

MARTA VERDI

DA HAUSSMANNIZAÇÃO ÀS CIDADES SAUDÁVEIS

***Rupturas e continuidades nas políticas de saúde
e urbanização na sociedade brasileira
do início e do final do século XX***



**Florianópolis
Julho, 2002**

MARTA VERDI

**DA HAUSSMANNIZAÇÃO ÀS CIDADES SAUDÁVEIS:
Rupturas e continuidades nas políticas de saúde e
urbanização na sociedade brasileira do início
e do final do século XX**

Florianópolis, Julho de 2002.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DA SAÚDE**

**DA HAUSSMANNIZAÇÃO ÀS CIDADES SAUDÁVEIS:
Rupturas e continuidades nas políticas de saúde e
urbanização na sociedade brasileira
do início e do final do século XX**

MARTA VERDI

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração Filosofia da Saúde.

ORIENTADORES:

Dra. SANDRA CAPONI
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. GIOVANNI BERLINGUER
Università Degli Studi di Roma “La Sapienza”

Florianópolis, Julho de 2002.

Florianópolis, 31 de Julho de 2002.

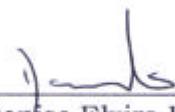
**DA HAUSSMANNIZAÇÃO ÀS CIDADES SAUDÁVEIS: rupturas e
continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade
brasileira do início e do final do século XX**

MARTA VERDI

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

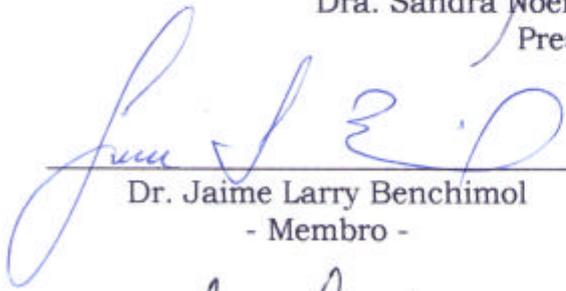
DOUTOR EM ENFERMAGEM

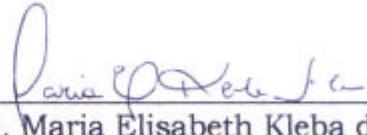
e aprovada na sua versão final em 31 de julho de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Filosofia da Saúde.

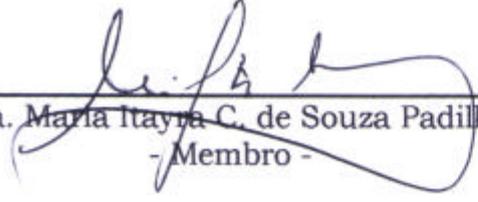

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora da PEN/UFSC

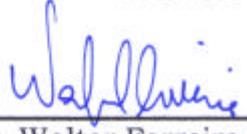
BANCA EXAMINADORA:

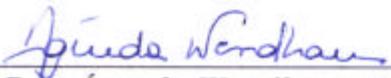

Dra. Sandra Noemi Cucurullo Caponi
Presidente


Dr. Jaime Larry Benchimol
- Membro -


Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva
- Membro -


Dra. Maria Itayra C. de Souza Padilha
- Membro -


Dr. Walter Ferreira de Oliveira
- Membro -


Dra. Águeda Wendhausen
- Membro Suplente -


Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
- Membro Suplente -

AGRADECIMENTOS

A longa trajetória que culmina neste breve, todavia, intenso trabalho, implicou e proporcionou muitos encontros com pessoas que me acompanharam nesta caminhada, compartilhando energia, sabedoria, respeito, carinho e amizade. A todos os amigos deste percurso de minha vida, sou grata. Contudo, é importante registrar:

Uma dedicatória...

Ao Júlio, companheiro e luz de minha vida, todo meu amor e gratidão por compartilhar cada instante desta caminhada.

Um agradecimento especial...

À minha família, pelo incentivo e contribuição significativa para que eu pudesse chegar até aqui;

À Sandra Caponi, orientadora e amiga, por possibilitar que a caminhada no doutorado fosse uma experiência de aprendizado e convivência;

Ao Professor Giovanni Berlinguer, que afetuosamente me acolheu na Itália e me inspirou pelos caminhos da bioética cotidiana;

Ao Professor Tullio Seppilli, por incentivar e possibilitar o Doutorado Sanduiche na Itália;

Aos amigos daqui e de lá, que tornaram esta trajetória repleta de boas lembranças, Rosane e César, Cláudia, Flávia e Paulinho, Cleusa, Ana, Neca e Baibi, Dolores e Ademir, Gilberto e Lina, Paolo, Fabrizio, Lucia, Mônica e Alessandro;

Aos colegas do Departamento de Saúde Pública, que apoiaram e incentivaram esta jornada, em especial, à Cristina e à Elza;

Aos colegas do Departamento de Enfermagem, que estimularam e compartilharam idéias, projetos e sonhos, em particular, aos amigos do NEPEPS, Toni, Astrid e Ivonete, e às colegas da 4ª fase;

Aos colegas da turma do doutorado, pela agradável e estimulante convivência;

Aos professores da PEN, por terem possibilitado e contribuído na construção deste trabalho;

Aos mais recentes companheiros de trabalho e sonhos da Saúde da Família, pela paciência, o incentivo e a oportunidade de aprender a construir coletivamente uma idéia e transformá-la em realidade;

Um reconhecimento especial...

