

Urbanização, modos de vida e produção da saúde na cidade

Urbanization, lifestyles and health production in the city

Magda Dimenstein, Kamila Siqueira

Resumo

As desigualdades em saúde constituem o centro da relação entre condições de vida e situação de saúde, sobretudo, em contextos urbanos, espaço que concentra maior parte da população mundial. Este artigo objetiva discutir sobre urbanização, modos de vida e produção da saúde na cidade, assinalando os desiguais impactos do processo de urbanização e as iniquidades em saúde no Brasil. À luz do paradigma da Determinação Social da Saúde, destaca os mecanismos e dinâmicas das desigualdades sociais e como estão dispostos nos territórios, relacionando-se com conjunturas específicas das cidades e grupos populacionais. Por fim, indica os embates em processo contra o modelo de urbanização hegemônico e as mobilizações pela garantia do direito à moradia, por uma mobilidade sustentável, de luta contra o racismo ambiental, em prol da ocupação dos espaços públicos, do resgate da memória dos lugares e do fortalecimento das resistências interseccionais no espaço urbano.

Palavras-chave

Determinação social da saúde, urbanização, cidades.

Abstract

Inequalities in health are at the heart of the relationship between living conditions and health status, especially in urban settings, where most of the world's population is concentrated. This article aims to discuss urbanization, lifestyles and health production in the city, pointing out the unequal impacts of the urbanization process and the inequities in health in Brazil. In light of the paradigm of Social Determination of Health, it highlights the mechanisms and dynamics of social inequalities and how they are arranged in the territories, relating to specific conjunctures of cities and population groups. Finally, it indicates the clashes in process against the hegemonic urbanization model and the mobilizations for the guarantee of the right to housing, for a sustainable mobility, of fight against environmental racism, in favor of the occupation of the public spaces, the rescue of the memory of the places and the strengthening of the intersectional resistances in the urban space.

Keywords

Social determination of health, urbanization, cities.

Magda Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Professora Titular vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN. Graduada em Psicologia pela UFPE (1986), Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RJ (1994) e Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1998).

mgdimenstein@gmail.com

Kamila Siqueira

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2011) e mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma instituição (2015).

kamsiqueira@gmail.com

Introdução

Este artigo objetiva contribuir com o debate sobre urbanização, modos de vida e produção da saúde na cidade. Pretende discutir os desiguais impactos do processo de urbanização e as iniquidades em saúde no Brasil. O ponto de partida dessa discussão está na compreensão do processo saúde-doença como uma construção social. O paradigma da "Determinação Social da Saúde" (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017), tomado como base para tal, articula o conjunto de fatores econômicos, psicossociais, culturais, biológicos e ambientais que incidem sobre a realidade concreta e nas condições de vida, e conseqüentemente, sobre a situação de saúde de uma população. Nesse sentido, é preciso um esforço para compreender as especificidades dos modos de vida nos variados contextos e como as desigualdades sociais são produzidas, articuladas e sentidas no cotidiano. Contudo, sem estabelecer uma correlação causal entre fator social e saúde/doença. Assim,

A noção de causalidade é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos 'modos e estilos de vida', derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (BATISTELLA, 2007, p. 47).

A ideia de determinação traz como pressuposto uma compreensão da saúde enquanto fenômeno complexo que não se restringe à ausência de doenças, abarcando dimensões individuais, sociais e estruturais, com grande variação entre pessoas e contextos. Portadora de múltiplos sentidos e expressões, aproximar-se da complexidade e multidimensionalidade da saúde requer análise multidisciplinar das formas de organização das sociedades, de sua estrutura social, econômica e cultural, entendendo que esta subordina a dimensão biológica no processo saúde-doença. Nesse artigo, consideramos que a trama entre cidade, subjetividade e saúde, que a multiplicidade das experiências urbanas, de modos de existência e de habitar a cidade contemporânea, têm rebatimentos decisivos no processo saúde-doença.

Tal compreensão, ancorada no paradigma da complexidade (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020), escapa ao positivismo que constitui o modelo biomédico, contesta a dicotomia entre indivíduo e sociedade, entre partes e todo, aposta na integralidade, na articulação de saberes e na interferência recíproca entre o nível macropolítico – referente ao plano das formas, das ideias instituídas e ordenadas, dos códigos preestabelecidos - e o nível micropolítico, entendido como o plano das subjetividades, das multiplicidades e heterogeneidades. Nesse sentido, estamos tratando das singularidades da experiência sensível de cada sujeito no cotidiano, das práticas e relações que estabelece com os lugares, as quais são carregadas de significados e afetos. Isso significa que essas dimensões macro e micro estão permanentemente entrelaçadas e são inseparáveis. Reforçando o estatuto político e coletivo das subjetividades, Romagnoli (2016 p. 183) aponta que,

Nesse sentido, a subjetividade deve ser pensada como um sistema complexo e heterogêneo, constituído não só pelo sujeito, mas também pelas relações que este estabelece. Essas relações denunciam a exterioridade de forças que incidem sobre a subjetividade, e atuam rizomaticamente, de uma maneira transversal, ligando processualmente a subjetividade a situações, ao coletivo, ao heterogêneo.

