





CRENCIAMENTO E APOIO FINANCEIRO DO:  
PROGRAMA DE APOIO ÀS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS PERIÓDICAS DA USP  
COMISSÃO DE CRENCIAMENTO

Revista USP / Superintendência de Comunicação Social  
da Universidade de São Paulo. – N. 1 (mar./maio 1989) -  
- São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, Superintendência  
de Comunicação Social, 1989-

Trimestral.

Continuação de: Revista da Universidade de São Paulo

Descrição baseada em: N. 93 (2012)

ISSN 0103-9989

1. Ensaio acadêmico. I. Universidade de São Paulo.  
Superintendência de Comunicação Social

CDD-080

## dossiê saúde urbana

### 5 Editorial

8 **Apresentação – Saúde nas cidades: desafios do século XXI** *Eliseu Alves Waldman*

13 **Urbanização, globalização e saúde** *Helena Ribeiro e Heliana Comin Vargas*

27 **Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis** *Rita Barradas Barata*

43 **Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos** *Fernando Aith e Nayara Scalco*

55 **Mobilidade humana e saúde global** *Deisy Ventura*

65 **Violência urbana e saúde** *Maria Fernanda Tourinho Peres e Caren Ruotti*

79 **Mudanças climáticas e saúde urbana** *Eunice A. B. Galati, Tamara N. de L. Camara, Delsio Natal e Francisco Chiaravalloti-Neto*

91 **Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana?** *Marcia Faria Westphal e Sandra Costa Oliveira*

## textos

105 **O príncipe e o plebeu ou o rei do Brasil numa cidade republicana** *João Baptista Borges Pereira*

107 **A visita da peste** *Boris Schnaiderman, Roberto Oliveira e Jerusa Pires Ferreira*

## arte

118 **A explosão de uma metáfora visual: Joan Miró** *Aguinaldo José Gonçalves*

## livros

137 **Poética da derrelição: o grito do silêncio** *José de Paula Ramos Jr.*

141 **Reconstruindo São Paulo** *Maria Cristina da Silva Leme*

A **revistausp** é uma publicação trimestral da Superintendência de Comunicação Social (SCS) da USP. Os artigos encomendados pela revista têm prioridade na publicação. Artigos enviados espontaneamente poderão ser publicados caso sejam aprovados pelo Conselho Editorial. As opiniões expressas nos artigos assinados são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor MARCO ANTONIO ZAGO  
Vice-reitor VAHAN AGOPYAN

Superintendência de Comunicação Social

Superintendente EUGÊNIO BUCCI

### **revistausp**

Editor chefe FRANCISCO COSTA

Editor executivo JURANDIR RENOVATO

Editora de arte LEONOR TESHIMA SHIROMA

Webmaster SANDRA A. MARQUES GUIRAL

Revisora CLEUSA CONTE

Secretária MARIA CATARINA LIMA DUARTE

#### Conselho Editorial

ANA LUCIA DUARTE LANNA

BELMIRO MENDES DE CASTRO FILHO

CICERO ROMÃO RESENDE ARAUJO

EDUARDO VICTORIO MORETTIN

EUGÊNIO BUCCI (membro nato)

FRANCO MARIA LAJOLO

JOÃO SAYAD

JOSÉ ANTONIO MARIN-NETO

LILIA KATRI MORITZ SCHWARCZ

MIGUEL TREFAUT URBANO RODRIGUES

OSCAR JOSÉ PINTO ÉBOLI

Ctp, impressão e acabamento  
LIS Gráfica e Editora



Rua da Praça do Relógio, 109 – Bloco L – 4º andar – sala 411  
CEP 05508-050 – Cidade Universitária – Butantã – São Paulo/SP  
Telefax: (11) 3091-4403  
<http://www.usp.br/revistausp>  
e-mail: [revisusp@edu.usp.br](mailto:revisusp@edu.usp.br)

**P**ouco se diz, mas o fato é que a Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada em 7 de abril de 1948 e braço da ONU para a saúde, foi estabelecida a partir de proposta de delegados brasileiros na qual pretendiam criar “um organismo internacional de saúde pública, de alcance mundial”. Pois bem, no preâmbulo da constituição da OMS está posto que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de doença ou enfermidade”.

Além disso, é incrível sabermos que o Brasil, desde o início, manteve laços estreitos com a organização. Justifiquemos o incrível observando a situação da saúde no nosso país – ela é crítica, todos sabemos, apesar de todos os governos, tão logo tomam posse, afirmarem sua preocupação com a área. Ou seja, saúde engloba moradia com qualidade, cultura, lazer e segurança, entre outras questões. Além do mais, a própria Constituição de 1988 afirma expressamente no seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”. Ou seja, é competência do Estado prover a saúde da população brasileira, de forma geral, de forma digna. A Constituição criou ainda o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o no artigo 198 como o conjunto de serviços públicos e de ações de saúde.

Sabemos à exaustão que o SUS precisa de aprimoramento urgente, uma vez que a saúde no país está sucateada. E aqui nos remetemos novamente ao “incrível”, uma vez que é muito difícil (ou impossível) entender como o Brasil, país proponente da própria OMS, tem – não é de hoje – um sistema de saúde trôpego, que penaliza seus cidadãos, uns mais, outros menos, de norte a sul e de leste a oeste.

“Saúde Urbana” é o tema do presente dossiê. Foi organizado com extrema competência pelo prof. Eliseu Alves Waldman, da Faculdade de Saúde Pública da USP, que assina sua apresentação e a quem dirigimos nosso agradecimento e nossa admiração.

**Francisco Costa**





# saúde urbana

Marcos Santos/USP Imagens



**Apresentação**

# **Saúde nas cidades: desafios do século XXI**

**Eliseu Alves Waldman**

O

século XX caracterizou-se por um rápido avanço do conhecimento científico e tecnológico, assim como por profundas transformações sociais, econômicas e demográficas. Tais mudanças alcançaram maior velocidade nas últimas décadas, acompanhando o processo de globalização e o aumento do intercâmbio internacional em diferentes campos de atividades, os quais influenciaram fortemente as condições e estilos de vida atuais do homem, em todo o globo (Beaglehole & Bonita, 1997).

Observamos também mudanças nos padrões de morbimortalidade caracterizados pelo declínio significativo da carga das doenças infecciosas e pelo aumento da importância das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos decorrentes de traumas e lesões intencionais e não intencionais (Beaglehole & Bonita, 1997; Fauci et al., 2005). Além disso, assistimos a mudanças da estrutura demográfica global, com rápido crescimento populacional, aceleração do processo de urbanização, queda da fecundidade, aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, sendo que os três últimos mostraram-se mais intensos nos países industrializados e de médio desenvolvimento (Roberts, 2011).

Vários autores destacam que a urbanização foi, isoladamente, responsável pela mais significativa

transformação demográfica do último século, período no qual a proporção da população urbana global elevou-se de 20% para mais de 50% (Galea & Vlahov, 2015; Stimson, 2013; WHO, 2016). O crescimento rápido e geralmente não planejado dos centros urbanos, especialmente em países de baixo e médio desenvolvimento, frequentemente associa-se a pobreza, desemprego, moradias inadequadas, aglomeração, doenças transmitidas por vetores, aumento do tráfego de veículos, degradação e poluição ambiental. Por sua vez, a infraestrutura urbana nesses países é insuficiente para responder às demandas de saneamento, educação e saúde dessas populações (Moore et al., 2003).

A partir do final do século XX, além das áreas de pobreza endêmica em boa parte dos países em desenvolvimento, surgem alguns fatores que ampliam a complexidade dos problemas urbanos em boa parte do globo. Entre eles, a intensificação da instabilidade política e militar na Europa oriental, nas regiões mais pobres da Ásia e África e, mais recentemente, os conflitos do Oriente Médio, que ampliaram expressivamente as correntes migratórias, acirrando os problemas sociais já existentes, principalmente nos grandes centros urbanos de países ricos e de médio desenvolvimento. Temos, então, um aumento da demanda não planejada dos

---

**ELISEU ALVES WALDMAN** é professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

serviços de saúde, além de riscos de uma potencial mudança dos padrões de morbimortalidade nas grandes cidades (Carballo & Nerukar, 2001).

Um fator adicional de preocupação, de caráter global, e com foco especial nos grandes centros urbanos, resulta das alterações recentes do comportamento das doenças infecciosas (Fauci & Morens, 2012). Tal inquietação contrapõe-se à visão otimista vigente até os anos 1980, em face da tendência declinante que apresentavam. Assistimos, então, nos últimos 30 anos, a alterações nos padrões de transmissão, que aumentaram rapidamente a velocidade da disseminação das doenças infecciosas em escala várias vezes maior do que aquela registrada em outros períodos da história (Satcher, 1995; Fauci & Morens, 2012). Vários fatores contribuíram para essa mudança do comportamento, destacando-se o rápido aumento da população e da urbanização e a ampliação do intercâmbio internacional entre as últimas décadas do século XX e o início do XXI, além da elevada capacidade de mutação e adaptação dos microrganismos (Fauci & Morens, 2012).

O caráter imprevisível das doenças infecciosas e o potencial pandêmico de muitas delas podem determinar rápida elevação da morbimortalidade, ultrapassando a capacidade de resposta dos serviços de saúde, além de causar forte impacto econômico nos países atingidos (Morens et al., 2004). Eventos com essas características têm sido cada vez mais frequentes e criam situações de emergência em saúde pública de importância internacional. Como exemplos, assistimos nos últimos 15 anos a pandemias de Sars (*severe acute respiratory syndrome*) e da influenza pandêmica (H1N1) e grave epidemia causada pelo vírus ebola, provocando elevado número de mortes em três países do continente africano (Peiris et al., 2003; Taubenberger & Morens, 2010). Tais fatos fizeram com que as doenças infecciosas voltassem a ser incluídas na agenda de prioridades de organismos internacionais.

Um exemplo atual e que situa o Brasil como o epicentro de uma pandemia que já atingiu a Oceania, boa parte dos países latino-americanos e do Caribe e ainda Cabo Verde, país da África ocidental, é a emergência do vírus zika, transmitido pelo mesmo mosquito vetor da dengue e da chikungunya, o *Aedes aegypti*, presente principal-

mente em áreas urbanas. Sua presença no Brasil foi confirmada em maio de 2015 e, poucos meses depois, o vírus zika já havia se disseminado pela maioria dos estados brasileiros e boa parte dos países da América Latina e Caribe. Vale lembrar que tal fato ocorreu pouco mais de um ano após a emergência do vírus chikungunya na mesma região (Dyer, 2016; Fauci & Morens, 2016).

O vírus zika é ainda pouco conhecido, tendo sido isolado pela primeira vez de um primata não humano, em Uganda, em 1947. Até recentemente, circulava entre primatas selvagens em países da África e Ásia, com raros registros de infecção humana, até a ocorrência de uma epidemia na Micronésia, em 2007 (Faye et al., 2014). Desde seu isolamento até a epidemia na Polinésia Francesa, em 2013, a infecção pelo vírus zika era caracterizada por manifestações clínicas pouco intensas ou inaparentes, semelhantes às da dengue, porém, sem registros de formas hemorrágicas ou de óbitos. No entanto, na Polinésia foram relatados dezenas de casos de síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas (Fauci & Morens, 2016). Mas o que vem preocupando seriamente as autoridades sanitárias brasileiras e de organismos internacionais é a rapidez com que esse vírus disseminou-se e, pelos registros no Brasil, o aumento da ocorrência de microcefalia, possivelmente associada ao zika. Ainda que faltem as conclusões dos estudos necessários para a confirmação do nexo causal entre a infecção e a malformação congênita, a potencial gravidade dos fatos levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a cogitar declarar estado de emergência em saúde pública de importância internacional. Esse exemplo mostra a rapidez e a gravidade que a emergência de doenças infecciosas pode assumir, atingindo principalmente os aglomerados urbanos (Fauci & Morens, 2016).

Vale assinalar que desastres naturais e acidentes ambientais também podem atingir amplos territórios, às vezes vários países, causando com frequência, além de impacto na economia, emergências de saúde pública, para as quais os países e os organismos internacionais devem estar preparados (Spencer et al., 1977). O recente acidente em Mariana (MG), devido ao rompimento das barragens de uma mineradora, é um exemplo.

Tal panorama destaca a diversidade e a complexidade das questões relativas à saúde nas ci-

dades como uma prioridade em políticas públicas em todo o globo, ficando claro também que o equacionamento adequado de soluções para tais problemas deve envolver vários setores, especialmente, saúde, ambiente, habitação, energia, transporte e planejamento urbano (Moore et al., 2003).

O objetivo deste dossiê é apresentar alguns dos mais importantes tópicos relativos à saúde urbana, que constituirão desafios para a saúde global nas próximas décadas.

O primeiro texto, de Helena Ribeiro e Heliana Comin Vargas, tem por foco urbanização, globalização e saúde. Introduce o tema discutindo saúde urbana e qualidade ambiental, para em seguida tratar dos processos de globalização e de urbanização, apresentando ao final o exemplo da urbanização brasileira.

Em seguida, temos um artigo de Rita Barradas Barata, abordando saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis, em que se discute a constituição de diversos grupos socialmente vulneráveis e as repercussões dessas condições sobre o estado de saúde, exposição à violência, experiência de discriminação e alguns comportamentos de risco para a saúde. Apresentam-se três grupos particularmente vulneráveis vivendo na zona central da cidade de São Paulo: pobres urbanos, migrantes sul-americanos e pessoas em situação de rua.

O terceiro texto, de Fernando Aith e Nayara Scalco, contempla a questão do direito à saúde de pessoas em condições de vulnerabilidade em centros urbanos, contextualiza o tema e os conceitos, e apresenta uma análise crítica sobre a organização do SUS para a atenção à saúde dessa população. Explora-se, assim, a questão do direito à saúde como um princípio constitucional e a complexidade para a sua plena efetivação, discutindo também o papel estratégico dos centros urbanos e o fato de eles concentrarem grande número de pessoas em condições de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e culturais.

O artigo seguinte, de Deisy Ventura, aborda mobilidade humana e saúde global. Verifica-se o crescimento da interface entre mobilidade humana e saúde global, sustentando-se que a globalização econômica não propiciou a plena liberdade de circulação internacional das pessoas, pois a ampla maioria dos deslocados forçados dirige-

-se a países em vias de desenvolvimento, onde é acolhida cerca da metade do contingente de migrantes internacionais. A autora finaliza defendendo a retomada da centralidade do Regulamento Sanitário Internacional como a melhor forma de garantir o direito de migrar durante as crises sanitárias de alcance global.

O quinto texto, de Caren Ruotti e Maria Fernanda Tourinho Peres, tem por foco violência urbana e saúde, apresentando a variedade de fenômenos que o tema pode abranger e salientando o caráter multidisciplinar da produção do conhecimento a seu respeito. O artigo tem dois objetivos: circunscrever a problemática da “violência urbana”, tomando como foco o município de São Paulo, e discutir as consequências de exposição a esse tipo de violência e possibilidades de intervenção, tendo como referência o olhar específico do campo da saúde. Nesse sentido, apresenta-se a violência como um problema de saúde pública e destaca-se a proposta defendida pela OMS de promoção de ações integradas e intersetoriais como estratégia preferencial com o intuito de prevenir a violência.

Na sequência, temos um texto de Eunice A. B. Galati, Tamara N. de L. Camara, Delsio Natal e Francisco Chiaravalloti-Neto, com foco principal nas mudanças climáticas e na emergência de doenças transmitidas por vetores. Destaca-se assim a importância das mudanças climáticas por estarem associadas não só a condições extremas, como desastres naturais, mas também ao aumento da disseminação de doenças transmitidas por vetores. Analisa-se o aquecimento global e sua influência no aumento da densidade populacional de mosquitos vetores de doenças de relevância em saúde pública, como, por exemplo, a leishmaniose visceral, a filariose e as arboviroses, ou as já mencionadas dengue, chikungunya e zika. Por fim, ressalta-se o impacto dessas doenças na saúde pública e sua repercussão nos esforços de vigilância e controle.

Finalizando o dossiê, temos um texto de Marcia Faria Westphal e Sandra Costa Oliveira, contemplando o tema das cidades saudáveis. Nesse artigo, as autoras apresentam os referenciais teóricos da estratégia proposta pela OMS de Cidades Saudáveis. Discutem-se dados da realidade urbana brasileira e defende-se a mudança do enfoque

de intervenção em saúde urbana, tendo em vista a complexidade dos problemas e as estratégias necessárias para ampliar o desenvolvimento das potencialidades locais. Propõe-se, ainda, o compromisso das autoridades locais com políticas públicas intersetoriais, o empoderamento da população e a busca de equidade social.

Os artigos incluídos neste dossiê oferecem ao leitor subsídios para a melhor compreensão das diferentes dimensões que envolvem o tema, assim como para identificar potenciais prioridades para políticas públicas voltadas à promoção da qualidade de vida das populações urbanas e da equidade em saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- BEAGLEHOLE, R.; BONITA R. *Public Health at the Crossroads*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- DYER, O. "Zika Vírus Spread Across Americas as Concerns Mount Over Birth Defects", in *BMJ*, 351, 2015, p. h6.983.
- CARBALLO, M.; NERUKAR, A. "Migration, Refugees, and Health Risks", in *Emerging Infectious Diseases* 7(3 Suppl.), 2001, pp. 556-60.
- FAUCI, A. S.; TOUCHETTE, N. A.; FOLKERS, G. K. "Emerging Infectious Diseases: a 10-year Perspective from the National Institute of Allergy and Infectious Diseases", in *Emerging Infectious Diseases*, 11(4), 2005, pp. 519-25.
- FAUCI, A. S.; MORENS, D. M. "The Perpetual Challenge of the Infectious Diseases", in *New England Journal of Medicine*, 366, 2012, pp. 454-61.
- \_\_\_\_\_. "Zika Virus in the Americas – Yet Another Arbovirus Threat", in *New England Journal of Medicine*, 2016.
- FAYE, O. et al. "Molecular Evolution of Zika Virus During Its Emergence in the 20th Century", in *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(1), 2014, p. e2636.
- GALEA, S.; VLAHOV, D. "Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions", in *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:341-65.
- MOORE, M.; GOULD, P.; KEARY, B. S. "Global Urbanization and Impact on Health", in *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206, 2003, pp. 269-78.
- MORENS, D. M.; FOLKERS, G. K.; FAUCI, A. S. "The Challenge of Emerging and Re-emerging Infectious Diseases", in *Nature*, 430, 2004, pp. 242-9.
- PEIRIS, J. S. M. et al. "SARS Study Group. Coronavirus as a Possible Cause of Severe Acute Respiratory Syndrome", in *Lancet*, 361(9.366), 2003, pp. 1.319-25.
- ROBERTS, L. "9 Billion?", in *Science*, 333, 2011, pp. 540-43.
- SATCHER, D. "Emerging Infectious: Getting Ahead of the Curve", in *Emerging Infectious Diseases*, 1(1), 1995, pp. 1-6.
- SPENCER, H. C. et al. "Disease Surveillance and Decision-making After the 1976 Guatemala Earthquake", in *Lancet*, 310, 1977, pp. 181-4.
- STIMSON, G. "The Future of Global Health Is Urban Health", in *Lancet*, 382, 2013, p. 1.475.
- TAUBENBERGER, J. K.; MORENS, D. M. "1918 Influenza: the Mother of All Pandemics", in *Emerging Infectious Diseases*, 12, 2006, pp. 15-22.
- WORLD Health Organization. *Global Health Observatory: Urban Population Growth*. Disponível em: [http://www.who.int/gho/urban\\_health/situation\\_trends/urban\\_population\\_growth\\_text/en/](http://www.who.int/gho/urban_health/situation_trends/urban_population_growth_text/en/). Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

# Urbanização, globalização e saúde

*Helena Ribeiro*  
*Heliana Comin Vargas*

Cecilia Bastos/USP imagens



#### resumo

O artigo discute interfaces entre conceitos de saúde urbana e de qualidade ambiental, apresentando bases conceituais e enfocando elementos que compõem a qualidade ambiental urbana como fator determinante de saúde. A seguir, enfoca as relações entre globalização e urbanização mundial e apresenta o caso emblemático da urbanização brasileira e algumas de suas características mais marcantes, que têm consequências importantes na saúde urbana: espraiamento urbano, (des) economias de aglomeração e efeitos da virtualidade globalizada.

---

**Palavras-chave:** saúde urbana; qualidade ambiental; espraiamento urbano; urbanização.

#### abstract

*The article probes the interfaces between the concepts of urban health and environmental quality by presenting conceptual frameworks and focusing on elements that make urban environment quality a determinant of health. Then, it addresses the relations between globalization and world urbanization; and presents the example case of Brazilian urbanization and some of its most striking features with a significant impact on urban health: urban sprawl, agglomeration diseconomies, and the effects of globalized virtual communication.*

---

**Keywords:** *urban health; environmental quality; urban sprawl; urbanization.*

## SAÚDE URBANA E QUALIDADE DE VIDA

**A** saúde ambiental urbana evoluiu ao longo da história, assim como o significado de saúde urbana (Frumkin, Frank & Jackson, 2004). A relação entre a saúde e o ambiente urbano tem sido estudada desde o desenvolvimento do pensamento médico no mundo ocidental, na Grécia antiga. O ambiente das cidades era visto como foco de doenças, e a saúde, como resultado do equilíbrio com a saúde dos lugares.

As doenças infecciosas dominavam o perfil de saúde das primeiras cidades e aldeias, que não possuíam água limpa, tratamento de esgotos e coleta de resíduos.

Melhorias sanitárias, durante o século XIX, controlaram muitas das ameaças da poluição. Mas, com o aumento da população urbana, durante os séculos XIX e XX, as cidades se tornaram focos de concentração de pobreza, deslocamento social e crime. Nenhum desses problemas desapareceu, apesar de alguns terem sido controlados (Frumkin, Frank & Jackson, 2004, p. 45).

No século XIX, os serviços de saúde começaram a entender o espaço com estatísticas e conhecimento da distribuição das moradias, pessoas e doenças no território. O saneamento urbano e os progressos da microbiologia, na segunda metade do século XIX e início do século XX, introduziram programas e ações de controle das condições de saúde baseados em métodos empíricos e em rigor técnico (Rosen,

1958), tendo, como consequência, grandes impactos no perfil de morbidade e mortalidade. Esse processo foi seguido por intenso crescimento demográfico, durante o século XX. O efeito combinado de crescimento populacional e desenvolvimento tecnológico conduziu a mudança no caráter das doenças urbanas.

O conceito de saúde urbana emergiu nesse contexto, uma vez que os determinantes sociais e ambientais das doenças agora estão relacionados a novas formas de adaptação do ambiente, como resultado da ação humana. O modo de vida urbano marca esse novo estágio, que inclui diferentes preocupações com a saúde (Frumkin, Frank & Jackson, 2004, p. 45).

“O estudo individualizado dos fatores determinantes na saúde e suas consequências, antes reducionista, não pode ignorar as relações de interdependência que existem entre o indivíduo e o meio físico, social e político onde ele vive e se insere” (Caiaffa et al., 2008).

A saúde urbana incorpora o papel do ambiente físico e social dos lugares na saúde humana, que

---

**HELENA RIBEIRO** é professora do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da USP.

**HELIANA COMIN VARGAS** é professora do Departamento de Projetos da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP.

pode estar associada às características do indivíduo, ao lugar urbano e à composição e características do grupo (Proietti & Caiaffa, 2005).

A saúde urbana está, também, muito relacionada aos conceitos de qualidade de vida e do am-

biente. Ribeiro e Vargas (2014) sugerem quatro aspectos da qualidade do ambiente urbano: espacial, biológico, social e econômico (Tabela 1). Cada elemento afeta o detalhe e, frequentemente, o todo da imagem coletiva.

**TABELA 1**

**Qualidade ambiental urbana**

<b>ESPACIAL</b>	<b>BIOLÓGICA</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>ECONÔMICA</b>
<p><b>Bem-estar</b></p> <p>vegetação espaços abertos tranquilidade boa conservação clima biodiversidade paz</p>	<p><b>Saúde física</b></p> <p>saneamento umidade insolação conforto térmico inundações estabilidade de encostas níveis de ruído qualidade do ar</p>	<p><b>Organização</b></p> <p>comunitária de classes associações coesão social</p>	<p><b>Oportunidades</b></p> <p>emprego trabalho negócios</p>
<p><b>Acessibilidade</b></p> <p>acessibilidade sistema viário transporte mobilidade</p>	<p><b>Saúde mental</b></p> <p>estresse congestionamentos filas, demoras solidão reclamações ruído desastres</p>	<p><b>Realização pessoal</b></p> <p>amizade, afeto reconhecimento social</p>	<p><b>Produtividade</b></p> <p>(des)economias de aglomeração trânsito custo de vida competição complementaridade</p>
<p><b>Desenho urbano</b></p> <p>referenciais comunicação informação memória, orientação monotonia desordem espaços públicos</p>	<p><b>Segurança</b></p> <p>trânsito edificações marginalidade violência terrorismo invasão de privacidade alimentar</p>	<p><b>Realização profissional</b></p> <p>oportunidade mobilidade social</p> <p><b>Trocas</b></p> <p>encontros cooperação privacidade</p>	<p><b>Diversidade</b></p> <p>escolhas oportunidades atividades diversidade</p>
<p><b>Uso e ocupação do solo</b></p> <p>densidade conflito de usos acesso a serviços permeabilidade segregação uso misto diversidade</p>		<p><b>Opções</b></p> <p>habitação emprego serviços urbanos transporte saúde educação lazer, recreação cultura consumo</p>	

Fonte: modificado a partir de Ribeiro e Vargas (2001,2005,2014)

O descompasso entre crescimento populacional e acesso a serviços e oportunidades, por limitação de recursos naturais e econômicos, leva à degradação do ambiente natural e do construído e à deterioração das relações sociais. A falta de controle e de gestão da ocupação do solo urbano e o aumento do consumo, muito além das necessidades básicas e do bem-estar, respondem em grande parte por essa degradação e deterioração de relações.

Esse processo é universal. A globalização, que aumenta a abertura das fronteiras ao comércio e aos fluxos de capital econômico, a crescente incorporação tecnológica, a ampliação dos meios de comunicação, as novas tecnologias digitais (internet e redes sociais), a migração de populações em busca de melhores condições de vida e trabalho ou em fuga de perseguições políticas ou desastres naturais e/ou tecnológicos, as mudanças climáticas e transformações ambientais globais e a urbanização atingem, direta ou indiretamente, qualquer espaço e pessoa do planeta. Entretanto, seus reflexos e consequências não atingem a todos, nem a todas as regiões de igual maneira (Fortes & Ribeiro, 2014).

Segundo Lueddeke (2015), a busca do ideal universal deste século, de saúde para todos, não é estrada fácil a ser trilhada e requer o repensar os recursos sociais e a redução das iniquidades globais nas condições de vida. Os mais sérios desafios enfrentados pela saúde pública, nas cidades, em todo o mundo, são riscos exponenciais de doenças não transmissíveis ou de condições como: obesidade e diabetes, doenças circulatórias, câncer de diferentes tipos e doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento e ao consumo elevado de açúcar, alimentos gordurosos e sódio. Por outro lado, as doenças transmissíveis ainda continuam grave problema em nações pobres, ao lado das doenças não transmissíveis, que emergem como principais causas de morte.

A agregação de pessoas em cidades maiores tem consequências sociais positivas e negativas. A urbanização promove inovação, desenvolvimento da economia local, otimização de recursos, como hospitais especializados, mas também se associa a maiores taxas de criminalidade, suicídio, emissões de dióxido de carbono e problemas mentais. Rocha, Thorson e Lambiotte (2015), analisando indicadores de saúde, em cidades brasileiras, suecas e norte-americanas, de acordo com seu porte, demonstraram que cidades maiores têm incidên-

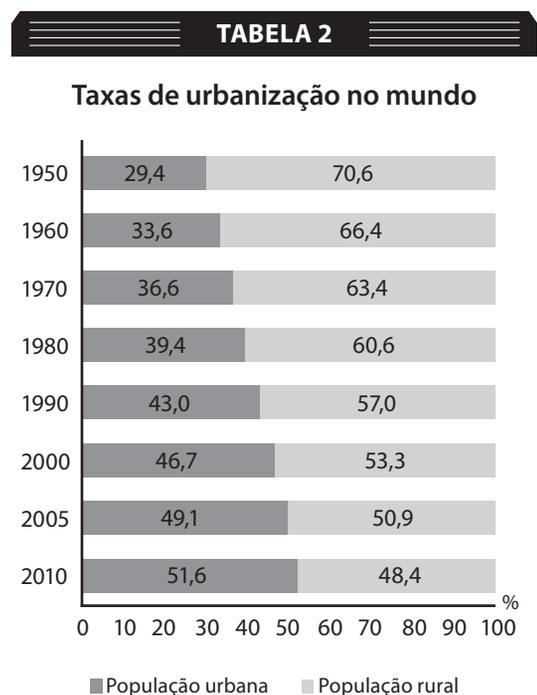
cia relativa maior de doenças infecciosas devido à maior densidade. Crimes violentos, estupros, violência doméstica também aumentam linearmente com o aumento da população. Já mortes por suicídios, infartos e diabetes são mais prevalentes em cidades menores, possivelmente por terem maior número de idosos. Nas cidades norte-americanas e suecas menores, obesidade, taxa de fumantes e falta de atividade física são mais frequentes que nas grandes, indicando estilo de vida mais saudável em grandes cidades, sobretudo nos EUA.

Além dos atributos biológicos e individuais, os ambientes cotidianos têm influência forte e duradoura na saúde e na segurança, inclusive nos comportamentos que favorecem a saúde e as condições de saúde (Kondo, South & Branas, 2015).

Assim, para melhorar a saúde é necessário melhorar as condições dos locais onde as pessoas passam suas vidas. Exige, portanto, interação de muitos atores: comunidades, empresários, governos, financiadores, mídia e o setor saúde.

## GLOBALIZAÇÃO E URBANIZAÇÃO

Os processos de globalização e urbanização têm caminhado juntos. A Tabela 2 mostra a crescente urbanização mundial.



Fonte: IBGE, Atlas do Censo Demográfico 2010

Desde 2010, a maior parte da população mundial é urbana e cresce em taxas mais altas que a total. A urbanização atual é mais acelerada nos países em desenvolvimento, o que traz problemas adicionais. Há, também, acelerada metropolização, pois o crescimento urbano tem sido mais expressivo nas megalópoles.

Em 2010, Tóquio, no Japão, com 36.933.000 habitantes, era a maior cidade, e Nova York, a quarta cidade do mundo, com 20 milhões de habitantes. Outras dez maiores cidades estavam em países em desenvolvimento. Dentre as 35 maiores cidades só figuravam seis em países da OECD (Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento), que abrange 34 nações mais desenvolvidas. Assim, problemas de saúde urbana estão fortemente ligados a problemas de desenvolvimento econômico e de provimento de infraestrutura e serviços básicos para a população crescente, como é o caso, por exemplo, de Joanesburgo (África do Sul). O exemplo brasileiro também é emblemático desse processo.

## URBANIZAÇÃO NO BRASIL

A população brasileira cresceu fortemente nos últimos 150 anos. O primeiro censo, em 1872, registrou 9.930.478 habitantes; em 1970, havia mais de 90 milhões. Quarenta anos depois, havia 191.755.799 habitantes, com 161 milhões de pessoas vivendo em cidades (IBGE, 2010). Assim, o rápido crescimento demográfico foi acompanhado de acelerada urbanização. Foi em 1960 que a população urbana ultrapassou a rural. Em 2010, a população urbana representava 84% da brasileira.

A urbanização brasileira é plena de movimentos migratórios que se relacionam aos diversos ciclos econômicos. Até meados do século XX, esses ciclos dependeram de ondas migratórias externas ao país. Os ciclos do açúcar (séculos XVI e XVII) e do ouro (século XVIII) dependeram fundamentalmente de expressivos contingentes de escravos africanos. O ciclo do café (1850-1950) teve grande contribuição de imigrantes italianos e japoneses. Outros ciclos promoveram, sobretudo, migrações

Reprodução



Soweto, em Joanesburgo, África do Sul

internas, como o da borracha, na Amazônia (1900-1920). O desenvolvimento industrial da cidade de São Paulo, a partir de 1950, a construção e consolidação de Brasília e a expansão da fronteira agrícola nacional promoveram a migração interna. Recentemente, a formação do Mercosul (Mercado Comum Sul-americano) e da Unasul (União de Nações Sul-americanas) e a abertura de fronteiras têm fortalecido fluxo migratório internacional. Além disso, têm vindo imigrantes de países lusófonos africanos, do Haiti e da Síria, ainda que muitas vezes de forma ilegal, para as cidades. Entretanto, a população estrangeira, em 2010, restringia-se a 431.319 pessoas, das quais 302.508 viviam na Região Sudeste, e a naturalizada brasileira era de 161.250 (IBGE, 2012).

A grande expansão urbana, como elemento fundamental de mudanças sociais, foi causada, dentre outros fatores, pelo êxodo rural – ocasionado pela modernização conservadora do campo e reforçado pela atratividade das cidades, com oferta de emprego na indústria e em serviços, e pela expectativa de melhoria da qualidade de vida – e pelo crescimento demográfico vegetativo.

A urbanização está relacionada a migrações internas entre regiões, das mais pobres para as mais industrializadas: sobretudo do Nordeste para o Sudeste. Em 2010, 17% das pessoas do Sudeste tinham nascido em outros estados, enquanto no Nordeste só 7% eram nascidos em outros estados. Nas últimas décadas, o Centro-Oeste recebeu grande fluxo migratório interno, tendo o maior percentual de residentes nascidos em outras regiões: 32% (IBGE, 2012).

A urbanização acelerada das últimas décadas do século XX é similar em muitos países do mundo em desenvolvimento. Há um caráter autorreforçador de crescimento das grandes cidades, decorrente de um desequilíbrio da rede urbana marcada pelo domínio de grandes cidades, que usufruem de economias de aglomeração, criando externalidades, mantendo-se como polos de crescimento. Essa situação, na atualidade, evolui para a condição de cidades globais que dominam determinadas regiões do mundo (Scott, 2008).

Isso pode ser observado no caso brasileiro (Tabela 3).

Movimentos migratórios para cidades se caracterizam por momentos de pico, de acordo

com o desequilíbrio de forças entre o centro atrativo (economicamente dinâmico) e as regiões deprimidas, que expulsam a sua população. Essa situação aguça o descompasso entre a oferta de serviços e infraestrutura e as demandas da população, com ocupação descontrolada e inadequada do espaço urbano. Associadas, há falta de identidade e ausência da sensação de pertencimento da população migrante pela não relação de origem com essas cidades e pela exclusão gerada pelo sistema econômico.

Há, outrossim, uma dissolução das metrópoles em áreas mais amplas – espraiamento, a partir de 1990 – e, no caso do Brasil, a afirmação da Região Metropolitana de São Paulo como região primaz de uma economia globalizada (Ribeiro & Günther, 2006).

Concomitantemente, há um processo de industrialização de cidades de médio porte e de capitais regionais, com geração de empregos especializados e crescimento demográfico maior que nas metrópoles, ao lado de melhores índices de qualidade de vida. Antagonicamente, as cidades pequenas, no interior do país, apresentam estagnação econômica e demográfica, desemprego e saída de população em idade produtiva (Ribeiro & Günther, 2006). Há, portanto, uma gama variada de problemas sociais, econômicos e ambientais interligados nos centros urbanos, que representam determinantes sociais e ambientais das condições de saúde da população.

A seguir serão apresentados alguns dos principais problemas das cidades de maior porte, que incidem sobre a saúde urbana.

## Espraiamento urbano

O espraiamento de áreas urbanizadas reforça a ocupação de áreas inadequadas e de proteção ambiental, aumento da impermeabilização do solo e necessidade de expansão da rede de infraestrutura.

No Brasil, a rápida urbanização trouxe enorme crescimento no número de domicílios particulares, que passou de 13,5 milhões, em 1960, para 44,8 milhões, em 2000 (IBGE, 2004). Essas moradias demandam infraestrutura e serviços de saneamento que quase nunca são suficientes. Em

TABELA 3

## Brasil: regiões metropolitanas (1970 a 2010)

Metrópoles	População Total				
	1970	1980	1991	2000	2010
Belém	669.768	1.021.486	1.401.305	1.795.536	2.101.883
Fortaleza	1.070.114	1.627.042	2.339.538	2.910.490	3.615.767
Recife	1.755.083	2.347.005	2.874.555	3.278.284	3.690.547
Salvador	1.135.818	1.752.839	2.474.385	2.991.822	3.573.973
Belo Horizonte	1.619.792	2.570.281	3.385.386	4.177.801	5.414.701
Rio de Janeiro	6.879.183	8.758.420	9.796.649	10.869.255	11.835.708
São Paulo	8.113.873	12.552.203	15.395.730	17.813.234	19.683.975
Campinas	644.490	1.221.104	1.778.821	2.219.611	2.797.137
Curitiba	809.305	1.427.782	1.984.349	2.635.436	3.174.201
Porto Alegre	1.590.798	2.307.586	3.029.073	3.498.322	3.958.985
Goiânia	424.588	807.626	1.204.565	1.609.335	2.173.141
Distrito Federal	625.916	1.357.171	1.980.432	2.756.701	3.717.728
População Brasil	93.134.846	119.002.706	146.825.475	169.799.170	190.757.799
População urbana	52.097.271	80.436.409	110.990.990	137.953.959	160.925.804

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010

2010, havia, no país, 6.326 aglomerados subnormais<sup>1</sup>, com 3,2 milhões de domicílios (IBGE,

2011). A ocupação precária ocorre, muitas vezes, em áreas de preservação ambiental, como fundos de vale, margens de lagos ou represas, e encostas, promovendo danos ambientais e riscos para a população moradora. No país, 47% dos domicílios subnormais estavam em áreas de acive moderado ou acentuado. Na RMSP

1 Conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos e palafitas, dentre outros (IBGE, 2011).



Expansão da cidade de São Paulo vista da Serra da Cantareira

146 mil domicílios subnormais estavam às margens de córregos ou rios, e mais de 10 mil em áreas de preservação ambiental (IBGE, 2011). Essa ocupação, ao impedir a expansão natural dos cursos d'água, por ocasião das cheias, provoca assoreamento e carrega resíduos urbanos aí produzidos, ocasionando obstruções e contaminação das águas (Barros, 2005).

Também é grande o número de ocupações indevidas sob pontes e viadutos, de cortiços e de moradores de rua, com sérios problemas de saúde pública: saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas.

A impermeabilização crescente do solo aumenta o escoamento superficial e a vazão dos rios, provocando inundações frequentes e avassaladoras e dificultando a alimentação dos aquíferos subterrâneos. Além disso, as extensas superfícies impermeáveis, ao absorverem parte da radiação solar, aumentam a temperatura e produzem o efeito conhecido como “ilha de calor”, causando desconforto aos cidadãos. A elevação da temperatura gera movimento de ar ascendente, provocando aumen-

to de precipitação pluviométrica sob a forma de tempestades. Nas áreas urbanas em clima tropical, as precipitações críticas são as mais intensas e de curta duração e contribuem para o agravamento das inundações (Alves Filho & Ribeiro, 2006). Já a baixa incidência de radiação entre edifícios altos resulta em ilhas de frio (Gonçalves, 1999). Ilhas de calor e de frio, associadas ao calor produzido pelas atividades humanas e à concentração de poluentes, são indicadores de degradação atmosférica nas grandes cidades, contribuindo para as mudanças climáticas e com efeitos sobre a saúde dos residentes. As condições de moradia podem agravar os efeitos da ilha e das ondas de calor, especialmente sob clima tropical, em que ventilação e isolamento térmico inadequados tornam mais críticos os efeitos sobre a saúde (Ribeiro Sobral, 2005; Silva & Ribeiro, 2006).

## As (des)economias de aglomeração

A sociedade brasileira passou a ser urbana e industrial, com forte peso do setor terciário.

Reprodução



Ladeira Porto Geral, São Paulo

Grandes aglomerações, ao formarem mercados que viabilizam a oferta de sofisticados e raros bens, serviços e mão de obra, ao mesmo tempo que oferecem grandes oportunidades, produzem efeitos negativos ao ambiente e à saúde (deseconomias). Grandes mercados, ao intensificar fluxos de pessoas, mercadorias e veículos, produzem congestionamentos de veículos, pessoas e informações, poluição de diversas naturezas e conflitos sociais, incapazes de serem absorvidos pelo ambiente natural, equacionados pela sociedade e gerenciados pelo poder público.

Os fluxos urbanos, de diversas naturezas, estão diretamente relacionados à (i)mobilidade, com sérias implicações no desempenho econômico e socioambiental das cidades e no tempo gasto no movimento pendular do cotidiano (Vargas, 2008).

O custo dos congestionamentos urbanos extrapola, em muito, aquele do desperdício de tempo gasto nos deslocamentos. Segundo Cintra (2014), o custo anual estimado da imobilidade na cidade de São Paulo é de cerca de 40 bilhões de reais. Esse montante é dez vezes o orçamento anual da Universidade de São Paulo, dando uma dimensão do que se perde em termos de

educação e serviços públicos, além dos impactos nocivos da exposição à poluição do ar, do sedentarismo e do *stress* emocional.

O caso de São Paulo é emblemático. Segundo a Companhia de Engenharia de Tráfego (CET, 2014, tabelas 1.4; 11.4 e 11.5), a frota individual, em 2014, era de 6.500.000 veículos, 41,75% maior que em 2005, com aumento progressivo da imobilidade. O maior tempo perdido nos congestionamentos favoreceu o crescimento do uso de motocicletas, cujo registro teve incremento de 112% entre 2005-2014, atingindo mais de 1 milhão em 2014. Os congestionamentos têm superado 300 km nos horários de pico, e a busca por maior eficiência no uso do tempo fez crescer o número de motos e a sua velocidade de deslocamento, o que contribuiu para o aumento significativo de acidentes de trânsito fatais, sendo os motociclistas 35% das vítimas<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Segundo a CET, em 2014, foram 1.249 acidentes fatais ocasionados por diversos tipos de veículos, além daqueles que provocam incapacidades permanentes, impactando na qualidade do atendimento e nos custos relacionados à saúde.

Como já destacado, o descompasso entre a inércia das estruturas físicas e a dinâmica demográfica ora cria congestionamento dos serviços, ora ociosidade. Serviços públicos de educação, saúde e lazer foram ou são criados visando a uma demanda residencial local, em determinado momento, que, em alguns anos, pode se alterar por causa de mudanças no perfil etário dos moradores. Observam-se consequências dessa situação em bairros mais antigos, com imóveis vagos abandonados e deteriorados, ou nos mais recentes e desequipados, pela ociosidade ou pela sobrecarga, de escolas, postos de saúde e praças, com usos inadequados, e maior necessidade de transporte de escolares, agravando o congestionamento (Vargas, 2008).

Os congestionamentos afetam a qualidade do ar, sobretudo, pela frota veicular (Ribeiro & Assunção, 2006; Park & Wang, 2014; Perez et al., 2012; Shields et al., 2013). A baixa qualidade do ar prejudica a saúde dos indivíduos e conduz a gastos públicos em saúde, o que diminui a qualidade do atendimento e afeta o desenvolvimento em áreas prioritárias do setor.

O congestionamento é também de pessoas, em busca de serviços públicos e empregos insuficientes. Ele conduz a uma diminuição da parcela de cada um e da qualidade de serviço ofertada, e intensifica as disputas por solo urbano, por empregos e oportunidades de trabalho, acirrando conflitos.

A grande atratividade das cidades, ao aumentar a competição por espaço e oportunidades, também responde por altas taxas de desemprego e acaba levando a população a buscar formas de sobrevivência, que incluem o morar nas ruas (*homeless*) e o trabalhar nas ruas (*shoppers*). Sem a propriedade ou a posse de imóveis, alguns se apropriam dos espaços públicos (de todos) indevidamente (Vargas, 2001, 2002).

Em passado recente, atividades industriais representavam incômodo e nocividade e, por isso, deveriam ser localizadas longe de áreas residenciais. Na atualidade, ruídos provenientes de veículos e de atividades noturnas de diversão aparecem como os grandes vilões, sendo origem da maior parte das reclamações, motivando leis e decretos que, ao buscar limitar seus níveis, interferem na dinâmica da

economia urbana (São Paulo, 2009). No entanto, não são só os estabelecimentos comerciais, passíveis de regulamentação e controle, os perturbadores do sossego noturno. Os “batidões”<sup>3</sup> têm causado transtornos no sono de milhares de pessoas.

A legislação que limita carga e descarga no período diurno, visando a diminuir os congestionamentos do tráfego, também interfere nos níveis de ruído noturno (Siqueira, 2008).

Nas grandes cidades dos países em desenvolvimento, os problemas de poluição sonora são mais agudos, gerando incômodos e interferindo na realização de atividades básicas e rotineiras, como dormir, estudar, assistir televisão, trabalhar e até conversar. As mulheres demonstraram ser mais sensíveis, reclamando que o barulho interfere mais frequentemente em suas atividades (Nunes & Ribeiro, 2008).

## Efeitos da virtualidade globalizada

Finalmente, a vida urbana é afetada pelos avanços nas comunicações, com o crescimento exponencial das mídias virtuais e dos equipamentos que lhe abrem cada vez mais espaço. A quebra das barreiras do tempo e do espaço, que conectam países distantes em tempo real, o funcionamento 24 horas de atividades que não podem ser interrompidas (hospitais, gráficas, indústrias, imprensa, abastecimento), o trabalho noturno, o aumento de horas efetivamente trabalhadas nem sempre contabilizadas e a ausência de descanso real (sem interrupções de mídias virtuais) implicam alterações metabólicas nos seres humanos, ainda não devidamente estudadas. O uso excessivo das mídias virtuais, com impactos na saúde ainda desconhecidos, bem como as distrações que elas oferecem, facilitando acidentes, no caminhar ou no dirigir insinuam novos desafios em termos de saúde urbana.

---

3 Prática que se utiliza de equipamentos de som de alta potência, e que ocupa espaços públicos de forma efêmera, com eventos musicais de difícil fiscalização e punição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O viver coletivo e o adensamento populacional, ao explicitar e acirrar conflitos, exigem repensar as formas de gestão e controle dos aglomerados urbanos.

Há um vasto campo de pesquisas para prover maiores evidências científicas sobre as relações entre diversos aspectos do ambiente

urbano e a saúde de coletividades e de como diferentes intervenções urbanas podem afetar positivamente a qualidade de vida e de saúde de grandes parcelas populacionais, independentemente de ações individuais.