À Universidade Federal de Santa Catarina, por oportunizar e favorecer meu crescimento profissional;

À CAPES, pelo apoio financeiro durante o Doutorado Sanduiche na Itália;

À para sempre colega Geney Takashima, minha admiração.

RESUMO

Este estudo tem como objeto a articulação entre saúde, cidade e sociedade, a partir da análise das políticas de saúde e de urbanização empreendidas na sociedade brasileira no início e no final do século XX. Toma como referência, no primeiro momento histórico, o alvorecer do século XX, a reforma urbana e sanitária da cidade do Rio de Janeiro, a então capital federal do governo da Primeira República. Tal reforma, baseada nos moldes Hausmannianos e higienistas, foi orquestrada pelo prefeito Pereira Passos e pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz. A segunda referência, a Política de Cidades Saudáveis, surge no entardecer do mesmo século, retomando a articulação cidade e saúde como foco central, considerando o intenso processo de urbanização da sociedade contemporânea. A partir da questão “quais são as rupturas e continuidades que se expressam nas políticas empreendidas na reforma urbana e sanitária do início do século XX e a neopolítica de Cidades Saudáveis?”, buscou-se analisar as relações que perpassam as políticas públicas articuladas por meio dos discursos e das práticas sanitárias. O estudo definiu-se por uma pesquisa qualitativa de abordagem histórica, tendo as pesquisas documental e bibliográfica como procedimentos técnicos na coleta dos dados. No percurso metodológico, considerou-se as indicações feitas por Minayo (1992) para uma pesquisa qualitativa, organizando-o em três momentos: o levantamento das informações, a organização e categorização das informações e a análise final. O processo analítico permitiu identificar elementos que marcam, além de diferenças e semelhanças, ruptura e continuidade nos discursos e práticas das políticas de saúde e de urbanização focalizadas no estudo. Os modelos de sustentação teórica das práticas sanitárias e urbanas das políticas em questão mostraram-se como ponto de ruptura, uma vez que seus elementos constituintes se ancoram em paradigmas divergentes. De um lado, o **higienismo** que instrumentalizou a política de regeneração da cidade e da sociedade do início do século XX e, de outro lado, a concepção contemporânea de **promoção da saúde** que sustenta a proposta de Cidades Saudáveis, analisados no sentido da evolução de modelos e práticas sanitárias. Como aspecto que marca a trajetória da sociedade brasileira nos dois momentos históricos em foco, a **desigualdade** se caracteriza como elemento de continuidade. Espelhada intensamente nas cidades, a questão das desigualdades em saúde se apresenta como uma marca persistente e, até mesmo, insistente das relações sociais da sociedade brasileira, tanto sob o estatuto da modernidade liberal do início do século quanto do neoliberalismo atual. Concretamente, o processo de expropriação inaugurado pela política higienista do início do século XX, no Rio de Janeiro, promoveu um dos mais intensos e duradouros processos de desigualdades e exclusão social da nossa sociedade, a favelização, que persistiu no tempo e se reproduziu pelas cidades, mesmo naquelas em que o projeto “Cidades Saudáveis” se instaurou. Analisando-se à luz da bioética cotidiana de Giovanni Berlinguer, estas desigualdades em saúde adquirem status de iniquidades, pois carregam em si situações consideradas desnecessárias e evitáveis, além de serem reprováveis e injustas. Deste modo, o trabalho remete para a importância da aproximação da análise das políticas públicas, sobretudo, das políticas de saúde, à perspectiva ética buscando ancorar seus fundamentos não apenas como um direito social, mas primeiramente, como um direito humano inalienável.