Ao tomar o processo saúde-doença em articulação aos contextos, condições e modos de vida das populações, significa ancorá-lo no plano da experiência concreta e sensível das pessoas. Assim, os investimentos ou desinvestimentos em políticas públicas voltadas ao bem-estar social, a injustiça e as desigualdades sociais, ganham destaque, pois interferem direta e indiretamente nas condições de saúde das populações em esfera global. De acordo com Barreto (2017, p. 2098), “não por acaso, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social”. O autor continua

Desigualdades referem-se aquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Iniquidades em saúde, por outro lado, referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça (BARRETO, 2017, p. 2101).

Dessa forma, é evidente que países e regiões menos prósperos e populações que sofrem mais fortemente os efeitos adversos da pobreza e da ausência de políticas voltadas à proteção social, são aquelas que apresentam as piores condições de saúde. Atualmente, estamos vivendo a pandemia do covid-19, que vem afetando o planeta de forma avassaladora. Entretanto, já se percebe um cenário de iniquidades sendo delineado em todo o mundo: os negros têm sido mais afetados e vítimas mortais, o que está diretamente associado às suas condições de vida e renda, à dependência do sistema público de saúde, à existência de doenças prévias sem continuidade de cuidados, à moradia nas periferias pobres, ao trabalho precário e informal, etc. Sobre isso Santos (2020, p. 15) comenta:

Qualquer quarentena é sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros... há grupos para os quais a quarentena é particularmente difícil. São os grupos que têm em comum padecerem de uma especial vulnerabilidade que precede a quarentena e se agrava com ela. Tais grupos compõem aquilo a que chamo de Sul. Na minha concepção, o Sul não designa um espaço geográfico. Designa um espaço-tempo político, social e cultural. É a metáfora do sofrimento humano injusto causado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e pela discriminação sexual.

Assim, as iniquidades em saúde variam de acordo com a conjuntura específica dos territórios e dos grupos populacionais, abarcando dimensões referentes ao sexo, raça/etnia, sexualidade, geração e classe social. Ou seja, “as pandemias não matam tão indiscriminadamente quanto se julga” (SANTOS, 2020, p. 23).

O intenso processo de urbanização pelo qual as cidades vêm passando em nível mundial tem sido indicado como um dos vetores mais importantes na produção das iniquidades em saúde, associadas ao incremento da pobreza e da falta de oferta de serviços adequados às necessidades emergentes de uma população que se apresenta mais vulnerável e exposta às más condições do ambiente físico e social. Para Gouveia (1999, p. 49)

Problemas como a insuficiência dos serviços básicos de saneamento, coleta e destinação adequada do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionados com a pobreza e o subdesenvolvimento, somam-se agora à poluição química e física do ar, da água e da terra, problemas ambientais antes considerados "modernos". Novamente, é sobre as populações mais carentes que recai a maior parte dos efeitos negativos

da urbanização, gerando uma situação de extrema desigualdade e iniquidade ambiental e em saúde.

No “Dossiê Saúde Urbana”, diversos autores destacaram outros aspectos presentes na dinâmica das grandes cidades, como a “constituição de diversos grupos socialmente vulneráveis e o impacto dessas condições sobre o estado de saúde, exposição à violência, experiência de discriminação e alguns comportamentos de risco para a saúde” (BARATA, 2015, p. 28), bem como o desafio de garantir o direito universal à saúde e organizar as redes de atenção do SUS para atender demandas cada vez maiores.

Assim, cidade é uma categoria de análise imprescindível aos estudos sobre os modos de vida contemporâneos. No atual estado do capitalismo mundial tem-se a construção ideológica da cidade-mercadoria, a qual impõe certa leitura e imagem das cidades, uma representação hegemônica baseada em argumentos ancorados nas promessas de racionalidade, eficiência, organização e segurança, com vistas ao funcionamento e delimitação de padrões de vida e circulação das pessoas. São territórios de investimentos material e simbólico, de reprodução do poder político e dos lugares sociais. A organização urbana dominante no Brasil é resultado de uma produção histórica e cultural carregada de intencionalidade e progressivamente alinhada às políticas econômicas, aos interesses de determinados grupos financeiros. Não pode ser descolada de questões como a privatização da terra, a emergência do trabalho livre, o modelo de industrialização e desenvolvimento nos últimos séculos (MARICATO, 2000). Esse padrão dominante de cidade veicula estilos de vida a serem consumidos, promessas e desejos, logo, é uma potente engrenagem de produção de subjetividades.

