF de, Cardoso FH, Mazzucchelli F, Moisés JA, Kowarick L, Almeida MHT de, et al. *São Paulo 1975 – crescimento e pobreza*. São Paulo: Edições Loyola; 1975.
7. Branco MLC. Cidades médias no Brasil. In: Sposito ES, Sposito MEB, Sobarzo O (orgs.). *Cidades médias – produção do espaço urbano e regional*. São Paulo: Expressão Popular; 2006. p. 245-71.

8. Matos R. Questões teóricas acerca dos processos de concentração e desconcentração da população no espaço. *Revista Brasileira de Estudos de População* 1995;12(1-2):1-28.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Regiões de influência das cidades 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
10. Santos M. Território e sociedade – entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.
11. Santos M. A natureza do espaço – técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1997.
12. Koga D. Medidas de cidades – entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez; 2003.
13. Castro M, Adorno S. Pobreza colonizada. *Revista Serviço Social e Sociedade*. 1985;6(4):49-72.
14. Chalhoub S. Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
15. Rolnik R. A cidade e a lei. 2. ed. São Paulo: Fapesp/Studio Nobel; 1999.
16. Ramos FR. Cartografias sociais como instrumentos de gestão social: a tecnologia a serviço da inclusão social. *Rap* 2005;39(3):655-69.
17. Telles V, Cabanes R (orgs.). Nas tramas da cidade: trajetórias urbanas e seus territórios. São Paulo: IRD/Humanitas; 2006.
18. Santos SM. Desigualdades socioespaciais em saúde: incorporação de características de vizinhança nos modelos de determinação em saúde. In: Barcellos C (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro, Abrasco; 2008. p. 165-92.
19. Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

PARA SABER MAIS

Brasil. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2004.

Castel R. As metamorfoses da questão social. Petrópolis: Vozes; 1998.