Como diria Lassonde (1996, p. 215), “estamos num ponto da história no qual os homens podem ser individualmente inocentes e coletivamente responsáveis, todos vítimas e culpados ao mesmo tempo”.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVES FILHO, A. P.; RIBEIRO, H. “A Percepção do Caos Urbano, as Enchentes e suas Repercussões nas Políticas Públicas da Região Metropolitana de São Paulo”, in *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, set.-dez./2006, pp.143-61.
- BARROS, M. T. L. “Drenagem Urbana: Bases Conceituais e Planejamento”, in A. Philippi Jr. *Saneamento, Saúde e Ambiente*. Barueri, Manole, 2005.
- BRITO, Fausto. “O Deslocamento da População Brasileira para as Metrôpoles”, in *Estudos Avançados*, 20(57), 2006, pp. 221-36.
- CAIAFFA, W. et al. “A Cidade É uma Estranha Senhora, que Hoje Sorri e Amanhã te Devora”, in *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6), 2008, pp. 1.785-96.
- CETESB – Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental. *Relatório de Qualidade Ambiental do Estado de São Paulo*. Governo do Estado de São Paulo, 2015.
- CET – Companhia de Engenharia de Tráfego. *Acidentes de Trânsito Fatais*. Relatório Anual. São Paulo, CET, 2014.
- CINTRA, M. *Os Custos do Congestionamento na Cidade de São Paulo*. Textos para discussão. Escola de Economia da Fundação Getúlio Vargas – EESP. 2014. Disponível em: [www.marcoscindra.org/adm/doc/Custo\\_transitopdf](http://www.marcoscindra.org/adm/doc/Custo_transitopdf). Acesso em: 17/11/2015.
- FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. “Saúde Global em Tempos de Globalização”, in *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 2, junho/2014.
- FRUMKIN, H.; FRANK, L.; JACKSON, R. *Urban Sprawl and Public Health*. Washington D.C., Island Press, 2004.
- GONÇALVES, J. C. S. “O Microclima Urbano e Suas Implicações Ambientais”, in *Revista Sinopses*, n. 31, São paulo, junho/1999, pp. 29-48.

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. \_\_\_\_\_ . Censo Demográfico 2010 – Aglomerados Subnormais – Informações Territoriais. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacaocenso2010/aglomerados\\_subnormais\\_informacoes\\_territoriais](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacaocenso2010/aglomerados_subnormais_informacoes_territoriais). 2011. Acesso em: 10/11/2015.
- \_\_\_\_\_. Séries Estatísticas. População e Demografia. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28/10/2015.
- \_\_\_\_\_. Censo Demográfico 2010: Nupcialidade, Fecundidade e Migração. Rio de Janeiro, 2012.
- KONDO, M. C.; SOUTH, E. C.; BRANAS, C. C. "Nature-based Strategies for Improving Urban Health and Safety", in *Journal of Urban Health*, v. 92, n. 5, 2015.
- LASSONDE, L. *Les Défis de la Démographie. Quelle Qualite de Vie pour le XXI<sup>e</sup> Siecle*. Paris, La Découverte, 1996.
- LUEDDEKE, G. R. *Global Population Health and Well-being in the 21<sup>st</sup> Century*. New York, Springer, 2015.
- NUNES, M.; RIBEIRO, H. "Interferências do Ruído do Tráfego Urbano na Qualidade de Vida: Zona Residencial de Brasília/DF", in *Cadernos Metrópole*, n. 19. Educ, 2008.
- PARK, S. K.; WANG, W. "Ambient Air Pollution and Type 2 Diabetes Mellitus: a Systematic Review of Epidemiologic Research", in *Current Environmental Health Reports*, v. 1, issue 3, September/2014, pp. 275-86.
- PEREZ, L. et al. "Near-Roadway Pollution and Childhood Asthma: Implications for Developing 'Win-win' Compact Urban Development and Clean Vehicles Strategies", in *Environmental Health Perspectives*, 120(11), 2012, pp. 1.619-26.
- PROIETTI, F. A.; CAIAFFA, W. T. "Forum: What Is Urban Health?", in *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 21, n. 3, 2005.
- RIBEIRO, H.; VARGAS, H. C. (orgs.). *Novos Instrumentos de Gestão Ambiental Urbana*. São Paulo, Edusp, 2014.
- RIBEIRO SOBRAL, H. "Heat Island in São Paulo, Brazil: Effects on Health", in *Critical Public Health*, 15(2), june/2005, pp. 147-56.
- RIBEIRO, H.; ASSUNÇÃO, J. V. "Transport Air Pollution in São Paulo, Brazil: Advances in Control Programs in the Last 15 Years", in S. Basbas (ed). *Advances in City Transport: Case Studies*. Witpress, Southampton, 2006.
- RIBEIRO, H.; GÜNTHER, W. M. R. "Grupos Comunitários e Instituições como Atores e Educação Ambiental como Instrumento do Desenvolvimento Socioambiental Sustentado", in M. Krasilchik; N. Pontuschka; H. Ribeiro. *Pesquisa Ambiental: Construção de um Processo Participativo de Educação e Mudança*. São Paulo, Edusp, 2006.
- ROCHA, L. E.; THORSON, A. E.; LAMBIOTTE, R. "The Non-linear Health Consequences of Living in Larger Cities", in *Journal of Urban Health*, v. 92, n. 5, 2015.
- ROSEN, G. *The History of Public Health*. New York, MD Publications, 1958.
- SÃO PAULO. Prefeitura do Município. *Decreto Regulamenta Carga e Descarga de Caminhões na Capital*. Disponível em: [www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a-cidade/noticias](http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a-cidade/noticias). Acesso em: 10/4/2009.
- \_\_\_\_\_. Prefeitura do Município. *Psiu no Combate à Poluição Sonora*. Disponível em: [www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/subprefeitura/psiu](http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/subprefeitura/psiu). Acesso em: 10/4/2009.
- SCOTT, A. Urbanization and Economic Development. 31<sup>st</sup> International Geographical Congress. Tunis, 2008.

SHIELDS, K. N. et al. "Traffic-related Air Pollution Exposure and Changes in Heart Rate Variability in Mexico City: a Panel Study", in *Environmental Health: a Global Access Science Source*, 12(1), 2013.

SILVA, E. N.; RIBEIRO, H. "Alterações da Temperatura em Ambientes Externos de Favela e Desconforto Térmico", in *Revista de Saúde Pública* (2006) 40, pp. 663-70.

SIQUEIRA, K. "Cargas, Operação Corujão", in *O Carreteiro*, n. 369, 2005. Disponível em: [www.revistaocarreteiro.com.br/modules/revista.php?recid=108](http://www.revistaocarreteiro.com.br/modules/revista.php?recid=108). Acesso em: 10/4/2009.

VARGAS, H. C. *Espaço Terciário. O Lugar, a Arquitetura e a Imagem do Comércio*. São Paulo, Senac, 2001.

\_\_\_\_\_. *(I)Mobilidade Urbana*. São Paulo, URBS, jul.-ago.-set./2008, pp. 7-11.

\_\_\_\_\_. *Comércio, Espaço Público e Cidadania*. I Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade. Indaiatuba, Anppas, 2002.

# Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis

*Rita Barradas Barata*



Marcos Santos/USP Imagens

## resumo

O artigo discute a complexidade das metrópoles do ponto de vista dos processos sociais e urbanos, enfatizando 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. O estudo empírico focalizou a zona central da cidade (centro histórico e centro expandido) e três grupos particularmente vulneráveis vivendo nessa zona: pobres urbanos residindo em setores censitários de média a muito alta vulnerabilidade social, migrantes bolivianos e pessoas em situação de rua.

**Palavras-chave:** saúde urbana; grupos socialmente vulneráveis; migrantes estrangeiros; pessoas em situação de rua.

## abstract

*The article discusses the complexity of metropolises from the viewpoint of social and urban processes; and emphasizes the makeup of several socially vulnerable groups and the impact of their conditions on health status, exposure to violence, experiences of discrimination, and some health-risk behaviors. The empirical study focused on the central area of the city (both the historic and expanded centers), where three particularly vulnerable groups dwell: the urban poor living in census tracts with moderate to very high social vulnerability, Bolivian immigrants and the homeless.*

**Keywords:** urban health; socially vulnerable groups; foreign migrants; the homeless.

**A** cidade de São Paulo é uma das 19 megalópoles definidas pela Organização Mundial da Saúde – OMS como cidades com mais de 10 milhões de habitantes que concentram a economia local e nacional, o poder político e técnico-científico e os meios de comunicação (WHO, 2009).

O intenso processo de urbanização ocorrido na segunda metade do século XX nas regiões menos desenvolvidas do mundo também se verificou no Brasil, conduzindo à formação de diversas áreas metropolitanas que concentram parcela importante da população (Grostein, 2001). São Paulo é a cidade-núcleo da maior região metropolitana do país, que, juntamente com Tóquio, Seul, Cidade do México, Nova York e Mumbai, constituem os seis maiores conglomerados urbanos do planeta (Carvalho, Pasternak & Bógus, 2010).

De região basicamente industrial até a década de 70, a cidade passou a ser um polo de atividades concentradas no setor terciário e quaternário da economia, alterando o processo de uso do solo e a divisão socioespacial do trabalho, que, no período anterior, havia determinado a ampliação dos espaços periféricos e a formação de anéis concêntricos em torno do centro expandido (Bousquat & Nascimento, 2001). Na cidade de São Paulo concentram-se os segmentos mais qualificados do mercado de trabalho brasileiro, os melhores centros de pesquisa, a mais importante universi-

dade pública, a maior infraestrutura de telecomunicações, o maior mercado consumidor e a melhor rede de serviços de suporte gerencial ao grande capital financeiro. O cenário urbano é fortemente marcado pelos contrastes sociais e pelas desigualdades entre a extrema riqueza e a extrema pobreza geralmente segregadas espacialmente, mas em certas situações, como no distrito do Morumbi, convivendo lado a lado (Iglecias, 2002).

A partir da década de 80, observa-se o processo de decadência do centro expandido, que reúne o centro histórico e a antiga área periférica do princípio do século XX. O deslocamento do centro pode ser acompanhado na história da cidade pela constante substituição das ruas que sintetizam o comércio e os serviços das classes altas: a Rua XV de Novembro no início do século XX, depois a Rua Direita até os anos 50, seguida da Rua Augusta até os anos 70 e atualmente as avenidas Faria Lima e Luis Carlos Berrini e a Rua Oscar Freire (Villaça, 2011).

A partir dos anos de 1980, também se observa uma modificação importante. Marques e Requeña (2013) analisaram os padrões de crescimento populacional na primeira década do século XXI identificando, no interior da cidade, três comportamentos distintos: áreas que vinham perdendo

---

**RITA BARRADAS BARATA** é coordenadora do CA de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq, membro do Conselho Superior da Capes e conselheira da América Latina e Caribe na Associação Internacional de Epidemiologia.

população e voltaram a crescer, áreas que continuaram no processo de esvaziamento iniciado na década de 80 e áreas que continuaram crescendo ainda que em taxas menores comparativamente ao período de grande crescimento das décadas de 60 e 70. Há quatro processos relacionados a esse crescimento/esvaziamento dos distritos paulistanos: a migração recente constituída principalmente por latino-americanos, africanos e árabes; a produção imobiliária via mercado com adensamento urbano em vários distritos; a taxa de fecundidade dos grupos de residentes; o processo de criação/remoção de favelas. Nos distritos que reverteram a tendência de esvaziamento nos últimos dez anos, o processo predominante parece ter sido o adensamento urbano, com a construção de mais edifícios de apartamentos, a eliminação de favelas, o menor fluxo migratório e a menor taxa de fecundidade. Nos distritos com manutenção das tendências de redução populacional, os processos responsáveis parecem ser a queda acentuada da fecundidade e a ausência de fluxos migratórios importantes. Finalmente, naquelas áreas que continuaram crescendo, predominam os fluxos migratórios e o crescimento das favelas (Marques & Requena, 2013).

## A ZONA CENTRAL E AS COMPLEXIDADES DA METRÓPOLE

A região central de São Paulo, constituída por 11 distritos dos 97 que compõem a cidade, é um exemplo típico de território marcado por extrema heterogeneidade. Alguns bairros, como Higienópolis, por exemplo, ainda conservam parte da população mais rica da cidade, enquanto outros, como o Brás e o Bom Retiro, sofreram profundas transformações com a presença cada vez maior de migrantes estrangeiros. Na última década, a população em situação de rua cresceu 65%, e 55% dela se concentra na região central da cidade (Barata, Ribeiro & Cassanti, 2011; Prefeitura do Município de São Paulo, 2011).

Os distritos que constituem a zona central são Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro, Brás, Cambuci, Consolação, Liberdade, Pari, República, Santa Cecília e Sé. Juntos, reúnem 4,25% (492 mil habitantes) da população de São Paulo. O dis-

trito menos populoso é a Barra Funda, com cerca de 14 mil habitantes, e o mais populoso é Santa Cecília, com quase 84 mil. A população é estacionária, com 14,5% de idosos e 14,5% de jovens. Alguns distritos, como Barra Funda, Consolação, Liberdade, Bela Vista e Santa Cecília, têm maior proporção de idosos do que jovens na sua composição etária (Fundação Seade, s/d).

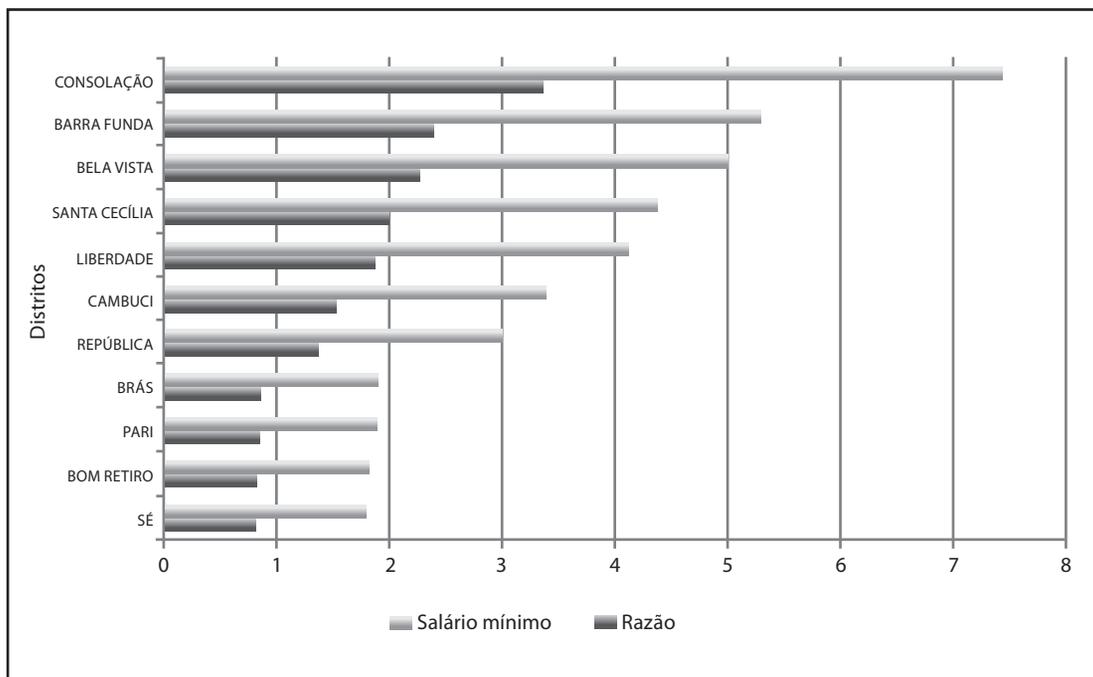
Todos os distritos da zona central, com exceção do distrito da Consolação, apresentaram crescimento populacional maior que a média municipal (0,59) (Fundação Seade, s/d).

A renda *per capita* média é muito variável entre os distritos, com quatro deles apresentando valores inferiores à média municipal e os demais com renda *per capita* variando entre 1,36 e 3,36 vezes a média municipal, em valores nominais de 2010. Em termos de salário mínimo vigente em 2010, a renda *per capita* varia entre 1,78 e 7,43 salários mínimos (Gráfico 1). Quanto à proporção de domicílios com renda *per capita* inferior a  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo (R\$ 127,50), que define a linha da miséria, todos os distritos, exceto o Bom Retiro, apresentam valores inferiores à média municipal (8,55% dos domicílios). Para o indicador de pobreza – renda *per capita* menor que  $\frac{1}{2}$  salário mínimo –, a melhor situação é a do distrito da Bela Vista, com 6% dos domicílios nessa situação, e a pior é a do Bom Retiro, com 21,5% dos domicílios nesse grupo. Todos os distritos, exceto o Bom Retiro, têm valores inferiores à média municipal de 18,7% dos domicílios com renda *per capita* inferior a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo (Fundação Seade, s/d).

A saúde é a resultante de um processo envolvendo diferentes dimensões das condições de vida e dos contextos sociais nos quais os grupos sociais vivem. Segundo o modelo elaborado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), o perfil epidemiológico, ou seja, as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais dependem de um conjunto de determinantes estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais incluem o contexto socioeconômico e político definido pelas condições de governança; as políticas macroeconômicas; as políticas sociais relacionadas a mercado de trabalho, moradia e ocupação do solo urbano; as políticas públicas relacionadas a educação, saúde e proteção social; e os valores

**GRÁFICO 1**

**Razão entre a renda *per capita* média no distrito e no município e a renda *per capita* em salários mínimos – zona central – município de São Paulo, 2010**



culturais da sociedade. Esse contexto, por sua vez, determina a estrutura de classes sociais, as relações de gênero e etnia e a estratificação por educação, ocupação e renda. Os determinantes intermediários referem-se a situações materiais de vida, comportamentos e fatores biológicos e psicossociais que podem favorecer a manutenção da saúde ou facilitar o surgimento das doenças. O sistema de saúde é considerado um dos determinantes intermediários, uma vez que sua forma de organização pode contribuir para reduzir ou intensificar as desvantagens produzidas pelos determinantes estruturais. Como mediador entre os dois conjuntos de determinantes, os autores inserem a coesão e o capital social dos diferentes grupos populacionais.

Conhecer a distribuição dos diferentes determinantes sociais entre os vários grupos de moradores da zona central da cidade é fundamental para compreender os perfis epidemiológicos e para delinear a oferta de serviços e os programas de saúde necessários para melhorar a qualidade de vida em geral e reduzir as desigualdades sociais em saúde.

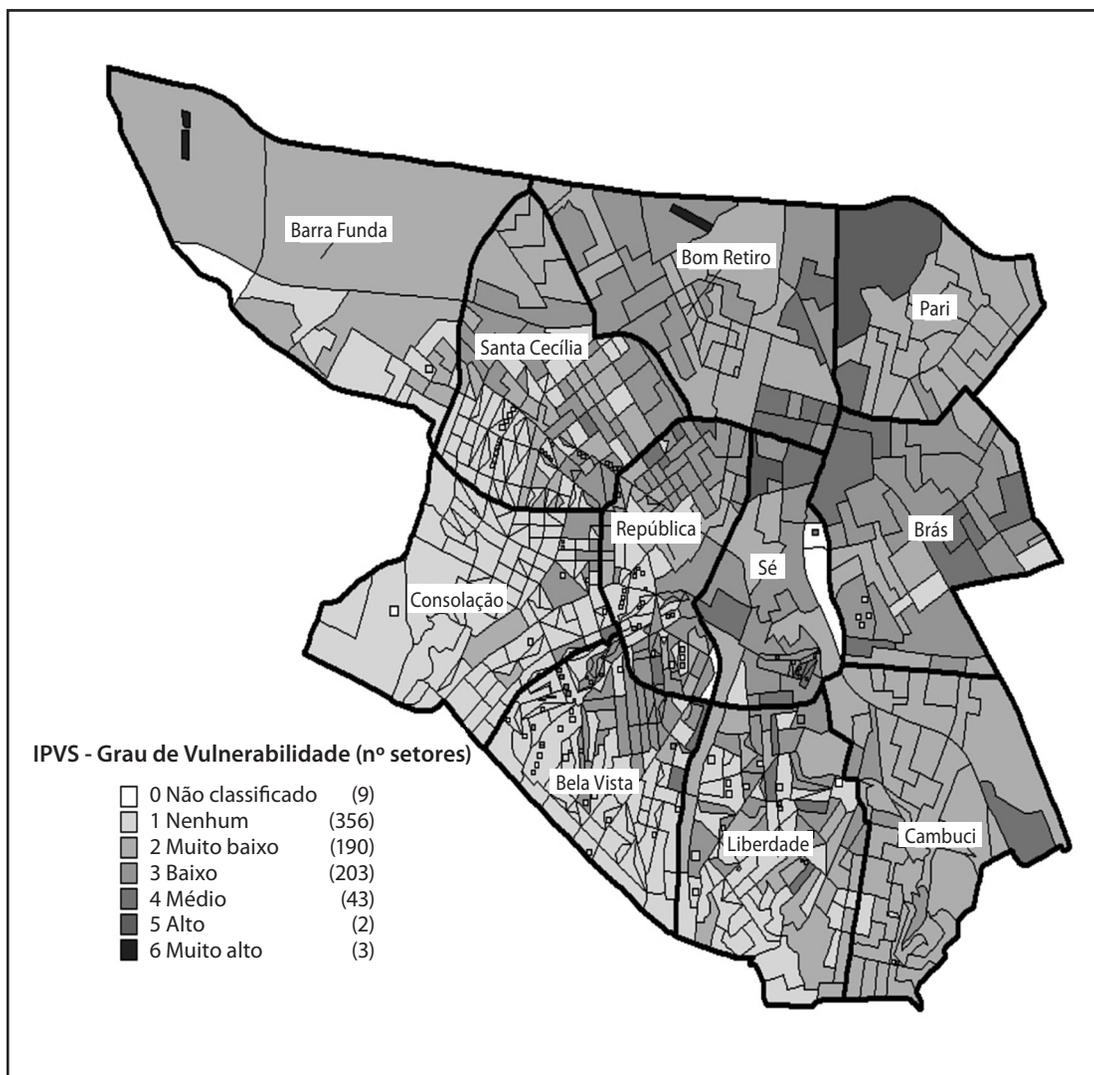
## O INQUÉRITO DOMICILIAR NA ZONA CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO

Para analisar as desigualdades sociais e sua repercussão sobre a saúde e o acesso a serviços de saúde na zona central da cidade de São Paulo, um inquérito domiciliar foi realizado visando identificar a distribuição de determinantes sociais e o estado de saúde em quatro grupos de moradores com distintos graus de vulnerabilidade social. Ao invés de utilizar a divisão administrativa em distritos, optou-se pela estratificação dos setores censitários segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social desenvolvido pela Fundação Seade (2010).

Esse índice é construído a partir da composição de variáveis socioeconômicas e demográficas que permitem a estratificação dos setores censitários em seis diferentes grupos, desde aqueles com baixíssima vulnerabilidade social até aqueles com vulnerabilidade social muito alta. A Figura 1 mostra a classificação dos setores censitários da zona central nos seis grupos de vulnerabilidade social.

FIGURA 1

Setores censitários da zona central por grupos de vulnerabilidade social



Para contrastar diferentes situações sociais optou-se por incluir no inquérito 500 indivíduos residentes nos setores censitários com baixíssima vulnerabilidade social e 500 indivíduos residentes em setores censitários com vulnerabilidade social média, alta ou muito alta (grupos 4 a 6). O terceiro grupo foi constituído por uma amostra de 250 imigrantes bolivianos vivendo na zona central e arrolados pelo Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Prof. Alexandre Vranjac. O quarto grupo foi constituído por uma amostra de 250 pessoas vivendo em situação de rua, que se encontravam albergadas em três instituições sediadas na zona central da cidade.

### MORADORES REGULARES EM SETORES CENSITÁRIOS COM VULNERABILIDADE SOCIAL MÉDIA A MUITO ALTA: A POBREZA URBANA

Essa amostra dos moradores nos setores censitários com vulnerabilidade social pode ser tomada como representativa das camadas urbanas pobres residindo em áreas metropolitanas. Sua vulnerabilidade decorre principalmente da situação de pobreza em que vivem e das limita-

TABELA 1

**Características sociodemográficas dos residentes com e sem vulnerabilidade social – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)**

Características	Vulnerabilidade	
	SEM	COM
<b>Idade</b>		
<30 anos	20,9	30,2
30-59 anos	49,1	56,5
60 anos e mais	30,0	13,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	46,0	42,9
Feminino	54,0	57,1
<b>Cor</b>		
Branca	82,3	45,9
Parda	3,5	12,3
Preta	10,4	38,8
Outras	3,7	3,0
<b>Escolaridade</b>		
Básico incompleto	5,6	26,3
Básico completo	6,8	19,7
Médio incompleto	7,2	19,5
Médio completo	33,9	29,2
Superior	46,5	5,3
<b>Situação conjugal</b>		
Nunca foi casado	35,0	33,3
Atualmente casado	27,6	19,9
Vive com companheiro	7,5	19,5
Separado/divorciado	17,5	21,4
Viúvo	12,4	6,0
<b>Ocupação</b>		
Assalariado formal	56,6	43,8
Assalariado informal	7,6	20,6
Autônomo com negócio	13,8	7,5
Autônomo sem negócio	12,4	27,5
Empregador com até 5 empregados	4,8	0,3
Empregador com mais de 5 empregados	4,8	0,3
Desempregado	3,0	12,5
<b>Renda mensal</b>		
Até ½ SM	0,7	2,2
½-1 SM	1,0	10,2
1-2 SM	3,4	33,6
2-3 SM	10,2	23,7
3-5 SM	18,8	19,6
5-10 SM	29,8	8,3
10-20 SM	29,6	2,0
> 20 SM	9,5	0,4

ções que essa situação impõe a outras dimensões da inserção social (Mercado et al., 2007).

Todos os indicadores de estratificação social mostram a precariedade da situação do grupo com vulnerabilidade social, que é mais jovem, apresenta maior proporção de pretos e pardos, tem menor nível de escolaridade, menor renda mensal, inserção precária no mercado de trabalho e maior taxa de desemprego.

A percepção de discriminação também foi maior nesse grupo. A prevalência estimada foi de 12,4% a 18,6%, enquanto no grupo não vulnerável os valores estimados foram de 6,2% a 11,8%. Os motivos para sentir-se discriminado foram semelhantes em relação a idade, orientação sexual, religião, nacionalidade, incapacidade física e língua. Apenas três motivos foram mais frequentes no grupo vulnerável: raça/cor (8,4% versus 3,7%), classe social (4,5% versus 1,8%) e gênero (6,5% versus 0%).

A rede de suporte social também é menor para os indivíduos no grupo vulnerável, havendo o dobro de indivíduos que referiram contar com pouca ou nenhuma ajuda para a realização de tarefas

domésticas, em caso de doença e no cuidado com crianças ou idosos.

A avaliação das condições do local de residência (iluminação, ruído, poluição ambiental, limpeza pública, espaços de lazer e riscos para pedestres ou ciclistas, sensação de insegurança e medo de assalto) revelou insatisfação dez vezes maior entre os indivíduos do grupo vulnerável (18,4% versus 1,4%).

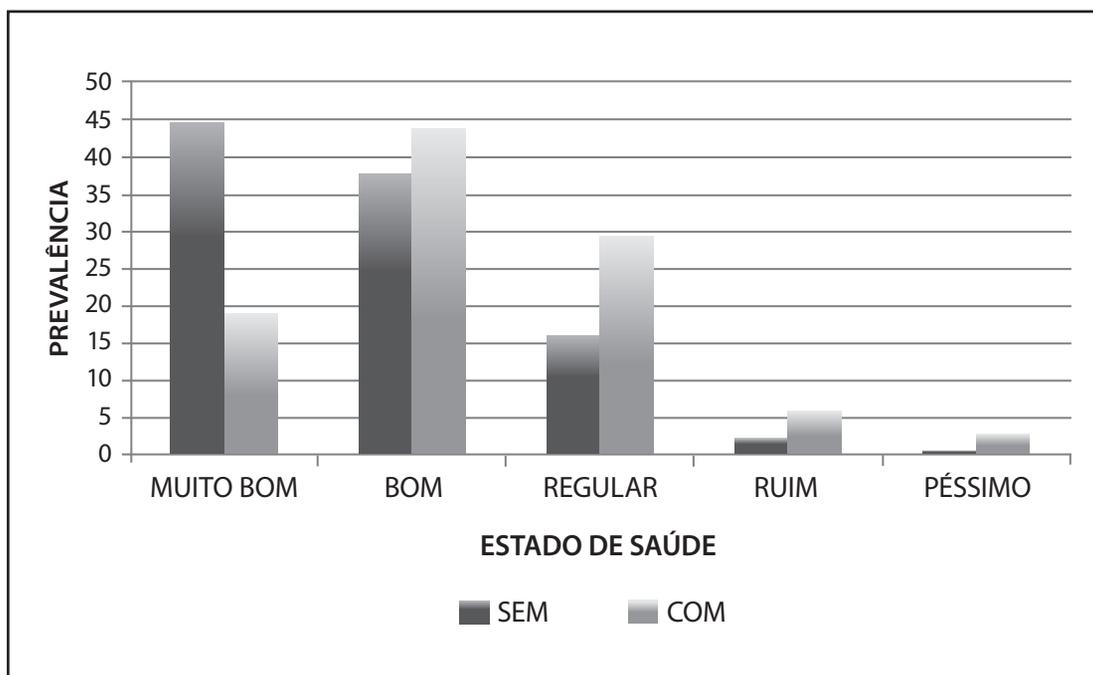
Esse conjunto de determinantes de estratificação social e condições materiais de vida tem reflexo na autopercepção do estado de saúde e no relato de limitações nas atividades cotidianas, psiquismo, dor crônica e problemas emocionais (Lawrence, 2012).

Embora em ambos os grupos predomine estado de saúde bom ou muito bom, o grupo com vulnerabilidade social refere mais estados de saúde regular, ruim e péssimo em comparação com o grupo sem vulnerabilidade (37,6% versus 17,9%), refletindo assim suas piores condições de vida e sua precária inserção social.

A maior parte dos indivíduos que percebem sua saúde como boa ou muito boa faz parte do grupo sem vulnerabilidade social. Entre aqueles que

GRÁFICO 2

Autopercepção do estado de saúde nos grupos com e sem vulnerabilidade social – zona central da cidade de São Paulo, 2008



declaram saúde regular, ruim ou péssima não há diferenças significantes, exceto para a prevalência de problemas emocionais.

A prevalência de relatos de violência ao longo da vida foi alta nos grupos sem e com vulnerabilidade social, entretanto, no grupo vulnerável houve maior frequência de violência por parceiro íntimo e maior violência física e sexual por outras pessoas que não o parceiro. O consumo de álcool também foi semelhante nos dois grupos, mas a dependência do álcool é maior no grupo vulnerável, assim como o tabagismo. O uso de drogas ilícitas é semelhante nos dois grupos, com predomínio do uso de maconha e anfetaminas.

O grupo com maior vulnerabilidade social, decorrente de sua pior inserção social e locali-

zação nos estratos mais baixos de renda, escolaridade e ocupação, apresenta pior estado de saúde evidenciado pela percepção do estado de saúde e por avaliações do componente físico e psíquico da saúde, maior exposição a episódios de violência e discriminação, bem como maior frequência de comportamentos de risco, tais como consumo abusivo de álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

## MIGRANTES BOLIVIANOS

Os migrantes recentes constituem um grupo particularmente vulnerável em função da precária inserção que apresentam na sociedade para a

**TABELA 2**

**Repercussões na saúde dos grupos com e sem vulnerabilidade social segundo a autopercepção do estado de saúde – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)**

Saúde	Saúde boa ou muito boa		Saúde regular, ruim ou péssima	
	Não vulnerável	Vulnerável	Não vulnerável	Vulnerável
<b>Limitação das atividades cotidianas</b>				
Nenhuma	84,0	69,7	23,7	30,0
Pouca	13,4	22,8	31,6	28,1
Moderada	1,1	3,7	13,2	6,5
Intensa	1,4	3,7	25,0	25,9
Muito intensa	0,0	0,0	6,6	9,2
<b>Psiquismo</b>				
Bem todo o tempo	12,5	12,9	5,4	3,7
Bem a maior parte do tempo	78,5	71,5	59,5	48,7
Bem uma pequena parte do tempo	9,1	15,6	33,8	46,5
Nunca está bem	0,0	0,0	1,4	1,1
<b>Dor</b>				
Sem dor	85,8	68,4	35,1	38,6
Levemente incapacitante	7,9	15,8	24,7	15,9
Moderadamente incapacitante	3,1	7,7	19,5	16,4
Intensamente incapacitante	3,1	8,1	20,8	29,1
<b>Problemas emocionais</b>				
Incapacitante	4,0	8,1	20,8	35,6
Não incapacitante	96,0	91,9	79,2	64,6

TABELA 3

Características sociodemográficas dos residentes em setores censitários com vulnerabilidade social e migrantes bolivianos – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)

Características	Migrantes	Vulneráveis
<b>Idade</b>		
<30 anos	49,1	30,2
30-59 anos	50,4	56,5
60 anos e mais	0,5	13,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	52,5	42,9
Feminino	47,5	57,1
<b>Cor</b>		
Branca	11,6	45,9
Parda	65,2	12,3
Preta	0,6	38,8
Indígena/amarela	22,6	3,0
<b>Escolaridade</b>		
Básico	18,8	46,0
Médio	66,6	48,7
Superior	3,7	5,3
<b>Situação conjugal</b>		
Nunca foi casado	28,4	33,3
Atualmente casado	38,9	19,9
Vive com companheiro	29,5	19,5
Separado/divorciado	2,1	21,4
Viúvo	1,1	6,0
<b>Ocupação</b>		
Assalariado formal	4,5	43,8
Assalariado informal	25,5	20,6
Autônomo com negócio	12,7	7,5
Autônomo sem negócio	53,5	27,5
Empregador com até 5 empregados	2,5	0,3
Empregador com mais de 5 empregados	1,5	0,3
Desempregado	2,7	12,5
<b>Renda mensal</b>		
Até ½ SM	1,2	2,2
½-1 SM	12,0	10,2
1-2 SM	41,0	33,6
2-3 SM	22,3	23,7
3-10 SM	23,5	27,9
> 10 SM	0,0	2,4

qual migram. Da amostra estudada no inquérito, 48% eram migrantes recentes (menos de cinco anos em São Paulo).

Esse grupo era constituído por indivíduos mais jovens do que a população da zona central, do sexo masculino, de ascendência indígena ou mestiços (82%), com escolaridade média e renda mensal baixa. A escolaridade é superior à do grupo de residentes vulneráveis, e a renda é menor, sugerindo o processo de exploração a que esses indivíduos são submetidos. Desses migrantes, 28% eram “indocumentados”, estando em situação irregular no país, mas os demais possuíam documentos regulares. A situação de trabalho era precária, com 26% dos trabalhadores em empregos informais e 54% autônomos sem negócio. Os trabalhadores formais não somam 5% da amostra.

A percepção de discriminação nesse grupo foi estimada entre 17,3% e 30%, e o motivo principal foi a nacionalidade ou a língua falada (88%). Embora a maioria considere satisfatórias as condições do local de moradia, a sensação de insegurança e

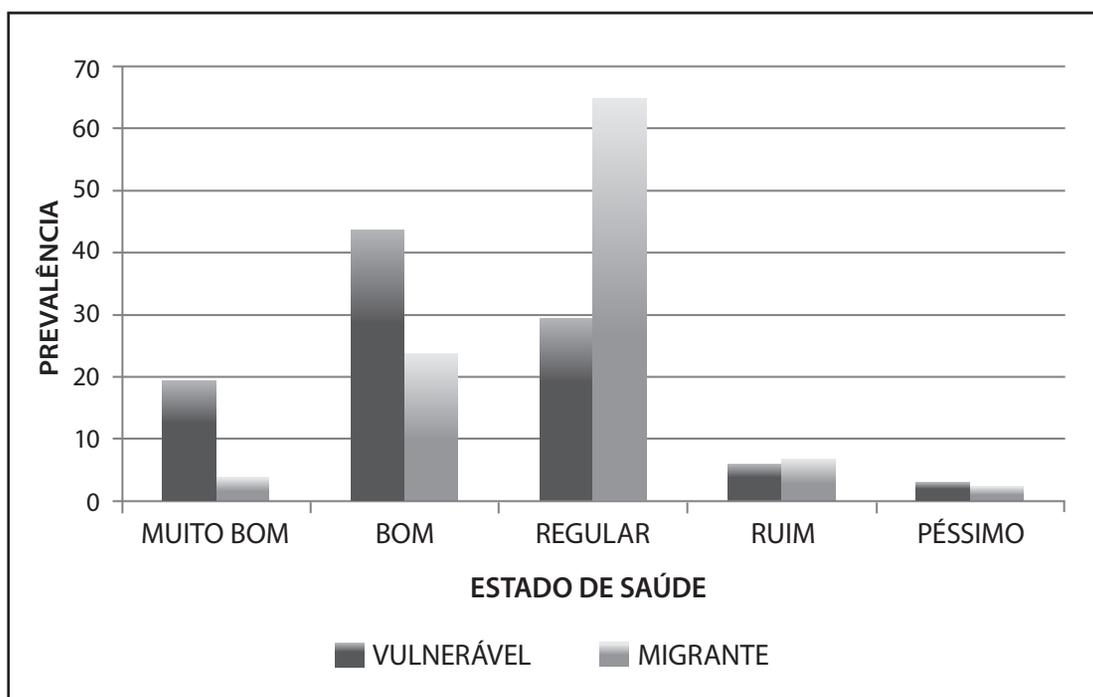
o medo de assaltos foram bastante altos. A rede de suporte social foi menor do que a referida pelos grupos sem vulnerabilidade, mas não inferior àquela referida pelos pobres, não imigrantes, já residentes na cidade. Esse fato parece estar relacionado ao padrão de migração desse grupo, no qual os motivos econômicos são os principais determinantes da migração, havendo alguma ligação ou conhecimento social entre os migrantes recentes e grupos que os antecederam na migração.

Todas as desvantagens expressas nessa inserção social precária têm reflexos na situação de saúde do grupo. A autopercepção de saúde mostra-se mais precária, inclusive quando comparada à do grupo de moradores vulneráveis. Ainda que questões culturais possam afetar a autopercepção do estado de saúde, chama a atenção o fato de 65% dos migrantes classificarem sua saúde como regular.

Entre os migrantes que classificaram sua saúde como boa ou muito boa, há tendência a um relato de situações piores para diversos componentes. A mesma tendência se observa para aqueles que classificaram seu estado de saúde como regular,

GRÁFICO 3

**Autopercepção do estado de saúde nos grupos com vulnerabilidade social e migrantes bolivianos – zona central da cidade de São Paulo, 2008**



ruim e péssimo, com exceção da questão sobre dor crônica. Embora a situação seja bastante parecida com a observada para os grupos vulneráveis, esse deslocamento relativo para as ponderações de pior estado de saúde é coerente com a apreciação geral de saúde regular nesse grupo.

A prevalência de episódios de violência ao longo da vida foi menor no grupo de migrantes (28%), mas a violência por parceiro íntimo foi a mais alta (44%). Os relatos de violência física ou sexual por outras pessoas que não o parceiro foram semelhantes aos observados para o grupo de moradores com vulnerabilidade social.

O consumo e a dependência de álcool também foram semelhantes aos do grupo vulnerável, embora o tabagismo tenha sido menor entre os migrantes

(7%). O uso de drogas ilícitas relatado foi cinco vezes menor do que aquele referido pelo grupo vulnerável, exceto para anfetaminas, em que a prevalência foi a metade da observada naquele grupo. É difícil avaliar se as respostas correspondem ao comportamento dos migrantes ou se sua situação já vulnerável influenciou na veracidade das respostas, uma vez que todos têm conhecimento de que o consumo de drogas é criminalizado no país.

O grupo de migrantes bolivianos, especialmente os recentes, por sua precária inserção na sociedade brasileira, ainda que pertença a um estrato relativamente mais educado, está incluído nos estratos mais baixos de renda e ocupação, fato que repercute em seu estado de saúde, seja na autopercepção, seja nos componentes de saúde física ou

**TABELA 4**

**Repercussões na saúde dos grupos com vulnerabilidade social e migrantes bolivianos segundo a autopercepção do estado de saúde – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)**

Saúde	Saúde boa ou muito boa		Saúde regular, ruim ou péssima	
	Migrante	Vulnerável	Migrante	Vulnerável
<b>Limitação das atividades cotidianas</b>				
Nenhuma	66,7	69,7	36,5	30,0
Pouca	13,3	22,8	17,5	28,1
Moderada	4,4	3,7	20,6	6,5
Intensa	6,7	3,7	8,7	25,9
Muito intensa	8,9	0,0	16,7	9,2
<b>Psiquismo</b>				
Bem todo o tempo	20,0	12,9	13,5	3,7
Bem a maior parte do tempo	55,6	71,5	34,1	48,7
Bem uma pequena parte do tempo	20,0	15,6	39,7	46,5
Nunca está bem	4,4	0,0	12,7	1,1
<b>Dor</b>				
Sem dor	62,5	68,4	37,4	38,6
Levemente incapacitante	31,3	15,8	32,8	15,9
Moderadamente incapacitante	2,1	7,7	17,6	16,4
Intensamente incapacitante	4,2	8,1	12,2	29,1
<b>Problemas emocionais</b>				
Incapacitante	25,0	8,1	48,9	35,6
Não incapacitante	75,0	91,9	51,1	64,6

mental (Martinez et al., 2012). Eles estão expostos a experiências de discriminação, violência e exploração tanto quanto os pobres urbanos, com o agravante de serem estrangeiros, falarem outro idioma e terem valores culturais muito distintos. Os comportamentos de risco foram menos relatados, exceto para o consumo de álcool.

## PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

O terceiro grupo vulnerável incluído no inquérito foi constituído por pessoas em situação de rua, albergados em instituições da zona central da cidade de São Paulo. Esse é o grupo mais

**TABELA 5**

**Características sociodemográficas dos residentes com vulnerabilidade social, migrantes bolivianos e pessoas em situação de rua – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)**

Características	Migrantes	Vulneráveis	Pessoas em situação de rua
<b>Idade</b>			
<30 anos	49,1	30,2	11,2
30-59 anos	50,4	56,5	74,9
60 anos e mais	0,5	13,3	13,1
<b>Sexo</b>			
Masculino	52,5	42,9	68,1
Feminino	47,5	57,1	31,1
<b>Cor</b>			
Branca	11,6	45,9	36,3
Parda	65,2	12,3	44,0
Preta	0,6	38,8	16,1
Indígena/amarela	22,6	3,0	3,6
<b>Escolaridade</b>			
Básico	18,8	46,0	51,2
Médio	66,6	48,7	35,6
Superior	3,7	5,3	3,2
<b>Situação conjugal</b>			
Nunca foi casado	28,4	33,3	52,6
Atualmente casado	38,9	19,9	4,8
Vive com companheiro	29,5	19,5	5,2
Separado/divorciado	2,1	21,4	29,5
Viúvo	1,1	6,0	8,0
<b>Renda mensal</b>			
Até ½ SM	1,2	2,2	64,8
½-1 SM	12,0	10,2	26,1
1-2 SM	41,0	33,6	6,4
2-3 SM	22,3	23,7	1,6
3-10 SM	23,5	27,9	1,1
> 10 SM	0,0	2,4	0,0

marginalizado nos grandes centros urbanos (Barata et al., 2015).

O grupo dos indivíduos em situação de rua é constituído por adultos do sexo masculino, pardos ou brancos, com escolaridade básica completa ou incompleta, solteiros, separados, divorciados ou viúvos, com renda mensal inferior a 1/2 salário mínimo, obtida através de atividades informais ou mendicância. Entretanto, 12% dos entrevistados referiram ter trabalho, dos quais 3% em empregos formais, mas, dada a situação financeira, recorriam aos albergues como moradia durante a semana de trabalho.

As condições financeiras precárias foram apontadas por 63% dos indivíduos como o principal motivo para estarem vivendo nas ruas. Em seguida foram mencionadas a ausência de família ou desavenças com ela. Cerca de 1/3 deles estava há menos de um ano vivendo na rua, 1/3 entre um e cinco anos e 1/3 há mais de cinco anos.

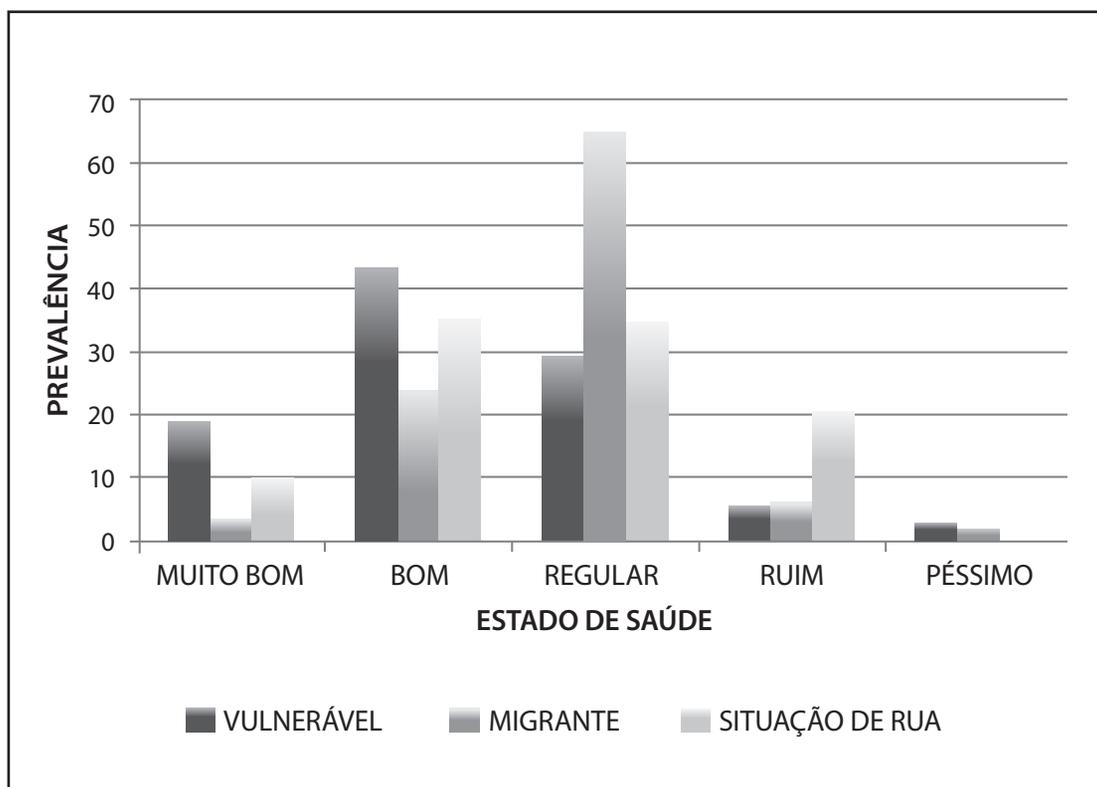
Entre esse grupo foi observada a maior percepção de discriminação, com 85% deles relatando experiência de ser discriminado por viver na rua, por questões de higiene pessoal, incapacidade física ou mental, cor ou orientação sexual.

Cerca de 2/3 deles não mantêm nenhum tipo de vínculo com familiares e dependem das instituições públicas ou sociais para solucionar problemas. Apenas 11% referiram poder contar com o apoio de familiares em caso de necessidade. O sentimento de insegurança e medo é alto entre esse grupo, refletindo a situação de desamparo em que se encontram.

Esse é o grupo que apresenta a pior percepção do estado de saúde, com a maior proporção de classificações no estado ruim. No entanto, cerca de 45% classificaram sua saúde como boa ou muito boa, superando a proporção declarada pelos migrantes. Esses resultados estão relacionados com a própria composição da amostra estudada, na qual cerca de 1/3 dos indivíduos

GRÁFICO 4

**Autopercepção do estado de saúde nos grupos com vulnerabilidade social, migrantes bolivianos e pessoas em situação de rua – zona central da cidade de São Paulo, 2008**



estava havia menos de um ano em situação de rua. O fato de a amostra conter três diferentes coortes, em termos do tempo na situação de rua, certamente produziu esse quadro misto.

A prevalência de episódios de violência ao longo da vida foi a mais alta, atingindo 47% dos indivíduos. Embora menor proporção tenha referido consumo de álcool, a prevalência de dependência foi semelhante àquela observada entre os outros dois grupos vulneráveis, correspondendo ao dobro da referida pelo grupo sem vulnerabilidade social.