Hoje, com grande parte da população mundial residindo nas cidades, a relação entre a vida em contextos urbanos e o processo saúde/doença vai se tornando cada vez mais complexa. Segundo Barreto (2017), as mais altas taxas estão na América do Norte (82%), mas a América Latina e o Caribe registram 80% da sua população concentrada em áreas urbanas. A Saúde Urbana é o campo da saúde pública dedicado a pesquisar como os modos de vida nas cidades afetam a vida das pessoas e das populações através da análise interdisciplinar das características urbanas. Enquanto prática, a Saúde Urbana atua no diagnóstico e planejamento, guiando intervenções locais e globais a serviço da melhoria da saúde das populações urbanas (GALEA; VLAHOV, 2005). Consiste em um campo de pesquisa em ascensão, interessado em problematizar os modos de vida urbanos e, conseqüentemente, seu impacto na saúde da população. Caiaffa et al. (2008, p. 1788) indicam que para esse campo do conhecimento alguns pontos são fundamentais:

(1) que a urbanização, antes esperada produzir somente efeitos benéficos, conhecida como as “vantagens urbanas”, pode acarretar danos sociais, econômicos e ambientais de grande impacto, difíceis de mensurar completamente nos dias atuais; (2) que os atributos físicos e sociais (contexto) da cidade e seus bairros e/ou vizinhanças podem afetar a saúde dos indivíduos; (3) que a ocorrência dos eventos relacionados à saúde, numa visão mais abrangente, estaria associada a atributos dos indivíduos aninhados no “lugar urbano” assim como o somatório das propriedades do agregado destes indivíduos (composição), indo mais além de seus atributos puramente individuais.

Galea e Vlahov (2005) argumentam que uma análise de como a vida na cidade impacta a saúde dos habitantes pode partir de três grandes categorias interligadas entre si: 1. o ambiente físico (desenho urbano, infraestrutura, ambiente construído, habitação, condições atmosféricas e

climáticas, qualidade da água, parques), 2. o ambiente social (tensão e coesão social, grau de suporte social, segregação espacial, desigualdades sociais), e 3. o acesso e disponibilidade a serviços sociais e de saúde (iniquidades na distribuição de recursos e serviços, dimensão das redes assistenciais, acessibilidade).

A conexão entre esses elementos é complexa e contextual, o que dificulta generalizações. Por exemplo, o modo como grupos e pessoas encaram os estressores urbanos dependerá da associação de diferentes aspectos como o contexto social, as condições econômicas, a presença de rede de serviços e recursos e, mais ainda, de diferentes oportunidades para acessar e se beneficiar dos recursos disponíveis. Alguns fatores estão presentes no cotidiano de distintas populações e países, considerados nocivos para a saúde tais como poluição, tráfego, violência, desigualdades sociais, dentre outros. Mas, mesmo assim, a maneira como afetam os moradores de uma cidade vai depender de aspectos particulares de cada localidade, da magnitude desses efeitos, da forma como as pessoas lidam com esses problemas, etc. Características que podem ser importantes para o condicionamento da situação de saúde de uma cidade, podem não fazer sentido em outra, ou até mesmo naquela, em outro período de tempo. Mesmo avaliados em uma escala menor, esses aspectos serão diferentes dentro de uma mesma cidade, já que o meio urbano é composto por grupos heterogêneos.

Quando se fala de doenças crônicas não transmissíveis como a saúde mental (DIEZ-ROUX; MAIR, 2010), as pesquisas as relacionam com aspectos ambientais tais como poluição; com aspectos físicos como transporte e mobilidade, com espaços públicos, desenho urbano, acesso a serviços e recursos que possibilitam a prática de atividade física e recreação; bem como a aspectos sociais como o grau e natureza das interações sociais, presença de normas sociais, grau de (in)segurança e violência, dentre outros elementos da dinâmica do lugar.