ABSTRACT

The study has as a goal to articulate health, town and society, based on an analysis of health and urbanization policies conducted in Brazilian society at the beginning and end of the 20th century. As a reference basis, in the first historical moment, the dawn of the 20th century, the urban and sanitary reform of the city of Rio de Janeiro, in those days the capital of the neo-republican government, are used. That reform, based on Haussmanian and hygiene norms, was directed by the Mayor, Pereira Passos, and by the sanitation Doctor Oswaldo Cruz. The second reference, the Policy of Healthy Cities, appears at the nightfall of the same century, once again articulating city and health as a central focus, considering the intensive urbanization process of the contemporary society. Based on the question of “which are the ruptures and continuities expressed on urban and sanitary reform policies of early 20th century and the neopolitics of Healthy Cities”, the study sought to analyze the relations which pervade those public policies articulated by means of sanitary practices and speeches. The study was defined by a qualitative research of historical approach, having documentary and biographical researches as technical procedures for data collection. On the methodology, the indications made by Minayo (1992) for a qualitative research were adopted, according to three moments: gathering of information, organization and categorization of information, and final analysis. The analytical process allowed for the identification of elements which mark, in addition to differences and similarities, the rupture and the continuity in the speeches and practices of health policies and of urbanization serving as a focus for this study. The theoretical support models for sanitary and urban practices of the debated policies showed to be rupture points, since their constitutive elements are pinned down on divergent paradigms. On one side, the **hygienism** which was the tool for the regeneration of city and society policy of early 20th century and, on the other hand, the contemporary conception of **health promotion** that supports the proposal of Healthy Cities, analyzed as per an evolution of sanitary models and practices. As an aspect signaling the trajectory of Brazilian society along these two historical moments, **inequality** is characterized as an element of continuity. Intensively mirrored on cities, the question of health inequalities is a persistently and even insistent mark of social relations in Brazilian society, both under the statutes of liberal modern of the beginning of the century and present day neoliberalism. In a concrete way, the expropriation process inaugurated by the hygienist policy of the early 20th century in Rio de Janeiro promoted one of the most intensive and lasting processes of inequality and social exclusion of our society, the shanty-towns, which persisted, insisted and reproduced at every town, not excluding those where the “Healthy City” project was initiated. Analyzed under Giovanni Berlinguer’s *quotidian bioethics*, these inequalities in health acquire a status of iniquity, as they carry in themselves conditions considered to be unnecessary and avoidable, besides being reproachable and unfair. In this way the study emphasizes the importance of approaching the analysis of public policies, those related to health above all, to the ethical perspective of which the foundations must be anchored not only as a social prerogative but first of all as an inalienable human right.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo estudiar la articulación entre salud, ciudad y sociedad, a partir de un análisis de las políticas de salud y de urbanización emprendidas en la sociedad brasilera en el inicio y el fin del siglo XX. Inicialmente, toma como referencia un momento histórico, inicios del siglo XX, para estudiar la reforma urbana y sanitaria e la ciudad de Río de Janeiro, que era, entonces, capital federal del gobierno de la Primera República. Tal reforma, fundada en los moldes Haussmannianos e higienistas, fue organizada por el intendente Pereira Passos y por el médico sanitarista Oswaldo Cruz. La segunda referencia es la Política de Ciudades Saludables, ella surge en los últimos años del mismo siglo, retomando la articulación entre ciudad y salud como foco central, como respuesta al intenso proceso de urbanización de la sociedad contemporánea. A partir de la siguiente cuestión, “cuáles son las rupturas y las continuidades que se expresan en las políticas estimuladas por la reforma urbana y sanitaria de inicio del siglo XX e la neopolítica de Ciudades Saludables?”, se buscó analizar las relaciones que atraviesan las políticas públicas articuladas por medio de los discursos y de las prácticas sanitarias. El estudio se definió por una investigación cualitativa con una perspectiva histórica, teniendo a la investigación documental y bibliográfica como procedimientos técnicos en la colecta de los datos. En el camino metodológico, fueron consideradas las indicaciones hechas por Minayo (1992) para una investigación cualitativa, siendo organizada en tres momentos: la búsqueda de informaciones, la organización y categorización de esas informaciones y el análisis final. El proceso analítico permitió identificar elementos que indican, a demás de diferencias y semejanzas, verdaderas rupturas y continuidades entre los discursos y las practicas realizadas en las políticas de salud y en los procesos de urbanización analizados en este estudio. Los modelos que sustentan teóricamente las prácticas sanitarias y urbanas de las políticas analizadas se muestran como puntos de ruptura, siendo que los elementos que los constituyen se fundan en paradigmas divergentes. Por una parte, el **higienismo** que sirvió de fundamento para la política de regeneración de la ciudad y de la sociedad de inicios del siglo XX y, por otra parte, la concepción contemporánea de **promoción de la salud** que fundamenta la propuesta de Ciudades Saludables, analizados en el sentido de la evolución de modelos e prácticas sanitarias. Como un aspecto que marca la trayectoria de la sociedad brasilera en los dos momentos históricos analizados, la **desigualdad** se caracteriza como el elemento que les da continuidad. Dispersa intensamente en las ciudades, la cuestión de las desigualdades en relación a la salud se presenta como una marca persistente y, también, insistente de las relaciones sociales dentro de la sociedad brasilera, tanto bajo el estatuto de la modernidad liberal de inicios del siglo, como en el neoliberalismo actual. Concretamente, el proceso de expropiación inaugurado por la política higienista de inicios del siglo XX, en Río de Janeiro, promovió uno de los mas intensos y persistentes procesos de desigualdad y de exclusión social de nuestra sociedad, a *favelização*, que persistió en el tiempo e se reprodujo en otras ciudades, aún en aquellas en las que el proyecto de “Ciudades Saludables” fue instaurado. Analizadas a partir de la bioética cotidiana de Giovanni Berlinguer, estas desigualdades en relación a la salud adquieren el estatuto de inequidades, pues cargan en si situaciones consideradas innecesarias e inevitables, además de ser reprobables e injustas. De este modo, el trabajo remite para la importancia de la aproximación del análisis de las políticas públicas, fundamentalmente, de las políticas de salud, desde una perspectiva ética buscando afirmar