O tabagismo foi referido por 57% dos entrevistados, sendo superior aos valores relatados pelos outros grupos. O consumo de drogas ilícitas também foi muito alto em comparação com os outros dois grupos. O consumo na vida e nos últimos seis meses foi alto para todas as drogas pesquisadas: maconha, cocaína, crack e anfetaminas.

O estado de saúde, a exposição à violência e os comportamentos de risco são a consequência imediata da precariedade e da vulnerabilidade desse grupo, bem como do processo de exclusão social a que está submetido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O centro das grandes metrópoles está sofrendo modificações rápidas em função do processo intenso de urbanização com deslocamentos populacionais nacionais e internacionais para essas áreas, adensamento e multiplicação de condições precárias e acúmulo de efeitos nocivos ao ambiente. Esses processos de urbanização rápida e desordenada vêm acompanhados de precarie-

dade na infraestrutura urbana e de deterioração das condições de ocupação dos espaços mais centrais. Dadas as dificuldades relacionadas ao transporte urbano, muitos grupos vulneráveis acabam se instalando em condições habitacionais precárias nas áreas mais próximas à oferta de trabalho e de serviços em geral.

Mudanças na composição da população urbana, em termos de fluxos migratórios, envelhecimento, declínio da fecundidade e urbanização, têm profundos impactos sobre a saúde, do mesmo modo que as condições ambientais relacionadas a abastecimento de água, rede de esgoto, limpeza urbana, poluição atmosférica e sonora, condições de moradia e espaços públicos de deslocamento e lazer. As dificuldades impostas pela própria estrutura urbana tornam as relações pessoais, as práticas associativas e as relações de confiança mais difíceis, enfraquecendo os vínculos e as redes de suporte social familiar ou extrafamiliar. Por outro lado, as grandes cidades e as metrópoles em particular oferecem mais oportunidades em termos de mercado de trabalho, acesso a escolas, rede de serviços de saúde, entre outros.

São Paulo apresenta toda essa complexidade na qual grupos com diferentes graus de vulnerabilidade compartilham a zona central, em espaços socialmente segregados, em que convivem lado a lado a abundância e a privação das condições mais básicas de sobrevivência. Evidentemente, tal contexto socioeconômico repercute nos estados de saúde desses grupos, gerando um perfil epidemiológico complexo no qual estão presentes as doenças crônicas, os problemas de saúde mental, os efeitos da violência urbana e os hábitos de vida pouco saudáveis.

## BIBLIOGRAFIA

- BARATA, R. B. et al. "Grupo do Projeto de Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Desigualdade Social em Saúde na População em Situação de Rua na Cidade de São Paulo", in *Saúde & Sociedade*, 24(Supl1), 2015, pp. 219-32.
- BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CASSANTI, A. C. "Grupo do Projeto Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Social Vulnerability and Health Status: a Household Survey in the Central Area of a Brazilian Metropolis", in *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Sup2), 2011, pp. S164-S175.
- BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. B. "A Metrópole Paulista e a Saúde", in *São Paulo em Perspectiva*, 15(1), 2001, pp. 112-20.
- CARVALHO, I. M. M.; PASTERNAK, S.; BÓGUS, L. M. "Transformações Metropolitanas: São Paulo e Salvador", in *Caderno CRH*, 23(59), 2010, pp. 301-21.
- FUNDAÇÃO SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, 2010. Disponível em: <http://www.indices-ilp.al.sp.gov.br>.
- \_\_\_\_\_. Informações dos Municípios Paulistas. Perfil Municipal. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br>. Acesso em: novembro de 2015.
- GROSTEIN, M. "Metrópole e Expansão Urbana: a Persistência de Processos Insustentáveis", in *São Paulo em Perspectiva*, 15(1), 2001, pp. 13-9.
- IGLECIAS, W. "Impactos da Mundialização sobre uma Metrópole Periférica", in *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(50), 2002, pp. 47-180.
- LAWRENCE, R. J. "Urban Health Challenges in Europe", in *Journal of Urban Health*, 90 (Suppl1), 2012, pp. S23-S36.
- MARQUES, E.; REQUENA, C. "O Centro Voltou a Crescer?", in *Novos Estudos*, 95, 2013, pp. 17-36.
- MARTINEZ, V. et al. "Equity in Health: Tuberculosis in the Bolivian Immigrant Community of São Paulo, Brazil", in *Tropical Medicine and International Health*, 17(11), 2012, pp. 1.417-24.
- MERCADO, S. et al. "Urban Poverty: an Urgent Public Health Issue", in *Journal of Urban Health*, 84(1), 2007, pp. i7-i15.
- PREFEITURA do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e Núcleo de Pesquisas em Ciências Sociais da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo, 2011.
- VILLAÇA, F. "São Paulo: Segregação Urbana e Desigualdade", in *Estudos Avançados*, 25(71), 2011, pp. 37-58.
- WHO – World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva, 2007.
- WHO. Centre for Health Development. *Megacities and Urban Health*. Geneva, 2009.

# Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos

*Fernando Aith  
Nayara Scalco*



Marcos Santos/USP Imagens

## resumo

O direito à saúde, reconhecido pela Constituição de 1988, ainda encontra no Brasil desafios complexos para a sua plena efetivação. Com a urbanização acelerada da sociedade brasileira, os centros urbanos se tornaram estratégicos na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A concentração populacional e econômica das cidades resulta em um conjunto expressivo e variado de necessidades e demandas por saúde. Os centros urbanos também concentram grande número de pessoas em condições de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e culturais. Este artigo trata do direito à saúde das pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos, contextualizando o tema e os conceitos e apresentando uma análise crítica sobre a organização do SUS para a atenção à saúde dessa população.

**Palavras-chave:** direito à saúde; centros urbanos; vulnerabilidade; Sistema Único de Saúde – SUS.

## abstract

*The right to health, enshrined in the Brazilian 1988 Constitution, is still faced with complex challenges for its full realization. As Brazilian society becomes increasingly urban, urban centers have become strategic in the organization of the Unified Health System – SUS. The population and economic concentration in cities results in a significant and varied array of needs and demands for health. Urban centers are also home to large numbers of people under biological, social, economic, and cultural vulnerabilities. This paper addresses the right to health of people under vulnerable conditions in urban centers; puts the issue and the concepts into context, and presents a critical analysis of how SUS is organized to provide appropriate health care to those people.*

**Keywords:** right to health; urban centers; vulnerability; Brazilian Unified Health System – SUS.

O

direito à saúde, reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ainda encontra no país uma série de desafios extremamente complexos para a sua plena efetivação. Para dar conta do direito à saúde, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinou que as ações e os serviços públicos de saúde devem ser oferecidos de maneira

universal, integral e igualitária.

Com a urbanização acelerada da sociedade brasileira, os centros urbanos se tornaram estratégicos na formatação e organização do sistema público de saúde brasileiro, o SUS. A grande concentração populacional e econômica desses centros resulta em um conjunto expressivo e variado de necessidades e demandas por saúde. Justamente por concentrarem grandes contingentes populacionais, os centros urbanos também concentram grande número de pessoas em condições de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e culturais.

Para enfrentar o desafio de garantir o direito universal à saúde e, ao mesmo tempo, proteger de forma eficaz as necessidades especiais das pessoas em condições de vulnerabilidade, a estruturação do SUS segue duas estratégias complementares: 1) organizar uma rede geral de ações e serviços públicos de saúde, voltados a oferecer uma atenção à saúde de acesso universal, integral e igualitário; 2) organizar, dentro dessa rede geral, redes de aten-

ção especial à saúde de grupos populacionais específicos, conforme condições biológicas, sociais, econômicas ou culturais.

O presente texto não pretende discutir a organização jurídico-administrativa do SUS de forma geral, mas sim apresentar as especificidades políticas criadas para os grupos em condição de vulnerabilidade, com enfoque para os que vivem em centros urbanos. A partir desse panorama, procura-se refletir sobre a relação necessária entre a rede geral do SUS e os serviços específicos criados pelas políticas voltadas às pessoas em condições de vulnerabilidade.

Nesse sentido, este artigo trata do tema do direito à saúde das pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos da seguinte forma: inicialmente, contextualiza o tema e apresenta considerações conceituais sobre vulnerabilidade e direito à saúde; em seguida, analisa criticamente de que forma o Estado brasileiro está organizando o Sistema Único de Saúde para garantir o direito à saúde das pessoas em condição de vulnerabilidade, com enfoque para os centros urbanos; ao final, apresentam-se algumas considerações gerais sobre

---

**FERNANDO AITH** é advogado, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (DMP/FMUSP) e vice-coordenador científico do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP.

**NAYARA SCALCO** é bióloga e doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP).

o atual estado da arte no que se refere à atenção à saúde das pessoas em condições de vulnerabilidade nos centros urbanos.

## SAÚDE, DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE ÀS PESSOAS EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE

A Constituição de 1988 reconheceu expressamente a saúde como um direito fundamental em seus artigos 6º e 196<sup>1</sup>. O reconhecimento constitucional da saúde como um direito significou um grande avanço do estado democrático de direito brasileiro e acarretou múltiplas inovações legislativas e institucionais. É sempre bom lembrar que a saúde não era reconhecida como um direito antes da Constituição de 1988 e, por tal razão, o Estado não tinha os deveres jurídicos hoje previstos no texto constitucional e na legislação complementar.

Passados mais de 20 anos da aprovação do texto constitucional e do reconhecimento expresso da saúde como um direito, os desafios que se impõem no campo da ciência jurídica e da saúde pública no Brasil concentram-se na necessidade de oferecer ao cidadão garantias concretas e eficazes para que o direito à saúde seja efetivamente desfrutado, de forma universal, igualitária e integral. Se a saúde é um direito fundamental reconhecido pela Constituição, qual o exato contorno desse direito? Qual seria a extensão do dever do Estado de promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas?

Desde o início da história ocidental, as sociedades sempre reconheceram a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde individual, identificando a relação de certas doenças com as condições de vida, a inserção social e

o ambiente de trabalho (Hipócrates, 1950; Paracelsus, 1941; Engels, 1986). O conceito de saúde somente pode ser determinado considerando-se a realidade de uma sociedade concreta, cujos cidadãos participem tanto da definição de seus contornos gerais quanto do controle de sua fixação em cada caso particular.

## Saúde como conceito dinâmico: o subjetivo, o social, o econômico e o cultural na determinação da saúde

Apesar da força da corrente de pensamento que buscou conceituar a saúde como sendo a ausência de doenças – que se afirmou no século XIX, com o predomínio do paradigma positivista na ciência –, ao longo do século XX as grandes guerras e a evolução teórica sobre o conceito de saúde fizeram com que a humanidade percebesse de forma definitiva a vinculação indissociável entre o estado de saúde das pessoas e o ambiente social onde elas se inserem (Winslow, 1923; Rosen, 1958; Herzlich, 1969). Assim, a sociedade global, logo após a Segunda Guerra Mundial, afirmou que a saúde é um direito essencial dos seres humanos e criou a Organização Mundial da Saúde (OMS), que, no preâmbulo de sua constituição, assim a conceitua: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Esse é o principal conceito jurídico expressamente previsto em um instrumento legal que possui vigência no Brasil, conceito este que veio a ser reforçado pelos artigos 2º e 3º da Lei n. 8.080/90<sup>2</sup>.

1 “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

2 O texto dos arts. 2º e 3º da Lei 8.080/90 detalha o conceito da OMS:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

A complexidade e a amplitude do atual conceito legal de saúde, que reconhece a essencialidade do equilíbrio interno dos seres humanos com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a compreensão da saúde, fazem com que ele somente possa ser determinado em cada realidade socioeconômica e cultural. Ao mesmo tempo, para ter saúde é preciso considerar as características individuais, físicas e psicológicas e, também, o ambiente social e econômico em que vive a pessoa – tanto o ambiente mais próximo das pessoas quanto o ambiente macrorregional ou global. Portanto, ninguém pode, individualmente, ser totalmente responsável por sua saúde. Com efeito, não se pode negar que o arranjo genético influi decisivamente para o aparecimento de doenças, ou que a queda de certa altura implicará, muito provavelmente, uma fratura óssea e que, em ambas as hipóteses, a saúde se encontra prejudicada. Do mesmo modo, uma pessoa angustiada ou deprimida não se dirá saudável. Todas essas situações estão mais próximas das características individuais, embora seja possível encontrar em todas elas traços que as ligariam à organização social ou política que as envolvem.

Em síntese, a saúde é determinada por um conjunto de fatores concretos que orientam a vida do indivíduo. Influem na saúde, portanto, fatores individuais, como as condições físicas e mentais; fatores sociais, como o ambiente urbano insalubre ou a ausência de serviços básicos; fatores econômicos, como a recessão e o desemprego; fatores políticos, como a discriminação e as guerras civis.

A vulnerabilidade e os centros urbanos destacam-se, nesse contexto, como elementos fundamentais de análise e reflexão no que se refere à efetivação plena do direito à saúde, por exigirem do Estado uma atenção especial às necessidades diferenciadas de pessoas em condições vulneráveis, sobretudo nas metrópoles. A identificação dos fatores que causam a vulnerabilidade e a adoção de medidas efetivas de atenção à saúde das pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade são desafios impostos ao Estado brasileiro para a garantia do direito à saúde de forma universal, igualitária e integral.

## **Vulnerabilidades no SUS à luz dos princípios constitucionais de universalidade, igualdade, integralidade e equidade**

A Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, definindo-o, no seu artigo 198, como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde. Os grandes responsáveis pela organização e execução das ações e serviços públicos de saúde são os órgãos do Poder Executivo de cada ente federativo brasileiro. Para auxiliar o administrador público na sua importante tarefa, o legislador constitucional optou por expressamente inserir no texto da Constituição as linhas mestras que deveriam ser seguidas para que o SUS se concretizasse de maneira condizente com a dignidade da pessoa humana e com o pleno respeito aos direitos humanos.

Os princípios do SUS fornecidos pela Constituição Federal servem de base para o sistema e constituem seus alicerces. Uma vez estabelecidos os princípios que organizam o SUS, a Constituição aponta os caminhos (diretrizes) que devem ser seguidos para que se alcancem os objetivos nela previstos. Se os princípios são os alicerces do sistema, as diretrizes são os seus contornos. O recado dado pela Constituição resta evidente: os objetivos do SUS devem ser alcançados de acordo com princípios fundamentais e em consonância com as diretrizes expressamente estabelecidas pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde. Tais princípios e diretrizes vinculam todos os atos realizados no âmbito do sistema (sejam eles da administração direta ou indireta, sejam eles serviços públicos prestados por terceiros privados, sejam eles atos normativos ou fiscalizadores).

Quatro grandes princípios do SUS podem ser extraídos do artigo 196 da Constituição Federal. De acordo com esse artigo, o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Derivam daí os princípios da universalidade do sistema, da igualdade no tratamento dado pelo Estado à saúde de todos. Significa dizer que as ações e os serviços públicos de saúde, realizados, portanto, pelo SUS, devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem e devem ser fornecidos de forma igualitária. De tais princípios

decorre que as ações e os serviços de saúde devem ser prestados sem discriminações de qualquer natureza e gratuitamente, para que o acesso seja efetivamente universal.

O terceiro princípio que pode ser extraído do artigo 196 da Constituição é o da integralidade das ações e serviços de saúde do SUS, que devem abranger a promoção (educação em saúde, espaços de lazer e esporte, por exemplo), a proteção (vigilância em saúde, vigilância sanitária, saneamento básico, por exemplo) e a recuperação (assistência médica hospitalar, ambulatorial e farmacêutica, urgências e emergências, por exemplo) da saúde individual e coletiva.

Finalmente, o SUS deve observar, em sua organização, o princípio da equidade. Por esse princípio, o Estado deve organizar a sua rede pública de saúde de forma que trate desigualmente os desiguais na medida em que se desigalam. O tratamento desigual dado a quem precisa é uma exigência que o princípio da equidade impõe ao Estado justamente para garantir o princípio da igualdade. Se o serviço público de saúde fosse oferecido de forma igualitária a todos, sem consideração das diferenças sociais, biológicas, econômicas ou culturais existentes entre as pessoas, o princípio da igualdade apenas serviria para esconder as iniquidades sociais e individuais e, com isso, preservar ou promover injustiças. Assim, em nome do princípio da equidade é que o SUS organiza serviços voltados à atenção especial de grupos sociais como os idosos, as crianças, as gestantes ou os povos indígenas.

## **PECULIARIDADES DO DIREITO À SAÚDE PARA PESSOAS EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE NOS CENTROS URBANOS**

De acordo com o Censo do IBGE de 2010, vivem nos centros urbanos brasileiros 84,5% da população. Dentro desse grupo populacional urbano, especial destaque deve ser dado para os que vivem nas metrópoles, que são agrupamentos de municípios com alta densidade demográfica, variando de 18,36 habitantes/km<sup>2</sup>, na região de Lages em Santa Catarina, a 2.476,82 habitantes/km<sup>2</sup> na Região Me-

tropolitana de São Paulo. No Brasil há 39 regiões consideradas regiões metropolitanas, que abrigam 46,8% da população brasileira (89.420.179 pessoas) e representam o espaço territorial onde se encontram, de forma concentrada, as diversas condições de vulnerabilidade possíveis, desde as biológicas até as socioeconômicas e culturais, em um contexto de trabalhos precarizados e altos índices de violência.

Esses grandes centros urbanos, destinos mais procurados pelos migrantes e imigrantes por apresentarem melhor realidade econômica e oportunidades de emprego e estudo, pouco se planejam para esse fluxo de novos moradores. Assim, crescem em todas as regiões do país as áreas habitadas por pessoas em moradias precárias, formando ocupações urbanas irregulares que afetam as condições de saúde desses cidadãos.

Essa grande concentração nos centros urbanos resulta também na concentração de pessoas em condição de vulnerabilidade, que, agrupadas conforme a especificidade da vulnerabilidade subjetiva, possuem necessidades específicas de saúde que diversificam as necessidades e tornam, assim, mais complexas as dificuldades de organizar a rede pública de assistência à saúde da população que vive nos centros urbanos.

Seja em razão do grande número de pessoas concentradas em um território urbano, seja em razão das dinâmicas próprias da vida em centros urbanos, o fato é que tanto as vulnerabilidades decorrentes de condições biológicas quanto as decorrentes de condições socioeconômicas e culturais podem ser encontradas com maior prevalência e gravidade nos centros urbanos do que na área rural.

## **INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE E CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE**

No Brasil, país com dimensões continentais, a diversidade geográfica, econômica, social e cultural da população é de grande relevância e impacta fortemente as necessidades de saúde de cada região. Nesse contexto, as políticas públicas de saúde organizadas pelo Estado vêm trabalhando fortemente com o conceito de grupos em condição de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade vem sendo estudado e trabalhado por diversos autores e está relacionado a grupos sociais marginalizados, excluídos dos benefícios e direitos que deveriam ser comuns a todos os cidadãos (Ayres, 1997, 2002; Ayres et al., 2003; Mendes & Tavares, 2011; Janczura, 2012). Essa marginalização confere fragilidade a esses grupos, comumente formados por cidadãos que vivem em contextos socioeconômico-culturais mais precários e complexos.

Quando se trata de pessoas em condição de vulnerabilidade na área da saúde, pode-se identificar claramente dois tipos: vulnerabilidade por condições de saúde, que afeta aqueles que, por alguma condição biológica ou do ciclo de vida, necessitam de cuidado mais específico; e vulnerabilidades socioeconômico-culturais oriundas da condição de vida de determinado grupo e/ou indivíduo, que o torna mais fragilizado socialmente e dependente de tratamento diferenciado a ser dado pelo sistema público de saúde.

Hoje no Brasil muito se discute sobre as iniquidades de saúde que atingem principalmente os grupos em condição de vulnerabilidades socioeconômico-culturais. A análise de alguns indicadores demográficos sociais do país nos permite perceber claramente essas iniquidades. O país, em 2010, totalizou 190.755.799 pessoas, segundo o Censo do IBGE. Desse total, 84,4% residem em área urbana,

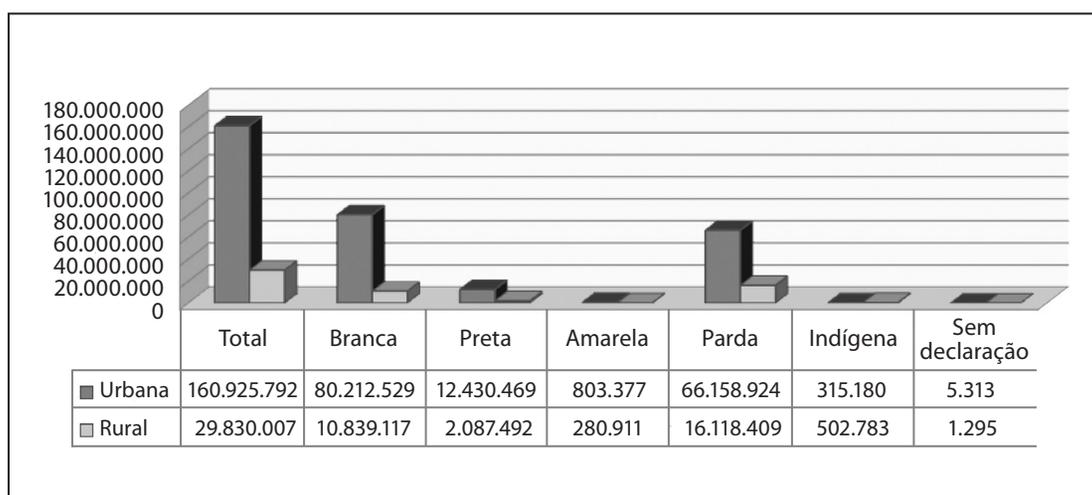
consolidando um modelo de organização da sociedade brasileira extremamente urbanizado e fazendo com que os centros urbanos representem hoje o eixo por onde passa a vida da grande maioria dos brasileiros, exigindo atenção especial na organização do SUS para que essas pessoas tenham acesso às ações e aos serviços públicos de saúde.

As iniquidades no Brasil atingem a população de diversas formas. Considerando-se o nível de alfabetização como uma condição sensível de vulnerabilidade, percebe-se que o analfabetismo concentra-se na zona rural, com maiores proporções dentre a população indígena, parda e preta. Enquanto 5,62% da população branca que vive em centros urbanos é analfabeta, o mesmo problema atinge 10,32% da população preta e 8,35% da população parda que vivem em centros urbanos (IBGE, 2010).

O mesmo fenômeno de vulnerabilidade social de parcela específica de nossa população pode ser verificado em outros indicadores, como renda e moradia. De acordo com o IBGE, os rendimentos mensais dos brancos (R\$ 1.538) e amarelos (R\$ 1.574) se aproximaram do dobro do valor relativo aos grupos de pretos (R\$ 834), pardos (R\$ 845) ou indígenas (R\$ 735). No que se refere a moradia, estudo feito pela Fundação João Pinheiro aponta que 82,5% das famílias que vivem em moradias precárias, inadequadas ou estão sem moradia possuem renda inferior a três salários mínimos (SM);

**FIGURA 1**

**Distribuição da população brasileira por raça/cor e situação de residência**



Fonte: Censo Demográfico do IBGE de 2010

10,1%, renda entre três e cinco SM; 5,6%, renda entre cinco e dez SM; e 1,8%, renda superior a dez SM (Fundação João Pinheiro, 2014).

Recentemente alguns centros urbanos brasileiros vêm sendo destino de um novo tipo de população vulnerável para o país, que é o imigrante ilegal. No município de São Paulo, por exemplo, chamam a atenção das autoridades públicas os fluxos migratórios de haitianos e bolivianos. Enquanto os dados oficiais do IBGE apontavam 17.960 bolivianos vivendo no município de São Paulo em 2010, já no ano de 2013 o Consulado da Bolívia calculava em aproximadamente 100 mil os bolivianos vivendo em São Paulo, muitos em condição irregular (*Folha de S. Paulo*, 2013). Muitos desses imigrantes que chegam aos centros urbanos brasileiros têm dificuldades com a língua, a cultura e, principalmente, com a regularização documental de sua permanência no país, fato que os torna vulneráveis a diversos tipos de problemas sociais (trabalho, renda). A falta de documentos que regularizem a permanência do imigrante ilegal no país afeta o acesso à rede pública de saúde por diversas razões: pelo desconhecimento por parte dos imigrantes de seus direitos relacionados com a saúde no Brasil; pelo medo que os imigrantes em situação irregular têm de se comunicar com agentes do Estado e, assim, ter sua condição de ilegalidade descoberta; e, ainda, pelo desconhecimento dos agentes públicos que atuam na rede de saúde, que recusam o atendimento por falta de documentação.

Vê-se, portanto, que a vulnerabilidade pode ser causada por iniquidades sociais diversas, como renda, cor, educação ou local de moradia. Assim, os desafios do sistema de saúde brasileiro envolvem a necessidade de superar as dificuldades provocadas por essas iniquidades, especialmente nos centros urbanos, que concentram grande parte de nossa população.

## ORGANIZAÇÃO DO SUS PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE

Como sistema universal, o SUS está organizado para atender a todos os que estiverem em território nacional. Para além de sua rede geral

de serviços, voltada a todos indistintamente, o Sistema Único de Saúde brasileiro vem trabalhando na linha de construção de políticas estratégicas que visam contemplar e orientar as ações em saúde para grupos populacionais em condição de vulnerabilidade. Essas políticas podem ser diferenciadas em três tipos, a saber: 1) políticas de saúde voltadas a grupos em vulnerabilidade socioeconômico-cultural; 2) políticas de atenção à saúde indígena; 3) políticas de atenção por fases dos ciclos de vida.

A divisão nesses três tipos considera o objetivo principal de cada política. O primeiro tem o foco principal na equidade da atenção e na quebra de preconceitos; o segundo visa à garantia do acesso à saúde de forma integral e respeitando as diferenciações culturais; já o terceiro foca a orientação técnica e assistencial no cuidado nos diferentes momentos do ciclo de vida ou em condições biológicas específicas, como os privados de liberdade e pessoas com deficiência.

## Políticas de saúde e vulnerabilidades socioeconômicas e culturais

Entre as políticas que visam à equidade na atenção à saúde de grupos em vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, incluem-se políticas para a população negra (Brasil, 2009), população LGBT (Ministério da Saúde, 2013a), populações do campo, da floresta e das águas (Ministério da Saúde, 2013b) ou, ainda, pessoas em situação de rua (Brasil, 2009). Os imigrantes, embora se encontrem em condições de vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, não são assistidos por uma política de saúde específica, estando sujeitos às políticas gerais do SUS.

Essas políticas que focalizam as pessoas em condições de vulnerabilidades socioeconômicas e culturais estão sob a responsabilidade do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. As ações do Ministério da Saúde caminham no sentido de apoiar os movimentos sociais e os conselhos de saúde no exercício do controle social das políticas de saúde, em especial as políticas de pro-

moção da equidade, da educação popular em saúde, e na mobilização social em defesa do direito à saúde. O ministério organiza-se para implementar políticas de promoção da equidade; compreender as condições sociais, econômicas, geográficas, de gênero, raça e orientação sexual como determinantes sociais de saúde; orientar o trabalho de promoção de políticas públicas que ajudem a diminuir as diferenças históricas no acesso ao SUS por parte de diversos grupos vulneráveis, como as populações negra, LGBT, do campo, da floresta e das águas, cigana e em situação de rua.

Há, portanto, um esforço institucional e político no sentido de organizar políticas públicas de saúde que deem atenção peculiar às pessoas em condições de vulnerabilidade social, econômica ou cultural, conforme as suas características específicas.

## Saúde indígena

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, consolidada nos artigos 19A a 19H da Lei 8.080, de 1990, visa à atenção à saúde integral das populações indígenas no território nacional. Os povos indígenas, além de vulnerabilidade socioeconômico-cultural, apresentam uma importante condição de vulnerabilidade epidemiológica, com indicadores de saúde aquém da população brasileira, similares aos da década de 60. As especificidades dessa população garantiram a criação no SUS de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob gestão do governo nacional, atribuído ao Ministério da Saúde através da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Conforme o último Censo do IBGE, de 2010, a população indígena no Brasil é de 897 mil indivíduos, sendo que 325 mil moram em áreas urbanas (Censo IBGE, 2010), vivendo em dupla situação de vulnerabilidade, em decorrência seja de sua origem étnica, seja de sua nova situação de vida em ambiente urbano.

A política de saúde voltada à atenção indígena ainda não se estruturou plenamente. Apesar do avanço obtido com a sua inserção na Lei 8.080/90, ainda está longe a sua efetiva implementação no Brasil.

## Políticas de atenção por características biológicas ou fases do ciclo de vida

As populações que necessitam de especial atenção por fases do ciclo de vida também foram contempladas com políticas específicas. Foram criadas formalmente políticas de saúde voltadas para as crianças (Ministério da Saúde, 2015), para as mulheres (com especial atenção às gestantes – Ministério da Saúde, 2011) e para os idosos (Ministério da Saúde, 2006).

As populações privadas de liberdade também contam com políticas públicas de saúde especiais. A principal denomina-se Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2014). Esse grupo populacional, além de vulnerabilidade socioeconômica decorrente de sua situação de privação de liberdade, apresenta grande vulnerabilidade epidemiológica pela vida em confinamento.

Finalmente, também contam com políticas públicas específicas as pessoas portadoras de deficiências (Ministério da Saúde, 2008). Essa política nacional, instrumento que orienta as ações do setor de saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto n. 3.298/99 (Brasil, 1999), que considera como deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente como aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto, o direito à saúde para pessoas em condições de vulnerabilidade nos centros urbanos conta com uma proteção constitucional clara. No entanto, as condições socioeconômicas do Brasil, bem como o fato de o SUS ainda ser um projeto em andamento, fazem com que a atenção à saúde dos grupos populacionais em condição de vulnerabilidade fique muito aquém do desejado.

Se, de um lado, muito se avançou na especificação de políticas públicas de saúde voltadas para esses grupos populacionais, de outro, a ausência de um sistema público de saúde universal, integral e de qualidade afeta diretamente a qualidade dessas políticas específicas. Para que deem certo, é preciso que o SUS esteja estruturado adequadamente, já que grande parte das ações e dos serviços de saúde voltados aos grupos em condições de vulnerabilidade específicos é prestada no âmbito da rede de serviço geral do SUS.

Há que se considerar, ainda, de que forma a especificação de políticas auxilia na proteção do direito à saúde das pessoas em condições de vulnerabilidade. Se, de um lado, essas políticas chamam a atenção do governante e da sociedade sobre um cuidado especial a ser dado, de outro, a fragmentação excessiva da política de saúde pode prejudicar a própria eficácia e resolubilidade da atenção especial que se quer

dar. Encontrar o equilíbrio entre os serviços gerais do SUS e os serviços especiais a serem oferecidos para os grupos em condições de vulnerabilidade é fundamental.

Importante notar, também, que as políticas de atenção voltadas à população com vulnerabilidades biológicas criadas no Brasil desde o advento do SUS são mais estruturadas e numerosas do que as políticas de atenção à saúde da população com vulnerabilidades socioeconômicas e culturais. Compreender o sentido dessas diferenças é uma tarefa que está colocada à sociedade brasileira, mas certamente a origem de tal diferenciação remonta às históricas desigualdades sociais, políticas e econômicas que caracterizam o Brasil. Enquanto as vulnerabilidades biológicas são universais (todos já fomos crianças, todos seremos idosos...), as vulnerabilidades socioeconômicas e culturais são socialmente setorizadas e atingem em geral grupos populacionais mais pobres ou mais discriminados socialmente.

Finalmente, destaque-se que as políticas de saúde em centros urbanos, para que deem conta da complexidade que envolve o cuidado à saúde nesses ambientes, devem ser planejadas e executadas de forma intersetorial, juntando diferentes conhecimentos técnicos e, principalmente, de forma participativa, de modo que a população se envolva na elaboração, no controle e na avaliação das políticas públicas de saúde em seus territórios.

## BIBLIOGRAFIA

- AYRES, José Ricardo C. M. "Práticas Educativas e Prevenção de HIV/Aids: Lições Aprendidas e Desafios Atuais", in *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (11), 2002, pp. 11-24.
- \_\_\_\_\_; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI-FILHO, H. C. "O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e Desafios", in D. Czeresnia; C. M. Freitas (orgs). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003, pp. 117-39.
- AYRES, José Ricardo C. M. et al. "Aids, Vulnerabilidade e Prevenção", in *Anais do II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids*. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ, 1997, pp. 20-37.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.053 de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm).
- CUTTER, Susan L. "A Ciência da Vulnerabilidade: Modelos, Métodos e Indicadores", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 2011, pp. 59-69.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Global, 1986.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Nota Técnica: Déficit Habitacional no Brasil 2011-2012. Resultados Preliminares. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/deficit-habitacional/363-deficit-nota-tecnica-dh-2012/file>.
- HERZLICH, Claudine. *Santé et Maladie, Analyse d'Une Representation Sociale*. Paris, Mouton, 1969.
- HIPOCRATES. *The Medical Works of Hipocrates*. A new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann. Springfield, Ill. Thomas, 1950.
- MENDES, José Manuel; TAVARES, Alexandre Oliveira. "Risco, Vulnerabilidade Social e Cidadania", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 2011, pp. 5-8.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Série E. Legislação em Saúde. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).

OMS – Organização Mundial da Saúde. Constituição de 1946. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

PARACELTUS. "On Miner's Sickness and Other Miner's Diseases", in *Paracelsus. Four Treatises of Theophrastus von Hohenheim Called Paracelsus*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1941.

PEREIRA, Elvis. "Bolivianos se Tornam a Segunda Maior Colônia de Estrangeiros em SP", in *Folha de S. Paulo*, 16/6/2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/2013/06/1295108-bolivianos-se-tornam-a-segunda-maior-colonia-de-estrangeiros-em-sp.shtml>.

ROSEN, George. *A History of Public Health*. New York, MD Publications, 1958.

WINSLOW, Charles Edward Amory. *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven, Yale University Press, 1923.

# Mobilidade humana e saúde global

*Deisy Ventura*



Marcos Santos/USP Imagens

## resumo

O artigo propõe uma reflexão crítica sobre o crescimento da interface entre mobilidade humana e saúde global. Sustenta que a globalização econômica não propiciou a plena liberdade de circulação internacional das pessoas. Demonstra que a ampla maioria dos deslocados forçados dirige-se aos países em vias de desenvolvimento, que também têm acolhido cerca da metade do contingente de migrantes internacionais. Aponta que a resposta europeia ao aumento do fluxo de migrantes e refugiados ocorrido nos últimos anos e a recente epidemia de ebola na África Ocidental causaram o incremento da securitização da temática da mobilidade humana. Por fim, o artigo propõe a retomada da centralidade do Regulamento Sanitário Internacional como a melhor forma de garantir o direito de migrar durante as crises sanitárias de alcance global.

**Palavras-chave:** saúde global; mobilidade humana; migrações internacionais; refúgio; Regulamento Sanitário Internacional.

## abstract

*This article proposes a critical reflection on the increasing interaction of human mobility with global health. The idea that economic globalization did not bring forth a really full and free international movement of people is supported by this analysis, as well as the fact that most displaced people go to developing countries, which have already sheltered in their territories nearly half of all international migrants. The European response to the intense inflow of migrants and refugees over the last years and the recent Ebola epidemic in Western Africa are considered to be reasons for an increasing securitization of issues concerning human mobility. Finally, this article suggests that the centrality of the International Health Regulations should be resumed as the best way to guarantee the right to migration during worldwide health crises.*

**Keywords:** *global health; human mobility; international migration; refuge; International Health Regulations.*

**S**urgida nos anos 1990, a expressão “saúde global” mobiliza um diversificado leque de atores, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial, a Fundação Bill e Melinda Gates, os Estados, a indústria farmacêutica, as universidades e as mais diversas organizações não governamentais, hoje munidos de recursos financeiros e tecnológicos sem precedentes (Biehl & Petryna, 2014). Embora haja consenso sobre a existência de uma responsabilidade coletiva da comunidade internacional diante das crises sanitárias, é profunda a diversidade entre os interesses políticos e econômicos desses atores (Biehl & Petryna, 2013). Em geral, suas agendas estão associadas à cooperação internacional para o desenvolvimento por meio de programas de prevenção e combate a doenças específicas. Estudos críticos consideram poucos os resultados obtidos no que tange à melhora efetiva da saúde das populações visadas por essas iniciativas (Biehl & Petryna, 2013; Dujardin & Kerouedan, 2014; Kerouedan, 2015).

No campo da saúde global, a saúde dos migrantes tem sido, até hoje, um tema negligenciado (Horton, 2015). Em 2008, uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde determinou que a OMS atribuísse maior importância à saúde dos migrantes no âmbito da ação sanitária internacional (OMS, 2008). Nessa seara, o tema que mereceu maior atenção da OMS foi a migração internacio-

nal dos profissionais de saúde, pelos impactos negativos que ela produz sobre os sistemas de saúde dos países mais pobres. Um código de ética para o recrutamento internacional do pessoal de saúde foi adotado no âmbito da OMS em 2010 (OMS, 2010), mas essa migração continua crescendo em padrões cada vez mais complexos, causando a penúria de profissionais de saúde em ao menos 57 países, principalmente da África (Siyam & Dal Poz, 2014).

Por outro lado, a agenda internacional dedicada à mobilidade humana raramente inclui o setor da saúde (Zimmerman et al., 2011; Carballo & Mboup, 2005). Seus protagonistas são os Estados, especialmente do mundo desenvolvido, além de instituições internacionais como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (Acnur), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em geral, a expressão *mobilidade humana* abarca as *migrações internacionais*, compreendidas como a saída voluntária de uma pessoa (migrante) do território do seu Estado de origem, sendo sua motivação complexa e diversa, e os deslocamentos forçados, em especial o *refúgio*, que corresponde ao ingresso de uma pessoa (refugiado) em território distinto do seu Estado de origem. No entanto, as categorias clássicas dos estudos sobre migrações, tais como refugiados, mulheres e crianças isoladas, mi-

---

**DEISY VENTURA** é professora associada do Instituto de Relações Internacionais e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

grantes econômicos, elites, etc., encontram-se hoje prejudicadas, pois muitas pessoas pertencem a mais de uma categoria ao mesmo tempo ou ao longo de sua vida (Wenden, 2015; Mezzadra, 2015). Do mesmo modo, as tradicionais diferenças entre países de acolhida, partida ou trânsito tornaram-se menos claras, eis que alguns países hoje pertencem simultaneamente a mais de uma categoria.

O presente artigo propõe uma reflexão crítica sobre o crescimento da interface entre mobilidade humana e saúde global. Baseado em documentos e na literatura especializada, sustenta que a globalização econômica não propiciou a plena liberdade de circulação internacional das pessoas, e que a ampla maioria dos refugiados dirige-se aos países em vias de desenvolvimento, que também têm acolhido cerca da metade do contingente de migrantes internacionais. A seguir, explora dois fenômenos que têm contribuído para que a mobilidade humana seja cada vez mais apresentada como “crise” ou “problema”, no sentido pejorativo desses termos: a resposta europeia ao aumento do fluxo de migrantes e refugiados ocorrido nos últimos anos, e a epidemia de ebola na África Ocidental (2014-2015). Por fim, o artigo propõe a retomada da centralidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da OMS (Brasil, 2009) como melhor forma de enfrentar as crises sanitárias de alcance global, pois sua implementação consagra o multilateralismo, pautado pelo interesse das populações e não de um Estado específico, e exige o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde.

## CARACTERÍSTICAS ATUAIS DA MOBILIDADE HUMANA

A liberdade de circulação internacional de pessoas, considerada como uma das principais características da globalização econômica, é exercida de modo assimétrico no mundo contemporâneo. Cerca de 1,1 bilhão de turistas realizam viagens internacionais a cada ano (UNWTO, 2015), enquanto mais de dois terços da população do planeta permanecem absolutamente sedentários por falta de recursos materiais ou de rede de contatos que permita seu deslocamento (Wenden, 2015).

Quando se trata da radicação em um país para fins de residência temporária ou definitiva,

há atualmente um direito de saída praticamente generalizado, enquanto o direito de entrada é raramente reconhecido. Sendo a política migratória uma prerrogativa da soberania nacional, os Estados podem restringir tanto o ingresso de “estrangeiros” em seu território como os direitos dos que já nele se encontram. Um dos tratados internacionais de direitos humanos com menor adesão é o referente aos direitos dos migrantes. Até hoje, apenas 48 Estados, e entre eles nenhum país desenvolvido, aceitaram a Convenção das Nações Unidas sobre a proteção dos direitos dos trabalhadores migrantes e de suas famílias, adotada em 1990 (ONU/ACNUDH, s/d).

As dificuldades de acesso a direitos, porém, não têm causado a diminuição dos fluxos migratórios. Em 2013, o número de migrantes internacionais foi estimado em 232 milhões de pessoas ou 3,2% da população mundial, não havendo alterações significativas desse percentual desde 1995 (ONU, 2013). Estima-se que 130 milhões de pessoas tenham partido do sul ao norte e de um país a outro do norte, e 110 milhões do norte ao sul e de um país a outro do sul (Wenden, 2013). As políticas migratórias restritivas predominam nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, em geral, não há restrição de ingresso, mas a ausência de políticas migratórias produz efeitos equivalentes aos das políticas restritivas. A facilidade de cruzar fronteiras porosas é sucedida por uma grande dificuldade de obter a regularização migratória. A situação migratória irregular torna a pessoa mais suscetível à precarização das condições de trabalho, aumentando o risco de degradação de sua saúde, dificultando assim a inclusão social e econômica dos migrantes, como ocorre, por exemplo, nos Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).

Nos últimos quatro anos, a persistência ou o agravamento de conflitos armados causou o aumento vertiginoso dos deslocamentos forçados. No ano de 2014, havia no mundo 59,5 milhões de deslocados forçados, em sua maioria em decorrência de conflitos armados, entre eles 19,5 milhões de refugiados, 38,2 milhões de deslocados internos e 1,8 milhão de solicitantes de refúgio, tendo a apatridia – a ausência ou perda de vínculo de nacionalidade com um Estado – afetado pelo menos 10 milhões de pessoas (UNHCR, 2015). Elas deveriam beneficiar-se tanto do direito dos

refugiados como do direito humanitário. Até hoje 145 Estados, inclusive do mundo desenvolvido, ratificaram a Convenção das Nações Unidas sobre o estatuto dos refugiados, mas ela tem sido sistematicamente violada, principalmente pelos Estados europeus (ONU/ACNUDH, s/d). Já as Convenções de Genebra de 1949, que constituem a base do direito humanitário, foram subscritas por 196 Estados, mas encontram limites materiais significativos em sua implementação.

A Síria gerou o maior número tanto de deslocados internos (7,6 milhões) quanto de refugiados (3,88 milhões), seguida por Afeganistão (2,59 milhões de refugiados) e Somália (1,1 milhão de refugiados). Os países e regiões em desenvolvimento acolhem 86% dos refugiados. Entre eles, Turquia, Paquistão e Líbano abrigam atualmente 30% dos refugiados do mundo, seguidos por Irã, Etiópia, Jordânia e Quênia. Em julho de 2015, a Turquia acolhia 1,8 milhão de refugiados sírios, enquanto 1,1 milhão encontrava-se no Líbano (UNHCR, 2015).

Já na Europa, ao longo dos seis primeiros meses de 2015, 137 mil pessoas teriam desembarcado nas costas espanholas, gregas, italianas e maltesas, o que corresponderia a 83% a mais do que os 75 mil chegados no primeiro semestre de 2014 (OCDE, 2015). Esses dados demonstram que o atual fluxo de migrantes e refugiados em direção à Europa, embora ascendente, tem merecido uma repercussão política desproporcional à dimensão global do fenômeno, gerando a falsa ideia de que o “problema” da migração e do refúgio concerne principalmente ao mundo desenvolvido.

## MIGRANTES E REFUGIADOS COMO AMEAÇA OU RISCO

Estende-se ao mundo a percepção europeia de que a migração e o refúgio são fontes de temores e “problemas”, justificando a inclusão preferencial do tema da mobilidade humana nas agendas de segurança nacional e internacional (Moulin, 2011). As políticas voltadas à contenção dos fluxos migratórios são frequentemente incompatíveis com a promoção da saúde dos migrantes e refugiados.

No campo da saúde há igualmente o enfoque da mobilidade humana como “ameaça” ou “risco”

que deve ser administrado globalmente (Gushulak, Weekers & Macpherson, 2009). Essa ideia encontra-se na própria origem da expressão *saúde global* (Kerouedan, 2015). Priorizando a proteção da saúde da população do país de acolhida diante do possível contágio por doenças específicas trazidas por um “estrangeiro” (Gushulak & MacPherson, 2006; Ingleby, 2009), esse enfoque pode justificar a exclusão do migrante ou refugiado (Ingleby, 2009). Originado nas quarentenas medievais, em geral desenvolve-se no campo da segurança sanitária, implementada especialmente por meio do controle de doenças transmissíveis, tais como a tuberculose e a gripe (Zimmerman et al., 2011), e retoma sua força cada vez que uma crise sanitária alcança repercussão global. Por exemplo, “graças ao ebola, a segurança da saúde global é hoje uma prioridade” (Horton, 2015).

Há outros dois paradigmas importantes (Ingleby, 2009). O enfoque da *saúde pública* é mais neutro, buscando o aumento do nível geral de saúde das populações para qualificar a força de trabalho e reduzir as despesas públicas do setor. Já o enfoque dos *direitos humanos* preconiza o direito à saúde para todos, inclusive os migrantes em situação irregular. Não somente os movimentos sociais construíram a causa dos imigrantes como uma luta por direitos (Fassin, 2009), mas também instituições como a OMS, a OIM e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) filiam-se a esse enfoque. Sob esse prisma, restringir o direito dos migrantes aumenta sua vulnerabilidade e cria ou amplifica iniquidades relacionadas à saúde, enquanto reconhecer esses direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a longo prazo, e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de acolhida (OMS, ACNUDH, OIM, 2013). A vulnerabilidade dos migrantes e refugiados deve então ser analisada sob dois ângulos: primeiro, pelas características individuais da pessoa ou de seu grupo (como gênero, idade, deficiências, níveis de segurança e educação); segundo, por causas estruturais básicas, como condições de trabalho e vida, nível de proteção jurídica e situação migratória no país de acolhida, exposição a crimes e a conflitos, barreiras linguísticas e culturais, nível de proteção durante o processo de migração e eventual detenção (OMS, ACNUDH, OIM, 2013).

## DECLÍNIO DA SAÚDE DO MIGRANTE NA EUROPA: ENTRE SECURITIZAÇÃO E AUSTERIDADE

Os fluxos migratórios chegados ao território europeu são complexos e diversos. Um dos raros consensos existentes na literatura especializada é o de que as desigualdades sociais estão vinculadas à iniquidade no acesso à saúde (Cognet et al., 2012; Sargent & Larchanché, 2011). A literatura especializada refere uma certa vantagem dos migrantes sobre os nacionais, causada pelo fato de que, em geral, são os migrantes em boa saúde que conseguem migrar (*healthy migrant effect*), além de uma distorção dos indicadores de mortalidade de migrantes devido ao retorno daqueles que desejam morrer em seu país de origem (*salmon bias effect*) (Jusot et al., 2009). No entanto, estudos mais recentes constatarem uma deterioração da saúde dos migrantes e refugiados nos anos que se seguem à sua chegada aos países de imigração (Cognet et al., 2012; Jusot et al., 2009). Na limitada medida em que as informações são disponíveis e as generalizações são possíveis, considera-se que os migrantes e refugiados que se encontram em território europeu são em princípio mais vulneráveis às doenças transmissíveis, às doenças profissionais e aos problemas de saúde mental, em geral causados por más condições de vida e trabalho (ONU, 2013), ao isolamento ou à exclusão social por barreiras diversas, entre elas o idioma (Rechel et al., 2011), além de traumas relacionados à travessia ou à causa do deslocamento, por exemplo, a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero no país de origem (Alessi et al., 2015).