Enfim, a discussão da saúde urbana tem sido alvo de interesse no âmbito de muitas disciplinas, mas, especialmente, da saúde pública e da geografia da saúde. Muitos conhecimentos têm sido produzidos no sentido de compreender a relação entre urbanização, modos de vida e produção da saúde na contemporaneidade. Há destaque para o modelo neoliberal de organização política e econômica que vem interferindo, sobremaneira, na homogeneização das políticas de urbanização, da produção do espaço, da estruturação e dinâmicas das cidades, política que tem trazido inúmeros desafios à população mundial, tais como a questão da mobilidade sustentável, da segurança pública, da preservação do meio ambiente, do direito à cidade e democracia racial, dentre outros. Ademais, alerta-se que tais políticas ditam formas de viver, habitar, consumir e de subjetivar-se. Com isso, as particularidades locais a cada dia perdem seu significado em prol de um mercado global e homogeneizador. O viver nas cidades torna-se cada vez mais alvo de investigações, especialmente, pelos impactos desiguais sobre o bem-estar das pessoas. No caso da população brasileira é preciso compreender como se deu o processo de urbanização e como foi acontecendo de forma organicamente associada à produção de uma sociedade desigual. É sobre isso que vamos tratar a seguir.

A urbanização brasileira e as desigualdades em saúde

No último Censo Demográfico do IBGE em 2010, dos quase 191 milhões de habitantes brasileiros, quase 170 milhões residem em área urbana, isto é, 85% da população do país é urbana. O processo de urbanização no Brasil foi extremamente veloz desde a década de 1950 até os dias atuais. Entretanto, o aumento da população urbana não foi acompanhado de uma oferta

adequada de infraestrutura e serviços urbanos, ocasionando uma elevação na quantidade de domicílios urbanos inadequados, poluição atmosférica e dos corpos hídricos, desgaste do capital social, impactos na estratificação social, condições de trabalho, etc. (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Além disso, têm-se observado elevação no processo de periferização e o crescimento das áreas do entorno das sedes metropolitanas e regionais nos últimos anos. A urbanização brasileira e latino-americana, segundo (RIBEIRO, 2004, p. 43),

Tem como base a apropriação privada de várias formas da renda urbana, fazendo com que os segmentos já privilegiados desfrutem, simultaneamente, de maior nível de bem-estar social e riqueza acumulada, na forma de um patrimônio imobiliário de alto valor. Ao mesmo tempo, grande parte da população, formada pelos trabalhadores, é espoliada, por não terem reconhecidas socialmente suas necessidades de consumo habitacional (moradia e serviços coletivos), inerentes ao modo urbano de vida.

Tanto em outros países da América Latina quanto no Brasil, a urbanização e industrialização acelerada não aconteceram em favor do desenvolvimento social, mas para atender aos interesses do capital financeiro internacional. Em nosso país, em nome da diversidade de oportunidades de vida, houve uma intensa migração interna para as grandes cidades, atraindo diversas famílias moradoras do campo e de cidades de pequeno porte. Esse fenômeno gerou, ao contrário, subemprego, agravamento dos contrastes sócio espaciais, degradação ambiental, desestruturação da agricultura familiar e a criação de uma nova ruralidade capitalista. No campo, Rigotto e Augusto (2007, p. 480) destacam os efeitos desse modelo de industrialização:

Se a dimensão da modernização se expressa pela introdução da mecanização e do uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes, ela traz consigo o desemprego na zona rural; a expulsão de famílias de agricultores de suas terras; a contaminação do solo, das águas, dos trabalhadores e dos consumidores dos alimentos produzidos, além da destruição dos ecossistemas de onde comunidades tradicionais secularmente obtinham seu sustento, gerando situações de grave insegurança alimentar.

Observou-se um movimento de demarcação das cidades pela força dos interesses do capital imobiliário, bem como uma fraca capacidade do Estado em regular e distribuir. Assim, apesar do crescimento possibilitar o desenvolvimento de serviços e espaços urbanos adequados, a urbanização brasileira carrega a forte marca da desigualdade social, da pobreza, exclusão social e desordenamento territorial, ocasionando uma restrição do acesso à infraestrutura urbana, precarização das instalações sanitárias e das condições de habitabilidade (NETTO; BELTRAMI; RODRIGUES; RHOLFS; SALES; ALONZO, 2009).

Segundo Maricato (2000), as matrizes que fundamentaram o planejamento urbano no Brasil estiveram descoladas da realidade socioambiental das cidades, sobretudo, no que se refere ao crescimento da ocupação ilegal e das favelas, servindo para a reprodução das desigualdades. Isso remonta à Lei de Terras de 1850, marco para a organização da propriedade de terras no Brasil, a qual estabeleceu que a terra, antes de livre acesso, seria agora de direito exclusivamente mediante a sua compra, determinação que até hoje dita a questão fundiária e do direito à moradia no Brasil (ARANTES, 2013). A emergência do trabalhador livre, da propriedade privada e do patrimônio pessoal relacionados ao poder político demarcou a exclusão do trabalhador assalariado do acesso à terra, como lançou as bases para o latifúndio,

concentração de renda e para a urbanização territorialmente seletiva observada até hoje, refletida no déficit habitacional e na ocupação ilegal do solo (SANTOS, 1993). Como agravante, foi-se consolidando o que é conhecido por racismo ambiental, isto é, as injustiças sociais e ambientais que recaem de forma implacável sobre os povos indígenas, remanescentes de quilombos, ribeirinhos, etc, os quais foram expulsos de seus territórios, indo parar nas periferias pobres das cidades, tornando-se vítimas da violência e do abandono do Estado.