sus fundamentos no solo como un derecho social, sino también, y principalmente, como un derecho humano inalienable.

SUMÁRIO

<u>Lista de Figuras</u>	11
<u>1 A CAMINHO DA CIDADE</u>	12
<u>2 O PERCURSO METODOLÓGICO</u>	20
<u>2.1 Delineando o percurso</u>	21
<u>2.2 Os momentos do percurso</u>	23
<u>3 URBANIZAÇÃO E SAÚDE : um ponto de encontro na cidade do início do século XX</u>	29
<u>3.1. UMA CIDADE, UM PROJETO, UM PERSONAGEM</u>	33
<u>3.1.1. Um recuo na história: as transformações da cidade colonial escravista</u>	33
<u>3.1.2. O início do século XX como marco do urbanismo no Brasil</u>	46
<u>3.1.3. PEREIRA PASSOS: um personagem, uma trajetória</u>	53
<u>3.1.4. PEREIRA PASSOS: a influência Haussmanniana na cidade brasileira</u>	57
<u>3.1.5. A HAUSSMANNIZAÇÃO como modelo: influências e coincidências</u>	69
<u>3.2 A CIDADE EM TEMPOS DE EPIDEMIA: A POLÍTICA HIGIENISTA DO INÍCIO DO SÉCULO XX</u>	82
<u>4 CIDADES SAUDÁVEIS: um projeto no final do século XX</u>	101
<u>4.1. Cidade e saúde: um espaço, muitas idéias</u>	106
<u>4.2. CIDADES SAUDÁVEIS: origem e expansão de um projeto para o mundo das cidades</u>	119
<u>4.3. “MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS”: um movimento para a América Latina</u>	132
<u>4.4. MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS em rede: a trama brasileira</u>	137
<u>5 DO INÍCIO AO FIM DO SÉCULO XX: os retratos da cidade, rupturas e continuidades</u>	143
<u>6 SAÚDE E CIDADE: a evolução de modelos e práticas sanitárias</u>	155
<u>6.1 Higienizando a cidade e a sociedade: origem e evolução das políticas higienistas</u> ..	159
<u>6.2. Para além da prevenção: surge a promoção da saúde</u>	169
<u>7 DAS ILHAS DE INSALUBRIDADE ÀS ILHAS DE INIQUIDADES</u>	187
<u>7.1. As desigualdades em saúde como expressão da relação entre cidade, saúde e sociedade</u>	188
<u>7.2. ILHAS DE INIQUIDADES” no mundo das cidades: as desigualdades em saúde à luz da bioética cotidiana</u>	207
<u>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	217
<u>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	223

LISTA DE FIGURAS

<u>Fig. 1 – Carta de Pereira Passos</u>	<u>78</u>
<u>Fig. 2 - Centro do Rio de Janeiro, início das obras de demolição, 1903.....</u>	<u>78</u>
<u>Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro</u>	<u>78</u>
<u>Fig.3 – Centro do Rio de Janeiro, início das obras de demolição, 1903.....</u>	<u>78</u>
<u>Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro</u>	<u>78</u>
<u>Fig.4 - Demolição e início das obras da Avenida Central. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.....</u>	<u>79</u>
<u>Fig.5 - Avenida Central Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro</u>	<u>79</u>
<u>Fig.6 - Inauguração da Avenida Central, 15 de novembro de 1905. Foto de Augusto Malta. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro</u>	<u>79</u>
<u>Fig.7 - Avenida Central, 1910. Foto de Augusto Malta. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro</u>	<u>80</u>
<u>Fig.8- Rua de um morro adjacente ao centro da cidade do Rio de Janeiro, 1903. Foto de Augusto Malta. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.....</u>	<u>80</u>
<u>Fig.9- Charge sobre a falta d'água em pleno processo de inauguração das obras remodelação do Rio de Janeiro, publicada no Jornal O Malho, 18 fevereiro 1905.....</u>	<u>81</u>

1 A CAMINHO DA CIDADE

O debate em torno de temas que articulam saúde e vida urbana emerge, novamente, num momento histórico importante do processo de urbanização da sociedade contemporânea, tendo em vista que este processo vem se configurando no grande fenômeno em nível mundial da atualidade. Durante o século XX, as cidades foram, simultaneamente, palco e testemunho das rápidas e crescentes mudanças que se processaram na sociedade moderna. De um lado, a perversidade de um processo produtivo predatório para o ambiente e espoliador do homem e, de outro, a demanda por uma capacidade criativa da sociedade para desatar os nós da relação crescimento econômico exacerbado e qualidade da vida humana.