O aumento do fluxo de pessoas em direção à Europa evidencia a urgência da adoção ou incremento de políticas específicas de proteção à saúde de migrantes e refugiados, mas elas são dificultadas pelas políticas de austeridade e pela securitização do tema das migrações.

A crise econômica mundial que teve início em 2008 fez com que os países europeus buscassem a redução de seus déficits públicos, submetendo o setor da saúde e outros relacionados à proteção social a restrições orçamentárias significativas ou a amplos processos de reforma (Van Gool & Pearson, 2014). Estudos recentes estabeleceram o nexos de causalidade entre as políticas de austeridade e o aumento

dos indicadores de problemas de saúde mental e de desigualdade social (Barr et al., 2015). Em Portugal, por exemplo, os cortes no orçamento da saúde têm dificultado o acesso a medicamentos, tratamentos e meios complementares de diagnóstico, em especial na periferia da capital portuguesa, onde vive a maioria dos migrantes (Padilla, 2013). Na Espanha, desde 2012 os migrantes em situação irregular foram privados do acesso gratuito ao sistema de saúde (Roulan, 2015; Bosch et al., 2014). Vale notar que Espanha e Portugal, quando do auge de sua prosperidade econômica, foram referências europeias em matéria de políticas em prol da saúde do migrante (Padilla, 2013; Roulan, 2015). Na França, na Inglaterra e na Suíça, as restrições ao acesso à saúde das pessoas em situação migratória irregular são crescentes, sob os argumentos de que os migrantes “abusam” dos sistemas de saúde por meio de fraudes, e de que o acesso à saúde constitui uma das motivações da migração, ambos já desmentidos por estudos específicos (Alaoui & Nacu, 2010). A estigmatização dos “estrangeiros” tem justificado a restrição de seus direitos (Fassin, 2009) num processo que Sandro Mezzadra (2015) definiu como “ilegalização dos migrantes”.

No âmbito da União Europeia, o foco do debate tem sido a possibilidade de “punição” dos Estados que “falham” na contenção dos fluxos migratórios, assim como o fortalecimento da Agência Europeia de Gestão da Cooperação Operacional nas Fronteiras Externas (Frontex). Assim, a despeito das políticas de austeridade, os países europeus investem cada vez mais no controle de fronteiras, que compreende investimentos em centros de detenção, armas e pessoal de segurança, além da construção de muros em diversos países, ampliando o processo de securitização das migrações que tem se desenvolvido na Europa nas últimas décadas (Velasco, 2013). Recentemente, os orçamentos de segurança e defesa em diversos países receberam dotações adicionais em resposta aos atentados cometidos contra a população civil em Paris, em 13 de novembro de 2015. Um estudo recente aponta o amálgama entre a “potencialidade terrorista” representada pelo “estrangeiro” e a imagem dos migrantes (Wermuth & Godoy, 2015). Contudo, o investimento em segurança parece fadado ao fracasso, pois as causas da migração massiva só tendem a crescer, principalmente os conflitos ar-

mados, a escassez de recursos, os danos ao ecossistema e o colapso econômico (Horton, 2015).

Em 23 e 24 de novembro de 2015, em Roma, a OMS organizou uma reunião de altos representantes dos Estados da região europeia, africana e do Mediterrâneo oriental, além de instituições como a Comissão Europeia, o Acnur, a OIM e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), com o intuito de definir uma compreensão comum sobre a saúde de refugiados e migrantes, a fim de subsidiar um plano de ação a longo prazo, a ser adotado em 2016. A OMS alertou as autoridades europeias para os riscos trazidos pela chegada do inverno, especialmente de gripe, infecções respiratórias e hipotermia, considerando que grandes contingentes de pessoas passarão a noite ao relento ou em abrigos sem aquecimento (WHO, s/d). Uma declaração conjunta da OMS, do Acnur e do Unicef afirma que os refugiados e solicitantes de refúgio devem beneficiar-se de um acesso equitativo e não discriminatório à saúde, especialmente da vacinação, independentemente de sua situação migratória (WHO, UNHCR, Unicef, 2015). Sustenta ainda que os sistemas de saúde dos países europeus de acolhida são bem equipados para diagnosticar e tratar doenças, e que em virtude do RSI todos os países devem dispor de sistemas eficazes de vigilância e notificação.

## CENTRALIDADE DO RSI NA INTERFACE ENTRE MOBILIDADE HUMANA E SAÚDE GLOBAL

Em 8 de agosto de 2014, a OMS declarou que a epidemia de ebola na África Ocidental constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), ou seja, um evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública para outros Estados devido à propagação internacional de qualquer agravo que possa representar um dano significativo para seres humanos (Brasil, 2009). O ebola foi a terceira ESPII declarada pela OMS, após a gripe A(H1N1), declarada em 25 de abril de 2009, e a seguir reconhecida como uma pandemia, em 11 de junho de 2009, e o poliovírus selvagem, declarado em 5 de maio de 2014. Em virtude do artigo 2º do RSI, a propagação internacional de doenças deve ser controlada de maneira proporcional e restrita aos riscos para a saúde pública, evi-

tando interferências desnecessárias no tráfego e no comércio internacionais.

No caso do ebola, a OMS recomendou expressamente que o tráfego de pessoas provenientes das zonas afetadas não fosse restrito (OMS, 2014) a fim de evitar prejuízos ao fluxo de profissionais de saúde e de ajuda internacional e a estigmatização das pessoas oriundas dos Estados mais atingidos pela epidemia. No entanto, supostamente por temerem a migração em massa oriunda da África Ocidental (Koser, 2015), países como Austrália e Canadá, que foram importantes atores da negociação do RSI, modificaram sua legislação migratória durante a crise, impedindo a entrada em seu território de quem tivesse passado pela região (Koser, 2015; Austrália, 2014; Canadá, 2014) sem justificativa científica ou sanitária plausível (Fidler, 2015). Porém, uma análise histórica das crises sanitárias atesta que elas não são, em princípio, causadoras de migrações em grande escala, e que é praticamente impossível atribuir um deslocamento populacional a uma só causa, por exemplo, uma epidemia (Koser, 2015). No Brasil, a repercussão dessa crise gerou a estigmatização de migrantes negros, ainda que não oriundos da África Ocidental. Instituições como a Polícia Federal e a Receita Federal ameaçaram fazer greve diante dos supostos riscos de contaminação no atendimento de migrantes nos postos de fronteira do Acre, onde existe um fluxo intenso de migrantes haitianos.

A implementação completa do RSI na África Ocidental teria sido uma garantia muito mais eficaz contra a migração massiva do que as restrições à mobilidade humana adotadas pelos Estados (Heymann, 2015). O Regulamento é hoje a única norma internacional capaz de coibir decisões injustificadas de fechar fronteiras e de deter ou expulsar migrantes que fugiram de crises sanitárias. O desgaste político sofrido pela OMS, especialmente por sua resposta deficitária diante do ebola (*The Lancet*, 2014), tem contribuído para que o RSI não mereça a devida atenção na agenda da saúde global. Mas provavelmente a maior dificuldade de priorizar a implantação do RSI é que ele pressupõe um debate sobre a repartição do poder, com grande repercussão econômica, política e sanitária (Lima & Costa, 2015).

Para que o RSI possa ser eficaz, é indispensável o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. Desde a sua entrada em vigor, em 15 de junho de 2007,

os 196 Estados partes são obrigados a comunicar em tempo hábil à OMS as informações exatas e detalhadas sobre a existência de qualquer evento que possa corresponder à definição de ESPII. Para honrar essa obrigação, os Estados comprometeram-se a desenvolver capacidades nacionais que implicam a existência de um sistema de vigilância sanitária e epidemiológica eficiente. Entretanto, em novembro de 2014, apenas 64 Estados declararam à OMS que as normas mínimas concernentes às capacidades nacionais haviam sido respeitadas (OMS, 2015). A recente epidemia de ebola revelou a precariedade dos sistemas de saúde dos países mais atingidos pela epidemia (Guiné, Libéria e Serra Leoa), mas também a absoluta ausência de estratégias multilaterais ou de financiamento para que os Estados mais pobres pudessem implementar o RSI (Fidler, 2015). Mais do que omissão, estudos recentes indicam o papel decisivo do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial na decadência dos sistemas de saúde da África Ocidental, por meio de políticas de ajuste estrutural que ocasionaram a demissão ou a redução de salários do pessoal de saúde (Kentikelenis et al., 2015; Wallace et al., 2015).

Com o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, os Estados seriam menos dependentes dos programas globais direcionados ao combate de doenças específicas. Por conseguinte, a abordagem internacional da saúde do migrante e do refugiado está relacionada aos embates que estão em jogo na formulação de políticas migratórias nacionais e regionais, mas igualmente aos que existem no próprio campo da saúde global. Segundo Marcos Cueto (2015), desde os primórdios da cooperação internacional sanitária dois enfoques estão em disputa: o primeiro tem como foco o uso de tecnologias modernas para o controle de doenças, a captação de recursos dos doadores privados e o vínculo entre a saúde pública e o crescimento econômico, enquanto o segundo, em geral chamado de enfoque social da saúde global, prioriza a redução das desigualdades entre Estados e dentro dos Estados. O desafio da mobilidade humana evidencia os limites da primeira abordagem e convoca a comunidade acadêmica a desenvolver com urgência, no âmbito da segunda, uma agenda de pesquisa crítica sobre a mobilidade humana e a saúde global.

## BIBLIOGRAFIA

- ALAOUI, M. H.; NACU, A. "Soigner les Étrangers en Situation Irrégulière", in *Hommes & Migrations*, 1.284(2), 2010, pp. 163-73.
- ALESSI, E. J. et al. "The Darkest Times of my Life': Recollections of Child Abuse Among Forced Migrants Persecuted Because of Their Sexual Orientation and Gender Identity", in *Child Abuse & Neglect*, v. 51, 2016, pp. 93-105.
- AUSTRÁLIA. Department of Immigration and Border Protection. PCF2014/525. Visa Framework - Policy - Ebola Virus Disease (EVD) visa arrangements - Affected countries. 2014.
- BARR, B. et al. "Trends in Mental Health Inequalities in England During a Period of Recession, Austerity and Welfare Reform 2004 to 2013", in *Social Science & Medicine*, 147, 2015, pp. 324-31.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. "Critical Global Health", in J. Biehl & A. Petryna (orgs.). *When People Come First*. Princeton, Princeton University Press, 2013. pp. 2-20.
- \_\_\_\_\_. "Peopling Global Health", in *Saúde e Sociedade*, 23(2), 2014, pp. 376-89.
- BOSCH, X. et al. "The Painful Effects of the Financial Crisis on Spanish Health Care", in *International Journal of Health Services*, 44, 2014, pp. 25-51.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. Brasília, Anvisa, 2009.
- CANADÁ. *Gazette du Canada*. Partie I, v. 148, n. 8, édition spéciale. Ottawa, 31/10/2014.

- CARBALLO, M.; MBOUP, M. *International Migration and Health*. Paper. Global Commission on International Migration (GCIM), 2005.
- COGNET, M. et al. "Expériences de la Santé et du Soins en Migration: entre Inégalités et Discriminations", in *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28(2), 2012, pp. 7-10.
- CUETO, M. *Saúde Global: Uma Breve História*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2015.
- DUJARDIN, B.; KEROUEDAN, D. "Pourquoi les Nations Unies échouent en matière de santé", in *Visionscarto*, 27 novembre 2014. Disponible em: <http://visionscarto.net/pourquoi-les-nations-unies>.
- FASSIN, D. "Le Droit d'Avoir des Droits", in *Hommes et Migrations*, 1.282, 2009, pp. 20-3.
- FIDLER D. "The Ebola Outbreak and the Future of Global Health Security", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.884-901.
- GUSHULAK, B. D.; MACPHERSON, D. W. "The Basic Principles of Migration Health: Population Mobility and Gaps in Disease Prevalence", in *Emerging Themes in Epidemiology*, 3(1), 2006, p. 3.
- GUSHULAK, B.; WEEKERS, J.; MACPHERSON, D. "Migrants and Emerging Public Health Issues in a Globalized World: Threats, Risks and Challenges, an Evidence-Based Framework", in *Emerging Health Threats Journal*, 2, 2009, p. 10.
- HEYMANN, D. "The True Scope of Health Security", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.884-901.
- HORTON, R. "Offline: What the War Against ISIL Means for Health", in *The Lancet*, 386(10009), 2015, p. 2.126.
- HORTON, R.; DAS, P. "Global Health Security Now", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.805-6.
- INGLEBY, D. "La Santé des Migrants et des Minorités Ethniques en Europe", in *Hommes et Migrations*, 1.282, 2009, pp. 136-50.
- JUSOT, F. et al. "Inégalités de Santé Liées à l'Immigration en France. Effet des Conditions de Vie ou Sélection à la Migration?", in *Revue Économique*, 60(2), 2009, pp. 385-411.
- KENTIKELINIS, A. et al. "The International Monetary Fund and the Ebola Outbreak", in *The Lancet Global Health*, 3(2), 2015, pp. e69-e70.
- KEROUEDAN, D. "Les Bonnes Pratiques de la Global Health. Améliorer la Santé ou Bien Gérer l'Argent?", in A. Klein et al. (orgs.). *Les Bonnes Pratiques des Organisations Internationales*. Paris, Presses de Sciences Po, 2015, pp. 97-112.
- KOSER, K. "International Migration and Global Health Security: Five Lessons from the Ebola Crisis", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.884-901.
- LIMA, Y.; COSTA, E. "Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no Ordenamento Jurídico-Administrativo Brasileiro", in *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(6), 2015, pp. 1.773-83.
- MEZZADRA, S. "Multiplicação das Fronteiras e das Práticas de Mobilidade", in *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 23(44), 2015, pp. 11-30.
- MOULIN, C. "Eppur si Muove: Mobilidade Humana, Cidadania e Globalização", in *Contexto Internacional*, 33(1), 2011, pp. 9-17.
- OCDE – The Organisation for Economic Co-operation and Development. *International Migration Outlook 2015*. Paris, OCDE, 2015.
- OMS. A68/22 Add.1 Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Report by the Director-General. Genebra, 27/3/2015.
- OMS, ACNUDH, OIM. *International Migration, Health and Human Rights*. Genebra, OIM, 2013.

- OMS. Health of Migrants. Sixty-first World Health Assembly. WHA61.17. 2008.
- OMS. Statement on the 1st Meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 - Ebola Outbreak in West Africa, 2014.
- OMS. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. WHA63.16. 2010.
- ONU. Department of Economic and Social Affairs Population Division Technical Paper n. 2013/6. Global Migration: Demographic Aspects and Its Relevance for Development. Nova York, ONU, 2013.
- ONU/ACNUDH. Human Rights Treaties – Ratifications, Reservations and declarations. Disponível em: <https://treaties.un.org>.
- PADILLA, B. "Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal", in *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 21, n. 40, 2013, pp. 49-68.
- RECHEL, B. et al. "Migration and Health in the European Union: an Introduction", in Rechel et al. (orgs.). *Migration and Health in the European Union*. Nova York, McGraw Hill, 2011, pp. 3-16.
- ROULAN B. "La Santé des Migrants Internationaux dans la Province d'Almería: Indicateur de Différenciations et d'Inégalités", in *(Géo)politique et Santé*, 26(2), 2015.
- SARGENT, C.; LARCHANCHÉ, S. "Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness and Acces to Care", in *Annual Review Anthropology*, 40, 2011, pp. 345-61.
- SIYAM, A.; DAL POZ, M. *Migration of Health Workers: the WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis*. Genebra, OMS, 2014.
- THE LANCET. "Ebola: a Failure of International Collective Action", in *The Lancet*, 384 (9944), 2014, p. 637.
- UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Trends – Forced Displacement in 2014*. Geneva, UNHCR, 2015.
- UNWTO – World Tourism Organization. *Annual Report 2014*. Madri, World Tourism Organization, 2015.
- VAN GOOL, K.; PEARSON, M. "Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries", in *OECD Health Working Papers*, n. 76, 2014.
- VELASCO, S. *Imigração na União Europeia: uma Leitura Crítica a Partir do Nexo entre Securitização, Cidadania e Identidade Transnacional*. Campina Grande, EDUEPB, 2013.
- WALLACE, R. G. et al. "Did Neoliberalizing West African Forests Produce a New Niche for Ebola?", in *International Journal of Health Services*, 2015.
- WENDEN, C. W. de. *Faut-il Ouvrir les Frontières?*. Genebra, Caritas, 2015.
- \_\_\_\_\_. *La Question Migratoire au XXIe siècle: Migrants, Réfugiés et Relations Internationales*. Paris, Presses de Sciences Po, 2013.
- WERMUTH, M.; GODOY, G. "O Controle Penal dos Fluxos Migratórios e a Mixofobia na União Europeia", in *Cadernos de Direito Actual*, 3, 2015, pp. 29-51.
- WHO. The Challenges of Migration Require Migrant-Sensitive Health Systems for Today and for the Future. Statement by Dr Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int>.
- WHO; UNHCR; UNICEF. "Joint Technical Guidance: General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region". Roma, 23 de novembro de 2015.
- ZIMMERMAN, C. et al. "Migration and Health: a Framework for 21st Century Policy-Making", in *Plos Medicine*, 8(5), 2011, e10001034.

# Violência urbana e saúde

*Maria Fernanda Tourinho Peres*

*Caren Ruotti*



Marcos Santos/USP Imagens

## resumo

O artigo problematiza a conformação da “violência urbana” no país e sua centralidade nas percepções e vivências cotidianas da população, elegendo como caso específico o município de São Paulo. Considera-se a categoria da “violência urbana” em suas diferentes perspectivas, ou seja, como representação e problema social, bem como objeto de interesse de diferentes campos de saber e de intervenção, com destaque para o campo da saúde pública.

**Palavras-chave:** violência urbana; município de São Paulo; prevenção da violência; saúde pública.

## abstract

*The article discusses the conformation of urban violence in the country and its central role in everyday perceptions and experiences of the population; and draws particularly on the case of the city of São Paulo. The category of urban violence is considered from its different perspectives, namely as representation and social problem as well as a growing interest in different fields of knowledge and intervention, especially in the field of public health.*

**Keywords:** urban violence; São Paulo City; violence prevention; public health.

**A** “violência urbana” é uma das expressões circulantes no vocabulário usual das quais temos um conhecimento prático. Todos aqueles que vivem em centros urbanos têm uma percepção mais ou menos clara do que é essa violência, notadamente devido a um conjunto de vitimizações sofridas. Assim, seja por experiências diretas ou de familiares e amigos, seja por notícias veiculadas pela mídia, formam-se representações sobre essa violência, com efeitos em diferentes níveis de insegurança social. Entretanto, quando nos detemos sobre essa própria expressão, observamos o quanto ela comporta imprecisões, limites pouco definidos e uma multiplicidade de significados. Essa multiplicidade advém não só da variedade de fenômenos que a violência urbana pode comportar, mas por constituir-se, ao mesmo tempo, em: representação social (Machado da Silva, 2008), objeto de investigação de diferentes campos de saberes, e problema social, que adquiriu posição central como fonte de preocupação em diferentes países.

No interior dessa multiplicidade, esse termo faz referência a processos macroestruturais que vêm alterando as dinâmicas sociais globais. Primeiramente, destaca-se o caráter cada vez mais urbano da composição populacional: pela primeira vez a maioria da população mundial mora em cidades, e essa proporção continua crescendo (WHO, 2010). Com essa transformação, conse-

quência de um conjunto de mutações socioeconômicas, deslocam-se as pessoas, mas também o lugar e o caráter dos conflitos sociais. De um lado, as cidades configuram-se como locais onde se coadunam expectativas de melhores condições de vida, o que tem se concretizado quando se observa que parcela dos seus moradores tem obtido melhorias sociais e econômicas substanciais, inclusive ao se beneficiarem da maior oferta de serviços e suportes sociais. Por outro, as condições de vida nas cidades têm proporcionado uma série de riscos e ameaças, como mutações ambientais, que podem afetar a todos igualmente, mas também dificuldades sociais e econômicas, que geralmente comprometem diferencialmente a população, como desemprego, condições de moradia inadequadas, falta de acesso a serviços sociais, e aqueles associados à violência urbana (WHO, 2010).

No Brasil, de forma similar, é crescente a tendência de urbanização. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001; 2011), na década de 1970 mais da metade da população residia em áreas urbanas. Em

---

**MARIA FERNANDA TOURINHO PERES** é professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisadora do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da USP.

**CAREN RUOTTI** é doutoranda pelo Departamento de Sociologia da FFLCH-USP e pesquisadora do NEV/USP.

2000, esse valor ultrapassou a marca de 80%, chegando a 84,4%, em 2010. Proeminente também é a situação de grandes disparidades sociais. Comparando-se as populações urbana e rural, embora alguns indicadores, como o analfabetismo<sup>1</sup>, demonstrem os efeitos positivos de viver em cidades, muitos outros sinalizam os efeitos negativos dessa nova composição, como o déficit habitacional no país e as condições precárias de residência. Nesse sentido, ressalta-se que quase 5% dos setores censitários do país são aglomerados subnormais<sup>2</sup>, sendo a maior parte no Sudeste (55,5%), que concomitantemente apresenta maior grau de urbanização (92,9%) (IBGE, 2013). Desse modo, muitas cidades figuram como composições sociais onde existem muitos contrastes, tanto de riquezas como de acesso a diferentes direitos.

É nesse contexto de expressivo (e acelerado) incremento populacional das cidades e de significativas desigualdades que a “violência urbana”, como problema social, ganhou proporções crescentes no Brasil contemporâneo, conformando-se como foco de interesse e atuação de diferentes campos do conhecimento e de políticas públicas. Entre esses, tem-se o campo da saúde, para o qual essa problemática impôs-se devido aos seus efeitos diretos sobre o padrão de mortalidade e morbidade da população, gerando demandas aos seus serviços e incitando o desenvolvimento de estratégias não só de tratamento e reabilitação, mas de prevenção.

A partir dessas considerações, este artigo apresenta duplo objetivo: circunscrever a problemática da “violência urbana”, tomando como foco o município de São Paulo (MSP), e discutir as consequências de exposição a esse tipo de violência e possibilidades de intervenção, tendo como referência o olhar específico do campo da saúde.

1 Em 2010, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE, a taxa de analfabetismo foi de 22,9% para a população rural e de 7,1% para a urbana.

2 “[...] um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas, etc.) carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e/ou densa” (IBGE, 2013, notas técnicas).

## CONTORNOS DA VIOLÊNCIA URBANA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A constituição do MSP como grande centro urbano, impulsionado pelo desenvolvimento econômico e pelo amplo fluxo migratório, teve como consequências concentrar pessoas, riquezas, mas também desigualdades e situações de violência. Assim, dentre um conjunto de fenômenos que vão adquirindo intensidade, destaca-se a violência urbana, que revela e produz um forte tensionamento social. Revela um conjunto de desigualdades sociais: no acesso à cidade e ao que ela pode oferecer, em relação ao mercado de trabalho e ao consumo, bem como a um conjunto de direitos. Produz não só vítimas fatais e não fatais, mas medo e desconfiança social, com efeitos não menos perversos ao estimular a demanda e o apoio a resoluções igualmente violentas. Com a finalidade de delinear esse tensionamento, os itens a seguir apresentam alguns dos aspectos que moldam essa violência no MSP (em semelhança com outras localidades do país), com destaque para as altas taxas de mortalidade por homicídio, as alterações nos moldes da criminalidade, a exposição a diferentes formas de vitimizações cotidianas, assim como a violência policial.

### Os homicídios e suas maiores vítimas

O MSP apresentou, até o final de 1990, uma das maiores taxas de mortalidade por homicídio (TMHs) entre as capitais do país. Conforme o Ministério da Saúde, a TMH em São Paulo cresceu 229% entre 1980, quando ocupava a nona posição entre as capitais (com uma taxa de 20,3 por 100 mil), e 1999, quando passou a ocupar a segunda posição (com uma taxa de 66,7 por 100 mil habitantes). Após esse período, no entanto, verifica-se uma inversão e um forte decréscimo. Entre 1999 e 2007, essa redução foi da ordem de 74%, passando de 66,7 para 17,4 por 100 mil habitantes. Assim, o MSP, que em 1999 ocupava a segunda posição entre as capitais, passou a 23ª lugar em 2006, com uma das TMHs mais baixas do país.

Em relação ao período de intensificação, é possível ressaltar que essa foi uma tendência

que se propagou por todo o território nacional, embora com magnitudes diferenciadas, configurando uma situação de extrema gravidade (Peres, 2015). As localidades mais atingidas foram e ainda são áreas predominantemente urbanas, que apresentam diferenças significativas em termos de condições de vida da população, apesar das especificidades regionais. Ademais, no interior desses mesmos centros urbanos, são as áreas de maior sobreposição de desvantagens socioeconômicas aquelas que apresentam maior ocorrência (Adorno, 2002; Cardia, Adorno & Poletto, 2003).

Essa situação proporcionou amplo debate a fim de compreender a relação entre as condições socioeconômicas e a mortalidade por homicídio, considerando não só indicadores de renda, mas uma gama de fatores que em conjunto produziram maior vulnerabilidade (Barata & Ribeiro, 2000; Cano & Santos, 2001; Cardia, Adorno & Poletto, 2003; Gawryszewski & Costa, 2005). Mais do que a pobreza, os estudos notam as desigualdades nas condições de vida e os seus efeitos no acesso aos diferentes direitos (como educação, saúde, segurança pública e justiça) como fatores cruciais para o entendimento dos diferenciais nas TMHs (Adorno, 2002; Cardia, Adorno & Poletto, 2003).

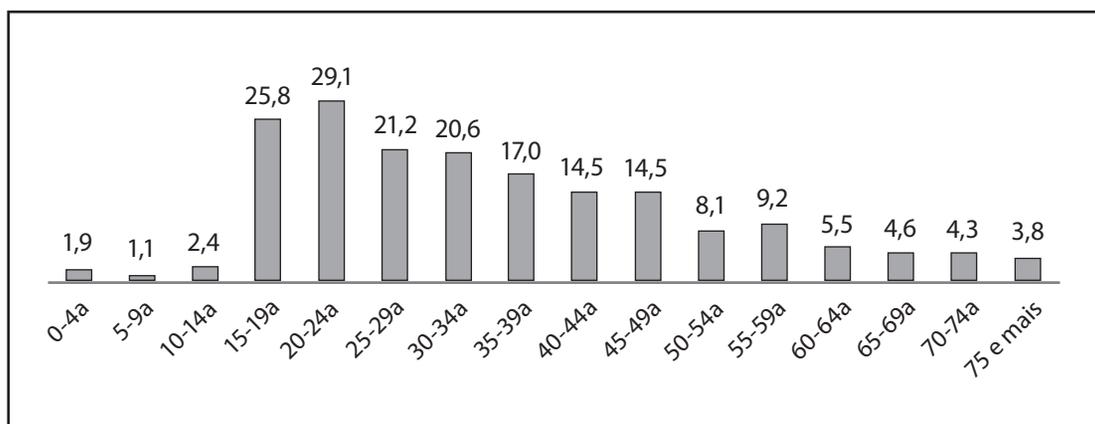
Ressalta-se, assim, que a análise dos homicídios é um estudo de contrastes (Unodoc, 2013), pois, apesar de atingir todas as regiões do mundo, sua distribuição entre os países e no

seu interior não ocorre de forma homogênea, sendo ainda múltiplas as suas causas, bem como específicos os grupos mais afetados e seus perpetradores. Na conformação dos públicos mais atingidos, agregam-se às condições de vida desiguais o peso do perfil etário, bem como o sexo das vítimas. Verifica-se mundialmente a maior vulnerabilidade dos jovens (Unodoc, 2013). Especificamente no caso do MSP, os homicídios se conformaram como a primeira causa de morte entre os jovens de 15 a 24 anos, já na década de 1990 (quando ultrapassa a mortalidade por acidentes de transporte). Essa situação permanece até os dias atuais, a despeito da forte tendência de queda. As TMHs no MSP nos últimos anos (1996 a 2013) evidenciam essa situação. Apesar da queda nas mortes por homicídio em todas as faixas etárias, os jovens continuam sendo as maiores vítimas (Gráfico 1). No ano de 2013, na faixa de 20 a 24 anos, a TMH chega a 29,1 por 100 mil habitantes, seguida pela faixa de 15 a 19 anos, com 25,8 por 100 mil habitantes.

Os resultados apontam também um forte diferencial entre as TMHs para homens e mulheres, o que é verificado em todas as idades. O grupo mais exposto vem sendo amplamente o do sexo masculino. Em relação aos diferenciais por sexo, observa-se, pelo Gráfico 2, que a queda foi mais pronunciada para os homens. Apesar disso, mantém-se o diferencial entre as TMHs masculinas e femininas. Em 2013, enquanto a TMH entre as

**GRÁFICO 1**

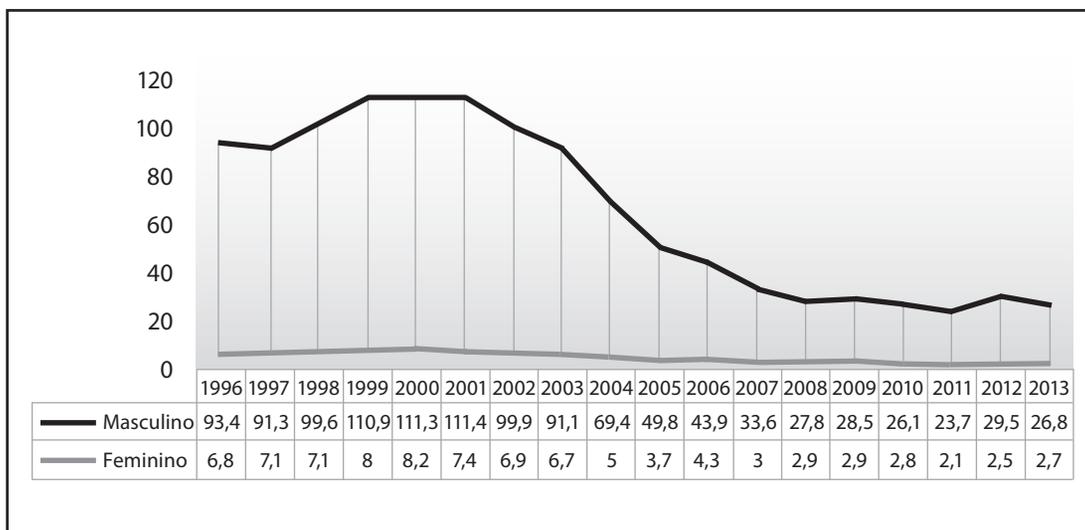
**Taxa de mortalidade por homicídio/100 mil habitantes (faixa etária), MSP, 2013**



Fonte: SIM/SMS – CET/SMT – SFMSP

GRÁFICO 2

Taxa de mortalidade por homicídio/100 mil habitantes (sexo), MSP, 1996-2013



Fonte: SIM/SMS – CET/SMT – SFMSP

mulheres foi de 2,7 por 100 mil habitantes, no sexo masculino esse coeficiente foi de 26,8 por 100 mil habitantes.

Cabe destacar que alguns distritos administrativos apresentam taxas mais elevadas do que a média para o MSP. No geral, os locais mais periféricos concentram o maior número de vítimas (Cardia, Adorno & Poletto, 2003). Embora, como ressaltam Peres et al. (2011), a tendência de queda tenha sido mais intensa nas áreas de exclusão social extrema ou de alta exclusão social, ultrapassando a encontrada para a população total, a redução observada não foi suficiente para minimizar a desigualdade na distribuição no risco de morte por homicídio no município.

### Alterações nos padrões de criminalidade

O crescimento dos homicídios e de outros crimes violentos no MSP, a partir dos anos 1980, coaduna-se com alterações mais amplas na criminalidade no país. Nesse momento, embora a criminalidade individual permaneça, salienta-se a conformação de padrões mais organizados de atuação, em moldes empresariais e com conexões internacionais, especialmente em torno do tráfico

de drogas e armas (Adorno, 2002). Essa configuração é facilitada por mudanças na economia global, que flexibilizaram os mercados e proporcionaram maior abertura para atividades ilegais, bem como por novos padrões de desenvolvimento tecnológico e urbano (Adorno & Salla, 2007).

Os estudos de Zaluar (1994, 2004) são pioneiros no deslindamento dessas transformações, evidenciando a expansão do tráfico de drogas nas favelas e bairros populares no Rio de Janeiro e seus efeitos na sociabilidade, provocando graves desarranjos sociais e alta mortalidade por homicídio. No que concerne ao MSP, apesar de especificidades locais, a expansão do comércio de drogas e seus efeitos sociais também adquirem centralidade no entendimento das dinâmicas e tensionamentos sociais na cidade (Feltran, 2008; Telles, 2010).

Vários fatores estão relacionados ao desenvolvimento dessa criminalidade, como a própria implicação das agências responsáveis por combatê-lo (Zaluar, 2004; Misse, 2007). Não é possível entender a expansão dos mercados ilegais de drogas, por exemplo, sem considerar o apoio das agências estatais, especialmente na facilitação da circulação de drogas e armas (Zaluar, 2004). Nesse sentido, configura-se uma rede de alianças, troca de favores, práticas de extorsão, ou seja, uma rede de agenciamentos baseada em transações de

“mercadorias políticas” (Misse, 2007), em que prerrogativas públicas são privatizadas pelos agentes estatais em benefício próprio. Soma-se a isso a grande mobilização monetária desses mercados ilegais como fator que está na base de sua expansão e no recrutamento intenso de mão de obra, formada em grande medida por jovens.

Simultaneamente, tem-se a adoção de uma política de encarceramento em massa no país (mais proeminente no estado de São Paulo), com início na década de 1990 e que se intensifica nos anos 2000<sup>3</sup>. Política que, conforme Adorno e Salla (2007), procura ser uma resposta ao crescimento dessa criminalidade, mas que, ao invés de solucionar, acabou por agravar a situação, favorecendo sua expansão e consolidação dentro e fora das prisões. Diante da superlotação, da precariedade nas condições de vida dos presos e arbitrariedades no seu interior, tem-se a consolidação de lideranças entre os próprios presos e sua ascendência no controle sobre o cotidiano prisional e atividades ilegais fora dos muros das prisões (Adorno & Salla, 2007; Dias, 2013; Feltran, 2008). Em São Paulo, são essas condições que favorecem o surgimento do grupo autodenominado Primeiro Comando da Capital (PCC), que tem logrado hegemonia nas prisões do estado e também fora delas, regulando o cotidiano prisional, a conduta dos presos e uma série de negócios ilícitos (Dias, 2013).

## A “guerra” contra o crime e a reprodução da violência

Conjuntamente a essas alterações, observa-se um padrão reativo da polícia também marcado por violência e arbitrariedade. De forma geral, a política assumida na área de segurança pública em São Paulo, no decorrer de diferentes gestões, tem se caracterizado por uma política de confronto ou

uma política de “guerra” (Feltran, 2015). Em nome de conter o aumento da criminalidade, diferentes ações violentas, que por vezes ultrapassam os limites legais, vêm sendo constantemente adotadas e sistematicamente justificadas em nome de uma suposta proteção à sociedade. Verifica-se tanto um alto grau de letalidade resultante dos confrontos policiais “em serviço” (Bueno & Lima, 2012), como práticas de extermínio, com suspeitas de envolvimento policial (Cano & Alvadia, 2008; Ruotti et al., 2014; Dias et al., 2015).

Considerando-se os dados oficiais para o estado de São Paulo (Gráfico 3), identifica-se um padrão alto de letalidade policial, com picos em diferentes anos<sup>4</sup>. No período de 2001 a 2014, foram mortas, pelas duas polícias juntas (militar e civil), 7.209 pessoas. Só no último ano da série, foram 708 pessoas (representando mais de 100% de aumento em relação ao ano anterior).

A mesma tendência é encontrada no MSP (Gráfico 4). Mais do que isso, o MSP constitui-se na localidade do estado de São Paulo que concentra a maior parte das mortes por intervenção policial (acima de 40% das ocorrências nos anos considerados)<sup>5</sup>. Apesar dos limites dos dados oficiais, vários estudos indicam que a violência policial é seletiva, seguindo os padrões de segregação urbana e social. São os mais jovens, do sexo masculino, majoritariamente negros, geralmente moradores de áreas periféricas, as principais vítimas (Neme, 2011; Sou da Paz, s/d). Conforme análise do Instituto Sou da Paz (s/d), referente aos dados de mortalidade do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade – PRO-AIM, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, categorizados como “intervenção legal”<sup>6</sup>,

3 Para o país, a variação da população encarcerada, entre 1993 e 2000, foi da ordem de 84,5%, tendência que foi ainda mais acentuada na década de 2000, crescendo 113,2% de 2000 a 2010 (Salla, 2012). A mesma tendência é observada no estado de São Paulo, com números ainda maiores. A taxa de encarceramento sobe de 94,4% em 1992 para 149,9% em 2000, passando para 219,6% em 2003 e alcançando a cifra de 413 presos por 100 mil habitantes em 2010 (Dias, 2012).

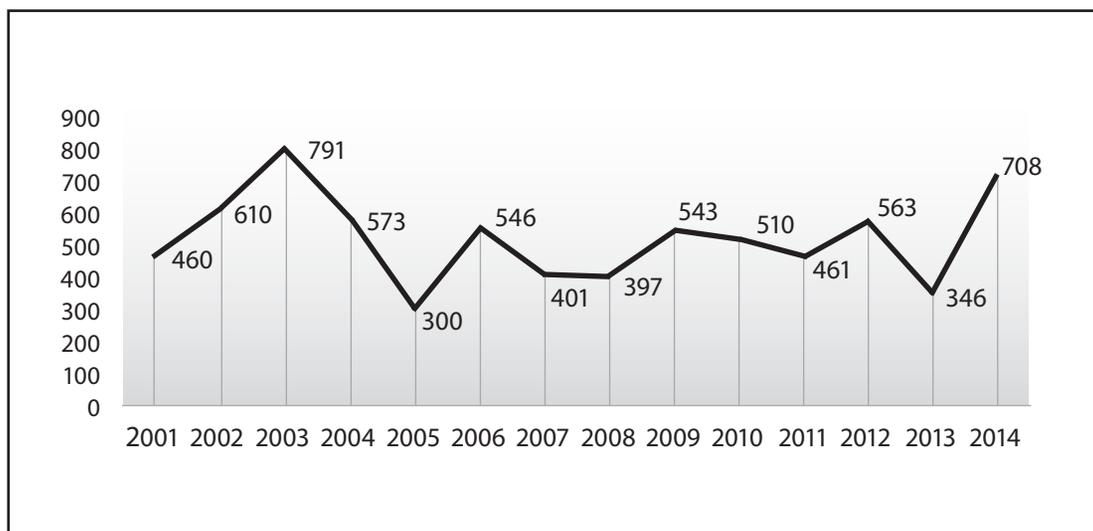
4 Picos que mantêm relação com momentos mais acentuados de crise, como confrontos deflagrados entre a criminalidade organizada e a polícia, como nos anos de 2006 e 2012 (Adorno & Salla, 2007; Dias et al., 2015) e posicionamentos políticos específicos dos gestores na área de segurança pública (Bueno & Lima, 2012).

5 Para termos de comparação, a população do MSP representa aproximadamente 27% da população total do estado de São Paulo, o que evidencia essa concentração.

6 “Traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem, e outra ação legal” (Classificação Internacional de Doenças, CID-10).

GRÁFICO 3

**Pessoas mortas em confronto com as polícias (PM e PC)  
em serviço (estado de São Paulo, 2001-2014)\***



Fonte: Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP/SP)

\* Casos de morte em decorrência de intervenções policiais, excluindo homicídios doloso e culposo

no período de 2002 a 2011<sup>7</sup>, no MSP, quase a totalidade das vítimas era do sexo masculino (99,7%); mais da metade eram negros e pardos (55%); e a grande maioria (80%) era jovem, com idades entre 15 e 29 anos (sendo a faixa etária de 20 a 24 anos aquela com maior concentração de vítimas). Ademais, o mesmo estudo mostra que a letalidade policial está desigualmente distribuída pelo território, sendo que a maior parte dos mortos residia em distritos periféricos<sup>8</sup>.

Há de se destacar que a violência policial vai além das intervenções no exercício da atividade cotidiana. Historicamente, o país é marcado por situações extralegais de execução perpetradas por policiais, especialmente como integrantes de grupos de extermínio (Lemos-Nelson, 2006; Telles, 2010; Meneghetti, 2011). Atualmente, muitas são

as execuções desse tipo com suspeitas de envolvimento policial, inclusive em ações em que pessoas encapuzadas, por vezes em motos, passam atirando, deixando para trás um alto número de vítimas fatais (Cano & Alvardia, 2008; Ruotti et al., 2014; Dias et al., 2015). Contudo, muito pouco é feito para elucidar e punir esses casos, sendo que a impunidade permanece como regra. Assim, observa-se que o Estado e seus diferentes segmentos, inclusive de segurança e justiça, atuam ainda hoje seguindo uma lógica de criminalização e repressão de alguns grupos sociais, valendo-se da situação de criminalidade e insegurança pública para alargar seus mecanismos punitivos e, quando não, desrespeitar a própria lei.

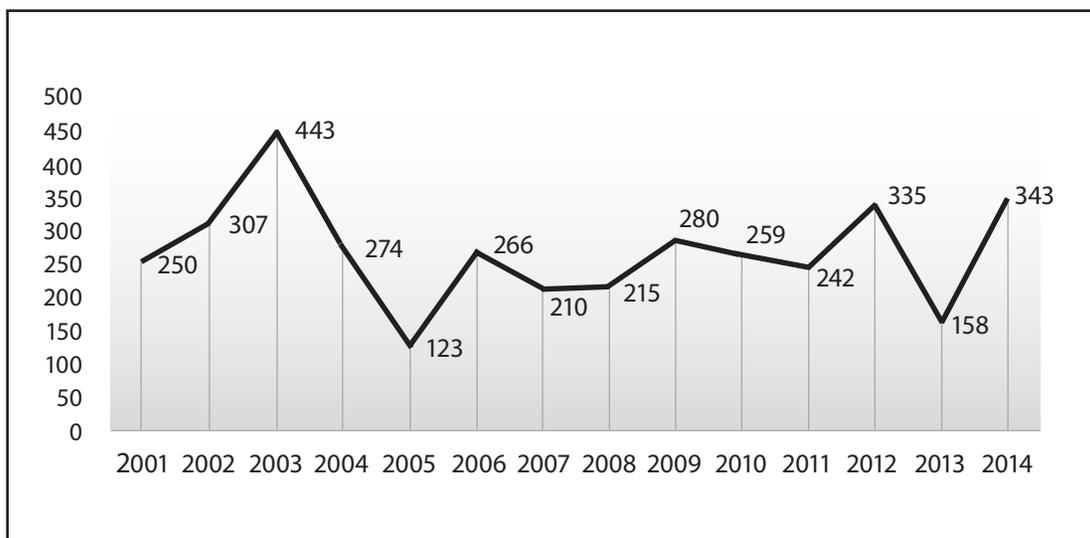
## Exposição direta e indireta à violência

As diferentes transformações mencionadas têm seus efeitos nas experiências cotidianas da população, que passa a estar exposta a distintos tipos de vitimizações. Não só a eventos fatais, como apresentado em relação aos homicídios (ou à letalidade policial), mas a agressões e eventos

7 Totalizando 1.491 vítimas para todo o período. Número menor em relação aos dados da Secretaria da Segurança Pública referentes à categoria "mortos por intervenção legal" (que foi de 2.618).

8 Os dez distritos com maior número de pessoas mortas por policiais foram: Sapopemba (54 vítimas); Brasilândia (53); Cidade Tiradentes (39); Capão Redondo (36); Jaraguá (33); Cachoeirinha (31); Itaquera (31); Lajeado (30); Cidade Ademar (29); e Cangaíba (28) (Sou da Paz, s/d).

**Pessoas mortas em confronto com as polícias (PM e PC)  
em serviço (município de São Paulo, 2001-2014)\***



Fonte: Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP/SP)

\* Casos de morte em decorrência de intervenções policiais, excluindo homicídios doloso e culposo

diversos, que podem fazer parte da experiência direta das pessoas (nos casos em que se é a própria vítima ou pessoas muito próximas são as vítimas, como familiares e/ou amigos) ou de situações mais difusas, indiretas (presenciadas nos locais de moradia, na cidade ou mesmo acasadas por canais de comunicação).

Segundo Borges (2013), com base em *survey* do Instituto de Estudos Sociais e Políticos (Iesp-Uerj), realizado em junho de 2010, a estimativa da taxa de vitimização no país, nos últimos 12 meses, foi de 14% para o conjunto de delitos abordados. Ademais, os dados obtidos indicam uma distribuição desigual dessa vitimização, sendo que as capitais apresentaram uma taxa de vitimização de 20,6%, significativamente maior do que as encontradas para os municípios da periferia (15,3%) e do interior (10,7%). Entre os delitos abordados, os crimes contra o patrimônio (furtos e roubos) foram aqueles com maior prevalência (ambos com 31,3%).

Já conforme pesquisa da Secretaria Nacional de Segurança Pública – Senasp (2013), a qual considerou o conjunto de municípios com mais de 15 mil habitantes na área urbana do país, 32,6% dos entrevistados disseram ter sofrido ao longo da vida

algun dos 12 tipos de crimes ou ofensas considerados. Em relação aos 12 meses anteriores à realização da pesquisa, 21% afirmaram que o fato ocorreu pelo menos uma vez. No MSP, 36% dos entrevistados disseram ter sido vitimizados na vida e 24,1% nos últimos 12 meses. Nesse estudo, porém, são as agressões (14,3%), seguidas pelas discriminações (10,7%), que têm maior peso dentre as vitimizações nos últimos 12 meses (para o total da amostra). Furtos e roubos de objetos foram declarados por 9,8% e 3,6% dos entrevistados, respectivamente.

É possível identificar também estudos que permitem comparações ao longo do tempo, como o do Centro de Políticas Públicas e Instituto de Ensino e Pesquisa (CPP/Insper, 2013), para o MSP, e a pesquisa do Núcleo de Estudos da Violência (Cardia et al., 2013), para 11 capitais do país. Conforme o primeiro, verifica-se uma queda na vitimização no MSP para o conjunto de violências ou delitos pesquisados, embora permaneça em patamar elevado, passando de 46,6% (em 2003) para 39,5% (em 2013). Assim, todos os delitos, de forma agrupada, apresentaram queda, com exceção dos furtos, cuja diminuição não é significativa. Entre as ocorrências que apresentam maior valor, em 2013, tem-se o estelionato (18,7%), a agressão verbal (15,2%) e

o furto (12,6%). A segunda pesquisa (Cardia et al., 2013) também verifica uma diminuição na exposição direta à violência (nos últimos 12 meses), em relação ao conjunto de capitais selecionadas<sup>9</sup>, entre 1990 e 2010, exceto para roubo com uso de arma de fogo e ocorrências relacionadas ao consumo de drogas (“alguém ofereceu drogas” e “alguém pediu informação sobre onde comprar drogas”). No que concerne ao crescimento das últimas ocorrências, é possível relacioná-las à expansão do mercado ilícito de drogas referido anteriormente, o qual é percebido pela população com mais intensidade na sua vida cotidiana. A desagregação dos dados por faixa etária demonstra ainda que são os mais jovens os mais vitimados.