Apesar de termos vivido um período de crescimento econômico e de incremento da política social nos governos Lula e Dilma, segundo Arantes (2013), essas mudanças não foram acompanhadas de uma melhoria das condições de vida nas cidades. Pelo contrário, a inviabilidade crônica das nossas metrópoles, organicamente associadas a um modelo de sociedade desigual, permeada pela injustiça social que retroalimenta a conformação das cidades enquanto mercadorias, foi sendo ampliada. O crescimento dos setores imobiliário e automobilístico é ao mesmo tempo sintoma de um planejamento urbano insustentável e fator agravante da deterioração da qualidade de vida urbana.

O Estatuto da Cidade, Lei Federal 10.257 de 10 de julho de 2001 (BRASIL, 2001), consiste em um esforço de regulamentar o tratamento da terra urbana de acordo com princípios que relativizam o então direito absoluto da propriedade privada, tais como: descentralização e autonomia municipal no planejamento urbano conforme as diretrizes nacionais, regularização da propriedade informal, participação social na gestão urbana e, especialmente, destaque à questão da função social. No entanto, muitos anos após a sua promulgação ainda existem municípios que mesmo implementando seus Planos Diretores, ou não aplicaram efetivamente esses princípios, impossibilitando o direito à moradia e à cidade, ou os planos e leis são simplesmente ignorados.

Tudo isso vem produzindo cidades desiguais, mas não sem resistência. Nas brechas do mercado e da racionalidade da lei, as camadas populares reagem inventando novas configurações comunitárias, novos espaços habitáveis, dando visibilidade ao conflito social. Nesse sentido, a ocupação ilegal do solo é vista como forma de resistência e funcionalidade frente à burocracia, à especulação e ao clientelismo. No entanto, essa faceta da exclusão urbana traz consigo, além de um grande entrave para o estabelecimento de relações democráticas e risco de degradação ambiental, uma parca cobertura de saneamento básico e de serviços públicos. Ademais, essas ocupações se instalam em áreas ou próximas às atividades poluidoras ou de difícil construção - desprezadas pelo mercado - fator que leva às ações predatórias sobre o meio ambiente em busca da sobrevivência e, por sua vez, ampliam a vulnerabilidade dessas populações. Porém, como dizem Rigotto e Augusto (2007, p. 477)

É preciso considerar ainda que a vulnerabilidade dos diversos segmentos sociais aos novos riscos desigualmente introduzidos nos territórios também não é igual. Fatores como o estado nutricional, a escolaridade, as possibilidades de acesso à informação, o grau de cobertura e a qualidade das políticas públicas, entre outros, implicam diferenças nos tipos e na extensão dos impactos dos riscos que sofrerão.

No Brasil, portanto, prevalece um modelo de urbanização predatório do meio ambiente e das populações urbanas, o qual está associado a processos produtivos e padrões de consumo que condicionam as desigualdades e iniquidades, sobretudo, referentes à distribuição dos riscos e ao acesso aos serviços de saúde. No cenário das cidades latino-americanas, de forma geral, há uma intensificação das desigualdades sociais na organização do espaço urbano; o preço imobiliário é o principal fator de distribuição da população

no território da cidade; há a privatização dos serviços urbanos e agravamento da disparidade de acesso aos serviços e na qualidade da oferta. Observa-se também um aumento de tendências da chamada dualização social, diminuição do grau de mistura social, ocasionada, por um lado, pela auto segregação das camadas superiores através da construção de condomínios e bairros fechados, por outro, pelo deslocamento das camadas médias e inferiores para as periferias. Nesse cenário de segregação e autosegregação, as desigualdades raciais têm destaque. A questão racial gera hierarquização e o ordenamento sócio espacial, funcionando como uma poderosa barreira à circulação na cidade e uma alavanca para a reprodução dos espaços de riqueza e de pobreza associados aos grupos raciais. A relação entre racismo, segregação espacial e processo saúde-doença é intensificada ainda mais no contexto conservador e racista que marca o atual Estado brasileiro.