O processo acelerado de urbanização na sociedade, sobretudo, da brasileira, inaugurou um novo modo de constituir as relações sociais, a partir das formas de ocupação do espaço social urbano, compondo uma complexa relação entre seus determinantes e resultados. Desta maneira, desde a introdução das primeiras investidas industriais no Brasil, no início do século XX, desencadeou-se a progressiva migração da sociedade no sentido rural-urbano, processada de modo mais intenso a partir dos anos 50, com a dinamização da indústria nacional. Apesar dos movimentos de interiorização da população, devido à expansão de sucessivas fronteiras agrícolas, o fenômeno da concentração populacional em cidades cada vez maiores foi extremamente mais expressivo.

Este padrão de organização social manteve-se ao longo do século, por conta de inúmeros fatores internos e externos à sociedade brasileira. Pesquisadores como DUCHIADE (1995) e MINAYO (1995) apontam para a aceleração da industrialização brasileira, que concentrou os investimentos econômicos e sociais em determinadas regiões e, mesmo em determinadas cidades, como fator contributivo para a formação do modo essencialmente urbano de viver dos brasileiros.

Este processo de urbanização, caracterizado como um dos fatos sócio-demográficos mais relevante do século XX, contribuiu para que, hoje, a composição

da população brasileira se caracterize como uma das mais urbanas do mundo, atingindo taxas superiores a 80% de urbanização na virada do século XXI, apesar da taxa de crescimento urbano ter desacelerado nos últimos anos. Além disso, é fundamental apontar para as conseqüências advindas deste processo sobre as condições de vida e saúde da população.

No Brasil, o processo de desenvolvimento econômico pautado na industrialização não foi acompanhado, na mesma medida, dos investimentos em desenvolvimento social, com a criação de condições infraestruturais adequadas para a vida dos trabalhadores que convergiram para as cidades. Desta maneira, começou a se constituir um perfil precário das condições de vida e de saúde da população, imposto por um modo desqualificado de viver, onde as moradias são insalubres, a alimentação insuficiente, o trabalho, muitas vezes, inexistente, e o acesso a serviços de saúde e sistemas educacionais de qualidade não é realidade. No entanto, estas condições não se impõem a toda população, mas a uma parcela significativa desta, forjando na própria vida das pessoas uma das marcas da sociedade brasileira: a desigualdade social.

Frente a esta realidade e à emergência destas demandas, são imperativas profundas transformações em nossa sociedade, que por meio de políticas públicas podem assegurar um caminho mais justo e democrático, possibilitando o avanço, concomitante e paralelo, dos desenvolvimentos econômico e social. Dentre as políticas públicas, as políticas de saúde e de urbanização assumem papel de destaque, pois se referem aos direitos básicos do ser humano, a saúde e a cidade, a primeira, como qualidade e a segunda, como espaço de vida. Embora tais políticas configurem, em primeira instância, formas estratégicas de atender a essas demandas sociais, carregam em si a expressão das relações sociais produzidas em cada momento histórico. Revelam como se caracterizaram o jogo das forças sociais e os conflitos de interesses, as relações e estratégias de poder estabelecidas entre os atores sociais.

Considerando como primeiro recorte do tema de pesquisa, as políticas de saúde e de urbanização, é importante assinalar algumas das crenças instigaram e têm movido a realização deste estudo:

- O processo de urbanização teve fundamental influência na conformação das condições de vida e de saúde da sociedade brasileira;

- As políticas de saúde e de urbanização, além de respostas às demandas sociais, são expressões das relações sociais produzidas num determinado momento histórico.

O urbano e a saúde como dimensões imprescindíveis na vida do homem moderno, se concretizam e se entranham no cotidiano social por meio de discursos e práticas constituídos a partir de modelos impregnados pelo pensamento social hegemônico. Na sociedade brasileira, a história tem nos revelado que os modelos, tanto de urbanização como de saúde, são expressão, em menor ou maior intensidade, a depender do nível das relações sociais estabelecidas em cada época, dos interesses da classe dominante.