## CONSEQUÊNCIAS DA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA URBANA

As consequências da exposição direta ou indireta à violência são muitas e envolvem desde lesões físicas e morte até efeitos menos palpáveis, que se expressam através de sentimentos difusos de medo e insegurança, que geram sofrimento, levam a mudanças de comportamento e interferem nos padrões de sociabilidade (Caldeira, 2000; Cardia et al., 2013; Borges, 2013). Além disso, embora raras no Brasil, existem inúmeras pesquisas internacionais que demonstram a existência de associação entre exposição à violência e diversos efeitos na saúde (Guerra et al., 2003; Wright, 2006; Fairbrook, 2013).

Em relação ao sentimento de insegurança no país provocado pelas diferentes vitimizações à violência urbana, alguns estudos mostram como esse sentimento é elevado, tendo efeitos específicos na rotina das pessoas (Cardia et al., 2013; Senasp, 2013; Borges, 2013; CPP/Insper, 2013). Embora a relação entre vitimização e medo da violência possa não ser tão direta, ou seja, os mais vitimados nem sempre são os mais inseguros (Aguilar, 2005), não é possível desconsiderar a relação que também é encontrada entre esses fenômenos (Borges, 2013).

Esse sentimento de insegurança tem sido mensurado por perguntas relacionadas ao medo das pessoas em circular por áreas da cidade e/ou bairro (durante o dia e à noite) e/ou o medo de ser vítima de violência. Embora os percentuais difiram entre os estudos, a insegurança geralmente é mais elevada na circulação pela cidade quando comparada ao bairro de moradia, bem como esse sentimento é crescente no período noturno (Borges, 2013; Senasp, 2013). No MSP, em 2010, a maior parte das pessoas entrevistadas (39,1%) relatou pouca segurança ao andar à noite sozinha pela vizinhança, e 17,9% mencionaram nenhuma segurança (Cardia et al., 2013). Ademais, é possível apontar diferenças em relação ao perfil dos entrevistados, na maioria das vezes são as mulheres e as pessoas com mais idade, bem como aquelas com maior poder aquisitivo ou escolaridade, as que apresentam maior medo (Borges, 2013; Senasp, 2013). Como consequência, diferentes estratégias são referidas como forma de proteção individual, como evitar sair de casa portando dinheiro, objetos de muito valor ou outros pertences que chamem atenção (78,1%), frequentar locais desertos ou eventos com poucas pessoas circulando (73%), sair à noite ou chegar muito tarde em casa (64,3%) ou mesmo mudar de trajeto entre a casa e o trabalho ou a escola ou lazer (33,7%), entre outros (Senasp, 2013).

Diversos também são os efeitos dessa vitimização e da insegurança na saúde da população. Segundo Wright (2006), o sentimento de insegurança parece funcionar como um mediador entre a exposição à violência e as condições mórbidas através das mudanças comportamentais, como adoção de comportamentos de risco, isolamento social e comprometimento do cuidado em saúde.

Na infância e adolescência, a exposição direta ou indireta à violência comunitária ou “urbana” tem se mostrado positivamente associada a transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substância, problemas externalizantes (comportamento antissocial e violento) e internalizantes (depressão e ansiedade), baixa autoestima, insegurança na relação com os pais ou cuidadores e asma (Guerra et al., 2003; Wright, 2006; Apter et al., 2010; Fairbrook, 2013). Em adultos, Koss et al. (1990) encontraram associação entre vitimização direta e auto-percepção do estado de saúde em mulheres, sendo que vítimas de violência comunitária avaliam o

9 Belém, Belo Horizonte, Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

seu estado de saúde pior e tendem a usar mais os serviços de saúde. Segundo Britt (2001), a vitimização direta por violência física ou crime contra a propriedade mostrou-se associada a uma pior avaliação do estado de saúde e bem-estar físico. Apter et al. (2010) encontraram associação positiva entre exposição à violência comunitária e atendimento em serviços de emergência, hospitalização e pior avaliação da qualidade de vida entre adultos portadores de asma. Associação entre exposição à violência comunitária e transtornos mentais como depressão, transtorno de estresse pós-traumático e quadros fóbicos e ansiosos também tem sido descrita (Mitchel et al., 2010).

Em conjunto, esses estudos buscam compreender a violência como um fator de exposição socioambiental associado a uma série de desfechos em saúde física e mental. A violência comunitária ou “urbana”, junto com outras desvantagens sociais, contribui para a conformação de contextos socialmente tóxicos, podendo ser concebida como gerador de estresse psicossocial (Wright, 2006). Segundo Wright (2006), a exposição à violência conforma-se como um estressor psicossocial que, quando presente, gera uma atmosfera de medo, insegurança e sentimento de perda de controle sobre o mundo e sobre a própria vida, acabando por produzir uma série de alterações comportamentais com a adoção de condutas de risco para doenças crônicas, como tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, inatividade física e alterações nos hábitos alimentares. Além disso, o sentimento de insegurança geraria descrença no outro, constituindo-se na base de um movimento de isolamento social, comprometendo a construção ou manutenção de redes de apoio social e comunitário, fatores tradicionalmente associados a melhores condições de vida e saúde.

## **A VIOLÊNCIA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUA PREVENÇÃO**

A afirmação de que a violência é um problema de saúde pública não é nova. Desde meados dos anos 1980 os efeitos negativos da violência à saúde das populações são reconhecidos, os quais se expressam nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e

nos custos, diretos e indiretos, decorrentes desse tipo de vitimização (Peres, 2014). Um marco importante nesse reconhecimento foi a declaração da Organização Mundial da Saúde – OMS, em sua 49ª Assembleia Mundial, de que a violência é um problema de saúde pública em esfera global e que os países membros devem investir esforços para identificar os fatores de risco e desenvolver estratégias de prevenção. A ideia de que violência pode ser evitada passa a fundamentar os estudos e as ações no campo da saúde pública (Krug et al., 2002).

Dentro desse campo, que compreende a violência como sendo resultante da conjunção de diversos fatores de risco que envolvem características individuais, relacionais, comunitárias e sociais (Krug et al., 2002), a tarefa de prevenção é concebida de forma múltipla. Multiplicidade que envolve não só um conjunto de ações de prevenção (primárias, secundárias e terciárias), mas a conexão com outros campos de saberes e de intervenção. Nessa perspectiva, a OMS defende que o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais é imprescindível na tarefa de prevenir a violência (Krug et al., 2002). Assim, a integração entre os diferentes setores da própria saúde e com outros campos (de saberes e de intervenção), como de educação, assistência social, justiça e segurança pública, de âmbito governamental e não governamental, é concebida como necessária no desenvolvimento de uma estratégia coletiva de prevenção.

Diante dos diferentes aspectos que constituem o problema social da violência urbana no país e, especificamente no MSP, como delineado ao longo deste trabalho, essa integração revela sua importância, notadamente ao sinalizar para a necessidade de alterações na forma de controle dessa violência. Ainda é disseminada na sociedade brasileira uma perspectiva amplamente securitária, na qual o uso da força é visto como um dos caminhos mais eficazes para fazer frente a essa problemática. A lógica da prevenção, inclusive primária (antes da ocorrência de qualquer manifestação de violência), permanece preterida diante de demandas populares e investimentos públicos voltados para uma política de segurança mais “enérgica” e de penas mais longas para os diferentes crimes. Como destacado em relação à violência policial, o acréscimo da criminalidade

violenta vem apresentando, como seu reverso, a intensificação de ações de repressão. Assim, a alta letalidade policial conectada ao recrudescimento do encarceramento bem como a permanência de ações de execuções extralegais com suspeita de envolvimento policial revelam que a visão difundida sobre a promoção da segurança no país ainda está muito atrelada a estratégias reativas, por vezes violentas e arbitrárias. É nesse sentido

que a perspectiva e as ações da saúde pública, em conjunção com diferentes campos, tornam-se essenciais não só para minimizar os danos causados pela violência urbana, mas para alterar a própria maneira de conceber essa violência e as possibilidades para combatê-la. De forma central, destaca-se o auxílio na disseminação e consolidação de um olhar preventivo na promoção da saúde e bem-estar da população como um todo.

## BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, S. "Exclusão Socioeconômica e Violência Urbana", in *Sociologias*, 4(8). Porto Alegre, 2002, pp. 84-135.
- \_\_\_\_\_; SALLA, F. "Criminalidade Organizada nas Prisões e os Ataques do PCC", in *Estudos Avançados*, 21(61), 2007, pp. 7-29.
- AGUIAR, C. L. S. *Medo e Descrença nas Instituições de Lei e Ordem: uma Análise da Imprensa Escrita e das Sondagens de Opinião*. Tese de mestrado. São Paulo, Departamento de Sociologia da FFLCH-USP, 2005.
- APTER, Andrea J. et al. "Exposure to Community Violence is Associated with Asthma Hospitalizations and ED Visits", in *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 126(3), 2010, pp. 552-7.
- BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. de A. "Relação entre Homicídios e Indicadores Econômicos em São Paulo, Brasil, 1996", in *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(2), 2000, pp. 118-24.
- BORGES, D. "Vitimização e Sentimento de Insegurança no Brasil em 2010: Teoria, Análise e Contexto", in *Mediações*, 18(1), 2013, pp. 141-63.
- BRITT, C. L. "Health Consequences of Criminal Victimization", in *International Review of Victimology*, 8, 2001, pp. 63-73.
- BUENO, S.; LIMA, R. S. de. "A Opaca Estética da Indiferença: Letalidade Policial e Políticas Públicas de Segurança", in Núcleo de Estudos da Violência da USP (org.). *5º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. 1ª ed. São Paulo, Urbania, 2012, pp.158-65, pp. 104-11.
- CALDEIRA, T. P. do R. *Cidade de Muros: Crime, Segregação e Cidadania em São Paulo*. São Paulo, Editora 34/Edusp, 2000.
- CANO, I.; NILTON, S. *Violência Letal, Renda e Desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2001.
- CANO, I.; ALVADIA, A. *Análise dos Impactos dos Ataques do PCC em São Paulo em Maio de 2006*. Conectas Direitos Humanos: Relatório Final, 2008. Disponível em: [http://www.observatoriodeseguranca.org/files/AtaquesPCC\\_IgCano.pdf](http://www.observatoriodeseguranca.org/files/AtaquesPCC_IgCano.pdf). Acesso em: 10/nov./2015.

- CARDIA, N.; ADORNO, S.; POLETO, F. "Homicídio e Violação de Direitos Humanos em São Paulo", in *Estudos Avançados*, 17 (47), 2003, pp. 43-73.
- CARDIA, N. et al. *Pesquisa Nacional, por Amostragem Domiciliar, sobre Atitudes, Normas Culturais e Valores em Relação à Violação de Direitos Humanos e Violência: um Estudo em 11 Capitais de Estado*. São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência da USP, 2013.
- CPP/INSAPER. *Relatório da Pesquisa de Vitimização em São Paulo, 2003-2013*. Centro de Políticas Públicas (CPP) e Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2013/10/22/Relatorio-de-Vitimizacao-ok-2013-v6.pdf>. Acesso em: 10/nov./2015.
- DIAS, C. C. D. "A Situação do Sistema Prisional em São Paulo", in Núcleo de Estudos da Violência da USP (org.). *5º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. 1ª ed. São Paulo, Urbania, 2012, pp. 158-65.
- \_\_\_\_\_. *PCC: Hegemonia nas Prisões e Monopólio da Violência*. São Paulo, Saraiva, 2013.
- DIAS, C. C. D. et al. "A Prática de Execuções na Região Metropolitana de São Paulo na Crise de 2012: um Estudo de Caso", in *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 9(2), 2015, pp. 160-79.
- FAIRBROOK, S. W. "The Physical and Mental Health Effects of Community Violence Exposure in Pre-Adolescent and Adolescent Youth", in *Journal of Nursing Student Research*, 6(1), 2013, pp. 24-30.
- FELTRAN, G. S. "O Legítimo em Disputa: as Fronteiras do Mundo do Crime nas Periferias de São Paulo", in *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 1, 2008, pp. 93-126.
- \_\_\_\_\_. "São Paulo, 2015: sobre a Guerra", in *Blog da Boitempo*, 16/6/2015. Disponível em: <http://blogdaboitempo.com.br/2015/06/16/sao-paulo-2015-sobre-a-guerra/#comments>. Acesso em: 10/nov./2015.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; COSTA, L. S. "Homicídios e Desigualdades Sociais no Município de São Paulo", in *Revista de Saúde Pública*, 39 (2), 2005, pp. 191-7.
- GUERRA, N. G.; HUESMANN, L. R.; SPINDLER, A. "Community Violence Exposure, Social Cognition, and Aggression among Urban Elementary School Children", in *Child Development*, 74(5), 2003, pp. 1.561-76.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências Demográficas: uma Análise dos Resultados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, IBGE, 2001. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia\\_demografica/analise\\_resultados/sinopse\\_censo2000.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_resultados/sinopse_censo2000.pdf). Acesso em: 9/nov./2015.
- \_\_\_\_\_. *Censo Demográfico 2010. Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo*. Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>. Acesso em: 9/nov./2015.
- \_\_\_\_\_. *Censo Demográfico 2010. Aglomerados Subnormais. Informações Territoriais*. Rio de Janeiro, IBGE, 2013. Disponível em: [http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/biblioteca/arquivos/ibge\\_aglomerados\\_subnormais\\_2010.pdf](http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/biblioteca/arquivos/ibge_aglomerados_subnormais_2010.pdf). Acesso em: 9/nov./2015.
- KOSS, M. P.; WOODRUFF, W. J.; KOSS, P. G. "Relation of Criminal Victimization to Health Perceptions among Women Medical Patients", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 1990, pp. 147-52.
- KRUG, E. G. et al. (eds.). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002.
- LEMONS-NELSON, Ana Tereza. "Grupos de Extermínio e Accountability em Âmbito Municipal", in *Caderno CRH*, Salvador, v. 19, n. 47, pp. 233-45, Mai.-Ago./2006.

- MACHADO DA SILVA, Luiz Antonio. *Vida Sob Cerco. Violência e Rotina nas Favelas do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2008.
- MENEGHETTI, F. K. "Origem e Fundamentos dos Esquadrões da Morte no Brasil", in XXXV *Encontro da ANPAD*. Rio de Janeiro, setembro de 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR1233.pdf>. Acesso em: 10/nov./2015.
- MISSE, M. "Mercados Ilegais, Redes de Proteção e Organização Local do Crime no Rio de Janeiro", in *Estudos Avançados*, 21(61), 2007, pp. 139-57.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informações de Saúde*. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em: 4/nov./2015.
- MITCHELL, S. J. et al. "How Does Violence Exposure Affect the Psychological Health and Parenting of Young African-American Mothers?", in *Social Science & Medicine*, 70, 2010, pp. 526-33.
- NEME, C. *Relatório 15 anos da Ouvidoria da Polícia*. São Paulo, Ouvidoria da Polícia do Estado de São Paulo, Imprensa Oficial, 2011.
- PERES, M. F. T. et al. "Queda dos Homicídios em São Paulo, Brasil: uma Análise Descritiva", in *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(1), 2011, pp. 17-26.
- PERES, M. F. T. "Prevenção, Atenção e Controle de Violências Interpessoais Comunitárias", in Jairnilson Silva Paim; Naomar de Almeida Filho (orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2014, pp. 437-64.
- \_\_\_\_\_. "Violência e Homicídios: Emergência, Crescimento e Consolidação de um Problema de Saúde de Dimensão Coletiva", in Carlos Augusto Monteiro; Renata Bertazzi Levy. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. De Geisel a Dilma*. São Paulo, Hucitec, Nupens/USP, 2015, pp. 348-74.
- RUOTTI, C. et al. "A Vulnerabilidade dos Jovens à Morte Violenta: um Estudo de Caso no Contexto dos 'Crimes de Maio'", in *Saúde e Sociedade*, 23(3), 2014, pp. 733-48.
- SALLA, F. "Sistema Prisional no Brasil: Balanço de uma Década", in Núcleo de Estudos da Violência da USP (org.). 5º. *Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. 1ª ed. São Paulo, Urbania, 2012, pp. 150-7.
- SENASP – Secretaria Nacional de Saúde Pública. *Pesquisa Nacional de Vitimização*, 2013. Disponível em: [www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNV-Senasp\\_final.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNV-Senasp_final.pdf). Acesso em: 10/nov./2015.
- SOU DA PAZ. *Perfil das Pessoas Mortas na Cidade de São Paulo por Policiais em Serviço (2002-2011)*, s/d. Disponível em: [http://www.soudapaz.org/upload/pdf/perfil\\_das\\_pessoas\\_mortas\\_pelas\\_pol\\_cias\\_na\\_cidade\\_de\\_sp\\_2002\\_a\\_2011.pdf](http://www.soudapaz.org/upload/pdf/perfil_das_pessoas_mortas_pelas_pol_cias_na_cidade_de_sp_2002_a_2011.pdf). Acesso em: 10/nov./2015.
- TELLES, V. da S. *Cidade: Tramas, Dobras e Percursos*. Tese de livre-docência. São Paulo, Departamento de Sociologia da FFLCH-USP, 2010.
- UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Study on Homicide 2013: Trends, Contexts, Data*. Viena, Unodoc, 2013.
- WHO – World Health Organization. *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*. Geneva, WHO, 2010.
- WRIGHT, R. J. "Health Effects of Socially Toxic Neighborhoods: the Violence and Urban Asthma Paradigm", in *Clinics in Chest Medicine*, 27, 2006, pp. 413-21.
- ZALUAR, A. *O Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Integração Perversa: Pobreza e Tráfico de Drogas*. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2004.

# Mudanças climáticas e saúde urbana

*Eunice A. B. Galati*

*Tamara N. de L. Camara*

*Delsio Natal*

*Francisco Chiaravalloti-Neto*



Marcos Santos/USP Imagens

## resumo

As mudanças climáticas podem ter impactos significativos na população humana, sobretudo das áreas urbanas. Seus efeitos podem levar à exposição a condições extremas, como desastres naturais – furacões, secas e inundações –, ao aumento na propagação de doenças disseminadas por vetores, incluindo mosquitos provocadores de incômodos. Apresentam-se aspectos de como o aquecimento global pode impactar a população de dípteros transmissores de agentes de algumas doenças, tais como a leishmaniose visceral, a filariose e as arbovirose – dengue, chikungunya e zika –, com impactos na saúde pública e exigindo maiores esforços na vigilância e controle.

**Palavras-chave:** *Aedes aegypti*; aquecimento global; *Culex quinquefasciatus*; dengue; leishmaniose visceral; *Lutzomyia longipalpis*.

## abstract

*Climate changes may have significant impacts on human population, especially in urban areas. Their effects might lead to exposure to extreme conditions such as those resulting from natural disasters – hurricanes, droughts and floods – and the increasing spread of vector-borne diseases, including those caused by troublesome mosquitoes. Here we present some comments on how global warming might affect the populations of vectors of some disease agents such as those of visceral leishmaniasis, filariasis, and the arboviruses – dengue, Chikungunya and Zika – causing impacts on public health and calling for more rigorous surveillance and control measures.*

**Keywords:** *Aedes aegypti*; *Culex quinquefasciatus*; dengue; global warming; *Lutzomyia longipalpis*; vectors; visceral leishmaniasis.

**A** partir do século XVIII, o mundo começou a assistir a um processo de mudanças causadas pela Revolução Industrial, que trouxe, no cenário econômico, novas formas de produção, com a introdução da divisão do trabalho nas fábricas, e na parte social, oferta de mão de obra, em decorrência do êxodo rural, com conseqüente exploração dos trabalhadores pelo empregador. A Revolução Industrial favoreceu a redução do período de deslocamento entre um local e outro, com o desenvolvimento de transportes aquáticos e terrestres a vapor. A intervenção do homem no ambiente passou a ser mais frequente e intensa, causando impactos ambientais crescentes. Dessa forma, ao mesmo tempo que proporcionou mudanças benéficas para o homem, a Revolução Industrial foi responsável pelo início do aumento da poluição e dos níveis de gás carbônico (CO<sub>2</sub>) na atmosfera.

Entende-se por mudanças climáticas a variação significativa de determinado parâmetro do clima que persiste por um período extenso de tempo. Essas mudanças envolvem alterações na composição da atmosfera, que podem ocorrer por processos naturais ou por forças causadas, principalmente, pelas ações do homem. A atmosfera é composta basicamente por nitrogênio (N<sub>2</sub>), oxigênio (O<sub>2</sub>), vapor de água (H<sub>2</sub>O), argônio (Ar), dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), hélio (He) e metano (CH<sub>4</sub>). Esses gases contribuem para o

efeito estufa natural que ocorre na atmosfera, absorvendo parte da radiação infravermelha emitida pela superfície da Terra e dificultando seu retorno para o espaço. Esse tipo de cobertor mantém o planeta aquecido, permitindo, dessa forma, a existência de diferentes formas de vida. Entretanto, nas últimas décadas, atividades humanas, como o desmatamento e a queima de combustíveis fósseis, vêm causando alterações climáticas globais, com aumento da concentração dos gases de efeito estufa na atmosfera. Segundo o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, em inglês), entre 1880 e 2012, a temperatura do planeta aumentou cerca de 1°C, enquanto a previsão para o final do século XXI é 1,7°C, no cenário otimista, e até 4,8°C, no mais pessimista.

As mudanças climáticas podem ter impactos significativos, com diferenças entre as regiões do mundo. Tais impactos podem repercutir em diferentes setores: agrícola, saúde da população, infraestrutura urbana, biodiversidade dos ecossistemas, entre outros. Os efeitos diretos das mudanças climáticas na população englobam a exposição a condições extremas, como o estresse térmico das ondas de calor, e aos desastres naturais, como furacões, secas e inundações. Por outra forma, os

---

**EUNICE A. B. GALATI, TAMARA N. DE L. CAMARA, DELSIO NATAL e FRANCISCO CHIARAVALLOTI-NETO** são professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e do Mestrado Profissional em Entomologia em Saúde Pública, ambos da Faculdade de Saúde Pública da USP.

efeitos indiretos estão relacionados às influências climáticas na propagação de doenças disseminadas pela água, pelos alimentos e por vetores. Muitas doenças infecciosas cujos agentes são transmitidos por vetores – como as leishmanioses, tendo flebotômíneos como vetores da leishmânia, as arbovirose (dengue, encefalites, febre amarela, febre do Nilo Ocidental) e a filariose bancroftiana, com mosquitos atuando na transmissão de seus agentes – são sensíveis a mudanças de temperatura e exposição a condições extremas. O aumento das temperaturas resulta em alterações climáticas que podem levar à emergência e expansão no espaço geográfico para maiores latitudes e altitudes e na dilatação dos períodos de tempo favoráveis das doenças (Harrigan et al., 2014; Rossati et al., 2014).

O desenvolvimento dos flebotômíneos e dos mosquitos é holometabólico, englobando as fases de ovo, larva (com quatro estádios), pupa e adulto. Os adultos têm importância para a saúde pública, pois muitos são vetores biológicos de patógenos humanos, como o *Aedes aegypti* (vetor dos vírus da dengue – DENV – e da febre amarela), o *Culex quinquefasciatus* (vetor do vírus da febre do Nilo Ocidental e da filária *Wuchereria bancrofti*) e a *Lutzomyia longipalpis* (vetor de *Leishmania infantum*). O tempo de desenvolvimento entre o ovo e o adulto depende de variáveis climáticas, especialmente a temperatura: quanto mais quente, mais rápido é o ciclo e, conseqüentemente, maior pode ser a densidade da população de adultos. Pesquisas em laboratório mostram que mosquitos podem reduzir em até um dia e meio o seu tempo de desenvolvimento quando a temperatura aumenta em 2°C (Rueda et al., 1990). Dessa forma, o aquecimento global poderia aumentar a densidade da população de adultos desses insetos, proporcionando contato mais frequente entre vetores e hospedeiros (humanos ou animais) e, conseqüentemente, aumentando a disseminação das doenças.

Um vetor, ao picar um hospedeiro vertebrado infectado, ingere junto com o sangue o agente etiológico de determinada doença. Uma vez no intestino do vetor, esse agente, que pode ser um vírus ou um protozoário, precisa estar adaptado a resistir a barreiras físicas e imunológicas do inseto, possibilitando alcançar o órgão-alvo (glândula salivar ou uma parte específica do intestino) a partir do qual será transmitido. Quando o agente

alcança o órgão-alvo do vetor, este está apto para transmiti-lo a outro hospedeiro vertebrado suscetível. O tempo entre o repasto infectivo realizado pelo vetor e o momento em que este se encontra apto para transmitir o agente infectante é denominado de período de incubação extrínseco (PIE), que é sensível à temperatura, sendo um importante componente na dinâmica de transmissão de um patógeno. Com efeito, em condições de laboratório, foi demonstrado que o aumento de 2°C na temperatura reduz em até quatro dias o PIE do vírus DENV-2 na fêmea de *Aedes aegypti*. Dessa forma, quanto mais alta é a temperatura (até certos limites), menor é o PIE, resultando em mosquitos infectantes mais jovens e com tempo maior de vida na condição de transmissor.

Mudanças climáticas associadas ao aumento de chuvas ou de temperatura podem afetar a distribuição espacial e temporal dos insetos vetores de patógenos e das doenças infecciosas correspondentes, aumentando a transmissão. Entretanto, alguns estudos apontam que os períodos de seca também são igualmente importantes, pois o armazenamento de água de maneira inadequada pode aumentar a oferta de criadouros para determinados mosquitos vetores (Barclay, 2008; Meason & Paterson, 2014). É importante apontar que os aspectos sociais, políticos e econômicos, como as migrações humanas, a globalização dos transportes, o desmatamento e a pobreza nas áreas urbanas, podem intensificar os impactos causados pelas mudanças climáticas, facilitando o aumento e a expansão da população de vetores (Barcellos et al., 2009).

Nas seções a seguir são abordados aspectos do aquecimento global e suas conseqüências para a emergência de algumas doenças transmitidas por vetores, como leishmanioses, arbovirose e filarioses, e mosquitos (“pernilongos”, “muriçocas” ou “carapanãs”) que têm relevância como causadores de incômodos.

## FLEBOTOMÍNEOS E LEISHMANIOSES

Leishmanioses são infecções que têm como agentes diversas espécies de protozoário do gênero *Leishmania* transmitidas por várias espécies de flebotômíneos e podem apresentar manifesta-

ções clínicas na forma tegumentar ou visceral. São cerca de 350 milhões de pessoas em 88 países tropicais e subtropicais expostas ao risco de infecção. Ao considerar o seu rápido processo de urbanização e o risco de mortalidade, vamos nos ater à leishmaniose visceral (LV), que ocorre em 80 países, com estimativa global de 200 a 400 mil novos casos anuais, dos quais mais de 90% são registrados em seis países: Índia, Bangladesh, Sudão, Sudão do Sul, Etiópia e Brasil (Alvar et al., 2012). Nas Américas, são 12 os países atingidos, com 96% dos casos ocorrendo no Brasil, onde a letalidade é em torno de 6,7% (PAHO/WHO, 2015).

As infecções são causadas pelo complexo *Leishmania donovani/Leishmania infantum* e, em sua maioria, são assintomáticas, mas algumas pessoas desenvolvem a forma clínica visceral da doença, tendo como fatores predisponentes a desnutrição e a imunossupressão. O período de incubação varia de dez dias a um ano. Os sintomas geralmente aparecem de forma gradual, sendo os mais comuns: febre, mal-estar, tremores ou arrepios, perda de peso, anorexia; e os sinais clínicos: aumento do volume do baço, acompanhado ou não do aumento do fígado, emagrecimento e palidez das mucosas. A doença pode ocorrer de forma esporádica, endêmica ou epidêmica. Em áreas endêmicas, as crianças abaixo dos 5 anos de idade são as mais atingidas. No entanto, a metade dos casos tem ocorrido em adultos nos países mediterrâneos, Ásia Oriental e Central, em função do surgimento da infecção por HIV e aumento do uso de imunossupressores por transplante e quimioterapia (WHO, 2010).

Existem dois cenários de transmissão em relação à fonte de infecção. Um deles caracteriza-se como uma antroponose, na qual o parasita é a *L. donovani* transmitida pelo vetor de um homem infectado para outro suscetível. Ocorre no subcontinente indiano, onde é conhecida como *Kala-azar*, com as incidências mais elevadas no nordeste da Índia e Bangladesh e no leste da África (Sudão, Sudão do Sul e Etiópia). No outro, o parasita é a *L. infantum*, sendo, a principal fonte de infecção para o ser humano suscetível, o cão doméstico infectado, caracterizando-se como uma antrozoose, que ocorre principalmente em países do Mediterrâneo e das Américas. No hospedeiro vertebrado, as leishmânias ocorrem na forma amastigota (sem

flagelo) e parasitam células do sistema retículo endotelial, sobretudo, os macrófagos.

Os vetores são conhecidos na língua inglesa como *sand flies* e, no Brasil, mosquito-palha, birigui, etc. Suas formas imaturas desenvolvem-se em solo úmido, rico em matéria orgânica e pouca incidência da luz, tais como tocas de animais, solo de florestas, cavernas ou frestas em rochas e peridomicílios, inclusive urbanos. As larvas alimentam-se de matéria orgânica em decomposição: restos vegetais, carcaças de insetos, fezes de animais, etc. Na fase adulta, além de açúcares, as fêmeas precisam de sangue para o desenvolvimento do ovário e, após uma ou mais alimentações sanguíneas, em torno de sete dias, em temperaturas de 25-26°C, fazem a postura e procuram por novo hospedeiro. A fêmea, quando alimentada em uma fonte de infecção, ingere juntamente com o sangue as formas de amastigotas da *Leishmania*, que, no intestino do vetor, se transformam em promastigotas (com flagelo), se multiplicam e se diferenciam até se tornarem infectantes para um novo hospedeiro. Nessa fase permanecem imersas em um gel na parte torácica do tubo digestivo, logo após a válvula estomodeal que o separa do esôfago. Em um próximo repasto sanguíneo, o sangue ingerido encontra o bloqueio formado pelo gel, sendo então regurgitado no tecido do hospedeiro juntamente com as formas infectantes do parasita, causando a infecção.

São conhecidas quase 1.000 espécies de flebotomíneos. São poucas as que se destacam na transmissão da LV: quatro do gênero *Phlebotomus* no hemisfério leste e apenas *Lutzomyia longipalpis* nas Américas. Esse flebotomíneo, que naturalmente habita áreas com vegetação aberta ou ambientes rochosos, apresenta ampla distribuição geográfica, desde o México até o norte da Argentina, e encontra-se em franco processo de adaptação a ambientes urbanos.

Mudanças nas temperaturas, chuvas e umidade resultantes do aquecimento global podem ter forte impacto na ocorrência da LV devido a reflexos na ecologia dos vetores, dos parasitas e na população humana. Os vetores estão sujeitos a alterações na distribuição espaçotemporal, tanto em latitude como em altitude, na duração do ciclo de vida, sobrevivência e tamanhos populacionais. Nos parasitas, pequenos aumentos da

temperatura podem acelerar o ciclo de vida das formas promastigotas da leishmânia no vetor. Na população humana, a persistência de longos períodos de seca ou inundações contribui para a intensificação dos processos migratórios, podendo introduzir a doença em novas áreas, ou então pessoas suscetíveis são introduzidas em áreas de risco (WHO, 2010).

Modificações ambientais têm levado a aumentos expressivos na incidência e na extensão territorial da LV na América Latina. No Brasil, até os anos 60 a doença era tipicamente rural e ocorria sobretudo em áreas de “pés de serras” e boqueirões do Nordeste. No entanto, a intensificação do processo migratório, levando a um rápido e desordenado crescimento da periferia de cidades de médio e grande porte, gerou condições adequadas para o desenvolvimento do vetor *Lu. longipalpis*, tais como abrigos em terrenos baldios, fragmentos de vegetação próximos aos domicílios e fontes de alimento em animais domésticos. Assiste-se, assim, a uma interiorização e urbanização da doença em todas as regiões brasileiras, fenômeno que se repete também no Paraguai e na Argentina.

Merece destaque o rápido avanço da população de *Lu. longipalpis*, a partir de Mato Grosso do Sul, em direção à capital de São Paulo (Casanova et al., 2015), seguindo a Rodovia Marechal Rondon, que atravessa área quente e seca do estado. Apesar da conexão dessa rodovia com o eixo rodoviário que adentra a Grande São Paulo, até a atualidade não foi constatada a presença dessa população domiciliada nessa área, onde altitudes mais elevadas e temperaturas mais amenas talvez estejam funcionando como uma barreira à sua dispersão.

No entanto, pequenos aumentos na temperatura resultantes das alterações climáticas, associados à alta capacidade adaptativa desse flebotômíneo, podem impulsionar o seu avanço para a região metropolitana paulista. Nesse cenário, a presença de cães infectados introduzidos a partir das áreas endêmicas será sem dúvida um fator preponderante que permitirá o acometimento da população humana. Portanto, são necessários estudos para acompanhar as mudanças climáticas bem como fortalecer a vigilância com foco no vetor homem e cão.



## MOSQUITOS URBANOS

Outro grupo de interesse é representado pelos culicídeos, conhecidos como mosquitos, com mais de 3.600 espécies descritas, a maioria vivendo afastada; porém, pequena parcela, ao compartilhar com o homem as áreas urbanizadas, são as mais desafiadoras. Dentre essas pioneiras da resiliência, destacam-se os mosquitos *Aedes aegypti* e *Culex quinquefasciatus*, ambos originalmente exóticos e merecedores de destaque.

### *Aedes aegypti* e arboviroses

*Aedes aegypti* é vetor dos vírus da dengue, da febre amarela, da febre chikungunya e da febre zika, todas presentes no Brasil. O nosso destaque é para o vírus dengue, que provoca a doença de mesmo nome, sendo reconhecida como a arbovirose de maior importância no mundo atual. Estima-se que anualmente cerca de 390 milhões de pessoas são infectadas pelo vírus, 96 milhões apresentam sintomas da doença, 500 mil são hospitalizadas e 20 mil vão a óbito (Bhatt et al., 2013). As outras duas, a febre chikungunya e a zika, vêm apresentando expansão progressiva da incidência. O vírus amarílico também pode ser transmitido pelo *Aedes aegypti* no ambiente urbano, porém essa modalidade foi erradicada por meio de campanhas de combate ao vetor e vacina eficaz. Essa virose, em nosso país, está circunscrita ao meio silvestre, onde atuam outros vetores.

No Brasil, o ano de 2015 bateu o recorde de toda a série histórica de dengue, com a ocorrência aproximada de 1,5 milhão de casos e 793 óbitos, sendo São Paulo o estado mais afetado. Recentemente houve a introdução no país dos vírus chikungunya e zika.

Os fatores climáticos interferem na biologia dos vetores e na transmissão dos agentes patogênicos a eles associados. Em situação de aquecimento global, podem ocasionar aumento da incidência da dengue. Um exemplo é o que poderá ocorrer na cidade de São Paulo, ou o que, de forma mais pessimista, já vem ocorrendo. Para esse exercício vamos resgatar a história da dengue em São José do Rio Preto, sendo que tal situação poderá se repetir em São Paulo.

São José do Rio Preto, centro urbano de tamanho médio, com cerca de 408 mil habitantes em 2010, localiza-se na região noroeste do estado de São Paulo, em área de clima tropical, sendo reconhecida pelo seu calor intenso. São Paulo, capital do estado, está localizada em altitudes mais elevadas, de clima mais ameno, e é um dos maiores centros urbanos do planeta (11,5 milhões de habitantes), compondo, com mais 38 municípios, a Região Metropolitana de São Paulo (20 milhões de habitantes).



Em 1985, a Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo detectou a presença de focos do *Aedes aegypti* em 12 cidades paulistas, entre elas, São Paulo e São José do Rio Preto, e confirmou sua reintrodução no estado. Os focos foram encontrados em locais com concentração de recipientes, denominados pontos estratégicos (PEs). A partir do referido diagnóstico, foi estruturado o programa de controle de *Aedes aegypti* em São Paulo, que previa a visitação sistemática e periódica aos PEs dos municípios e a realização de delimitações de foco, quando do encontro de sítios positivos. Considerava-se que o vetor estava presente em um município quando este continuava presente nos imóveis após a realização das medi-

das de controle que vinham associadas à delimitação de foco (SES, 1985).

Logo após a detecção de focos positivos do mosquito em São José do Rio Preto, realizaram-se as delimitações e a aplicação de controle, as quais não foram suficientes para eliminar o vetor. Diante da situação, em 1985, o município foi considerado com infestação domiciliar e sob risco de dengue.

Os primeiros casos autóctones da dengue no município foram registrados em 1991, atribuídos ao sorotipo DENV1. A primeira grande epidemia ocorreu em 1995, com 1.462 casos autóctones. Posteriormente, com a introdução dos demais sorotipos, as incidências (casos/100 mil habitantes/ano) apresentaram comportamento cíclico: em 1999, 1.351,1; em 2006, 2.935,7; em 2010, ano da maior incidência, 6.173,8; e em 2015, até outubro, a segunda maior incidência, 5.070,8 (SES, 1985). Apesar de não se descartar a hipótese de que o aumento progressivo das incidências da dengue no município já seria um efeito do aumento das temperaturas, parece que esse fenômeno estaria mais relacionado com a circulação dos múltiplos sorotipos do vírus dengue.

No debate das alterações climáticas e de sua influência sobre a dengue e seu vetor, a cidade



Marcos Santos/USP Imagens

de São Paulo instiga a uma possível associação. Desde a introdução da febre amarela urbana no Brasil, na vigência do período colonial, nunca se registrou em São Paulo essa doença, cujo vírus era transmitido pelo *Aedes aegypti*. Em 1985, ano em que se detectou a presença desse mosquito em São Paulo, a cidade já fora arrolada entre os municípios com PEs positivos. Em oposição ao que ocorrera em São José do Rio Preto, mesmo diante da infestação contínua do vetor em PEs, as delimitações não detectavam a infestação nos domicílios. Somente em 1992, sete anos após a primeira constatação do mosquito, é que foi confirmada a extrapolação dos focos e a infestação domiciliar. Tal comportamento atesta que o ambiente em São Paulo não foi favorável para o *Aedes aegypti* como fora em São José do Rio Preto (Chiaravalloti-Neto, 1997; Nascimento, 2001).

Na história da autoctonia da dengue na cidade de São Paulo, os primeiros casos são de 1999. Em 2001, 14 anos após a detecção de focos do mosquito e sete anos após a confirmação da infestação domiciliar, pela primeira vez, o número de casos ultrapassou uma centena. Em 2007, o número de casos ultrapassou a barreira do milhar. Os anos de 2014 e 2015 são aqueles com maiores números de casos, respectivamente, 30.066 e 44.674. Em 2015, até outubro, pela primeira vez, São Paulo teve uma

incidência superior a 300 casos/100 mil habitantes/ano (CVE, s/d), limite utilizado pelo Ministério da Saúde para considerar um local com epidemia (SES, 1985). Novamente, destaca-se que o ambiente da cidade de São Paulo, embora menos favorável, foi cada vez menos desfavorável para o vírus e sua relação com o vetor do que o encontrado em São José do Rio Preto.

A persistência e a intensidade da dengue em São José do Rio Preto são esperadas por se tratar de cidade de clima tropical e com condições ideais para o desenvolvimento do vetor e de sua relação com o patógeno. Quanto ao que vem ocorrendo na capital, nos parece que o enfrentamento de epidemias de dengue seja uma novidade do quadro epidemiológico, tendo-se em conta a ausência de eventos registrados de febre amarela e, presume-se, o fato de nunca ter havido infestação pelo vetor antes da aqui relatada.

Na década de 1980, a constatação da ausência de infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti* levou à hipótese de que essa espécie não seria um problema para a cidade. Mesmo se ocorresse a infestação domiciliar, a cidade não seria atingida de modo importante por epidemias de dengue. Na década de 1990, considerou-se uma segunda hipótese na qual o risco de epidemias de dengue seria menor na cidade em função da presença de poluentes atmosféricos, com interferência negati-



Filipe Nunes/SECOM-PMGO



va na relação entre o vetor e o vírus (Nascimento, 2001). As evidências atuais na cidade permitem rejeitar essas duas hipóteses.

A viabilidade do vetor na cidade de São Paulo e o risco de ocorrência de grandes epidemias decorrentes da adaptação do mosquito às condições adversas a ele presentes na cidade foram hipotetizadas por Louise, Vidal e Suesdek (2015), assim como a existência de associação entre o maior risco de ocorrência de dengue e as ilhas urbanas de calor da cidade, as quais apresentariam condições mais adequadas para a proliferação de *Aedes aegypti* e a transmissão do vírus dengue (Araujo et al., 2015).

Se de fato as condições cada vez mais favoráveis para a dengue em São Paulo, em consonância com as duas hipóteses acima, forem reflexo do aquecimento global, isso auxiliará a explicar as diferenças iniciais entre São Paulo e São José do Rio Preto, mas com documentada tendência de se tornarem semelhantes. Portanto, podemos imaginar que São Paulo poderá experimentar taxas de incidência tão altas quanto as vistas em São José do Rio Preto, o que implicaria uma ocorrência anual aproximada de 700 mil casos e 500 óbitos. Esses valores alarmantes representariam uma enorme carga ao sistema de saúde, tanto público como privado. Além da dengue, há que se incluir o risco da ocorrência da infecção por chikungunya (com sua cronicidade por tempo variável) e zika. Esta última com sérias repercussões na saúde pública se forem confirmadas as suspeitas de sua associação com microcefalia. Acresce-se a necessidade de ampliação do contingente de pessoas que viriam a ser vacinadas contra o vírus da febre amarela.

## OS DESAFIOS DE UMA PRAGA URBANA

O *Culex quinquefasciatus* representa os desafios que um mosquito pode provocar para a saúde pública, mesmo na condição de não transmissor de patógenos. Entre os outros dípteros de interesse, esse mosquito agrega um conjunto de características que o coloca como de elevada relevância. Na sua área de distribuição atual, infesta a quase totalidade dos núcleos populacionais brasileiros, desde as menores vilas até as metrópoles.

Distribuído pelos continentes, mas circunscrito ao trópico e subtropical, possui uma variante próxima, que habita as áreas temperadas, designada como *Culex pipiens*. Dada a proximidade filogenética, essas variantes guardam semelhanças na morfologia, além de terem muito em comum quanto à suscetibilidade aos patógenos e ao comportamento, sendo reunidas em um mesmo complexo taxonômico. Muito do conhecimento acumulado para a espécie de lá pode ser transferido para a variante dos climas aquecidos. É instigante que as duas podem se cruzar nas áreas de transição, deixando prole “híbrida” (Harbach, 2012).

No Brasil, a distribuição do *Culex quinquefasciatus* pela quase totalidade dos municípios denuncia nossa incapacidade cultural em lidar corretamente com as questões ambientais. As ruas perderam a estética, as áreas verdes são restritas, o ar é poluído, o saneamento é precário, dentre inúmeras falhas. No debate do saneamento, para compreender a ecologia dessa espécie, é necessário ampliar a discussão sobre a precariedade do tratamento dos efluentes líquidos, conhecidos como “esgotos”.

Ao regredir no tempo, nota-se que houve progresso. Se antes no Brasil se convivia nas cidades com o esgoto a céu aberto, cenário que propicia a contaminação direta da população, atualmente avançamos no afastamento do esgoto de superfícies. Mesmo nesse item há falhas, pois em muitas das cidades a cobertura deixa a desejar. As redes subterrâneas distanciaram o esgoto do morador, e somente esse investimento foi efetivo no combate a inúmeras patologias, principalmente doenças infecciosas intestinais (Teixeira & Guilhermino, 2006). As redes representaram um avanço, mas não deram solução total ao problema. Nossos efluentes brutos muitas vezes são lançados nos córregos e rios que cortam as áreas urbanizadas. Afastamos, mas não tratamos, e esse paradoxo precisa urgentemente de ações concretas e efetivas por parte de nossos governantes. Há carências de estações de tratamento de esgotos (ETE) e, enquanto essa falha perdurar, conviveremos com o drama dos córregos e rios poluídos. É dessa brecha na gestão que o mosquito *Culex quinquefasciatus* se aproveita. Para exemplificar, tomaremos o caso do Rio Pinheiros, na metrópole paulista.

Muitos referem tratar-se de um rio morto; porém, essa condição não é verdadeira. Fora alguns animais, como a capivara e a garça, que frequentam a área, a vida nesse rio concentra-se nas bactérias anaeróbicas, cujo processamento dos depósitos dos sedimentos produz o odor de gases como o H<sub>2</sub>S (gás sulfídrico), característico do ar que se respira nas imediações (Cunha et al., 2011). É nas margens do canal, nos lugares protegidos pelo acúmulo de resíduos flutuantes, que se concentram as larvas e pupas de *Culex quinquefasciatus*, agrupadas em milhares de indivíduos, na superfície contígua à lâmina d'água. As larvas permanecem rentes à superfície, onde respiram o ar atmosférico por meio de seus sílfios. Ao mesmo tempo se alimentam ao pulsarem suas escovas orais, mecanismo que conduz para a boca os microrganismos e detritos do líquido que compõem sua dieta. Ficam livres dos predadores, pois ali não existem. Peixes e larvas de insetos que fazem a regulação natural das larvas de mosquitos respiram por brânquias, mas como extrair o oxigênio de onde não há? Rapidamente pupam, e logo emergem os adultos. As fêmeas são fertilizadas ali mesmo nas margens e depois voam para o entorno, onde praticam a hematofagia na população humana das proximidades. Sendo espécie de acentuada antropofilia, atormenta os moradores, constituindo-se em uma verdadeira “praga urbana” (Morais, Marrelli & Natal, 2006).

Não há transmissão de patógenos em São Paulo por esse mosquito, sendo o incômodo pelas picadas e suas reações os motivos que justificam o combate a esse culicídeo. A prefeitura de São Paulo arca com os custos e a habilidade de seus técnicos para amenizar a situação; porém, a solução definitiva somente virá com a despoluição desse manancial. Essa situação se replica pela rede de córregos de nossa urbe e se espalha pelas cidades brasileiras, configurando-se como um autêntico problema de saúde pública nacional.

O conflito é mais agudo em lugares como a área metropolitana de Recife, onde a luta contra

esse mosquito não é só para amortecer o incômodo, mas para minimizar a transmissão de *Wuchereria bancrofti*, agente etiológico da filariose, que na condição avançada da infecção é popularmente conhecida como elefantíase. Essa desafiadora doença é alvo de combate exaustivo, com a meta de erradicá-la em breve, porém, não pela despoluição das águas da malha urbana, mas pela eliminação da infecção no hospedeiro humano, pois a droga utilizada é eficaz (Fontes et al., 2012).

A maior preocupação recai sobre a competência que tem esse culicídeo de veicular vários arbovírus, como exemplo o agente da febre do Nilo Ocidental, infecção que, a partir das primeiras notificações em 1999, disseminou-se pela América do Norte. O mais grave é que essa doença pode evoluir para encefalites, paralisia e morte (Harrigan, 2014).

Em época de alterações climáticas, que facilitam a emersão e a dispersão das doenças associadas aos vetores, deixar esse mosquito proliferar livremente é no mínimo uma imprudência. Nossos gestores do ambiente precisam redobrar a atenção sobre o estado em que se encontra nossa água doce depois de utilizada, sendo a ameaça dos mosquitos mais uma justificativa a fortalecer a política saudável.