Urbanização, saúde e políticas públicas

Rigotto e Augusto (2007) destacam a relação entre a imposição dos imperativos da globalização no contexto neoliberal e a produção e aprofundamento das iniquidades sociais, elevando a disparidade entre uma minoria de sujeitos beneficiados e uma maioria que sofre cotidianamente os seus efeitos deletérios. Em análise dos impactos das transformações ambientais sobre a saúde, os autores ressaltam que características do processo de modernização forçada definiram uma economia fundamentada em segmentos industriais altamente degradantes do meio ambiente e “aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas decorrentes da violência, dos processos produtivos e pela pressão promovida para adoção de novos padrões de consumo” (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007, p. 480).

Além disso, aspectos como a ocupação improdutivo de terras, problemas de infraestrutura urbana, o desemprego e subemprego, as migrações populacionais internas, diminuição da biodiversidade e poluição ambiental são elementos citados pelos autores como conformadores do quadro de morbimortalidade atual do país, caracterizado por uma tripla carga de doenças em que patologias infectocontagiosas, causadas pela falta de estrutura de saneamento básico e de moradia de qualidade, coexistem com doenças típicas de países desenvolvidos, como a alta incidência de doenças respiratórias em áreas urbana, doenças cardíacas e crônico-degenerativas como os transtornos mentais, além da grande porcentagem de mortes ocasionadas por causas externas (especialmente homicídios, suicídios e acidentes de trânsito).

Apesar de mais de três quartos da população brasileira residir em áreas urbanas, nota-se uma carência de uma política efetiva de desenvolvimento urbano que visem à mitigação dos problemas ambientais nesse espaço. Considerar os impactos que a especulação imobiliária, o incremento da violência urbana, os problemas no abastecimento de água, saneamento básico e outros serviços urbanos têm sobre a saúde dos habitantes da cidade é imprescindível. Sobre essa questão, Freudenberg, Klitzman e Saegert (2009) defendem a articulação entre planejamento urbano e saúde pública, ambos fundamentados nos princípios da justiça ambiental e social. Monken e Barcellos (2007) reforçam essa ideia ao afirmarem a importância da participação ativa dos profissionais de saúde no planejamento urbano, através do envolvimento em fóruns de reforma urbana e na elaboração e implantação dos planos diretores das cidades. Tais planos diretores, por sua vez, precisam buscar o aumento da ação comunitária e do coeficiente de autonomia das pessoas acerca dos seus problemas e necessidades de saúde, sem cair na via de normatização dos corpos e desresponsabilização do Estado (SILVA, BATISTELLA; GOMES, 2007).

A saúde pública, no bojo das políticas públicas, visa à regulação estatal da redistribuição social no enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais. Não obstante, seus limites esbarram na insuficiência de operar efetivamente essa redistribuição porque elas não conseguem abarcar a diversidade e as desigualdades existentes nos territórios, restringindo-se a públicos-alvo específicos e pré-determinados. Daí o desafio das políticas públicas estarem em consonância com as condições de vida e reais necessidades das pessoas, articulação possibilitada por uma metodologia de análise territorial.

Tratar a vertente territorial traz novos elementos para o debate da ética e cidadania nas políticas públicas e de enfrentamento da exclusão social. Implica considerar a dimensão cultural das populações, suas particularidades locais, os lugares onde vivem, os seus anseios e não somente suas necessidades (KOGA, 2003, p. 28).

Em outras palavras, a produção de saúde na cidade está fortemente relacionada às experiências urbanas, aos espaços que as pessoas utilizam cotidianamente, onde circulam, vivem e desenvolvem suas atividades diárias. Isso quer dizer que a “maneira de ser da cidade” e a “maneira de ser na cidade” (PECHMAN, 2014, p. 352) constituem a mesma matéria. De acordo com o autor, podemos dizer que o tipo de sociabilidade, de convivialidade, de relações que são vivenciadas, os limites e fronteiras que estabelecem itinerários para os corpos, as porosidades e insurgências possíveis no âmbito da cidade são evidenciados através de certos discursos e práticas, de movimentos de corpos que se expressam em um espaço regulado. Uma análise dessas condições implica em um diagnóstico do contexto em que se configuram os problemas e as necessidades de saúde. O contexto consiste nas “condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 181).