Olhar criticamente para as múltiplas faces reveladas na expressão da vida cotidiana de uma cidade permite desencadear a compreensão de muitos fenômenos sociais que estão na base da relação saúde-cidade-sociedade. Permite revelar o pensamento social no qual se fundem os modos de pensar a cidade e a vida de seus cidadãos, as estratégias de enfrentamento ou amortecimento dos efeitos e defeitos de um modelo econômico concentrador de riqueza e promotor de pobreza e exclusão social. Permite, também, o emergir de um debate acerca da qualidade de vida como conceito indissociável da saúde.

Se buscarmos a raiz latina da palavra, veremos que cidade é *civitate*. Se formos além, num processo de clivagem do vocábulo, teremos no seu núcleo central a expressão *vita*, ou seja, vida, sugerindo que a palavra cidade esteja impregnada de vida, seja o espaço da vida. De fato, na modernidade não poderia ser diferente, pois

a cidade se tornou a irredutível possibilidade de realização da vida moderna. Entretanto, transformou-se também numa verdadeira cilada mortífera, que já se mostra visível no extermínio, na violência e na degradação sócio-ambiental das megacidades do mundo. Assim, a cidade pode configurar-se, por um lado, como um processo de desenvolvimento da vida em sua máxima expressão, mas, por outro, pode desencadear a morte latente nas relações sociais injustas.

A importância de debater sobre as possibilidades de transformação da sociedade no sentido de buscar alternativas de um viver mais saudável, livre e desimpedido, participativo e digno a todos homens, inicia-se na discussão das estratégias engendradas pela sociedade no seu processo de construção e desenvolvimento. As políticas de urbanização e de saúde como expressões estratégicas deste processo, sem dúvida, refletem historicamente as relações sociais estabelecidas na sociedade brasileira. Nos diferentes períodos históricos, de forma mais ou menos intensa, revelam o jogo das forças sociais, onde diferentes atores sociais, compondo diferentes grupos sociais, com diferentes interesses e motivações imbricam-se em diferentes relações, revelando conflitos, harmonias, consensos, contradições de forma mais ou menos efervescente.

O tema saúde e cidade, como objeto deste estudo, foi se delineando mais precisamente, na medida em que optou-se por focalizá-lo em dois momentos históricos significativos da sociedade brasileira, o início e o final do século XX, quando surgem políticas públicas com propostas claras de intervenção no espaço urbano. O primeiro, o início do século XX, é marcado, politicamente, pela Primeira República e seu projeto de desenvolvimento para o país e estrategicamente, pelas reformas urbana e sanitária fundamentadas nas políticas higienistas. O segundo momento, o final do mesmo século, traz novas marcas da saúde e da urbanização, revelando uma articulação mais estreita entre ambos, cujo modelo síntese mais expressivo está na Política de Cidades Saudáveis.

Mas por que buscar estudar a relação entre estes dois períodos históricos da sociedade brasileira? Quais as inter-relações que se supõe existir entre as políticas de saúde e de urbanização nestas épocas? Como se estruturaram e organizaram as diversas estratégias de tais políticas imbricadas na vida social brasileira?

No processo de construção da idéia de pesquisar sobre esta temática, passando por momentos de levantamento de informações, reflexão e discussão com especialistas nesta área, foram confirmando-se pontos fundamentais para a configuração do problema de pesquisa: uma nítida relação entre a formulação das políticas de saúde e o processo de urbanização da sociedade; a inexistência de estudos na área da saúde e da enfermagem, que articulassem a análise das políticas de saúde e urbanização nestes momentos históricos específicos, procurando revelar suas aproximações e distanciamentos; a persistente formulação de políticas públicas, principalmente na área da saúde, que não priorizam a relação urbano/saúde, embora já se verifique esta preocupação em algumas estratégias formuladas; a significativa lacuna na formação dos profissionais da saúde que não são preparados para refletir e intervir sobre a indiscutível determinação da urbanização e sua qualidade sobre a saúde da população.

Vários estudos foram produzidos na tentativa de revelar a influência do processo de urbanização brasileiro sobre a saúde de seu povo, principalmente, focalizando as primeiras décadas do século XX, dentre os quais se destacam os trabalhos de CHALHOUB (1996), BENCHIMOL (1990), COSTA (1986) e SEVCENKO (1984).

Em geral, os estudos empreendidos demonstram que a acelerada urbanização que se deu no Brasil ao longo do século, tendo em algumas regiões do país, inclusive, adquirido contornos de metropolização, produziu importantes marcas no perfil de saúde da população desveladas, principalmente, no seu padrão de desigualdade. Entretanto, são estudos ou de caráter evolutivo da história das políticas de saúde, ou se referem a análises detalhadas de determinados períodos

históricos. Em virtude da emergência muito recente da Política de Cidades Saudáveis, há muitas lacunas no seu processo analítico, inclusive desconhecendo-se estudos que analisem sua relação com políticas de outros períodos históricos.