Em suma, o quadro futuro das mudanças climáticas e das doenças veiculadas por insetos nos grandes centros urbanos é um exercício de futurologia. Mas, pelo princípio da precaução, bastante caro à saúde pública, é importante considerá-lo e tomar as medidas preventivas necessárias, ao invés de tentar mitigar as suas graves consequências, caso o quadro se confirme. O problema, tratando-se de insetos vetores ou incômodos, das doenças aqui vistas – leishmaniose visceral, dengue, febre amarela, chikungunya e zika – é que as medidas de controle conhecidas e atualmente utilizadas parecem não dar conta, havendo a necessidade de investimento em pesquisas para desenvolvimento de novos e mais efetivos métodos de vigilância e controle vetorial e/ou de vacinas.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVAR, J. et al. "Leishmaniasis Worldwide and Global Estimates of Its Incidence", in *PLoS ONE*, 7(5), 2012, p. e35671.
- ARAUJO, R. V. et al. "São Paulo Urban Heat Islands Have a Higher Incidence of Dengue than Other Urban Areas", in *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 19(2), 2015, pp. 146-55.
- BARCELLOS, C. et al. "Mudanças Climáticas e Ambientais e as Doenças Infecciosas: Cenários e Incertezas para o Brasil", in *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 18, 2009, pp. 285-304.
- BARCLAY, E. "Is Climate Change Affecting Dengue in the Americas?", in *The Lancet*, 371, 2008, pp. 973-4.
- BHATT, S. et al. "The Global Distribution and Burden of Dengue", in *Nature*, 496(7.446), 2013, pp. 504-7.
- CASANOVA, C. et al. "Distribution of *Lutzomyia longipalpis* Chemotype Populations in São Paulo State, Brazil", in *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(3), 2015, p. e0003620.
- CHIARAVALLOTTI-NETO, F. "Descrição da Colonização de *Aedes aegypti* na Região de São José do Rio Preto, São Paulo", in *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 30, 1997, pp. 279-85.
- CUNHA, D. G. et al. "Contiguous Urban Rivers Should Not Be Necessarily Submitted to the Same Management Plan: the Case of Tietê and Pinheiros Rivers (São Paulo, Brazil)", in *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 83(4), 2011, pp. 1.465-80.
- CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. *Distribuição dos Casos de Dengue Autóctones segundo o Município Provável de Infecção e Casos Importados de Outros Estados segundo o Município de Residência no Estado de São Paulo*. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/>. Acessado em: 22/11/2015.
- FONTES, G. et al. "Lymphatic filariasis in Brazil: Epidemiological Situation and Outlook for Elimination", in *Parasities & Vectors*, 26(5), 2012, p. 272.
- HARBACH, R. E. "*Culex pipiens*: Species Versus Species Complex Taxonomic History and Perspective", in *Journal of the American Mosquito Control Association*, 28(4 Suppl), 2012, pp. 10-23.
- HARRIGAN, R. J. et al. "A Continental Risk Assessment of West Nile Virus Under Climate Change", in *Global Change Biology*, 20(8), 2014, pp. 2.417-25.
- LOUISE, C.; VIDAL, P. O.; SUESDEK, L. "Microevolution of *Aedes aegypti*", in *PLoS ONE*, 10(9), 2015, p. e0137851.
- MEASON, B.; PATERSON, R. "Chikungunya, Climate Change, and Human Rights", in *Health and Human Rights*, 16, 2014, pp. 105-12.
- MORAIS, S. A.; MARRELLI, M. T.; NATAL, D. "Aspectos da Distribuição de *Culex (Culex) quinquefasciatus* Say (Diptera: Culicidae) na Região do Rio Pinheiros, na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil", in *Revista Brasileira de Entomologia*, 50(3), 2006, pp. 413-18.
- NASCIMENTO, C. B. *A Baixa Transmissão de Dengue na Região Metropolitana de São Paulo no Contexto das Demais Regiões do Estado: Razões e Perspectiva*. Tese de doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.
- PAHO – Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization – WHO. "Leishmaniasis: 'Epidemiological Report of the Americas'", in *Report Leishmaniasis* n. 32.015.

- ROSSATI, A. et al. "Vector Transmitted Diseases and Climate Changes in Europe", in *Le Infezione in Medicina*, 22(3), 2014, pp. 179-92.
- RUEDA, L. M. et al. "Temperature-dependent Development and Survival Rates of *Culex quinquefasciatus* and *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae)", in *Journal of Medical Entomology*, 27, 1990, pp. 892-8.
- SES – Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Controle de Endemias. Programa de Controle de *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 1985.
- TEIXEIRA, J. C.; GUILHERMINO, R. L. "Análise da Associação entre Saneamento e Saúde nos Estados Brasileiros, Empregando Dados Secundários do Banco de dados Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB 2003", in *Revista de Engenharia Sanitária e Ambiental*, 11(3), 2006, pp. 277-82.
- WHO – World Health Organization. "Control of the Leishmaniasis: Report of a Meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis", in *WHO Technical Report Series*, 949. Geneva, March, 2010, pp. 22-6.

# Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana?

*Marcia Faria Westphal*

*Sandra Costa Oliveira*



Cecilia Bastos/USP Imagens

## resumo

Este artigo apresenta o referencial no qual a estratégia de Cidades Saudáveis, proposta pela OMS, se apoia. Apresenta dados da realidade urbana brasileira atual que indicam a necessidade de mudar o enfoque de intervenção em saúde urbana, tendo em vista a complexidade dos problemas e das estratégias necessárias para ampliar o desenvolvimento das potencialidades locais. Comenta a metodologia de desenvolvimento do projeto, que tem sido construída e reconstruída em função do referencial de abordagem: compromisso das autoridades locais com políticas públicas intersetoriais, empoderamento da população e busca de equidade social. Responde à questão inicial de que essa é uma forma de abordagem que exige novas estratégias de ação em saúde urbana.

**Palavras-chave:** promoção da saúde; saúde urbana; Cidades Saudáveis.

## abstract

*This article presents the framework upon which the strategies for the WHO Healthy Cities project are based. It shows data on the current Brazilian urban reality, which suggest a need for changing the approach to urban health, given the complexity of problems and strategies needed for enhancing the building of local capacities. It makes comments on the project development methodology, which has been drafted and redrafted according to the theoretical framework: commitment from local governments to public inter-sector policies, population empowerment and the pursuit of social equality. It answers the initial question that this is an approach that demands new action strategies for urban health development.*

**Keywords:** health promotion; urban health; Healthy Cities.

**N**este artigo vamos apresentar e discutir a situação atual do Brasil, suas iniquidades, potencialidades, em relação a um modelo de desenvolvimento local – Cidades Saudáveis – orientado na direção do modelo de desenvolvimento proposto por Sen (2005) – *Desenvolvimento como Liberdade* – que, como alguns outros economistas, vem se opondo à corrente econômica

utilitarista. Esse modelo se apoia na convicção de que a promoção do bem-estar, objetivo do desenvolvimento, deve orientar-se por uma resposta adequada à pergunta ética: “qual é o valor da vida humana?”. Parte do princípio de que as pessoas nascem em diferentes circunstâncias, e muitas delas enfrentam males sociais que as privam de viver minimamente bem: a extrema pobreza, a fome coletiva, a privação de direitos básicos, a carência de oportunidades, a insegurança política e social, entre outras. Segundo o autor, essas circunstâncias são diferentes formas de “privação de liberdade”. Objetiva a produção de um estado de bem-estar e o enfrentamento gradativo de doenças, mortes e miséria decorrentes dessa questão. Essa abordagem faz confluir áreas aparentemente distantes, como filosofia, política e economia, na orientação da proposta de desenvolvimento. Em princípio é uma forma diferente de abordagem que deve gerar uma estratégia específica de enfrentamento

dos problemas e de desenvolvimento de potencialidades (Sen, 2005)

Como resolver os problemas do Brasil neste início do século XXI, em que o cenário mundial se apresenta como um movimento dinâmico de globalização, um processo de transformação estrutural das sociedades avançadas, dentro dessa perspectiva? Novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas foram estabelecidas pela expansão da economia informacional global, fazendo com que a situação mundial interfira nos países, entre eles o Brasil, promovendo socialmente qualidade de vida e saúde, mesmo que as estratégias assumam contornos diferenciados, associados ao local e ao global. Em tempos de globalização muitos países e/ou muitas regiões do mundo, especialmente do sul, estão tendo suas populações marginalizadas do processo de desenvolvimento econômico social por razões variadas, entre as mais importantes o nível educacional de grande parte da população. Muitos países estão mudando de uma posição de exploração, de dependência,

---

**MARCIA FARIA WESTPHAL** é professora titular sênior do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (Cepedoc).

**SANDRA COSTA OLIVEIRA** é doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (Cepedoc).

para a de irrelevância estrutural na nova economia, aprofundando as grandes desigualdades entre desenvolvidos e em desenvolvimento (Castells & Borja, 1996; Castells, 1999).

Como aplicar esse modelo e essas ideias no contexto brasileiro neste momento em que se vem perdendo o que se construiu nos últimos 12 anos? O país vinha fortalecendo sua economia e se inserindo no processo de globalização, chegando a ocupar a sétima posição na comparação do PIB dos países do mundo. Que fazer agora com um PIB de -0,24 em outubro de 2015, com uma taxa de desemprego que chegou a 7,60 e uma taxa de inflação de 10,5%, voltando à situação de 1992 (Ipea, 2015)? A comparação de dados do Brasil no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010 ressalta desigualdades regionais entre o Norte e Nordeste e o Sul e Sudeste. As condições de educação da população não têm acompanhado o crescimento dos outros indicadores, e isso não tem permitido que o Brasil ocupe melhores condições nesse *ranking* – IDH –, reforçando que as desigualdades ainda precisam de maior atenção dos governos no que se refere a políticas públicas (PNUD, 2011).

Discutir e resolver esses problemas estruturais que afetam a saúde tem se tornado um grande desafio para gestores públicos de todas as esferas governamentais. A partir da Constituição de 1998, foi definido no artigo 196, de relevância pública, que “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado”. Regulamentando as premissas dessa mesma Constituição, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Federal 8.080/90 e da Lei 8.142 do mesmo ano, que tem como princípios a equidade, a universalidade, a integralidade e a participação social. A partir daí ficou garantido o direito a saúde, permitindo que todos pudessem usufruir dos serviços públicos ofertados por hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), ambulatórios de atendimento a saúde (AMAs), ambulatórios de especialidades (AMEs) e outros. Entretanto, ter direito a saúde não consiste apenas em ter acesso a um sistema de saúde para todos. Ter direito a saúde é também ter moradia digna, educação, trabalho, lazer, cultura, transporte público de qualidade, entre outros.

Para responder à questão inicial e discutir como produzir saúde socialmente em todos os

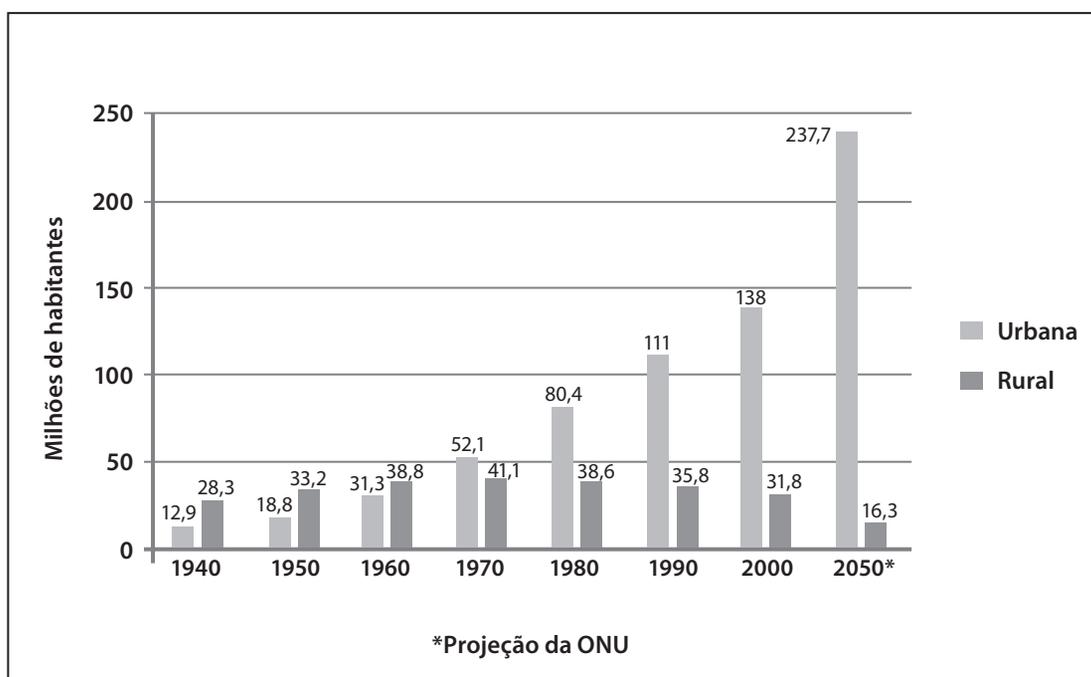
seus corolários, vamos apresentar alguns dados que nos ajudam a identificar problemas e potencialidades do Brasil urbano e apresentar conceitos e princípios da estratégia de Cidades Saudáveis e sua aplicação nos municípios brasileiros como alternativa aos modelos economicistas de desenvolvimento.

## DESENVOLVIMENTO URBANO, INIQUIDADES EM CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NO BRASIL

O Brasil vem sendo marcado desde o início do século XX por grandes transformações, entre elas o intenso processo de urbanização. Em seis décadas, o Brasil se transformou, de predominantemente rural, em um país com mais de 85% da população vivendo em áreas predominantemente urbanas. Em 1940 a população urbana do país era de 10.891.000 habitantes, 31,24% da população total; em 2010, a população urbana passou a ser de 160.092.160 habitantes, 84,36% da população total, com uma projeção grande de crescimento para 2050 chegando a mais de 200% (Gráfico 1) (Borges, Ervatti & Jardim, 2015; Santos & Silveira, 2004; Santos, 1996).

O tema “habitação”, especialmente nas cidades onde se concentra a maior parte dela, tem sido alvo das atenções das entidades internacionais de pesquisas sociais há mais de 40 anos. Com efeito, para atender a esse objetivo foi criado, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), o Fórum Habitat, cuja primeira reunião foi realizada em Vancouver, Canadá, em 1976, a segunda, na Turquia, em Istambul, em 1996, com o reconhecimento da rápida urbanização como um fenômeno de escala mundial, e a terceira será no próximo ano e como as anteriores. Os organizadores pretendem que ela seja “uma oportunidade para firmar compromissos de futuro e bem-estar com a vida, combatendo desigualdades sociais e segregações, buscando transformar cidades em espaços acessíveis para todos, democráticos, lugares para efetivação dos direitos e exercício de oportunidades” (Balbim & Amanajas, 2014). Desde o início o fórum vem defendendo que as condições dos assentamentos humanos “são determinantes da

## População residente, por situação de domicílio – Brasil – 1940-2000



Fonte: Tendências Demográficas, 2000, IBGE, 2001

qualidade de vida, cuja melhoria é pré-requisito para a plena satisfação das necessidades básicas, tais como: emprego, habitação, serviços de saúde, educação e lazer”.

Tanto a urbanização brasileira como a proposta de Cidades Saudáveis estão inseridas nos pressupostos do Fórum Habitat. Se tivéssemos que preparar um relatório da situação do Brasil para contribuir com as discussões daquela conferência e ao mesmo tempo verificar se a realidade é passível de uma ação em promoção da saúde, os indicadores que iríamos utilizar seriam os relacionados aos princípios dessa área de atuação: a equidade, a participação social, a intersetorialidade e a sustentabilidade, entre outros.

Com base nesses pressupostos do Fórum Habitat e pensando em como tornar as cidades brasileiras mais saudáveis, justas e igualitárias, fomos analisar alguns indicadores da necessidade dessa forma de intervenção no Brasil, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde da população residente no país.

Verificamos que o número total de domicílios vem se expandindo em ritmo superior ao cresci-

mento da população. Enquanto a população brasileira cresceu 9,8% entre 2004 e 2013, o número total de domicílios particulares no Brasil cresceu 25,1% no mesmo período. Esse processo impacta a necessidade de expansão da oferta de habitações com acesso a serviços básicos e é influenciado por fatores diversos, que vão desde as mudanças demográficas da população (queda das taxas de fecundidade, envelhecimento populacional, mudanças nos arranjos familiares) até os fatores econômicos (aumento do rendimento médio da população, crescimento econômico, dinâmica do mercado imobiliário e do setor de construção civil, expansão do crédito e programas de habitação popular). Essa realidade nos permite pensar que nosso país se beneficiaria muito com a introdução desse tipo de agenda.

No Brasil, o número médio de moradores por domicílio em 2013 foi de 3,1, com destaque para a Região Norte, onde havia 3,6 pessoas por domicílio, influenciado pelo Amazonas, com 3,9 pessoas por domicílio, e pelo Amapá, com 3,8 pessoas por domicílio, enquanto no Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro foi registra-

da a menor razão entre habitantes e domicílios: 2,8 (PNAD/IBGE, 2013).

Nas cidades, desde 1940 até hoje, condições inadequadas de habitação foram fazendo parte do quadro de mudanças urbanas, agravando os problemas de saúde, que se evidenciaram pelo aumento das doenças transmissíveis relacionadas à falta de saneamento básico, e também pelo aumento das doenças respiratórias relacionadas a umidade e falta de ventilação de casas auto-construídas e à poluição atmosférica (Jacobi apud Comarú & Westphal, 2004).

Como parte desse quadro de mudanças, o fenômeno da favelização demonstra a gravidade das consequências do processo de urbanização. O problema do crescimento do número de favelas que emergiu entre os anos de 1980 e 1991 e que continua se ampliando, especialmente nas grandes metrópoles do país, chega, até o Censo de 2010, a expor a precariedade de condições de habitação em que vivem 5,6% da população dos municípios brasileiros, perfazendo um total de 3.224.529 habitantes de casas nas favelas, correspondendo a 6.329 favelas localizadas em 323 municípios brasileiros. Condições de vida e habitação nos aglomerados subnormais mais conhecidos por favelas são altamente desfavoráveis à saúde e condição importante para o aumento do tráfico e uso de drogas e da violência urbana (Comarú & Westphal, 2004).

Agora, 15 anos depois, esse número deve estar muito maior, dado que pouco foi feito em termos de políticas públicas do governo para estancar esse crescimento. Nos últimos anos a política pública federal do Ministério das Cidades, Minha Casa, Minha Vida, está se propondo a diminuir o déficit de habitação para a população carente do país, mas não tem conseguido atingir as metas propostas (Ministério das Cidades, 2015).

Em relação à qualidade dos serviços de infraestrutura urbana nas zonas das cidades em que os brasileiros vivem, 28% de todas as casas no Brasil são consideradas com condições inadequadas, em outras palavras, em todas falta pelo menos um serviço básico essencial. O serviço mais deficiente é o esgotamento sanitário, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O percentual de domicílios

com coleta de esgoto e fossa séptica é de 64,3%. A maior cobertura permaneceu com a Região Sudeste (88,7%), enquanto a menor (19,3%) foi encontrada na Região Norte. Em relação ao abastecimento de água em 2013, 85,3% das habitações tinham água encanada. O maior aumento de 2012 para 2013 foi registrado na Região Sul, que passou de 87,1% para 88,5%, sendo que na Região Centro-Oeste ocorreu a maior redução – de 86% para 84%. Na coleta de lixo, 89,8% das habitações foram beneficiadas. A Região Sudeste teve a liderança na oferta de serviço, com 96,3% de casas atendidas, e o Norte e o Nordeste mantiveram as menores proporções (78,8% e 78,5%, respectivamente). A energia elétrica chega a 99,6% de domicílios, exceto para a Região Norte, que tem 97,7% ligados à rede. O telefone chega a 92,7% dos domicílios brasileiros. Cada vez mais casas têm somente telefone celular. As iniquidades de acesso a esses serviços públicos ficam evidenciadas nessas diferenças entre regiões do país, e se fizermos uma análise mais profunda, facilmente encontraremos diferenças entre estados e entre municípios do país.

A mobilidade urbana é atualmente um dos problemas mais discutidos no mundo globalizado. Tomou grande proporção diante da ampliação do processo de urbanização – as cidades em todo o mundo não param de se expandir e adensar, criando problemas para os administradores locais, que não conseguem se adequar de maneira eficiente para resolver grandes congestionamentos, excesso de veículos nas ruas, avenidas e rodovias, dificuldades no uso dos espaços públicos, poluição do ar, com danos à saúde da população e ao meio ambiente. Esses problemas afetam a população como um todo: adultos, jovens crianças em idade escolar, idosos e outros (Cançado, 2006; Assunção et al., 2009; Saldiva, 2006).

Diariamente as pessoas se deslocam para locais próximos de suas casas ou para muito longe para realizar seus afazeres: ir para o trabalho, para a escola, até mesmo a uma instituição de saúde. Com o crescimento das cidades de forma desordenada, hoje temos que solucionar problemas relacionados ao deslocamento diário das pessoas, de diferentes condições socioeconômicas, algumas usando automóveis individu-

almente, outras utilizando ônibus lotados, que demoram muito tempo para cruzar a cidade, algumas, trens ou metrô, muitas utilizando motos, inclusive como instrumento de trabalho, algumas usando bicicletas, e poucas andando a pé. Na maior parte das vezes, a travessia de ônibus é uma viagem longa dentro da própria cidade, que é feita entre “subcidades”, ou seja, entre os bairros. Nas 15 principais regiões metropolitanas, 20% da população leva mais de uma hora no deslocamento casa-trabalho. Várias questões são mencionadas na literatura e nas estatísticas como componentes dessa ordem de problemas: congestionamentos, acidentes e mortes; ônibus, metrô e trens sempre lotados; motoristas impacientes nos intermináveis engarrafamentos; passageiros no ponto à espera de um ônibus que demora a passar; e usuários dos trens protestando após mais uma pane.

O que perpetua e agrava os problemas são os rumos das políticas, que continuam privilegiando a circulação de automóveis. Nos últimos anos, o aumento do número de veículos automotores no Brasil foi dez vezes maior do que o aumento da sua população: enquanto a população aumentou em 12,2% numa década, o aumento do número de veículos motorizados foi de 138,6%. Segundo dados disponibilizados pelo Denatran, o país terminou o ano de 2012 com mais de 50,2 milhões de automóveis e 19,9 milhões de motos. Com isso, a taxa de motorização no país (número de automóveis para cada 100 habitantes) passou de 14,2, em 2001, para 22,7 em 2011. Nas 15 principais regiões metropolitanas, essa mesma taxa atingiu 30,4 automóveis para cada 100 habitantes. Em algumas delas, é superior a 40 autos/100 habitantes, como em São Paulo (40 autos/100 habitantes), Florianópolis (41,2 autos/100 habitantes), Campinas (43,2 autos/100 habitantes) e Curitiba (44,9 autos/100 habitantes). É indispensável discutir e colocar na pauta da agenda das políticas públicas mecanismos de restrição ao uso do automóvel, como rodízios ou pedágios urbanos. É preciso, além disso, inovar, criar e implantar ações que atraiam o usuário do automóvel para outras formas de deslocamento. Só ações efetivas podem convencer as pessoas a não usarem o carro. E isso só será possível através da provisão de um

serviço de transporte coletivo público, eficiente, confortável e seguro, o que (infelizmente) parece estar bem longe do cenário que se desenha para o futuro da mobilidade urbana no Brasil.

A mobilidade urbana, portanto, também compõe esse quadro de iniquidades, interferindo de maneira incisiva na qualidade de vida da população de todas as idades. Pensar as cidades mais planejadas para facilitar esse movimento diário de sobrevivência, de acesso aos serviços essenciais, tais como transporte das casas para as escolas e os locais de trabalho, é um problema que os políticos, os técnicos e os cientistas, especialmente os envolvidos com estratégias de cidades saudáveis, devem ajudar a resolver, uma vez que a mobilidade e a poluição nas cidades, que foram se expandindo de maneira desordenada, também afetam a qualidade de vida e a saúde das populações. Reorganizar esse fluxo das cidades em benefício das pessoas, oferecendo serviços de saúde, empregos, escolas, lazer e outros próximos de sua moradia, seria o ideal.

As cidades em que vivemos são resultado desse processo complexo, que foi implantado pelos nossos antepassados e que continua nos dias de hoje com a sua atuação. O desafio é em cada situação específica analisar como esse processo ocorre, como se resolve o problema de habitação, infraestrutura de água, saneamento básico, lixo e outros. É necessário também pensar nos problemas de mobilidade, de transporte e trânsito que afetam a saúde da população, como eles podem ser minorados ou eliminados e ainda como preservar espaços públicos que a população possa aproveitar especialmente para o lazer (Vasconcelos, 2012, p. 13).

Para Westphal (2000), apesar de estarmos vivendo em um mundo globalizado, as cidades que concentram grandes contingentes de população vêm ganhando, nos últimos anos, importância significativa como espaço de intervenção e de mobilização em torno de projetos comuns e de interesses coletivos.

Essa nova forma de pensar as cidades acaba nos trazendo questionamentos e exigindo maior reflexão sobre a construção da cidade que queremos para o futuro. Tal reflexão nos faz idealizar cidades mais inteligentes, cidades ideais, cidades saudáveis, cidades sustentáveis, cidades

educadoras, entre tantas outras denominações possíveis. Vamos aqui focalizar a estratégia de Cidades Saudáveis, que tem muito em comum com as outras agendas.

## A CIDADE SAUDÁVEL: UMA PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

Considerando os problemas urbanos contemporâneos e as possibilidades que a cidade oferece para a realização de projetos sociais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e suas agências regionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), propuseram a estratégia de Cidades Saudáveis (Westphal, 2000).

As ideias que orientam essa proposta partem do princípio de que a saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos ou de uma comunidade não depende só de médicos e medicamentos. Relaciona-se também com coisas que o homem criou, cria e faz, com as interações dos grupos sociais, com as políticas adotadas pelo governo, inclusive com os próprios mecanismos de atenção à doença, com o ensino da medicina, da enfermagem, com a educação, com as intervenções sobre o meio ambiente, entre outros (Santos & Westphal, 1999).

A agenda Cidades Saudáveis, estimulada pela OMS e também pela sua correspondente nas Américas – Opas –, tem sido uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de vida das populações. Para além de reconhecer a saúde em sua positividade como expressão de qualidade de vida, uma cidade que se pretende saudável gera processos participativos, sociais e institucionais na elaboração coletiva de determinada visão de cidade e, sobretudo, busca acordar uma intervenção coletiva e direcionada a todas as políticas sociais para uma meta: melhorar continuamente a vida de todos os cidadãos (Westphal et al., 2013).

A primeira iniciativa de cidades saudáveis foi realizada por representantes do escritório europeu da OMS, que assumiram a ideia do projeto Cidades Saudáveis como estruturante do novo paradigma da promoção da saúde, iniciando sua divulgação junto aos países europeus, em 1985. Ao mesmo tempo foi desenvolvida no Canadá (Toronto) uma iniciativa semelhante, que foi iniciada em 1987 e envolveu no princípio 14 cidades.

Hoje o projeto Cidades Saudáveis continua sendo um movimento global, tendo por base o conceito de Saúde para Todos no Século XXI da OMS. Continua existindo uma rede europeia constituída por 1.200 cidades e vilas de 30 países europeus que assumiram o compromisso de promover saúde e desenvolvimento sustentável. A designação de cada cidade para integrar a rede passa por um processo de candidatura que envolve a resposta a um conjunto de critérios de designação e de elegibilidade definidos pela OMS. A rede funciona em fases com duração de cinco anos, sendo que a quinta fase acaba de terminar e teve como tema Saúde e Equidade em Todas as Políticas Locais. Outros continentes desenvolvem projetos semelhantes: América do Norte, com participação maior de Canadá e México; América do Sul, com Brasil e Argentina principalmente; Ásia, com Indonésia, Tailândia, Japão e outros; África, com Quênia; Oceania, com Austrália; entre outros.

## ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROJETOS CIDADES SAUDÁVEIS

O projeto Cidades Saudáveis propõe uma abordagem à saúde e ao bem-estar da população através de ações locais, “no contexto da vida diária das pessoas facilitando a ação conjunta entre as autoridades locais, sociedade civil, e outros atores-chave para melhorar as condições e a qualidade de vida do e no lugar onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem, e promover o desenvolvimento de sistemas e estruturas sustentáveis” (Opas/OMS, 2002). Esse projeto, segundo Mendes (1996), é “estruturante do campo da saúde”, em que os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil e organizações não governamentais) procuram, por meio da “gestão social”, transformar a cidade em um espaço de “produção social da saúde”. Dessa forma, saúde é entendida como qualidade de vida e considerada objeto de todas as políticas públicas, entre as quais as de saúde.

Apesar disso, repetindo a ênfase da literatura relacionada a projetos Cidades Saudáveis, é essencial, para a formação e crescimento de um projeto, um *compromisso político do gestor*, em geral o prefeito de uma cidade, e se a proposta en-

globar só uma parte do território, o administrador geral do projeto de desenvolvimento local, que vai promover a inter-relação dos setores de educação, habitação, saneamento, transporte, lazer, economia, com a saúde. Isso significa que precisa haver um gestor comprometido e capacitado para liderar a realização do planejamento e da gestão de forma que integre no processo os diferentes setores de governo e sociedade civil, o que representa uma grande mudança de paradigma e cuja implementação exige muita vontade e habilidade para fazer acontecer. Isso é importante para que o projeto fique caracterizado como uma política de governo que envolve também a sociedade civil.

Uma comissão intergestora e intersetorial deve elaborar um *plano de governo*, após um *diagnóstico*, de preferência realizado com a *participação da população*, que ajudará a identificar problemas e potencialidades do município. Esse plano de governo deverá objetivar a *resolução dos problemas identificados* e o *fortalecimento das potencialidades*. Como pano de fundo fica delineada a proposta de inserir a saúde como prioridade na agenda política, tanto local como nacional, através de uma estratégia fortemente ancorada na ação intersetorial, capaz de unir o setor saúde com outros setores.

Essa ação intersetorial, quando ocorre, produz sinergia entre as políticas. É uma das principais potencialidades do projeto e também a mais difícil de ser concretizada. Sua construção constitui um grande desafio uma vez que requer ruptura com o modelo setorial que não necessariamente prevê o tipo de dinâmica de relações a serem utilizadas. Em geral, o modelo setorial é fragmentado e desarticulado, define atividades delimitadas à especialização profissional de cada área de atuação e utiliza lógicas que não necessariamente refletem a dinâmica dos problemas sociais nem concebem o indivíduo como um todo e dentro do seu contexto (Santos, 2011).

Autores que discutem a questão da intersetorialidade no Brasil, relacionada a projetos de Cidades Saudáveis, destacam uma profunda brecha entre as políticas definidas no papel e as práticas cotidianas, em grande parte devido à multiplicidade e complexidade dos diversos fatores que compõem o contexto brasileiro e que afetam negativamente a população brasileira, como as

desigualdades estruturais e a injusta distribuição de poder e de recursos (Traverso-Lopez, 2007).

A criação de um Conselho Intersetorial Central, com a participação de cidadãos que representem os diferentes grupos de poder, que coordene a elaboração e controle a execução do plano de trabalho é uma das medidas que têm sido utilizadas para superar as dificuldades. Dele devem participar cidadãos que representem diferentes grupos de poder e de interesse da cidade. Uma questão que está subjacente a essa estratégia é um dos conceitos prioritários da promoção da saúde, que é o *empowerment*, que traz na sua raiz o significado de poder, ou ganho de poder para tomar decisões, realizar ações, individual e coletivamente, visando a eficácia política, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social. Através da participação nesses conselhos e em outras atividades paralelas, será possível a muitas pessoas que representam grupos da sociedade ampliar seu poder e levar suas questões e do seu grupo ao Conselho da Cidade Saudável.

Alguns outros aspectos fundamentais dos projetos Cidades Saudáveis, portanto, fazem parte da operação, em todos os momentos de mobilização e planejamento: fortalecimento das organizações comunitárias, equidade na distribuição de recursos e de informações e capacitação de profissionais e da sociedade civil, especialmente segmentos marginalizados, para participar do processo de tomada de decisões.

Além das outras estratégias mais gerais em relação à cidade, há uma relacionada mais especificamente aos serviços de saúde e a sua reorientação no sentido da promoção da saúde, conforme indicação da Constituição de 1988. Uma vez que os serviços de saúde assumam que é sua responsabilidade também promover ações participativas e intersetoriais e impulsionar para que haja efeitos sinérgicos de ações integradas, será mais fácil promover a saúde e a qualidade de vida nas cidades.

## CONCLUSÕES

No Brasil, apesar das iniquidades decorrentes do modelo de desenvolvimento econômico social, o processo de descentralização tem se constituído como uma ideia força importante, direcionando

para uma política local mais autônoma, criando novas instâncias de decisão, facilitando práticas de controle social e de democratização da gestão, contribuindo para uma nova cultura política. Neste sentido é inegável a contribuição das novas experiências de gestão municipal na perspectiva do movimento Cidades Saudáveis e as efetivadas com outras agendas sociais (Westphal, Mendes & Comarú, 2006).

Um estudo nacional multicêntrico, realizado nas cinco regiões do país, finalizado em 2011, analisou as agendas de desenvolvimento local em funcionamento no país, Cidades Saudáveis e Agenda 21, procurando estabelecer relações entre o esforço social local despendido e os resultados efetivos das agendas sociais e seus efeitos sobre os determinantes sociais. Identificou-se que algumas ações foram importantes, tais como a indução de geração de renda e de controle do poder econômico, e ainda a definição da vocação econômica para o município, aumentando o montante e estabelecendo o caráter dos investimentos financeiros. Pressupostos participativos mostraram-se presentes nas experiências estudadas, sendo a participação social uma diretriz básica em todos os casos estudados. De modo geral, amplos setores da sociedade atuaram nos processos de desenvolvimento de agendas, indicando problemas e propostas, mas o processo de decisão, na maioria dos casos, acabou por ser centralizado pelo poder público ou por um grupo específico. Conflitos de caráter partidário também interferiram, às vezes

de maneira negativa, em algumas dinâmicas das agendas. Constatou-se, também, que o conceito de rede de movimentos e de atores colabora na sustentabilidade dos projetos, e finalmente os envolvidos nos projetos indicaram que foi uma experiência positiva (Westphal et al., 2013).

Assim considerando, se houvesse interesse das autoridades do país em implementar experiências de Cidades Saudáveis e semelhantes, como as agendas sociais tipo Agenda 21, haveria muitos benefícios para as cidades em si e para a população que vive nelas, especialmente se fosse uma ação integradora de agendas. Hoje, o Ministério do Meio Ambiente abre editais para municípios se candidatarem para implementar projetos de Agenda 21; o Ministério das Cidades, para os municípios implementarem o plano diretor de seus municípios; mas o Ministério da Saúde, neste momento, não tem editais desse tipo, somente abrindo espaço para projetos que interfiram em estilos de vida, como atividade física e nutrição, apesar da revisão no ano passado da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2014), que reforça a necessidade de ações do tipo das apresentadas neste artigo sobre Cidades Saudáveis.

Fica aí uma ideia: a realização de novas ações integradas das diferentes agendas municipais com objetivos semelhantes, em forma de rede. Isso se faz urgente, pois é uma estratégia importante de governo para a produção social da saúde, no seu sentido amplo, tendo em vista as necessidades das pessoas que residem nas cidades.

## BIBLIOGRAFIA

- ASSUNÇÃO, J. V. de; MALHEIROS, T. F. "Poluição Atmosférica", in A. Philippi Jr. e M. C. F. Pelicioni. *Educação Ambiental e Sustentabilidade*. São Paulo, Manole, 2009.
- BALBIM, R. & AMANAJÁS, R. "Acordos Internacionais e o Direito à Cidade: Notícias do Brasil para a Habitat III", in André de Mello e Souza e Pedro Miranda (eds.). *Brasil em Desenvolvimento 2015: Estado, Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, Ipea, 2015, pp. 267-85.
- BORGES, G. M.; ERVATTI, L. R.; JARDIM A. P. *Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para Projeções da População*. Rio de Janeiro, IBGE, 2015.
- BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
- BRASIL. Lei 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, SEC. 1, Brasília, 31 de dezembro de 1990, p. 25.694.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/habitacao-cidades/programa-minha-casa-minha-vida-pmcmv>. Acesso em: 22/12/2015
- CANÇADO, J. E. D. et al. "Repercussões Clínicas da Exposição à Poluição Atmosférica", in *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32 (supl. 1), 2006, pp. S5-S11.
- CASTELLS, M. & BORJA, J. "As Cidades como Atores Políticos", in *Novo Estudos Cebrap*, 45, São Paulo, julho de 1996, pp. 152-66.
- CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede*. São Paulo, Paz e Terra, 1999.
- COMARÚ, F. A.; WESTPHAL, M. F. "Housing, Urban Development and Health in Latin America: Contrasts, Inequalities and Challenges", in *Reviews on Environmental Health*, 19, (3-4), 2004, pp. 329-45. Disponível em: [http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/noticias/assembleia\\_intermunicipal\\_da\\_rede\\_portuguesa\\_de\\_municipios\\_saudaveis](http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/noticias/assembleia_intermunicipal_da_rede_portuguesa_de_municipios_saudaveis). Acesso em: 20/12/2015.
- MIRANDA, A. T. *Urbanização do Brasil: Consequências e Características das Cidades*. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/geografia/urbanizacao-do-brasil-consequencias-e-caracteristicas-das-cidades.htm>, 2006. Acesso em: 22/12/2015.
- OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde – OMS. *Municípios e Comunidades Saudáveis: Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida*. Publicação 83 Científica da Divisão de Promoção e Proteção da Opas/OMS.
- PNAD – IBGE. "Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2013", in *Estudos & Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica* 32, 2013.
- PNUD. IDH, Brasil, 2011.
- POLÍTICA Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, 2014.

- SANTOS, M. *Técnica, Espaço e Tempo: Globalização e Meio Técnico Científico Informacional*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1996.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. "Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: o Papel da Universidade", in *Estudos Avançados*, 13 (35). São Paulo, IEA-USP, jan.-abr./1999, pp. 71-88.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI*. 6ª ed. Rio de Janeiro, Record, 2004.
- SANTOS, N. N. "A Intersetorialidade como Modelo de Gestão das Políticas de Combate à Pobreza no Brasil: o Caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos". Tese de mestrado em Administração Pública e Governo. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2011.
- SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo, Companhia das Letras, 2005.
- TRAVERSO-LOPEZ, M. "Dilemas na Promoção da Saúde no Brasil: Reflexões em Torno da Política Nacional", in *Interface (Botucatu)*, v. 11, n. 22, maio-agosto/2007.
- VASCONCELOS, E. A. *Mobilidade Urbana e Cidadania*. Rio de Janeiro, Senac, 2012.
- WESTPHAL, M. F. *O Movimento de Municípios Saudáveis e a Qualidade de Vida Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 2000, pp. 39-51.
- \_\_\_\_\_. "Equidade no Acesso e Cidades Saudáveis", in Jacques Marcovitch. *Crescimento Econômico e Distribuição de Renda: Prioridades para Ação*. São Paulo, Edusp/Senac, 2007.
- \_\_\_\_\_; MENDES, R. "Cidade Saudável: uma Experiência de Interdisciplinaridade e Intersetorialidade", in *Revista de Administração Pública – RAP*, 34 (6), Rio de Janeiro, nov.-dez./2000, pp. 47-61.
- \_\_\_\_\_; MENDES, R.; COMARU, F. de A. "Promoção da Saúde e as Cidades", in Adriana Castro; Miguel Malo (orgs.). *SUS – Ressignificando a Promoção da Saúde*. 1ª ed. São Paulo, Hucitec/Opas, 2006, pp. 133-51.

textos



# O príncipe e o plebeu ou o rei do Brasil numa cidade republicana

Apenas uma crônica histórica

*João Baptista Borges Pereira*

S

anta Cruz do Rio Pardo, cidade que nasceu nos meados do século XIX, com o desbravamento do “sertão do Paranapanema” por famílias extensas provenientes das divisas das então capitanias de São Paulo e de Minas Gerais, na altura de São João da Boa Vista: os Soares, os Andrades, os Botelhos e os Garcias ou Caetanos de Oliveira. Cada grupo familiar se apossou de léguas e léguas daquela extensa área aonde a civilização ainda não chegara. Eram fazendeiros rústicos, cada qual com sua leva de escravos e seus agregados.

Somente nos finais do século XIX, anos depois desses pioneiros desbravadores, chegaram àquela região como cafeicultores os chamados fazendeiros sofisticados, categoria na qual se singularizavam ou se destacavam Antônio da Cunha Bueno e Francisco de Abreu Sodré. O primeiro, embora barão imperial, compunha com Abreu Sodré a ponta de lança do Partido Republicano Paulista naquela área rústica. Para expor e defender o ideário do novo regime, fundaram o jornal *Correio do Ser-*

**JOÃO BAPTISTA BORGES PEREIRA** é antropólogo, professor emérito da USP e professor pleno da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

*tão*\* e “batizaram” todos os logradouros públicos da cidade que ainda engatinhava (ruas, avenidas, praças, largos) com nomes expressivos da fase republicana. Nessa toponímia não havia espaço para nomes ligados ao império, ou que o lembrassem.

Foi nesse cenário republicano que se delineou o palco do encontro entre um nobre e um plebeu, em meados da década de 50 (século XX), no salão de uma selaria, a Selaria Oliveira, de Antônio Bento de Oliveira, descendente da família pioneira Garcia/Caetano de Oliveira. Ao passar pela ampla selaria, situada na Rua Euclides da Cunha, não me contive e entrei, talvez por permanente curiosidade pelas peças expostas, talvez para lembrar meus tempos de adolescência, quando passava meus dias cavalgando em pelo, isto é, sem arreios ou selas, pelos pastos da fazenda de meu tio-avô Getúlio Pimentel. Ao entrar na ampla selaria presenciei o diálogo entre três pessoas: o fazendeiro Mário Botelho do Amaral – que anos depois seria prefeito da cidade –, trajando seu costumeiro terno de brim cáqui e calçando botas longas, bem engraxadas; ao seu lado, um senhor bem vestido, com terno cinza, formal, que fugia aos padrões dos trajes dos homens de uma cidade ainda muito provinciana, ruralizada, “caipira”; compondo o triângulo, estava o proprietário da selaria, que, cerimoniosamente, exibia, com indisfarçável orgulho, a sela previamente encomendada pelo senhor de terno cinza. Reparei que o comerciante dirigia-se ao cliente, sempre o tratando com a expressão “meu rei” ou “seu rei”. Tão logo os clientes saíram da selaria, perguntei, curioso, ao senhor Antônio Bento, quem era aquele senhor chamado por ele de “seu rei” ou “meu rei”. Com a maior naturalidade, ele me respondeu que o Mário Amaral lhe havia recomen-

dado chamá-lo assim, porque o homem era o “rei do Brasil”. Percebi que não adiantaria insistir na pergunta, pois a resposta seria sempre a mesma.

Dias depois, em plena Av. Silva Jardim – líder republicano engolido pelo Vesúvio –, reencontrei os dois personagens rindo e conversando animadamente. Curioso, acompanhei-os, a distância, até a Praça da República, onde ambos se sentaram em um banco à sombra de árvore frondosa. De repente, o fazendeiro Amaral atravessou a rua em direção ao bar da família do hoje professor Jorge Nagle, então meu amigo de infância e colega de ginásio, enquanto “seu rei” aguardava-o no banco. Aproveitei a oportunidade, pedi licença ao senhor Amaral e lhe perguntei, em tons confidenciais, quem era realmente o seu companheiro. Foi quando, para minha surpresa, fiquei sabendo que o “seu rei” era o Príncipe Dom Pedro Henrique Afonso Felipe Maria Gastão Miguel Gabriel Rafael Gonzaga de Orleans e Bragança Bourbon, neto da princesa Isabel, chamado pela família ou autointitulado Dom Pedro III do Brasil.

Soube, também, que o príncipe morava em fazenda de 63 alqueires, sem energia elétrica, no norte do Paraná. Nessa pequena propriedade, criava 11 filhos, com a ajuda de sua esposa, Maria Isabel Francisca Teresa Josefa de Wittelsbach e Croy-Soire. Segundo o fazendeiro, o príncipe vinha, com frequência, a Santa Cruz do Rio Pardo para visitá-lo e fazer compras, principalmente arreios para seus 12 cavalos. O senhor Antônio Bento tinha razão.

O Rei do Brasil estava transitando alegre e tranquilo por um cenário republicano, sem despertar atenção alguma. Era apenas mais um a visitar uma cidade considerada na época a mais civilizada do antigo sertão do Paranapanema.

---

\* Assíduo colaborador do jornal foi Otoniel Motta, então pastor de uma incipiente igreja presbiteriana do lugarejo, que anos antes nascera de um embrião do protestantismo rural de Avaré. Gramático e

escritor, foi fundador, em 1934, da área de línguas neolatinas da USP, da qual fizeram parte posteriormente T. Maurer Jr., Isaac Nicolau Sallum e Cidmar Teodoro Pais.

# A visita da peste

*Boris Schnaiderman*  
*Roberto Oliveira*  
*Jerusa Pires Ferreira*

U

m tema desafiador em todos os tempos e muito atual pela permanência em acontecimentos que ameaçam a vida humana e a colocam diante da morte.

Em versões inéditas, “Festim em Tempo de Peste”, de Alexander Púschkin, traduzido do russo por Boris Schnaiderman, e “O Cólera em Paris em 1832”, de Heinrich Heine, traduzido do alemão por Roberto Oliveira, pertencem a uma antologia que organizamos, incluindo muitos textos de escritores e cientistas, da Antiguidade remota a nossos dias. Em inesperadas convergências, percebemos perspectivas distintas, do belo e da celebração ao medo e horror de uma visita tão indesejada, a peste.

O livro, que reúne textos e imagens, os mais surpreendentes, e provém de uma extensa pesquisa, está merecendo cuidadosa preparação na editora Ateliê e deverá sair publicado em breve.

**BORIS SCHNAIDERMAN** é professor aposentado do curso de Russo da FFLCH-USP.

**ROBERTO OLIVEIRA** é médico, professor do Departamento de Saúde Coletiva da UniRio, tradutor e escritor.

**JERUSA PIRES FERREIRA** é professora do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica da PUC-SP e do CJE/ECA-USP.

Por agora, uma amostra de como dois grandes escritores imaginaram ou presenciaram os acontecimentos funestos, e procuraram instalá-los em seu tempo e em suas linguagens.



Retrato de Púschkin por Orest Kiprensky

## ALEXANDER S. PÚSCHKIN (1799-1837)

Conforme uma nota às *Obras Completas* de Púschkin, em dez volumes, da Editora da Academia de Ciências da URSS (Moscou, 1957), o texto do poeta russo data de 1830 e constitui tradução de uma cena do poema dramático de John Wilson, *A Cidade da Peste* (*The City of the Plague*, 1816). As canções de Mary e do Presidente, nele incluídas, ainda de acordo com a mesma nota, são um acréscimo de Púschkin e não lembram de modo algum canções do próprio John Wilson. Na peça deste, descreve-se a peste de Londres em 1665.

O interesse de Púschkin por esse tema se deve certamente ao fato de estar grassando então na Rússia uma epidemia de cólera, que era frequentemente chamada de peste.

Essa peça entrou no rol das obras mais difundidas da tradição poética russa, e a expressão “festim em tempo de peste” se tornou uma frase feita que circulou em diversas circunstâncias históricas do país.