Na cidade, portanto, emergem necessidades e problemas de diversas ordens, mas também é o lugar geográfico e político da possibilidade de soluções. Assim, entender como se dão as complexas relações entre homem, grupos sociais e seu espaço/território de vida e trabalho é fundamental para a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades. Esse é o mote do movimento Cidades Saudáveis, modelo de Promoção de Saúde, proposto no Canadá na década de 1970. O movimento evidencia as novas interferências da urbanidade nos modos e hábitos de vida e suas determinações na saúde das populações para traçar planos de intervenção que reforcem as ações e organizações locais, bem como capacite as pessoas a conhecer e, em certa medida, controlar os fatores que põem em risco ou ampliam a saúde e bem-estar. Nesse sentido, um município ou cidade que almeje compor o movimento deve se comprometer com a implementação de políticas públicas de diversos setores que incidam sobre necessidades e problemas diagnosticados em seu contexto e que sejam fundamentadas em alguns princípios considerados básicos para a saúde, a saber: prevenção da violência através de políticas redistributivas, de apoio à família, orientação da mídia, e de segurança; direito à habitação com condições dignas de moradia; acesso a um sistema educacional público e de qualidade; disponibilidade de alimentação que atenda às necessidades nutricionais, com segurança alimentar que resguarde o aspecto cultural; renda suficiente para atendimento das necessidades básicas de consumo; política agrária e industrial baseadas em recursos renováveis e voltadas para as necessidades da população;

sustentabilidade e preservação do ecossistema a fim de evitar a poluição do ar, da água, do solo, dentre outros tipos de degradação ambiental.

Para Moysés e Sá (2014), uma gestão urbana comprometida com a Promoção de Saúde, deve lançar mão de planos locais orientados pelas especificidades do território, com participação ativa da população, que instiguem a politização das questões referentes à saúde e às condições de vida na cidade. Nesse intuito, entendemos que, a despeito dos problemas urbanos já tratados, o revigoramento da cidade como espaço público, entendido como o espaço da ação política, lugar de encontros, da vida coletiva, da convivência com o diferente, da negociação e do conflito (PECHMAN, 2014), está eclodindo no país, através de movimentos que visam potencializar as trocas e combater o seu esvaziamento. Por isso, o espaço público é condição fundamental para a promoção da justiça social. Não à toa, reivindicar comunidades mais saudáveis, novas formas de sociabilidade e de convívio, passa necessariamente por uma luta pelo direito à cidade (HARVEY, 2012). Sendo assim, a luta pelo direito à saúde, educação, assistência e cultura é parte da pauta que transversaliza a ampla luta pelo direito à cidade nos movimentos sociais urbanos de hoje. Entendemos, à luz de Harvey (2012, p. 74), que

Saber que tipo de cidade queremos é uma questão que não pode ser dissociada de saber que tipo de vínculos sociais, relacionamentos com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos nós desejamos. O direito à cidade é muito mais que a liberdade individual de ter acesso aos recursos urbanos: é um direito de mudar a nós mesmos, mudando a cidade. Além disso, é um direito coletivo, e não individual, já que essa transformação depende do exercício de um poder coletivo para remodelar os processos de urbanização

Uma das questões que mais preocupa nesse sentido é a assimetria dos grupos raciais que condiciona a ocupação dos espaços da cidade. Dessa maneira,

Os estudos urbanos se deparam com esses desafios raciais contemporâneos que ainda ordenam os comportamentos e as relações dos sujeitos sociais. Diante disto, precisamos nos atentar para as particularidades desses debates nas ciências humanas, para pensarmos no “direito à cidade” de certos grupos e também o da cidadania (FERREIRA; RATTIS, 2016, p. 104).

Concordamos com os autores acima de que há um racismo urbano velado e inviabilizado, que o direito à cidade não se constitui realidade em uma sociedade desigual como a nossa e que o ordenamento urbano é atravessado por marcadores de raça/etnia, de classe social, de gênero e sexualidade, sendo esses elementos os que irão demarcar quem e onde é possível circular na cidade. Tal realidade foi apontada pelo Observatório das Metrôpoles em 2013, indicando a correspondência entre as condições urbanas, condições sociais e o Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) nas principais cidades brasileiras. Com base nesses dados Ribeiro (2016, p. 25) concluiu que “as desigualdades urbanas apresentam relacionamento com todas as dimensões das desigualdades sociais, como as desigualdades raciais, as desigualdades educacionais, as desigualdades de renda e também com as desigualdades de posição social”.