Assim, o propósito maior deste estudo estrutura-se na tentativa de revelar as relações que se estabelecem e se organizam na sociedade brasileira entre os diferentes grupos sociais, através de determinadas políticas de saúde e de urbanização produzidas no início e no final do século XX. A intenção de revelar as diferentes interfaces da conjunção saúde e cidade se forja numa concepção dinâmica e transformadora da realidade social, na qual é possível pensar num cotidiano futuro nas cidades, movido por critérios politicamente consensuais quanto à produção econômica ambiental e humanamente correta e o amplo desenvolvimento da cidadania na construção de processos sociais e culturais fundados em princípios de democracia, equidade e justiça social.

Na trajetória da produção e sistematização deste filme da vida social urbana brasileira, a pesquisa fluiu em direção às pistas que sugeriam possibilidades elucidativas ao **problema** levantado:

Quais são as rupturas e continuidades que se expressam nos discursos e práticas das políticas de saúde e urbanização produzidas no início e no final do século XX na sociedade brasileira?

Considerando o cenário e o marco teórico revelados na formulação do problema de pesquisa, procurou-se atingir o seguinte **objetivo geral**:

Analisar as relações que perpassam as políticas de saúde e de urbanização implementadas na sociedade brasileira no início do século XX e a política de Cidades Saudáveis proposta no final do século XX, buscando identificar possíveis rupturas e continuidades entre os discursos dos dois momentos históricos e as práticas do primeiro.

O percurso metodológico foi construído a partir da indicação dos **objetivos específicos** delineados:

- Situar o contexto histórico das políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira no início e final do século XX;
- Identificar as rupturas e continuidades que perpassam os discursos e práticas resultantes da articulação das políticas de saúde e urbanização;
- Analisar as relações e estratégias de poder que perpassam estes discursos e práticas.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 DELINEANDO O PERCURSO

A competência requerida para a montagem desse filme no intuito de produzir as cenas e alcançar respostas coerentes e suficientes, mesmo que provisórias, ao objetivo pretendido neste estudo não se impôs apenas no momento da análise das questões emersas no processo de pesquisa, mas foi construída em todo seu processo. Insinuou-se, mesmo, desde o momento da eleição e seleção do tema a ser pesquisado, passando pela definição de seus recortes e a delimitação do problema a ser pesquisado.

O delineamento, enquanto um momento de planejamento mais amplo da pesquisa envolve tanto a sua diagramação, como a previsão de recursos, técnicas e procedimentos de levantamento de informações e de análise e interpretação das mesmas (GIL, 1989 e POLIT e HUNGLER, 1995). Considerando estes fatores, este estudo definiu-se como uma **pesquisa qualitativa de abordagem histórica**.

A pesquisa qualitativa serve a este estudo porque procura aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, se preocupa com um nível da realidade social, cujos processos e fenômenos não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Já, a abordagem histórica delineou-se neste estudo a partir da definição de seu objeto de pesquisa, que considerou dois pontos relevantes. Primeiro, a importância de analisar o objeto de pesquisa, numa visão contextual da realidade social objetificada em discursos e práticas num determinado momento histórico, ou seja, entender tanto as Políticas higienistas do início do século, como a Política de Cidades Saudáveis como fenômenos que carregam em si toda uma carga histórica, cultural, política e ideológica.

O segundo ponto revelou-se na idéia de procurar a compreensão de uma questão contemporânea, como o caso das “Cidades Saudáveis”, enquanto política emergente no processo de urbanização da sociedade, a partir de suas origens históricas. Tomando como referência o incremento do processo de urbanização na sociedade brasileira, vivenciado nas primeiras décadas do século XX, identificamos eixos estruturais que podem revelar relações presentes nos discursos e nas práticas de políticas de saúde e de urbanização, empreendidas nestes dois momentos históricos.

Considerando estes aspectos, o estudo foi desenhando-se em direção à análise das relações existentes entre as políticas de saúde e de urbanização, numa perspectiva de aproximação dos dois momentos históricos escolhidos. Esta **abordagem histórica** permitiria a identificação dos processos de continuidades ou de rupturas nos discursos e práticas de tais políticas.

Neste estudo, foi utilizada a **pesquisa bibliográfica** como procedimento técnico na coleta dos dados. Para GIL (1989), a **pesquisa bibliográfica** consiste na exploração e análise de fontes secundárias de informações, principalmente, livros e artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Para um estudo histórico é indispensável uma consistente pesquisa bibliográfica, devendo-se atentar para a qualidade da fonte de origem secundária de dados.

Embora poucos dados recolhidos diretamente da fonte primária tenham sido utilizados ao longo deste trabalho, a **pesquisa documental** também se fez presente. Tendo em vista a sua importância na elaboração de um trabalho de abordagem histórica, a pesquisa documental consistiu na exploração de alguns documentos e fotografias referentes ao tema estudado.