Curiosamente, nos países de língua inglesa, parece que não se atribuiu a mesma importância a John Wilson. Assim, a edição de 1995 da *Enciclopédia Britânica* simplesmente omite o seu nome, embora ele figure com dados biográficos em edições anteriores. O pouco apreço dos ingleses por sua obra pode ser confirmado pelo fato de que a notícia biográfica, incluída na edição da *Britânica* de 1954, não se refere sequer a seu poema sobre a peste.

## Festim em Tempo de Peste<sup>1</sup>

*Uma rua. Mesa posta. Alguns homens e mulheres se banqueteiam.*

### *Um Jovem*

Mui digno Presidente! Vou lembrar  
Um homem muito conhecido nosso,  
Cujas chalaças, casos engraçados,  
Ditos agudos, mais observações  
Tão doidas, mas em divertida empáfia,  
Vivificavam nossa prosa à mesa,  
Aniquilando a treva, que hoje em dia  
O contágio, nosso hóspede, nos manda  
E arrasa nossas mentes mais agudas.  
Dois dias faz, em nosso riso a glória  
De seus relatos retinia assaz.  
Será que em nosso alegre banquetear  
Se esqueça Jackson? Eis sua poltrona  
Vazia, como que parada à espera  
Do folgazão. Mas ele já partiu  
Para as moradas frias do subsolo...  
Embora sua linguagem eloquente  
Não se calasse à beira do caixão,  
Ainda somos muitos e não temos  
Motivo de tristeza, e eu proponho  
Bebermos à memória sua, ao alegre  
Soar dos cálices, dos ahs, dos gritos  
Como se ele estivesse aqui, conosco.

### *O Presidente*

Ele foi o primeiro a nos deixar.  
Pois digo, ao silenciar assim, bebamos  
À sua memória e honra para sempre.

<sup>1</sup> Tradução de Boris Schnaiderman.

*Um Jovem*

Que seja assim e seja eternamente.

*(Todos bebem em silêncio.)*

*O Presidente*

Tua voz, querida, traz-nos sons amenos  
Dos cantos pátrios, perfeição estranha:  
Entoa-nos, Mary, lenta e tristemente,  
Para, depois, voltarmos à alegria,  
Mais loucamente, como alguém da terra  
É expulso por um sonho, uma visão.

*Mary (canta)*

Houve um tempo, florescia  
Neste mundo nossa gente,  
Aos domingos já se enchia  
Toda a igreja de repente;  
Na ruidosa escola, as vozes  
Dos nossos guris soavam  
E no campo, bem velozes,  
Foíce e gadanha brilhavam.

Hoje a igreja está vazia,  
E a escola foi trancada;  
Os frutos apodreciam;  
A mata jaz devastada.  
E a aldeia, qual um prédio  
Pós-sinistro, está de pé.  
Tudo quieto. Este é o assédio  
Do além-morte à nossa fé.

Trazem mortos a toda hora  
E gemidos de homens vivos  
Ao senhor pedem agora  
Paz às almas dos esquivos.  
Falta espaço lado a lado  
E os jazigos entre si,  
Qual um rebanho assustado  
Se comprimem, frenesi.  
Se um jazigo prematuro  
Coube a minha primavera,  
Tu, amor meu, o mais puro,  
Cujo afeto me assevera  
Dita extrema, eu te imploro,  
Distancia-te de Jenny,  
Não lhe toques lábio morto,  
Fica bem, como quem teme.

E depois deixa esta aldeia  
Por alguma terra estranha  
Onde a alma que pranteia  
Ache a paz que a dor amaina.  
E quando passar esta onda,  
Visita meus pobres restos,  
Pois Jenny não abandona  
Edmond nem nos céus excelsos.

*O Presidente*

Agradecemos, pensativa Mary,  
Esta canção tão triste é um lamento.  
Em dias idos, uma peste igual  
Varreu os vossos vales e colinas,  
Gemidos tristes bem que ressoavam  
À margem dos riachos e dos rios  
Que hoje despencam em paz e alegria  
No paraíso rude de tua terra;  
E o ano sinistro em que tombaram tantos  
Valentes, bons e belas criaturas,  
Mal deixa atrás uma lembrança vaga  
Numa simples canção de pastoreio,  
Tristonha e agradável... Não, pois nada  
Nos entristece tanto nos festejos  
Como um som languê, bem do coração.

*Mary*

Ou se jamais, jamais eu bem cantasse  
Fora da casinhola de meus pais!  
Bem lhes fazia ouvir sua filha Mary:  
Eu como que ouço o meu próprio canto  
À porta da vivenda familiar.  
Eu tinha voz mais doce então, pois era  
Voz da inocência

*Luísa*

Estão fora de moda  
Estas canções. Pois bem, no entanto, existem  
As almas simples: elas se derretem  
Com pranto de mulher aceito às cegas.  
Segundo ela, seu olhar choroso  
É imbatível, mas, se fosse assim,  
O mesmo ela diria de seu riso  
E sorriria sempre. Um dia, Walsingham  
Louvou belas do norte, ela então  
Gemeu de triste. Ouçam: eu detesto  
Estes cabelos louros escoceses.

## Textos

### *O Presidente*

Escutem: ouço rodas avançando.

*(Chega uma carroça repleta de cadáveres, dirigida por um negro.)*

Ah! Luísa se sente mal. Pensava  
Que ela tivesse um coração de homem,  
Mas um ser cruel é fraco ante um bondoso.  
O medo vive na alma apaixonada.  
Esparge, Mary, água no seu rosto.  
Já está melhor.

### *Mary*

Irmã desta tristeza e da vergonha,  
Deita em meu colo.

### *Luísa (voltando a si)*

Um demônio terrível  
Me apareceu: bem negro, de olhos brancos,  
Chamou-me à sua carroça, onde jaziam  
Mortos, e estes agora murmuravam  
Um discurso terrível e ignorado...  
Disse-me: “Foi um sonho que eu tivera?  
A carroça partiu?”

### *Um Jovem*

Ora, Luísa,  
Alegra-te: a rua é toda nossa,  
Refúgio quieto contra a mortandade,  
Abrigo de festins imperturbáveis,  
Mas – sabes tu? – esta carroça negra  
Tem o direito de rodas às claras.  
Nós temos que a aceitar. Ouça-me agora,  
Walsingham, pra evitar maiores brigas,  
Desmaios de mulher e coisas tantas,  
Entoa um canto livre e bem vivaz,  
Avesse a essas tristezas de escocês,  
Um canto báquico bem tumultuoso,  
Surgido com a taça borbulhante.

### *O Presidente*

Não sei de nada igual, mas fiz um hino  
Louvando a peste, bem, eu o escrevi  
Ao despedir-nos ontem, à noitinha.  
Surgiu-me um gosto estranho pelas rimas,  
Foi a primeira vez na vida, e me ouçam:  
Minha voz rouca é boa pra este canto.

### *Muitos*

Um hino à Peste! Vamos, pois, ouvi-lo!  
Um hino à Peste! Bravo! Bravo! Bravo!

### *O Presidente (canta)*

Chegou o poderoso Inverno  
E investe contra nós, do Inferno,  
Sua tropa hirsuta e sobranceira  
De neve, gelo e frio extremo.  
Resposta: crepita a lareira  
E há farras de assustar o demo.

\*

Rainha bem severa, a Peste  
Se assanha contra nós, investe,  
Alegre co'a colheita farta,  
E no postigo, noite e dia,  
Bate a pá tumular: que parta!  
O que fazer nesta agonia?

\*

Livres do Inverno brincalhão,  
Fugindo à Peste em confusão,  
Luzes acesas, taça cheia,  
Num alegre afogar da mente,  
Em meio a bailes, eia!, eia!  
Ergamos nosso viva à Peste.

\*

Há êxtase em meio da batalha,  
E à beira de um abismo – valha! –  
E no oceano enfurecido,  
De ondas terríveis, vento e treva,  
No tufão árabe – um remoinho –  
Na ventania que a Peste leva.

\*

Tudo o que ameaça destruição  
Guarda uma estranha fruição  
P'ro coração de um ser mortal,  
Penhor talvez do que é eterno.  
Feliz quem bem no tremedal  
Soube vivê-lo termo a termo.

\*

Portanto, glória a ti, ó Peste,  
Não nos assusta o além que investe  
Contra nós nesse teu apelo.  
Erguendo a taça em gesto amigo,  
Colhemos o hálito singelo  
Talvez da Peste... ouve o que eu digo.

*(Aparece um velho sacerdote.)*

*Sacerdote*

Festim sem Deus, loucos sem divindade!  
Com essas farras e canções perversas  
Vós ofendeis o silêncio sinistro  
Que a morte espalha em toda parte às cegas!  
No horror destes enterros tão pranteados,  
Em meio às faces pálidas eu rezo,  
Mas vossos júbilos indecorosos  
Rompem esta quietude dos enterros  
E abalam o silêncio tumular.  
Se as orações dos anciães e esposas  
Não redimissem a vala comum,  
Eu pensaria que os demônios doidos  
Ficam dilacerando os sem-Deus  
E a gargalhar os levam aos Infernos.

*Algumas vozes*

Ele trata do inferno como um mestre.  
Avante, velho! Segue em teu caminho.

*Sacerdote*

Eu vos conjuro pelo santo sangue  
Do Redentor, por nós morto na cruz:  
Fora o festim monstruoso, se quereis  
Achar nos céus as almas tão amadas,  
Ide cada um em busca de seu lar.

*O Presidente*

As nossas casas hoje vivem tristes,  
E a juventude gosta de alegria.

*Sacerdote*

És Walsinham? És tu aquele mesmo  
Que há três semanas, caído de joelhos,  
Tua mãe morta, em prantos, abraçavas  
E aos berros sacudias seu jazigo?  
Ou pensas que ela agora não pranteia  
Amargamente, erguida em pleno céu,  
Vendo o filho farrear aqui na terra  
E ouvindo tua voz num canto doido,  
Após as santas rezas e os suspiros?  
Segue-me!

*O Presidente*

Ora, dirás, pra que vieste  
E me inquietas? Eu não posso ou devo  
Seguir-te agora, pois é o desespero  
Que me retém, esta lembrança horrível,  
A consciência da vida sem lei,

O horror daquele vácuo mortal  
Que reina agora em minha casa às claras  
E o novo destas alegrias loucas,  
E o bom veneno desta minha taça,  
E os carinhos (perdoa-me, Senhor!)  
De um ser querido que morreu agora...  
A sombra maternal não vai chamar-me  
– É tarde, eu ouço tua voz agora,  
Ela me chama, eu reconheço o esforço  
De me salvar... ancião, bem, parte em paz;  
Maldito seja quem seguiu teu rasto.

*Muitos*

Bravos! Bravos! Mui digno Presidente!  
Recebeste um sermão! Embora! Embora!

*Sacerdote*

Matilde, esp'rito puro é quem te chama!

*O Presidente (erguendo-se)*

Jura-me, a mão pálida erguida aos céus,  
Pálida, murcha, que hás de abandonar  
Em seu caixão nome que se cala!  
Oh, se eu pudesse ao seu olhar eterno  
Varrer esta visão! Pois ela outrora  
Me via puro, livre e orgulhoso  
E um paraíso certo nos meus braços...  
Onde? Filha santa da luz! Eu vejo  
Que estás onde o espírito caído  
Meu não te alcança mais...

*Uma voz feminina*

Ele está louco...  
Sonha com a mulher em seu jazigo.

*Sacerdote*

Vamos...

*O Presidente*

Eu peço, pelo amor de Deus,  
Deixe-me em paz.

*Sacerdote*

Senhor seja contigo.  
Adeus, meu filho.

*(Sai. O festim prossegue. O Presidente permanece profundamente pensativo.)*

## HEINRICH HEINE (1797-1856)



Reprodução  
Heinrich Heine em 1831, por Moritz Daniel Oppenheim

Christian Johann Heinrich Heine, poeta romântico alemão, conhecido como “o último dos românticos”, jornalista, ensaísta e crítico literário. Boa parte de sua poesia lírica, especialmente a obra de juventude, foi musicada por vários compositores, como Schumann, Schubert, Mendelssohn, Brahms e Wagner; as composições tardias em verso e prosa foram marcadas por um tom satírico e profunda ironia. Devido a suas visões políticas, foi banido da Alemanha, passando os últimos 25 anos da vida como exilado, em Paris.

Heine foi apreciado por diversos poetas, entre eles, Théophile Gautier, Maiakóvski, Ezra Pound e, no Brasil, entre outros, por Castro Alves, cujo *O Navio Negreiro* teria se inspirado no poema *Das Sklavenschiff* (*O Navio Negreiro*) de 1853-54, que retrata a condição dos prisioneiros de um desses navios aportado no Rio de Janeiro.

Desde 1831, vive em Paris, onde é testemunha ocular do surto de cólera que se abateu sobre aquela cidade, em 1832, e escreve artigos para o jornal alemão *Augsburger Allgemeine*

*Zeitung*, mostrando o horror e a violência da doença. Embora reconhecesse tratar-se de cólera, usa em certos trechos a palavra *peste*, com um significado que remonta à Antiguidade, à designação genérica de qualquer doença que mata muitas pessoas, no mesmo lugar, em curto espaço de tempo.

O Cólera em Paris em 1832<sup>2</sup>

## Artigo VI

Paris, 19 de abril 1832

[...] O relato a seguir talvez tenha o mérito de ser um tipo de boletim escrito no campo de batalha durante o combate e, desse modo, tem a cor sincera do momento. Tucídides, o historiador, e Boccaccio, o decameronista, sem dúvida, nos deixaram as melhores descrições do gênero; mas duvido que tivessem paz de espírito suficiente para torná-las belas e eruditas se, enquanto o cólera de suas épocas grassava com o máximo furor, fosse necessário pintá-lo em artigos apressados para a Gazeta Universal de Corinto ou de Pisa.

[...] Refiro-me ao cólera que aqui reina soberano e, sem levar em conta posto ou opinião, abate suas vítimas aos milhares.

Depois de receber de Londres a notícia de que proporcionalmente essa peste só havia carregado poucos indivíduos, nos preparamos com muito menos cuidado. De início, parecia mesmo que tivéssemos decidido partir para a zombaria e pensava-se que o cólera, assim como todas as outras grandes reputações, aqui, seria reduzido a pouca coisa. Portanto, não se deve odiar demais esse honesto cólera se, com medo do ridículo, ele tivesse recorrido a um meio que Robespierre e Napoleão teriam julgado eficaz e, para se fazer respeitar, dizimasse o povo. Devido à grande miséria aqui dominante; à imensa sujeira existente, não apenas nas classes mais pobres; sobretudo,

2 Tradução de Roberto Oliveira. O texto utilizado foi *Französische Zustand, Berichte für die Augsburger Allgemeine Zeitung, 1831/32*, publicado em livro em Hamburg (Hoffmann und Campe, 1833). As expressões originalmente em francês foram mantidas nessa língua.

devido à irritação do povo; à sua falta de cuidado sem limites, à total falta de precauções e advertências, o cólera deverá grassar aqui com mais rapidez e horror do que em qualquer outro lugar. Em 29 de março, sua chegada foi oficialmente notificada e, como era o dia de *mi-carême* e estava fazendo sol e bom tempo, os parisienses brincaram com mais animação ainda nos *boulevards*, onde se viam até mesmo máscaras que, caricaturando a cor e a figura dos doentes, zombavam do temor da própria doença. Nessa noite, os bailes nunca estiveram tão cheios, risos presunçosos quase cobriam a música barulhenta, que esquentou no *Chahût*, uma dança pouco equívoca; na ocasião, tomou-se todo tipo de sorvete e bebidas geladas, quando, de repente, o mais engraçado dos arlequins sentiu uma grande frieza nas pernas, tirou sua máscara e, para a surpresa de todo mundo, descobriu uma face azul violeta. Ficou logo claro que não se tratava de brincadeira, as risadas cessaram e, em seguida, vários carros cheios de pessoas partiram do salão para o Hôtel-Dieu, o hospital-central, onde eles, vestidos com suas roupas burlescas, logo morreram. Como no primeiro momento se acreditou ser uma doença contagiosa e os pacientes mais antigos do Hôtel-Dieu dessem gritos medonhos de angústia, diz-se que os mortos foram enterrados tão rapidamente que nem deu tempo de serem retiradas as coloridas fantasias, e repousam em seus túmulos alegremente como viveram.

Nada iguala a confusão que, agora, de repente, tomou as instituições de segurança. Foi constituída uma Comissão sanitária, estabelecidos por toda a parte *Bureaux de secours*, e as ordenações referentes à *Salubrité publique* tiveram de entrar rapidamente em vigor. Logo de início, isso entrou em choque com o interesse de alguns milhares de pessoas que consideram os dejetos públicos como seu domínio. Estes são os assim chamados trapeiros, os quais retiram sua subsistência do lixo que se acumula diariamente nos locais de depósito, na frente das casas. Com cestas pontiagudas nas costas e uma vara curva em forma de gancho na mão, esses homens, de figura pálida e suja, vagueiam pelas ruas e sabem que, muitas vezes, coisas jogadas fora podem ser desenterradas do lixo e vendidas. Então quando a própria polícia realiza esse trabalho, para que

a sujeira não fique muito tempo nas ruas, os dejetos, colocados em carretas, são imediatamente levados da cidade para o campo aberto, onde os trapeiros estariam livres para pescar seu objeto de estimação: por isso, esses homens se queixam que se não perderam inteiramente, tiveram seus patrimônios diminuídos, e tais aquisições eram um direito garantido há muito, como se fora uma propriedade, da qual não poderiam arbitrariamente ser privados. Curioso é que as provas por eles produzidas na ocasião fossem absolutamente as mesmas que nossos fidalgos, chefes de corporações, mestres de guildas, pregadores de dízimos, companheiros professores e outros semelhantes frequentadores de privilégios alegam quando se trata de finalmente varrer os antigos abusos, dos quais se beneficiam: o lixo da Idade Média, a fim de que obscuridade e mofo seculares não empesteiem nossa vida atual. Como seus protestos de nada adiantaram, os trapeiros procuraram impedir pela violência a reforma da limpeza, tentaram uma pequena contrarrevolução e, ligando-se a mulheres velhas, as *Reven-deuses*, proibidas de revender ao longo do cais as mercadorias malcheirosas, em grande parte, deles recebidas. Vimos, nesse momento, o mais repugnante dos motins: as viaturas novas da limpeza pública foram quebradas e jogadas no Sena, os trapeiros fizeram uma barricada perto da Porta de Saint Denis, as lixeiras combateram com seus grandes guarda-chuvas no Chatêlet; então, a marcha geral venceu; Casimir Périer<sup>3</sup> fez chamar ao som do tambor seus mirmidões<sup>4</sup> do fundo das lojas, o trono burguês tremeu<sup>5</sup>, os que viviam de renda caíram, os carlistas<sup>6</sup> se re-

3 Casimir Pierre Périer (1777-1832), banqueiro, primeiro-ministro da França, entre 13 de março de 1831 e 16 de maio de 1832.

4 Os mirmidões eram os soldados de Aquiles, na Guerra de Troia. Por extensão, dá-se tradicionalmente esse nome a todos os seguidores fanáticos e inescrupulosos de um chefe político. Aqui, uma referência irônica de Heine à reacionária pequena burguesia parisiense.

5 Referência a Luís Felipe I (1773-1850), rei da França de 1830 a 1848, conhecido como "o rei burguês".

6 Referência a Carlos X (1757-1836), rei da França entre 1825 e 1830, cujos partidários continuaram a defender os direitos reais até sua morte, embora deposto pela Revolução de 1830 e sucedido por Luís Felipe I.

jubilaram. Esses tinham finalmente encontrado os aliados mais naturais, os trapeiros e velhas catadoras de lixo, que se utilizaram dos mesmos princípios, fazendo-se paladinos do convencional, dos interesses tradicionais da sucessão do lixo, de todo tipo de podridão.

Quando a revolta dos trapeiros foi sufocada pela força das armas, e como o cólera ainda não grassava com o vigor esperado por certas pessoas, que, a cada desgraça e agitação popular, desejavam o triunfo de sua causa ou, pelo menos, a queda do governo; ouviu-se, de repente, o rumor de que esse monte de gente tão rapidamente enterrado não havia morrido de doença, mas sim de veneno, que se dizia ter sido colocado em todos os alimentos nos mercados de vegetais, padarias, açougues e casas de vinhos. Quanto mais estranhos eram esses relatos, mais acolhidos pelo povo. E mesmo os cétricos que balançavam a cabeça foram obrigados a dar fé quando apareceu um aviso do Chefe de Polícia. A Polícia, aqui como em todo lugar, está menos interessada em impedir o crime e muito mais em ser informada sobre ele, ou queria vangloriar-se de seus conhecimentos científicos ou, tencionava, a cada rumor verdadeiro ou falso de envenenamento, pelo menos, colocar o governo a salvo de suspeitas: bastou que ela dissesse expressamente, em seu infeliz aviso, que estava na pista dos envenenadores, para confirmar oficialmente o maldoso boato e toda Paris caiu no pior dos delírios de morte.

“Isso é um absurdo”, clamaram os mais velhos que, mesmo nos momentos mais ferozes da revolução, não tinham experimentado tal sacrilégio. “Franceses, fomos desonrados!”, gritaram os homens, batendo na testa. As mulheres, cheias de angústia, apertavam seus filhos pequenos contra o seio, chorando e lamentando amargamente que os bichinhos iriam morrer em seus braços. Os pobres não ousavam comer ou beber e torciam as mãos de dor e raiva. Era como se fosse o fim do mundo. Especialmente, nas esquinas onde se encontravam os bares pintados de vermelho, os grupos se reuniam e discutiam, e lá, na maioria das vezes, revistavam os homens que pareciam suspeitos, e azar o deles se encontrassem algo estranho em seus bolsos! Como animais selvagens, em um frenesi, a multidão se

atirava sobre eles. Muitos se salvaram graças à presença de espírito, muitos foram arrancados do perigo, pela ação da guarda comunitária, que todos os dias patrulhava a cidade inteira; outros foram gravemente feridos e mutilados; seis homens impiedosamente massacrados. Não há visão mais aterradora do que a ferocidade do povo sedento de sangue atacando vítimas indefesas. E então um mar escuro de pessoas se balançava nas ruas, onde espumam ondas de operários descamisados entre gritos e urros, impiedosos, pagãos, demoníacos. Escutei na Rua Saint-Denis o famoso chamado: *À la lanterne!*<sup>7</sup>. E algumas vozes cheias de ódio me disseram que estavam enforcando um envenenador. Alguns diziam que era um carlista, que havia sido encontrado em seu bolso um *brevet du lis*<sup>8</sup>; outros disseram que era um padre, e que tal tipo era capaz de tudo. Na Rua Vaugirard, onde foram massacrados dois homens que tinham consigo um pó branco, vi um desses desgraçados quando ainda ofegava, e até mesmo as velhas tiraram os tamancos dos pés e bateram nele até que morresse. Ele estava completamente nu, ensanguentado, quebrado e esmagado; não só as roupas, mas o cabelo, o sexo, os lábios e o nariz foram arrancados, e um homem selvagem amarrou uma corda em volta do pé do cadáver e arrastou-o pela rua, enquanto gritava sem parar, “*Voilà le cólera morbus!*”. Uma linda mulher, empalidecida pela emoção, com os seios nus e as mãos manchadas de sangue, estava lá e, quando o cadáver passou perto dela, deu-lhe um pontapé. Ela riu e pediu que pagasse alguns francos por sua doce artesanaria, a fim de que pudesse comprar um vestido de luto, porque sua mãe havia morrido algumas horas atrás, envenenada.

No dia seguinte, soube-se pelos jornais públicos que os infelizes que haviam sido tão cruelmente massacrados eram inocentes, que o pó suspeito encontrado com eles era cloretos,

7 *À la lanterne!*, tradicional chamamento usado no início da Revolução Francesa, quando os lampiões serviam como instrumento para as multidões realizarem linchamentos e execuções nas ruas de Paris, enforcando funcionários do rei e aristocratas nos postes.

8 Carta de nobreza, outorgada pelo rei, marcada com três lírios brancos, tradicional símbolo da realeza na França, que, na época, identificava seu possuidor como carlista.

cânfora ou outros meios de proteção contra o cólera, e que os supostamente envenenados tiveram morte natural pela epidemia reinante. A população local, como a de toda parte, tendendo a ser tomada pela paixão, pode ser levada a cometer atrocidades, mas retorna com a mesma rapidez ao perdão e arrependimento, com um tocante pesar pelos seus atos, quando ouve a voz da razão. Foi com essa voz que os jornais da manhã seguinte souberam acalmar e apaziguar o

povo, e isso pode ser sinalizado como um triunfo da imprensa, prontamente capaz de pôr um termo na confusão causada pela polícia. Tenho que repreender aqui o comportamento de certas pessoas que não pertencem às classes mais baixas e se deixaram levar pela indignação a ponto de acusar publicamente o partido carlista de envenenamento. A paixão não pode nos levar tão longe. De fato, pensaria muito antes de fazer tal acusação a meus venenosos inimigos.



*A Morte como o Corta-Gargantas*, gravura de Alfred Rethel (1851), inspirada nos relatos jornalísticos de Heinrich Heine sobre o surto de cólera em 1832, em um baile de máscaras na festa de *mi-Carême*, em Paris. Aqui, a Morte toca um tipo de violino, enquanto os músicos fogem. À direita, vê-se a silhueta de uma mulher, enrolada em uma mortalha, símbolo da doença. No primeiro plano, algumas pessoas caídas, mortas pelo cólera, vestidas com as fantasias do baile.

## Textos

Os carlistas se queixaram disso, com toda razão. Porém, esbravejaram e xingaram tanto e tão alto que me despertou suspeita; essa não é de modo algum a fala dos inocentes. Contudo, após o convencimento dos mais bem informados, não houve mais envenenamentos. Pode ser que tenha sido tramado um envenenamento aparente e que tenham sido contratados alguns miseráveis, que jogaram todo tipo de pó inofensivo nos alimentos, a fim de deixar a população inquieta e agitada. Se for esse o caso, não se deve cobrar duramente do povo esse tumulto, tanto mais porque não se trata

de um ódio particular, mas sim “no interesse do bem comum segundo os princípios da teoria da dissuasão”<sup>9</sup>. Sim, talvez os carlistas tenham caído na armadilha preparada pelo governo; os envenenamentos não lhes foram geralmente atribuídos e muito menos aos republicanos, mas àquele partido “que é sempre vencido pelas armas, ressuscita pelo uso de meios covardes, atinge o sucesso e o poder por meio da infelicidade dos franceses e, agora, desprovido da ajuda dos cossacos, poderia provavelmente se refugiar em venenos comuns”, foi nesses termos que se manifestou o Constitutionnel.

---

9 A referência atesta o cunho jurídico-político dado à peste por Heine. A teoria clássica da dissuasão (*Abschreckungstheorie*) defende que a ameaça de sanções poderá ter um efeito dissuasivo do crime quando a punição dos autores for maior do que a satisfação obtida com o crime. Sua elaboração deve-se ao fundador da moderna doutrina do direito penal da Alemanha, o jurista Anselm Feuerbach (1775-1833), pai do filósofo Ludwig Feuerbach (1804-72), membro da esquerda hegeliana, assim como Marx, Engels e Heine. Em 1833-34, Heine publicou *Die romantische Schule (A Escola Romântica)* e *Zur Geschichte der Religion und Philosophie in Deutschland (Para a História da Religião e da Filosofia na Alemanha)*, nas quais defen-

dia a ideia de que a revolução filosófica na Alemanha, cuja etapa final era então a filosofia de Hegel, constituía o prólogo da iminente revolução democrática no país, que, efetivamente, ocorreu em 1848. Posteriormente, Marx e Engels criticam as ideias de Feuerbach, o que não impede Engels de louvar a antevisão de Heine, que afirmara ser a revolução filosófica alemã do século XIX um prelúdio do desmoronamento político da antiga ordem. Assim, Engels escreve, em 1886, no livro *Ludwig Feuerbach e o Fim da Filosofia Clássica Alemã*: “O que, porém, nem os governos nem os liberais viram, viu-o já em 1833, pelo menos, um homem, mas é certo que se chamava Heinrich Heine”.

arte





A explosão de uma metáfora visual:

Joan Miró

*Aguinaldo José Gonçalves*

**A** exposição realizada pelo Museu Tomie Ohtake durante o mês de julho de 2015 reorganizou meus sentidos para captar em direções díspares. Centralizada num só corpo, a exposição causou uma das mais inebriantes sensações que se poderia ter e ao mesmo tempo aguçou o “olho do espírito”, para lembrar e fazer justiça ao excelente fenomenólogo Merleau-Ponty ao ler pintura e analisar a obra de Paul Cézanne. Para quem conhece a obra do artista catalão, visitando-a em museus espanhóis, perscrutando há anos essa pintura nos volumes de obras publicadas, estudando par e passo seu processo, evidentemente, ao ver uma exposição que apresenta obras possíveis, é difícil não ficar procurando aquele quadro que não se encontra presente ou relacionando o quadro exposto com quadros ausentes naquela parede *off-white* que parecia fazer parte da composição. Foi assim que se construiu no meu imaginário uma outra exposição e se foi gerando paulatinamente no conjunto de meus pensamentos sensíveis a maior conjugação de obras plásticas que já vi do pintor catalão. Num primeiro momento, quando estamos diante dessa obra, nosso olhar tende a ficar meio ingênuo e somos puxados por uma energia para dentro do movimento que a obra engendrou e que agora nos envolve, e ficamos lá, diante de um quadro, tendo a impressão de que não podemos deixá-lo e seguir a viagem da exposição para ver o outro quadro. A obra de Miró cria no interior da moldura um ritmo e uma sintaxe que determinam ações

ou finas ações construtivas de uma imagem que não pode ser descrita com precisão. Mais ainda se complica caso o aficionado crítico leve muito a sério o pensamento de Roland Barthes segundo o qual a pintura consiste naquilo que descrevo dela. Mas essa descrição, diríamos, se desenha pelo caminho, o caminho com desvios de dentro, de uma forma plasmada por uma linha que constrói o objeto inusitado e maravilhoso, em que as referências do mundo são apenas aludidas ou nem isso, por algo que se apresenta numa primeira instância e depois penetra no nosso pensamento, deixando-nos à mercê de um consolo referencial.

Minha reflexão sobre esse universo foi ocorrendo concomitantemente ao movimento de meu corpo e meus olhos, e aquele percurso mágico foi compondo a revisitação de minha experiência de percepção da obra desse artista catalão e fiquei a mirar uma parede *off-white* que estava na minha frente ainda sem obras expostas por se tratar da parede de minha casa. Foi nesse espaço que comecei a refletir e captar sensações sinestésicas e cinestésicas antes mesmo de saber que obras seriam apresentadas na exposição. Por experiências anteriores em exposições de pintura, antes de entrar na minha atmosfera, senti a necessidade de acompanhar os visitantes na sua caminhada pelo museu. Observar a postura dos visitantes de expo-

---

**AGUINALDO JOSÉ GONÇALVES** é professor de Relações Intersemióticas, escritor, ensaísta, crítico de artes e autor de, entre outros, *Das Estampas* (Nankin Editorial).



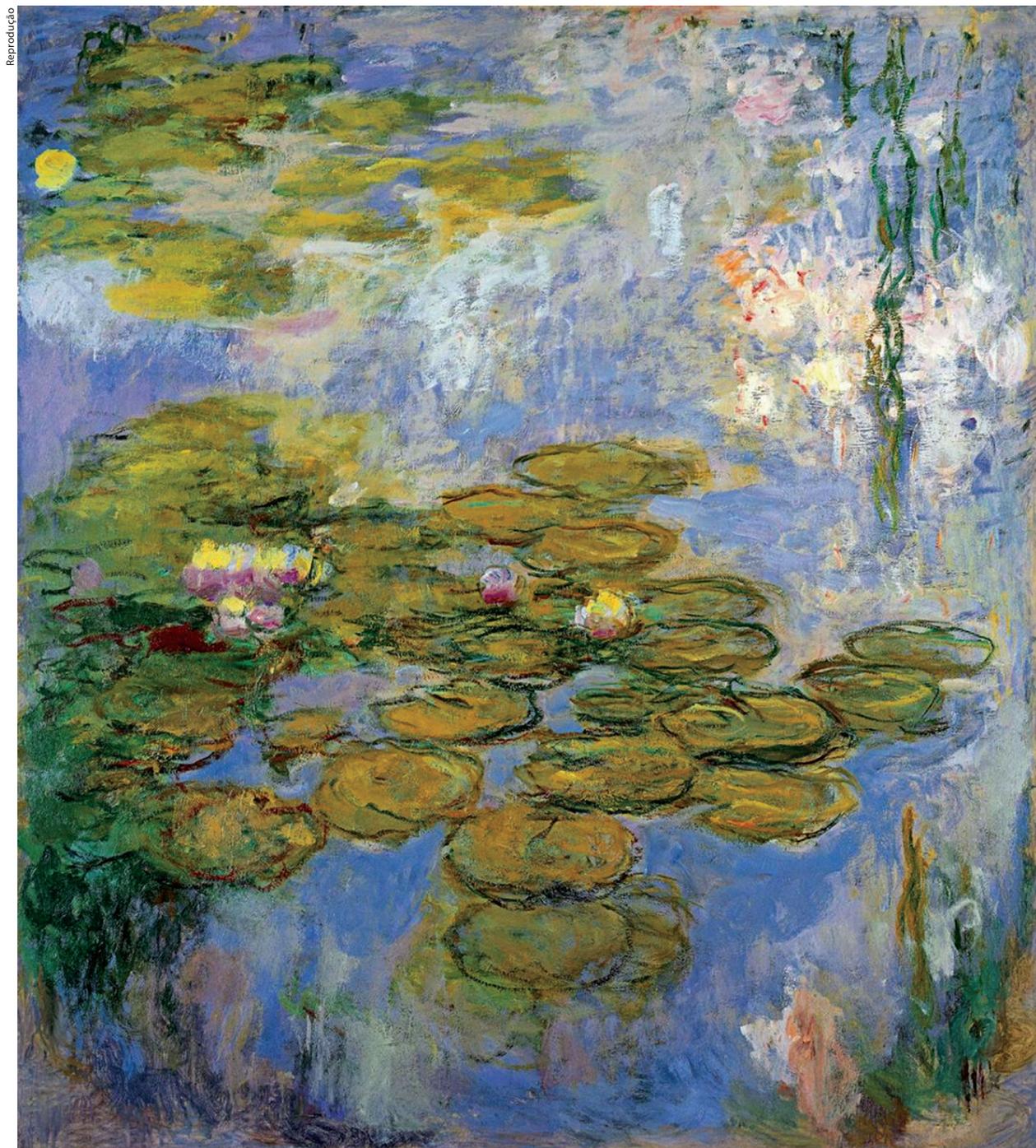
Joan Miró, *Summer*, 1936

sição temporária de obras de arte consiste numa prática que desenvolvo há muito tempo, e sempre colhi alguns frutos que se converteram em certa compreensão um pouco mais apurada da obra que estava sendo exposta. A justaposição dos quadros ao longo das paredes do museu e os passos lentos do visitante-observador criam uma relação quase impossível de ser decodificada mediante os ditames do silêncio que conduzem à relação que se torna linguagem no seu mais estrito sentido. De quando em quando, um observador comenta com muito cuidado ao amigo que o acompanha, ao ver algo que lhe desperta uma sensação diferente. Quando o artista se destaca pela forma de composição do desenho, o observador faz o olhar de admiração pela técnica utilizada e pelo primor do traço ou da cor manifestada. Quando o artista se caracteriza pelo insólito, como é o caso do surrealismo, o observador se comporta com o olhar de quem esperava o singular agora já categorizado pela história da arte. De maneira geral, as expectativas atendem a um comportamento da própria

arte que se categoriza mediante as mediações do entendido e do categorizado.

A pedido de um jornal de artes, conhecendo esse meu estranho prazer em perseguir visitantes que se dizem aficionados pelos museus de São Paulo, acompanhei numa tarde de sábado no Museu de Arte de São Paulo um casal de meia-idade que parecia ser, pelo modo de se vestir e pelos trejeitos delicados e civilizados, de classe média alta, intelectualizado, que faz questão de visitar os grandes museus de sua cidade em ocasião das grandes exposições itinerantes. E tratava-se de uma exposição singular de Claude Monet, que trazia um impressionismo tardio do pintor francês marcado por certo desconstrutivismo do estilo em relação às figurativizações das obras anteriores. Como se sabe, por mais que Monet criasse as profusões sensoriais de imagens com sobreposição de linhas e de cores, os elementos invariantes de sua pintura sempre se mantiveram visíveis, perceptíveis e reconhecíveis.

Entretanto, as obras que compunham ou povoavam aquela exposição pertenciam à última fase de



Claude Monet, *Water Lilies*, 1919

Monet, e seus elementos figurativos estavam destituídos dessa visibilidade, pois o pintor encontrava-se numa instância criadora de uma consciência em crise que seria muito fértil para a pintura futura encaminhada por Cézanne e desenvolvida por grandes artistas do século XX. Dessa forma, as obras que se apresentavam naquela exposição não possuíam consistência figurativa das ninfeias, nem das pontes, nem das catedrais em várias horas do dia. E o “desmanche” que compunha aqueles quadros na verdade decepcionava o visitante que se diz aficionado e que na verdade não consegue estabelecer um diálogo com a verdadeira pintura. Sem que me notassem, acompanhei o casal por boa parte da exposição, pressentindo aquilo que iria flagrar. Durante toda a primeira parte, as obras correspondiam ao que já assegurei. Tratava-se de obras que apresentavam aquelas novas formas tendendo à não figura, em que as figurativizações eram ralas, mas o resultado profícuo, inusitado e fundamental para a linguagem plástica. E o comportado casal apresentava uma expressão de quem come sem sentir o prazer de comer, bebe sem sentir o sabor do que bebe. Ambos vestindo tons pastéis e combinações convencionais, trajaram na verdade suas mentes para uma exposição que não veio. De repente, algo inusitado ocorreu. Uma tela emergiu aos olhos do casal. Tratava-se de um quadro em que se revivificava uma ninfeia perdida entre tons remissivos ao lago aquoso. Era como se fosse o último resquício ou o último vestígio de um traço figural na pintura de Monet. Ela percebeu o fenômeno estético primeiramente, ele a acompanhava com seu suéter amarelo; ela o chamou, segredou-lhe algo e ambos sorriram com alegria. Pelas expressões, havia valido a pena terem se deslocado de casa e ido até o museu. A ninfeia se apresentou e trouxe a felicidade figurativa ao casal, que valia ali como paradigma de tantos outros que dizem amar a arte e que jamais perdem uma exposição itinerária.

Por meio dessa pequena digressão, que recorreu uma visita ao museu, alguns subsídios nos estimulam a refletir sobre a natureza das artes, e das artes plásticas em particular, a partir daquele a quem tanto interessam o processo de criação e seus resultados expressivos: o receptor e suas expectativas mediante a obra produzida. Mais do que trilhar pela história da arte e localizar Joan Miró nessa história, esse movimento crítico possui uma proposta sincrônica de discutir a retórica

visual tendo a metáfora como ponto de partida e ponto de chegada para a demonstração do que significa o movimento construtivo dessa figura tão relevante para a história das formas e como isso se dá nessa pintura tão singular. A grande maioria dos quadros do pintor atua como exercício para a construção da metáfora de interação semica como entendemos que deve ser considerada a figura central da retórica clássica. A construção do signo complexo na pintura de Miró consistiu num processo que durou anos e anos, em cuja trajetória sua obra magistral foi se desenvolvendo e deixando o seu rascunho de forma memorável. Esse trabalho se constituiu numa espécie de conquista a cada passo de sua evolução.

Mesmo que este texto tenha como fundamento crítico o recorte sincrônico do trabalho de Joan Miró, alguns passos decisivos para este estudo têm caráter diacrônico e devem ser assinalados e alguns deles discutidos para que seja possível uma melhor compreensão do fenômeno metafórico. Esses passos estão marcados na linha cronológica da obra do pintor catalão, e algumas marcas se constituem invariantes no processo trilhado pelo artista.

Um dos primeiros procedimentos utilizados por Miró e que se manteve durante toda a evolução de sua pintura consistiu no processo de desrealização dos elementos representados, marca de estilo que foi se intensificando nas obras posteriores em todas as suas nuances expressivas. Esse procedimento acentuou o ato de estranhamento dessa pintura mesmo quando ainda se podia reconhecer a figurativização icônica do mundo espanhol, de sua terra natal, Maiorca.

O universo da terra e do volver essa terra consiste numa presença do universo pessoal do pintor, mesmo assim, o estranhamento visual se mostra como se o artista volvesse a própria terra para volver a arte nos seus princípios em relação à tradição e em relação à mobilidade dessa tradição como determinante para que tudo se iniciasse dentro de uma consciência que jamais cessaria durante toda a sua história inventiva. A obra de Joan Miró se inicia sob o signo da desrealização e do estranhamento. Além disso, a força do mito sempre esteve presente no seu trabalho, e sobre isso alguns autores se debruçaram para assinalar o universo mítico do pintor. Entretanto, o que julgamos fundamental na construção do que denominamos a metáfora explosiva

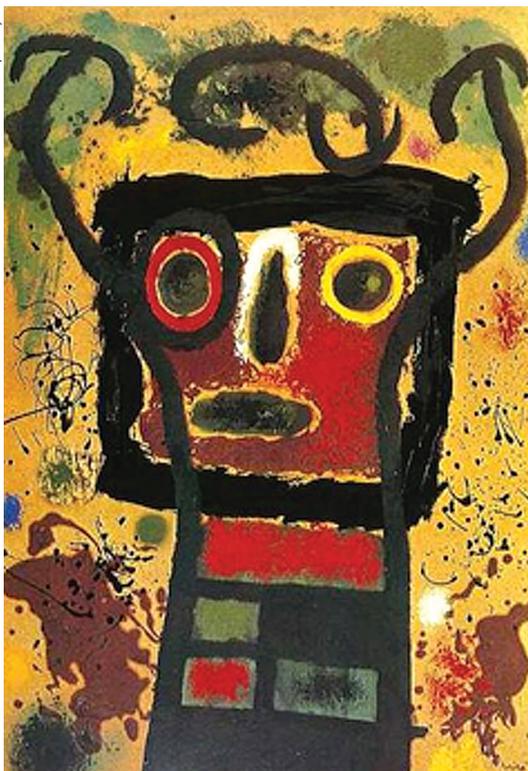


Joan Miró, *Mont-roig, vignes et oliviers*, 1919

nesse trabalho foi a forma com que esses elementos míticos foram trabalhados mitopoeticamente pelo artista para que se elevassem à condição de signo estético, ou signo poético, na fabricação de uma sintaxe irregular em que o mito se situa como signo e mais como signo estético de uma composição maior. Voltando aos primeiros trabalhos, reiteramos a relevância de assinalar que o fio metafórico dessa pintura sempre esteve de uma ou de outra maneira presente mesmo naqueles primeiros trabalhos de recortes da terra e das coisas do campo, em que a ruralidade se apresenta como força da linguagem e nela a própria pintura se mostra como construção e como imagem. Essa forma de passar o arado sobre a terra possui caráter paródico em que os próprios substratos referenciais se transsubstanciam como signos e se assemelham ao ato de o artista ler a tradição e se voltar para a própria linguagem, passando o arado nos ditames da tradição. Um pro-

cedimento dessa pintura que indicia a permanente reflexão sobre linguagem, tendo no signo sua célula e sua fundamentação, é o fato de Miró, em inúmeros quadros, se valer do mesmo título ou do mesmo processo de esvaziamento da palavra. Explicando melhor: em muitos quadros ele usa a palavra “personagem” para nomear uma das partes do título, como vemos nos quadros *Oiseau emprisonné par un personnage* (1963) e *Personnage et oiseaux devant le soleil* (1976).

O fato de apenas nomear a imagem como “personagem” se torna mais instigante do que se essa imagem vazia fosse preenchida com algum nome. Esse esvaziamento determina um dos aspectos de desrealização de sua pintura de várias formas. Não se pode compreender esse trabalho como um exercício figurativo e nem como não figurativo. Trata-se de uma terceira ordem de coisas em que o signo passa a ocupar o lugar dos referentes, mesmo quan-



Joan Miró, *Oiseau emprisonné par un personnage*, 1963



Joan Miró, *Personnage et oiseaux devant le soleil*, 1976

do nomeados na criação da metáfora do título. Esse signo “personagem”, que se reitera durante toda a produção de Miró, talvez seja o modulador de seu trabalho de esvaziamento que na poesia denominamos exercício de *deslexicalização* da linguagem em busca da construção da metáfora. Ao observador cabe se relacionar com os vazios do signo e se movimentar no sentido em que é construído pelas imagens. Ou melhor: o observador memorializado deve buscar nos seus referentes do mundo alguma coisa que o leve a preencher o que a imagem esvaziou. Sempre ou quase sempre “o personagem” vem se relacionando com algum outro elemento nomeado e contextualizado na tela. Esse talvez seja um dos fundamentos mais relevantes dessa pintura que se faz alegórica sem desvelar os passos dessa alegoria.

Para que se possa compreender parte desse processo há que se perseguir cada uma de suas instâncias. A primeira delas é compreender a pintura de Joan Miró como pintura que se distanciou muito das tentativas renascentistas para se impor como pintura. A obra de Miró é pintura e se realiza no espaço planar bidimensional da tela. Ela se apresenta dentro

de um procedimento marcado pelo lúdico, e isso lhe confere algumas características ou traços de estilo que a distinguem de outras pinturas. O lúdico dessa pintura está no modo de se realizar no espaço e de conduzir o olhar do receptor ao se propor a entrar em sintonia com ela. Integrado ou fundido a esse caráter lúdico está, no âmbito das imagens, o aspecto alegórico dessa pintura. Entretanto, o teor alegórico que a compõe não corresponde à alegoria clássica, mas condiz em vários aspectos com a alegoria moderna sistematizada e teorizada por Walter Benjamin no seu *Origem do Drama Barroco Alemão*. Miró trabalha com sucatas ou fragmentos de coisas que transforma e pedaços de signos que se alinham e se integram de maneira maravilhosa. Sua alegoria é da ruína que aponta para o insondável e para o insólito de profunda beleza e de fascínio instigante. Digo instigante porque a estranha alegoria de seu trabalho tem como fio de prumo o dinâmico que brinca no espaço bidimensional e dribla os limites da moldura.