Considerações Finais

No Brasil mais de 85% da população é urbana. O processo acelerado de urbanização produziu cidades extremamente desiguais, marcadas pela força do capital imobiliário, informalidade, pobreza, infraestrutura inadequada e degradação ambiental. Tais aspectos condicionam o processo saúde-doença, impactam no perfil de morbimortalidade, determinam as desigualdades quanto ao acesso e à qualidade dos serviços e da atenção em saúde. Conhecer os processos que mesclam uma íntima trama entre cidade, subjetividade e saúde, portanto, a multiplicidade das experiências urbanas, de modos de existência, de habitar a cidade contemporânea e seus rebatimentos no processo saúde-doença, torna-se cada vez mais desafiador. Essas experiências, por sua vez, não são realidades estáticas e lineares. São atravessadas por marcadores sociais, histórico-temporais, de gênero, raça/etnia, sexualidade, geracionais, dentre outros, que vão determinar uma certa coreografia dos corpos e usos do espaço urbano, bem como os modos de adoecer. Atualmente estamos convocados a pensar a questão urbana e a sustentabilidade da vida nas cidades. Precisamos nos engajar nas discussões e mobilizações pela garantia do direito à moradia, por uma mobilidade sustentável, por uma gestão participativa e de luta contra o racismo ambiental, em prol da ocupação dos espaços públicos, do resgate da memória e do fortalecimento das resistências interseccionais no espaço urbano. Assim, através da politização do cotidiano, as cidades poderão ser capazes de ser cada vez mais plurais e menos desiguais.

Sobre o artigo

Recebido: 11/04/2019

Aceito: 02/05/2019

Referências bibliográficas

ARANTES, P. F. Da (Anti)Reforma Urbana brasileira a um novo ciclo de lutas nas cidades. **Correio da Cidadania**. São Paulo, 2013. Disponível em <http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9047%3Asubmanchete091113&catid=72%3Aimagens-rolantes&>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BARATA, R. Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis. **Revista USP**. São Paulo, v.1, n. 107, p. 27-42, dez. 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p27-42>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>>. Acesso em: 15 de abr. 2020.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 25-49.

BRASIL, **Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110257.htm>

CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-10, fev. 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0235>>. Acesso em 15 abr. 2020.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1785-1796, nov./dez. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600013>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

DIEZ-ROUX, A.V.; MAIR, C. **Neighborhoods and Health**. *Annals of the New York Academy of Sciences*. New York, v. 1186, n. 1, p. 125-145, fev. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20201871>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FERREIRA, D. C.; RATTS, A. Geografia da diferença: diferenciações socioespaciais e raciais. **Revista GeoAmazônia**. Belém, v. 04, n. 07, p. 97 - 105, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0841/557eb3ef183aa87e9ae7da95c94fa2e08d16.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020

FREUDENBERG, N., KLITZMAN, S.; SAEGERT, S. Frameworks for interdisciplinary urban health research and practice. In: FREUDENBERG, N., KLITZMAN, S.; SAEGERT, S. **Urban Health and Society: Interdisciplinary Approaches to Research and Practice**. San Francisco: Jossey-Bass, p. 3-15, 2009.

GALEA, S.; VLAHOV, D. **Handbook of Urban Health: Populations, Methods, and Practice**. Nova Iorque: Springer Science & Business Media, 2005.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 122, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n122/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 49-61, jan./fev. 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12901999000100005>>. Acesso em 15 abr. 2020.

HARVEY, D. O direito à cidade. **Lutas sociais**. São Paulo, n. 29, p. 73-89, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/neils/downloads/neils-revista-29-port/david-harvey.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Resultados gerais da amostra. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>

KOGA, D. **Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos**. São Paulo: Cortez, 2003.

MAIOLINO, A. L. G.; MANCEBO, D. Territórios urbanos: espaço, indivíduo e sociedade. **Mnemosine**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 67-97, 2005. Disponível em:

<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41363/pdf_32>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado - metrópoles brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 21-33, oct./dec. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392000000400004>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 177-224.

MOYSES, S. T.; SÁ, R.F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, nov. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11102014>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

NETTO, G. F. BELTRAMI; RODRIGUES; RHOLFS; SALES; ALONZO. Por um Movimento Nacional Ecosanitário. In: Grupo de Trabalho Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva. **Caderno de texto 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: ABRASCO, 2009, p. 1-126. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_7832566.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

PECHMAN, R. Quando Hannah Arendt vai à cidade e se encontra com Rubem Fonseca. In: PECHMAN, R.; KUSTER, E. (Orgs.). **O chamado da cidade: ensaios sobre a urbanidade**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, p. 17-46, 2014.

RIBEIRO, L. C. Q Cidade e cidadania: inclusão urbana e justiça social. **Ciência e Cultura**. São Paulo, v. 56, n. 2, p. 43-45, abr./jun. 2004. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252004000200020>. Acesso em: 15 abr. 2020.

RIBEIRO, M. G. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 198-230, maio./ago. 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/15174522-018004207>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. As autoras respondem. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 498-501, 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23suppl4/S498-S501/pt/>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

ROMAGNOLI, R. C. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicologia Social**. Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p151>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 159-176.