A terceira instância que deve ser percebida na pintura de Miró se constrói pelos movimentos das



Joan Miró, *Le carnaval d'Arlequin*, 1924-25

imagens conduzidas por uma sintaxe que impõe um ritmo determinante da microestrutura do quadro. Esse movimento gerado pelo trajeto da linha constrói formas que vão emergindo na composição da massa cromática, e isso é determinante na construção do *estilo* de Joan Miró. É muito pouco dizer de uma metapintura, sobretudo pelo desgaste que essa expressão sofreu nos últimos tempos. Entretanto, é necessário afirmar que nesse estilo o voltar-se da linguagem para ela mesma tornou-se um *estilema*, como se fosse inerente ao próprio traço do artista, e a presença da alegoria tão intensa na obra de Miró não é uma condição que determinará a evolução de seu trabalho. Ocorrendo de maneira assistemática e sem poder assumir um determinismo de produção, o que ocorre no movimento encaracolado de seu trabalho é uma busca (com muitos encontros) de um signo visual complexo ou o que preferiria denominar de metáfora complexa na pintura de Joan Miró. Creio que esse fenômeno foi se desenvolvendo durante todos os anos em que o artista trabalhou, e percorre pontos inusitados

com alguns índices em procedimentos surpreendentes, muitas vezes parecendo tratar-se do acaso criativo sem a técnica do “lance de dados”, para aludir ao poema de Mallarmé. Integrado a essa busca, a essa condução do trabalho para uma articulação metafórica, atenuando paulatinamente o teor alegórico de sua pintura, o pintor catalão vai se enriquecer de determinados recursos que o fazem se aproximar cada vez mais dos elementos constitutivos do poético e, conseqüentemente, da metáfora plástica que o conduzirá ao ponto máximo de sua invenção. Apesar de os fundamentos retóricos serem os mesmos para qualquer forma de linguagem, eles oscilam ou se manifestam de modo distinto para cada uma delas. Nesse caminho, os recursos retóricos, a estilística, as figuras clássicas de retórica nasceram e persistiram para as artes verbais. Nesse caso, o que é normal ocorrer com as figuras manifestadas num poema não o é na expressão de uma pintura ou de uma escultura. Daí o grau de valorização quando ocorre, num artista plástico, a criação de uma metáfora, sobretudo



Hieronymus Bosch, *The Temptation of St. Anthony* (detalhe)

quando essa metáfora atinge um grau elevado de construção e de efeito expressivo. Na história da pintura, poucos são aqueles artistas que tenderam à busca desse efeito metafórico com bons resultados. Acabam ficando nos efeitos alegóricos, fabricando metáforas locais que se integram a outras figuras no espaço da tela. (Façamos aqui uma homenagem a um artista que, em pleno século XV, conseguiu efeitos preciosos de natureza alegórica, mas atingindo em belos momentos certo efeito metafórico. Trata-se de Hieronymus Bosch.)

Como dissemos, a construção da metáfora em Miró encontrou muitos recursos expressivos que pudessem ir sedimentando esse trabalho. Para atingir o lírico visual por meio de um signo complexo é necessário um processo de condensação dos elementos alegóricos, de enxugamento desses elementos, para que os termos da metáfora (o metaforizante e o metaforizado) possam entrar em fusionismo e gerar o objeto final que possa pulsar por si, com universos transfigurados, e por isso mobilizar sentidos estigmatizados no fruitor. Isso significa que a grande busca dessa pintura esteve voltada para a questão do poético naquela dimensão basilar tão própria para o discurso verbal e tão difícil para o discurso visual. Duas semióticas que

se iluminam, mas que na verdade se distinguem nas suas bases de sustentação: a natureza bipartida do signo verbal, com seus dois planos que, se interagem na formação da célula (significante e significado ou plano de expressão e plano de conteúdo), distinto do caráter analógico do signo icônico, trazem toda a diferença na construção da imagem, incluindo a metáfora visual. É nesse sentido que se encontra a relevância da trajetória de Miró em busca de uma ampliação dos limites do signo icônico para que conseguisse atingir esferas retóricas que, em princípio, não seriam próprias da pintura. A isso denominamos a busca de uma poética que foi paulatinamente sendo atingida pelo pintor. Assim, reafirmando, Miró foi condensando elementos constitutivos de traços de alegoria para conseguir galgar o patamar da metáfora. Curioso que um dos procedimentos utilizados desde a fase inicial de seu trabalho (décadas de 20 e 30) foi incluir o signo verbal no espaço planar de suas pinturas, trazer para as ações do interior da moldura uma espécie de “conflito semiótico”, que, além de conseguir efeitos muito especiais e bonitos, levava a questão retórica dos dois códigos para dentro da tela. Observemos um quadro de Joan Miró e um poema de Saint-Pol Roux.



Joan Miró, *Le corps de ma brune puisque je l'aime comme ma chatte habillée en vert salade comme de la grêle c'est pareil*, 1925

## LES DEUX SERPENTS QUI BURENT TROP DE LAIT

*Ô tardive, dis-moi, quelles sont ces deux blancheurs  
qui dans l'ombre s'avancent?  
Sans doute deux rayons de lune  
exprimés par l'huis de ma venue.  
Un rayon de lune est fluide et diaphane,  
ce que je vois est opaque et solide.  
Alors ce sont deux banderoles de neige  
pleurées par les blessures de la tuile.  
Nous sommes en juillet, brune amante,  
mais fussions-nous en décembre,  
l'haleine de la chambre aurait déjà fondu  
les flocons que tu dis.  
Alors ce sont deux rameaux d'aubépine  
aux lèvres des persiennes.  
Notre mansard est haute,  
et je ne sache pas que l'aubépine pousse dans l'espace.  
Alors ce sont deux cols de cygne.  
Nous n'avons pas de cygnes dans la chambre,  
et puis un col de cygne est souple et d'harmonie,  
tandis qu'à la manière des serpents  
ces choses-là se tordent.  
Et si c'étaient deux ce que tu viens de dire?  
Deux serpents, veux-tu rire, blancs?  
On a vu des serpents boire infiniment de lait.  
Personne avec toi n'est entré?  
Personne que ma chevelure.  
Comment se seraient-ils introduits dans ce cas?  
Aurais-tu peur de deux serpents qui burent trop de lait?  
Prends garde, Marcelle! ils vont sauter sur toi!  
Viens, oh viens près du lit!...  
Laisse donc ces foetus du sommeil!  
Ils ont sauté, sauté jusqu'à ta gorge, ô ma pauvre!  
et leurs queues nouées à tes épaules,  
voilà qu'ils se balancent  
dans tes gestes vers tes mains...  
Fou, puisse ma caresse effacer ton cauchemar!  
Ils assaillent mon lit, rampent vers mon cou...  
ah je les sens s'y joindre en collier de potence!  
Non, c'est moi qui t'enlace, bel halluciné...  
Eh quoi!... ces deux serpents qui burent trop de lait...  
Seraient mes bras, ami, mes deux bras blancs...  
Tes bras... tes deux bras blancs...*

Saint-Pol Roux

## AS DUAS SERPENTES QUE BEBERAM MUITO LEITE

Dize-me, ó tardia, que são estas duas brancuras  
que na sombra avançam?  
Sem dúvida dois raios de lua  
espremidos pela porta por onde entrei.  
Um raio de lua é fluído e diáfano,  
o que vejo é opaco e sólido.  
Então são duas bandeirolas de neve  
choradas pelas feridas da telha.  
Estamos em julho, amante morena,  
estivéssemos em dezembro,  
o hálito do quarto já teria derretido  
o floco que tu dizes.  
Então são dois ramos de albepine  
nos lábios das persianas.  
Nossa mansarda é alta,  
e que eu saiba o espinheiro-branco não cresce alto.  
Então são dois pescoços de cisne.  
Nós não temos cisnes no quarto,  
e um pescoço de cisne é flexível e tem harmonia,  
enquanto que, à maneira das serpentes,  
aquelas coisas se contorcem.  
E se fossem duas que acabas de dizer?  
Duas serpentes, brincas, brancas?  
Foram vistas duas serpentes beberem leite infinitamente.  
Ninguém entrou contigo?  
Ninguém a não ser minha cabeleira.  
Como teriam se introduzido, neste caso?  
Terias medo de duas serpentes que beberam muito leite?  
Acautela-te, Marcelle! elas vão saltar em ti!  
Vem, oh vem para o leito!...  
Deixa portanto esses fetos de sono!  
Elas saltaram, saltaram até tua garganta, minha pobre!  
E suas caldas enroscadas nos teus ombros,  
ei-las que balançam  
em teus gestos por tuas mãos...  
Louco, possa minha carícia apagar teu pesadelo!  
Elas assaltam meu leito, rastejam por meu pescoço...  
Ah, eu as sinto juntarem-se em potente coleira.  
Não, sou eu que te enlaço, belo alucinado...  
Eh qual!... estas duas serpentes que beberam muito leite...  
Seriam meus braços, amigo, meus dois braços brancos...  
Teus braços... teus dois braços brancos.

Tradução de Dinamara Garcia Rodrigues.

Dentre tantas obras em que Miró se valeu desse recurso, a escolha de *Le corps de ma brune...* se deve ao fato de ter sido produzido no início do desenvolvimento plástico do pintor e conseguido expressar uma profusão e uma riqueza de sentidos que dificilmente conseguiria nos quadros futuros. Creio que nele o artista se valeu muito da técnica, mas também de uma gama decisiva do imaginário criador, e diríamos que, por isso, antes de atingir a verdadeira trajetória da busca, Joan Miró encontrara o resultado esperado. No quadro se fundem três elementos essenciais: a dimensão plástica da pintura, em que se percebe o “moreno”, que apresenta matizes entre o marrom e o púrpuro como fundo e, sobre eles, os fragmentos figurativos que nos reportam ao poema de Roux, além de pedaços de versos de um poema de Guillaume Apollinaire. O quadro atua decisivamente para que nos voltemos aos dois poemas, que os leiamos para que seja possível uma compreensão mais profícua do que vemos. Claro que, se isso não ocorrer, o observador não será tolhido de perceber elementos de sentido no quadro. Pensando no sentido da construção da metáfora – e esse quadro consiste numa metáfora visual –, temos no espaço planar bidimensional os elementos constitutivos da clássica figura retórica. Como se trata de pintura, os elementos se articulam formando um fusionismo para o olhar. Não se trata apenas de paralelismos ou de justaposição de elementos; trata-se da intersecção entre elementos pertencentes a campos semânticos distintos, e mais: esses elementos são discursivos, o que promove ainda mais um enriquecimento e uma grande complexidade para a compreensão dessa metáfora.

A propósito, a metáfora existe para traduzir enigmaticamente o que não pode ser compreendido linearmente. A metáfora existe para esconder mais ainda os sentidos, sugerindo-os, e não para desvendá-los; para isso temos a não metáfora, a palavra habitual. Esse caminho inteligente perseguido por Miró haveria de se desenvolver e produzir grandes obras, em que a relação com a poesia ou com o poético se mantém ativa e surpreendente. Em alguns casos o signo verbal é extraído das escolhas do pintor, de seu minimalista vocabulário, de onde extrai quase todos os títulos de seu trabalho ou signos incluídos no interior da moldura. É o caso de *Escargot, femme, fleur,*

*étoile*, de 1934, de *Silence*, de 1968, ou ainda de *Poème I*, também de 1968.

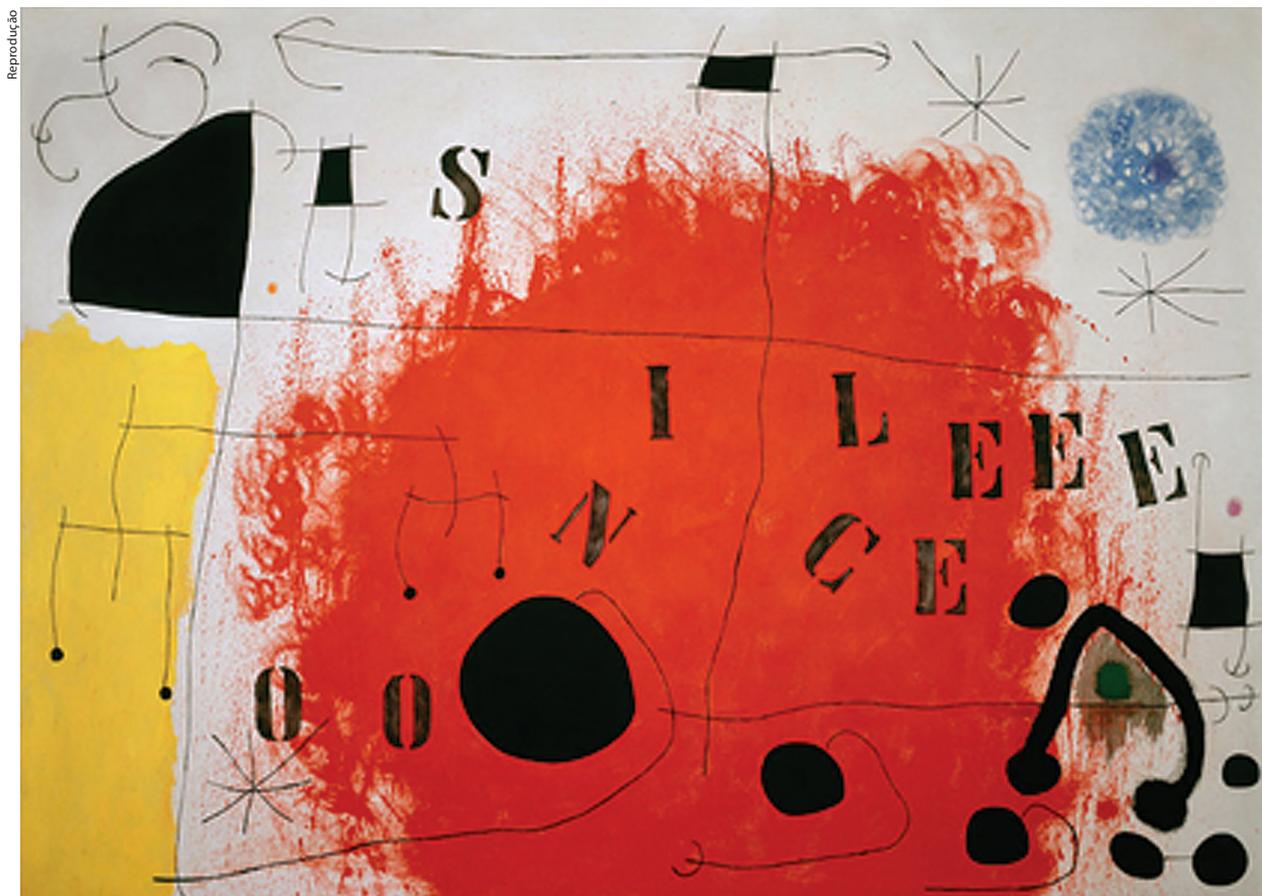
Trata-se de procedimentos similares com efeitos bastante distintos. Se bem que procedimentos similares não correspondem à igualdade de construção, e isso interfere decisivamente no resultado de cada uma das obras. Apenas para assinalar algumas diferenças, deve-se observar que no primeiro quadro, *Escargot, femme, fleur, étoile*, os quatro nomeados entram em verdadeiro processo de transmutação, tornando-se irreconhecíveis como imagem de reconhecimento.

Eles se tornam ícones que se conjugam numa dinâmica que não cessa no espaço da pintura. Essa dinâmica se integra à dinâmica das palavras do título, que se tornam grafismos que se esparramam e se esticam em fios interligados pelo próprio ritmo que se cria. Os signos verbais que compõem o título do quadro, se compusessem um sintagma nominal, deveriam trazer uma conjunção *et* que separasse os três primeiros signos (*escargot, femme, fleur*) do último (*étoile*), mas isso não ocorre, pois já no título está indiciado o que vai ocorrer na composição do quadro, isto é, “*escargot, femme, fleur, étoile*”, cuja ligação vai ser intensificada pelo fio que une um signo ao outro. Existem, no quadro, os elementos metonímicos que sugerem suas personagens, tais como a parte do braço e a mão que nos reportam à *femme* e, dessa parte, ao corpo inteiro da mulher. Mas o que se torna relevante no quadro é compreender a profusão dos elementos metamorfoseados e metaforizados que acabam provendo sentidos desprovidos de uma expectativa de sentidos.

O segundo quadro escolhido, *Silence*, de 1968, faz parte de um paradigma de busca de uma poetização por meio, não de uma mistura, mas de uma profusão de elementos dos dois códigos de modo que gere uma espécie de “nicho poético”. Trata-se de um tipo de obra não destacada pelo público por se desviar do instituído como “pintura de Joan Miró”. Nesse caso, trata-se de um quadro mais voltado para o conceptualismo utilizado em determinadas instâncias de seu trabalho. A riqueza do trabalho está em todas as suas partes. Penso aqui na voz crítico-poética de Maurice Blanchot ao falar da poesia de Mallarmé e mostrar o sentido do abstrato da linguagem como se fosse “dentro da noite, a noite”. No



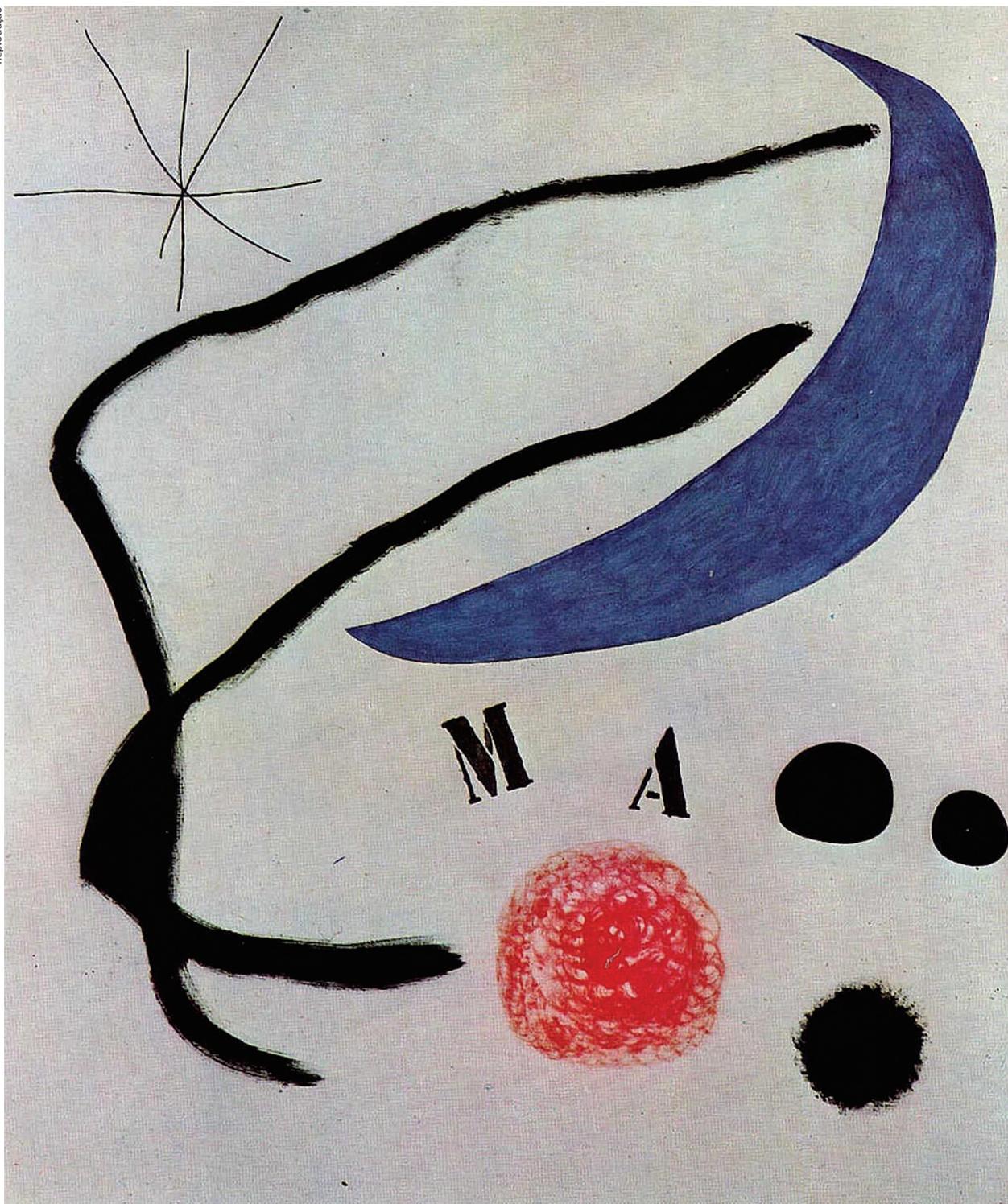
Joan Miró, *Escargot, femme, fleur, étoile*, 1934



Joan Miró, *Silence*, 1968

quadro é o silêncio que se enuncia numa forma inquestionavelmente criativa, inaugural e genuína. O silêncio é figurativizado por traços, letras, formas e a intensa cor rubra que se destaca dentro de um espaço de silêncio que causa enorme barulho interior. O quadro pode ser considerado oxímoro visual dentro dessa excelente metáfora que o expressa. Por um lado, tênues linhas semirretas delineiam o espaço como se fosse possível tocar a esfera do silêncio. Esse universo tênue é rompido por formas rotundas e intensas que interceptam a leveza delineada no fundo do quadro. Juntamente com essas formas e outras que sustentam a força da matéria, as letras que compõem o signo *silence* tomam posse do espaço num frenético movimento: S, I, L, E, N, C, E são compostos e se distribuem pelo espaço de modo a se tornarem signos do silêncio fazendo parte da composição. Passemos, finalmente, ao terceiro quadro dos escolhidos para a compreensão da metáfora visual em Miró.

Criado também em 1968, uma das mais intensas décadas de inventividade do pintor, decisiva para que desse passos largos e determinantes para o efetivo amadurecimento de certos recursos de seu trabalho, *Poema I* sempre esteve na lista de minhas obsessões de gosto sobre as pinturas e xilogravuras do pintor catalão, inserido mas não analisado no meu trabalho crítico anterior (Gonçalves, 1989). *Poema I* parece trazer com toda a veemência os efeitos de influências da arte oriental com a qual o artista esteve muito envolvido durante a década de 60, e isso foi decisivo para determinados gestos plásticos que ele produziu conduzindo-o com toda a clareza e complexidade à construção de grandes metáforas, em alguns momentos, de puros efeitos visuais, e, em outros, realizando o mais profundo diálogo entre o universo figural de dimensões icônicas e o universo verbal. A natureza desse trabalho se apresenta de modo a coibir o observador de dizer qualquer palavra sobre ele. Opondo-se ao quadro *Silêncio*,



Joan Miró, *Poema I*, 1968

*Poema I* se compõe e se realiza pelo princípio da economia. Dir-se-ia que, como num poema lírico bem realizado, o quadro se modula por outros dois princípios regentes da alta realização poética: trata-se da *contenção*, retomando o princípio da economia, em que os elementos se tornam peças determinantes do poético e da metaforização, que reúne em si seu caráter tensivo na construção dos sentidos. Ao dizermos que esse quadro coíbe o observador, negando-se a ser descrito, seria contraditório estarmos aqui e agora o descrevendo analiticamente. Entretanto, ao crítico não é pertinente a proibição, uma vez que atua como

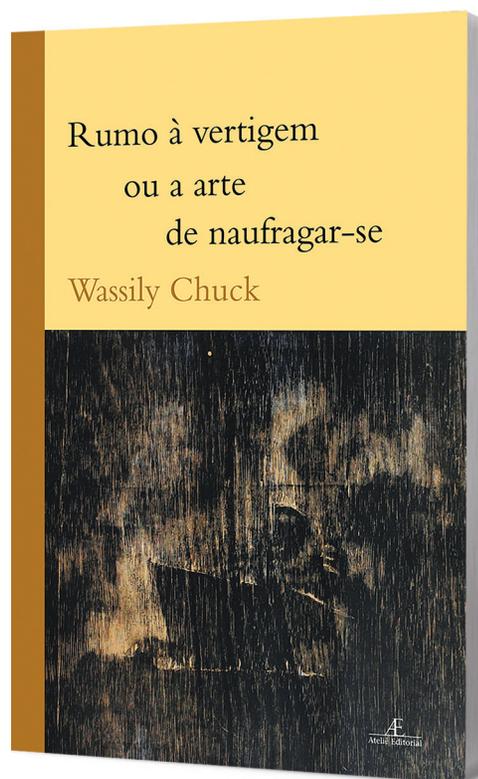
demiurgo entre a obra e o fruidor. Passo então a descrever ao menos os elementos perfunctórios para apoiar o leitor na sua percepção relacional. “Relacional”, esta é uma palavra-chave que conduz os elementos que povoam *Poema I*. Os signos e os semissímbolos são distribuídos de maneira extremamente simétrica criando harmonia entre todas as partes do espaço planar. Nomeando a obra de “poema”, há um intenso indício de que a matéria composta e transmudada no quadro metaforiza metalinguisticamente a própria natureza essencial do poema por meio desse outro código que é o da pintura.

## BIBLIOGRAFIA

- BARTHES, Roland. *O Óbvio e o Obtuso*. Lisboa, Ed. 70, 1984.
- BENJAMIN, Walter. *Origem do Drama Barroco Alemão*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- BLANCHOT, Maurice. *L'espace littéraire*. Paris, Gallimard, 1978.
- GONÇALVES, Aguinaldo José. *Transição & Permanência – Miró/João Cabral: da Tela ao Texto*. São Paulo, Iluminuras, 1989.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *O Olho e o Espírito: Seguido de A Linguagem Indireta e as Vozes do Silêncio e A Dúvida de Cézanne*. São Paulo, Cosac & Naify, 2004.

# livros





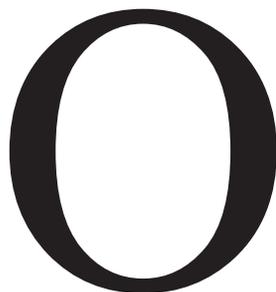
# Poética da derrelição: o grito do silêncio

---

*José de Paula Ramos Jr.*

---

*Rumo à Vertigem ou a Arte de Naufragar-se*, de Wassily Chuck, Cotia, Ateliê Editorial, 2015, 184 p.



O primeiro livro de Wassily Chuck, *Sombras*, foi publicado em 2006 pela editora Tessitura, de Belo Horizonte. Da mesma árvore poética, plantada nessa primeira obra, surgiram os livros seguintes, todos lançados pela Ateliê Editorial: *Silêncios de Água e Pedra* (2008), *O Outro Lado do Vento* (2010) e, agora, este *Rumo à Vertigem ou a Arte de Naufragar-se* (2015), que formam uma trilogia poética, pois há entre eles uma notável unidade temática e formal.

Nesses três livros, evidencia-se o domínio consciente da técnica. Os poemas de Wassily Chuck são, geralmente, curtos e constituídos por versos breves, mas polimétricos, tratados como versos livres, ou seja, com medida e ritmo, embora não uniformes, que articulam cadências, ora lentas, ora vertiginosas, com as imagens sugeridas pelas palavras, realçando-as ou esgarçando-as, contribuindo assim para uma forte concentração dos efeitos de sentido. Para isso, também contribui a harmonia imitativa, por meio de assonâncias, sugestivas de tonalidades cambiantes, quase sempre crepusculares ou noturnas, e aliterações, sugestivas de movimento e de sensações sinestésicas.

“[...]”

E, lento, me volto  
ao mar, lar das viagens  
sem volta, anotando, a cada onda,  
o que se esvai de mim, fragmentos  
de um diário afogado,  
o sim ao não,  
o sim à noite”  
 (“Toda Palavra”).

Esses recursos de melopeia, que fazem da musicalidade composta das palavras um eco dos (múltiplos) sentidos suportados por elas, encontram-se disseminados nos versos e nos poemas das três obras aqui tratadas. Mais que domínio técnico, evidencia-se nos poemas dos três livros citados a unidade formal de uma voz poética amadurecida pelo estudo e dotada de personalidade tão forte quanto própria.

A originalidade dessa voz, no entanto, não se divorcia da tradição ou, melhor, de uma certa tradição. Ao contrário, ela provém de correntes que buscaram estreitar a relação entre poesia e música, entre palavra e sua sonoridade, no intuito de realizar uma poética da sugestão, segundo a qual “*Nommer un objet, c’est supprimer les trois quarts de la jouissance du poème qui est faite du bonheur de deviner peu à peu; le suggérer, voilà le rêve*”<sup>1</sup>, como assevera Mallarmé.

Nesse sentido, a poesia de Wassily Chuck distancia-se da linguagem da comunicação para explorar o poder alusivo da palavra, capaz de suscitar o implícito no explícito, o não dito no dito, o hermético no aberto, o não ser no ser.

“Não, não palavra  
qualquer,  
o que é  
é escuro, dentro e fora,  
avesso a nomes, alheio  
à língua; só  
a palavra  
navegante, rumo  
ao silêncio, palavra  
que diz nada,  
o que é dito dura pouco,  
louça comum, logo trincada,  
como as do velho armário da cozinha.  
Copos, corpos partidos, tudo  
que é dito  
se parte, se perde, quando finda o dia  
e os astros ateiam o exílio noturno”  
 (“Não, Não Palavra”).

A despeito dessa e de outras afinidades com o poeta francês, como, por exemplo, a exigência de rigor formal, a poesia de Wassily Chuck não se

1 “Nomear um objeto é suprimir os três quartos da fruição do poema, que é feita da felicidade de adivinhar pouco a pouco; sugerir, eis o sonho.”

**JOSÉ DE PAULA RAMOS JR.** é poeta, crítico literário, professor do curso de Editoração da ECA-USP e autor de, entre outros, *Leituras de Macunaíma: Primeira Onda (1928-1936)* (Edusp/Fapesp).

inscreve no âmbito da arte pela arte, tão cara ao autor de *Un Coup de Dés*, pois é possível entendê-la como uma interpretação poética da vida que, embora fragmentária, apresenta coerência e coesão ao longo de toda a trilogia.

O caráter obsessivo dessa peculiar interpretação contribui para a construção da *persona* autoral dotada de voz própria, bem como para o efeito de unidade da trilogia e de cada livro dela. No entanto, embora se realize de modo original na poesia de Wassily Chuck, tal interpretação mantém estreito diálogo com outros discursos da cultura. Ela retoma Calderón de la Barca ao postular que “*la vida es sueño*”, embora cética perante a hipótese de que a vida possa ser configurada livremente pelo homem, defendida na peça do dramaturgo espanhol. Essa interpretação agrega também a definição de Píndaro, segundo a qual o homem é “o sonho de uma sombra”, mas distancia-se da hipótese consoladora do poeta grego, que admite, nos versos subsequentes da sua “Pítia VIII”, a iluminação divina que pudesse tornar apetecível a vida dos mortais:

“[...] Sonho de sombra  
o homem, mas quando claridade por Zeus dada vem  
límpido brilho há nos homens e doce é a vida”<sup>2</sup>.

Não. A luz divina não mais ilumina o homem, pois os deuses desertaram do mundo ou, segundo Nietzsche, estão todos mortos. Ilusões excluídas, o homem se reduz à finitude desamparada de sua condição num mundo degradado.

No ensaio “Prólogo do Autor: Rumo à Vertigem”, contido no segundo volume (*O Outro Lado do Vento*) da aparente trilogia, há um testemunho do poeta em que se explicita o sentimento de derrelição, característico da poética de Wassily Chuck. Assim, a voz que se pronuncia em seus poemas mantém uma relação estreita com o pensamento existencialista, naquilo em que Heidegger e Sartre concordam, pois o discurso poético mostra-se impregnado da convicção de que o homem, uma vez lançado no mundo, está por conta própria.

Ocorre, porém, que o mundo é compreendido como lugar inóspito, na linha das considerações

de Schopenhauer. Para Wassily Chuck, assim como para o filósofo do pessimismo alemão, a vida é dor. Nesse sentido, do ponto de vista da genealogia poética lusófona, a poesia de nosso autor remete à tradição que remonta, ao menos, a Antero de Quental (sem desconsiderar vínculos, maiores ou menores, anteriores, como Camões, ou posteriores ao autor dos *Sonetos Completos*, como, em certo sentido, Augusto dos Anjos, para ficarmos na tradição lusófona):

“Só males são reais, só dor existe;  
Prazeres só os gera a fantasia;  
Em nada, um imaginar, o bem consiste,  
Anda o mal em cada hora e instante e dia”<sup>3</sup>.

Todavia, se para Schopenhauer a dor se associa à vontade, entendida como fundamento de todo ser e que move o homem por intermédio das paixões e dos desejos, para Wassily Chuck a dor decorre do horror perante a barbárie, a miséria e a alienação humana, que historicamente se repõem no irracionalismo das guerras, massacres, genocídios e outras mazelas dos séculos XX e XXI, como a coisificação do homem pela “ditadura das leis do mercado [...], tão feroz quanto qualquer tirania” (Chuck, 2008, p. 16), segundo se depreende do mencionado “Prólogo” do poeta ao livro *O Outro Lado do Vento*.

O dilacerante sentimento de dor, na poesia de Wassily Chuck, decorre da reflexão sobre os desatinos históricos da humanidade, causas imediatas do ceticismo radical que se instala em seus poemas.

Assim sendo, a derrelição característica da poética do autor não se configura somente como sentimento de abandono e desamparo do homem no mundo, mas também como profundo sentimento de angústia, de solidão e de repúdio.

Como manifestações de tal repúdio, há duas alternativas que se oferecem ao poeta: “o grito e o silêncio” (Chuck, 2008, p. 20).

A escolha de uma dessas possibilidades, por sua vez, exige uma investigação de caráter ontológico. Perante a ilusão do mundo feito de

2 Tradução de Jaa Torrano (1996, p. 141).

3 Primeira estrofe do soneto “A Germano Meireles” (Quental, 1980, p. 47).

aparências, onde encontrar o verdadeiro fundamento do ser do homem?

Como resposta a essa indagação, Wassily Chuck se apropria das postulações de Heidegger, contidas na conferência “Que é Metafísica?”, pronunciada em 1929, que suspende o dilema de Hamlet ao identificar a afirmação com a negação: ser é não ser, na medida em que o nada, origem de toda negação, dá sentido a tudo que ele não é.

O nada não é um objeto ou um ente, mas “revela-se propriamente o nada com o e no ente” (Heidegger, 1973, p. 238), de tal modo que, “como remissão (que rejeita) ao ente em sua totalidade em fuga, ele [o nada] revela este ente em sua plena, até então oculta, estranheza como o absolutamente outro – em face do nada” (Heidegger, 1973, p. 239).

“Um passo além do nada e chegas a ti mesmo. Somente o medo te mantém deste lado do espelho” (“Breve Diálogo entre o Poeta e sua Sombra”).

A fugacidade e a alteridade do ser, do ente e do homem assim se revelam perante o nada e seus correlatos objetivos: as imagens da viagem, do mar, da noite, do naufrágio e da morte,

recorrentes neste *Rumo à Vertigem ou a Arte de Naufragar-se* que, agora, a Ateliê Editorial oferece ao leitor inteligente e exigente, bem como ao leitorado que nada espera além da fruição sensível de uma poesia encantadora, embora profundamente melancólica. Todavia, perante a obra poética de Wassily Chuck, talvez fosse oportuno advertir o incauto leitor com as palavras de Manuel Bandeira (1966, p. 7):

“Fecha o meu livro, se por agora  
Não tens motivo nenhum de pranto.

[...]

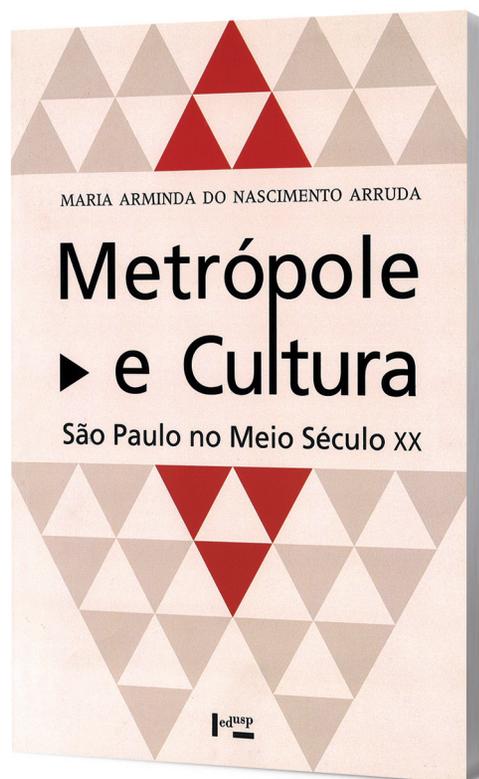
E nestes versos de angústia rouca  
Assim dos lábios a vida corre,  
Deixando um acre sabor na boca.

– Eu faço versos como quem morre”.

Contudo, é preciso compreender a poesia de Wassily Chuck não como fuga *da* realidade, mas como fuga *para* a realidade, por meio de um canto em surdina, à *bocca chiusa*, ou do silêncio eloquente, que comove como um grito visceral, sofrido, lúcido e autenticamente humano.

## BIBLIOGRAFIA

- BANDEIRA, Manuel. *Estrela da Vida Inteira*. Rio de Janeiro, José Olympio, 1966.
- CHUCK, Wassily. “Prólogo do Autor: Rumo à Vertigem”, in *O Outro Lado do Vento*. Cotia, Ateliê Editorial, 2008, p. 16.
- HEIDEGGER, Martin. “Que é Metafísica?”, in *Os Pensadores* (v. XLV). São Paulo, Abril Cultural, 1973.
- QUENTAL, Antero de. *Sonetos Completos*. Porto, Nova Crítica, 1980.
- TORRANO, Jaa. *O Sentido de Zeus*. 2ª ed. São Paulo, Iluminuras, 1996.



# Reconstruindo São Paulo

---

*Maria Cristina da Silva Leme*

---

*Metrópole e Cultura. São Paulo no Meio Século XX,*  
de Maria Arminda do Nascimento Arruda, São Paulo, Edusp, 2015, 392 p.

# A

s instigantes questões formuladas por Maria Arminda do Nascimento Arruda na elaboração da tese de livre-docência se desdobraram na primeira edição do livro, em 2001. Ao retomar esse percurso, 14 anos depois, emerge a aguda percepção de que as indagações se mantêm presentes e são estratégicas para refletir sobre os rumos atuais da política e da cultura no Brasil.

Para entender as realizações do moderno, especialmente da cultura moderna, o foco da análise recaiu nas linguagens inovadoras e não codificadas que emergiam na metrópole de São Paulo após a Segunda Guerra Mundial: o teatro de Jorge Andrade identificado à memória e ao declínio da sociedade tradicional; a sociologia científica da USP de Florestan Fernandes; e o movimento concreto na literatura e artes plásticas. Não foi casual a eleição dessas linguagens. Seriam paradigmáticas das mudanças ocorridas no universo da cultura de São Paulo naquele período. A escolha não minimiza a importância de linguagens como o cinema, a arquitetura e o urbanismo, objeto de análise de outros estudos, com os quais dialoga e, nessa medida, os inclui para compor o quadro ampliado de reflexão. Outras, como a publicidade e a televisão, só se desenvolveriam mais tarde, ao final dos anos 60.

Inspirada na análise do historiador americano Carl Schorske, quando estuda a modernidade vienense do final do século XIX, Maria Arminda, ao aproximar Viena e São Paulo, realidades urbanas e culturais tão diferentes, põe um método a serviço de uma ideia, como afirma no prefácio. Essa possibilidade é confirmada por Nicolau Sevcenko na resenha da primeira edição, que observa tratar-se não apenas de rigoroso estudo sociológico e histórico mas também de uma valiosa reflexão metodológica.

Na escolha dos temas, o reconhecimento de que a cidade, em sua escala metropolitana, impõe a elaboração de análises diversas tomando como problema objetos e recortes diversos. A cidade demanda a aproximação e o diálogo entre esses olhares, mas sua apreensão impõe o abandono da utopia da totalidade, da convergência.

Uma instigante reflexão que a nova edição do livro promove e propicia.

São Paulo, na metade do século XX, configurava-se como uma metrópole não apenas pelo crescimento demográfico, ultrapassando três milhões de habitantes, como pela expansão da área urbanizada. A polarização que exercia sobre as atividades econômicas da região se expressava também na liderança política e na diversidade social.

A partir dos anos 40 o processo de urbanização acelerada em termos de expansão da área urbana e a formação de periferias precárias tiveram consequências importantes em termos de desagregação social. Dois processos acontecem de forma articulada: a expansão da área urbana e o congestionamento das áreas centrais. Atribui-se o aumento da área urbanizada, desde o princípio do século XX, inicialmente à extensão das linhas férreas e de bondes e, em seguida, de forma acelerada, à concessão de linhas de ônibus, que passam a acessar novos e mais distantes trajetos. Entretanto, a expansão da cidade nesse período se fez de forma mais precária do que nos períodos anteriores. Grande parte da população com baixos salários tinha como opções de local de moradia as periferias distantes em loteamentos ilegais, não providos de infraestrutura; ou a ocupação nas áreas centrais das cidades em habitações coletivas; ou ainda a invasão de áreas públicas ou privadas em bairros mais consolidados formando as primeiras favelas.

A presença importante de estrangeiros, desde finais do século XIX, é acrescida pelos deslocados pela guerra, que encontram na cidade a possibilidade do trabalho. Aos italianos, que marcaram de forma extraordinária o início do processo de migração, se agregam diversas nacionalidades que ocuparam lugares e atividades específicos. Vale lembrar que esse fluxo de milhares de novos habitantes, associado a estratégias permanentes de ocultamento das marcas coloniais e escravistas em nossa sociedade, irá eclipsar a presença e a memória dos negros na cidade, relegando-os para as suas margens. Esses estrangeiros, permanentes ou transitórios, construíam com seus hábitos, linguagens,

**MARIA CRISTINA DA SILVA LEME** é professora titular da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP.

projetos e intervenções a cidade que os abrigava e também os excluía (Lanna et al., 2012).

O período pós-Segunda Guerra Mundial, com a redemocratização, o fim do Estado Novo e a emergência de um novo surto desenvolvimentista, descortinou “a possibilidade de forjar nos trópicos esse suporte de civilização moderna” – frase de Florestan Fernandes.

A sociologia paulista que emerge na USP nos anos 50 é identificada e caracterizada por dois projetos intelectuais diferentes e que se opunham nos seus princípios fundadores: uma vertente nucleada por Florestan Fernandes e outra por Antonio Candido. Rizek (2001) elabora uma hipótese sobre o momento em que se cristalizam essas distinções. Especialmente em *Os Parceiros do Rio Bonito*, Antonio Candido se voltaria para aquelas parcelas da população que ficaram de fora dos processos de modernização, e Florestan Fernandes caminharia em sentido contrário, para a análise da mudança social que poderia conduzir a sociedade brasileira e seus atores.

A formação intelectual de Florestan Fernandes combinou as duas vertentes que emergiam em São Paulo naquele período, a da pesquisa empírica da Escola de Sociologia e Política, onde desenvolveu as pesquisas do mestrado, e a tradição científica da USP, onde defendeu o doutorado e seguiu carreira docente. O grupo de pesquisadores constituído por Florestan produziu trabalhos com certa afinidade do ponto de vista teórico e temático, que aproxima a ideia da emergência de uma escola paulista de sociologia.

O período após 1945 trouxe ares de renovação em experimentações culturais. Aumentaram as relações internacionais, rompeu-se o isolamento, e o consumo cultural se ampliou. Entre 1940 e meados dos anos 50, quando se comemora o IV Centenário da fundação da cidade, multiplicaram-se as instituições e a realização de eventos. A lista era extensa e superava em muito o que acontecia no Rio de Janeiro.

O teatro, como observa Maria Arminda, se expandiu nesse período em São Paulo em um largo espectro de experimentações e tradições diferentes. Incluiu o Teatro Brasileiro de Comédia (TBC), de Franco Zampari em associação com Ciccillo Matarazzo, e abriu espaço para novos grupos teatrais, como o grupo experimental de

teatro de Alfredo Mesquita, em 1942, e o grupo universitário de teatro de alunos da USP organizado por Decio de Almeida Prado e Lourival Gomes Machado, em 1943. Na década de 50 forma-se o Arena, por egressos da Escola de Arte Dramática, e o Oficina, por José Celso Martinez Corrêa e Renato Borghi.

Nesse contexto de efervescência cultural, a obra de Jorge Andrade exprimia os dilemas de uma sociedade em franca transformação social e econômica.

Construindo a partir da memória familiar, ele retoma a história dos fazendeiros arruinados na crise de 29 e deslocados pela crescente importância do mundo urbano industrial.

A dramaturgia de Jorge Andrade parece concretizar uma síntese daquele tempo. Ressoava a singularidade da mobilidade social de São Paulo nos anos 50, quando se cruzaram as trajetórias dos migrantes ascendidos economicamente e a permanência da burguesia agrária. A ascensão social dos recém-chegados na formação da nova classe média não significou obrigatoriamente a descensão dos grupos até ali hegemônicos – criava-se um espaço de acomodação. Como observa a autora, não significa que o passado tenha sido superado, porém a maciça presença dos imigrantes e seus descendentes aliada à crise dos modos de vida provenientes da cafeeira construíram novas formas de sociabilidade.

A poesia e as artes visuais aglutinaram as manifestações culturais dos anos 50 com a participação e liderança de jovens intelectuais e artistas. A poesia concreta retomou o modernismo dos anos 20, em especial a produção de Oswald de Andrade. Rompeu com a relação forma/conteúdo e avançou nas fronteiras de outras linguagens sonoras e das artes plásticas. Alinhado com esse movimento na Europa, na Suíça e na França, o grupo em São Paulo foi inicialmente formado pelos poetas irmãos Augusto e Haroldo de Campos e pelo amigo Decio Pignatari. Na fase inicial, um forte componente militante mobilizado em torno de princípios que se expressaram na revista *Noigrandes*. Os embates e rupturas se dariam em relação ao movimento que se organizou no Rio de Janeiro pelo poeta Ferreira Gullar e a artista plástica Lygia Pape.

Ao indagar sobre as dimensões comuns e divergentes da dramaturgia de Jorge Andrade, da so-

## Livros

ciologia de Florestan Fernandes e do concretismo dos poetas e artistas plásticos, Maria Arminda nos faz refletir sobre o caminho percorrido, as potencialidades realizadas, algumas apenas parcialmente, e as possibilidades de fato perdidas.

Apesar das diferenças indeléveis, algo de comum perpassou a sociologia e o teatro mais representativos do período, presentes na trajetória de Florestan Fernandes e no teatro de Jorge Andrade. A autora destaca o pioneirismo nas áreas a que se dedicaram: a sociologia acadêmica e a dramaturgia moderna. Ao construírem suas trajetórias, também transformaram as instituições de tal forma eram a elas articulados. Ela observa, próximo à conclusão do livro: “[...] no caso do dramaturgo suas peças foram escritas ao mesmo tempo que o teatro adquiria perfil moderno e profissional. O sociólogo vivia a potencialidade da universidade autônoma e produtora de suas próprias regras”.

Partícipes ativos, é possível perceber na trajetória de Florestan e no teatro de Jorge Andrade uma sincronia com a crescente politização que movimentou o meio intelectual e artístico no Bra-

sil no início dos anos 60. O golpe de 64, seguido pelo acirramento da repressão quatro anos mais tarde, incidiu fortemente sobre esses projetos, ocasionando sua ruptura e descontinuidade. No caso do teatro de Jorge Andrade, as peças, cada vez mais explicitamente políticas, tiveram dificuldade em encontrar espaço para serem encenadas. A aposentadoria precoce de Florestan Fernandes em 1969 retirou o espaço de expressão onde se engendrara a sua identidade intelectual e profissional. A repressão não o calou, pelo contrário, Florestan produziu nos anos 70 obras de referência para a interpretação da sociedade e da política do Brasil. Entretanto, os vínculos que se estabeleciam entre essa produção e os seus lugares de origem se haviam esgarçado de forma definitiva.

As novas gerações passaram um longo período de amnésia política, sem a capacidade de reconstruir os nexos que engendraram a produção cultural que caracterizou e deu identidade a São Paulo. Apenas recentemente se observa o esforço dessa reconstrução para o qual a leitura desse livro é de fundamental importância.

## BIBLIOGRAFIA

LANNA, A. et al. (orgs.). *São Paulo, Os Estrangeiros e a Construção da Cidade*. São Paulo, Alameda, 2011.

RIZEK, C. S. “A Cidade e Seus Temas: Relatos de uma Trajetória Exemplar”, in *Tempo Social*, São Paulo, 2001, pp. 229-36.