Na coleta de dados deste estudo, foram considerados dois aspectos principais. O primeiro, o fato do trabalho se focalizar em dois momentos históricos distintos e, portanto, requerer atenção especial para cada época, com levantamento expressivo

da bibliografia específica de cada um destes períodos. O segundo, se refere à temática escolhida que se desdobrou em dois temas: políticas higienistas e política de Cidades Saudáveis, impondo uma vasta gama de literatura produzida. Assim, foram selecionados como fonte básica dos dados em torno de 120 referências bibliográficas as quais passaram por um processo analítico, conforme descrição apresentada a seguir.

Por último, cabe ressaltar a utilização do livro “O Rio de Janeiro de Pereira Passos”, organizado por Giovanna Del Brenna, como fonte fundamental dos dados referentes ao período da Primeira República no início do século XX. Além de três artigos, os quais trazem três diferentes análises críticas sobre a reforma urbana produzida na capital federal da época, o corpo do livro apresenta um vasto capítulo com a compilação de documentos, recortes e fotografias relativos ao processo social subjacente ao projeto de reforma urbana da cidade. Semelhante a um diário, este capítulo apresenta os principais fatos e atos processados neste período no âmbito das políticas sanitárias e urbanas (DEL BRENNNA, 1985).

2.2 OS MOMENTOS DO PERCURSO

Considerando algumas indicações propostas por MINAYO (1992) em relação aos momentos do ciclo de uma pesquisa qualitativa, este estudo se organizou em três momentos: **o levantamento das informações, a organização e categorização das informações e a análise final**. É importante salientar que estes momentos não se sucederam como passos estanques ou isolados, mas se relacionaram intimamente, uma vez que além de estarem imbricados, por vezes, processaram-se simultaneamente.

A viabilização do percurso metodológico selecionado implicou na previsão de procedimentos técnicos coerentes com seu design e objetivos. Deste modo, para cada um destes momentos, foram previstas técnicas metodológicas, as quais se fundamentaram em indicações apresentadas por MINAYO (1994), MARCONI e LAKATOS (1990) e TRIVIÑOS (1987).

Primeiro Momento: Levantamento das Informações

Na primeira fase, o **Levantamento das Informações**, foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, complementando, amplamente, o levantamento bibliográfico inicial, realizado para a elaboração do projeto de pesquisa. Foram consideradas balizas referenciais para o levantamento das informações, fontes bibliográficas referentes a: história social e política do Brasil, história da ciência e das políticas de saúde no Brasil, história de personagens fundamentais no processamento das políticas estudadas, Haussmann, Pereira Passos e Oswaldo Cruz, por exemplo, bem como, material bibliográfico referente à origem e evolução da Política de Cidades Saudáveis.

Este levantamento processou-se em diferentes locais e de diferentes modos. Dentre os principais locais, onde foi desenvolvida a pesquisa bibliográfica, destacaram-se:

- Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina,
- Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
- Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz,
- Biblioteca da Casa Oswaldo Cruz da mesma fundação,

- Biblioteca da Universidade de Roma “La Sapienza”,
- Biblioteca de História da Medicina da Universidade de Roma “La Sapienza”,
- Biblioteca da Faculdade de Sociologia da Universidade de Roma “La Sapienza”,
- Biblioteca do Instituto de Antropologia da Universidade de Roma “La Sapienza”,
- Biblioteca Nacional da França.

Considerando a agilidade de acesso às referências bibliográficas, via internet, foram procedidas pesquisas nos bancos de dados da BIREME e nos *sites* das instituições e organizações de saúde, tais como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-americana da Saúde, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Foram também acessados os sites das Redes Européia, Italiana e Brasileira de Cidades Saudáveis. Em relação aos projetos da cidade de Curitiba, bem como das cidades italianas de Bologna, Padova e Arezzo, é importante destacar o acesso aos relatórios e projetos fornecidos pelos respectivos coordenadores.

Sobre a breve pesquisa documental realizada, é relevante salientar que no Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro foram encontrados documentos e fotografias originais que traduzem momentos marcantes na história da reforma urbana da cidade, sendo que alguns deles fazem parte do capítulo terceiro deste trabalho.

O levantamento das informações foi organizado em fichas catalográficas, que facilitaram o processo de localização das bibliografias e seus conteúdos no desenrolar do processo de pesquisa.

Segundo Momento: Organização e categorização das Informações

Para a organização dos materiais bibliográficos e documentais foram consideradas três estratégias:

a) uma leitura inicial com a elaboração de resumo de cada obra, a fim de produzir uma primeira caracterização do material estudado;

b) uma segunda e repetida leitura do material bibliográfico e documental que, através de uma relação interrogativa com eles, possibilitou apreender alguns elementos relevantes para o tema, separando-as por períodos históricos, estabelecendo, assim, algumas categorias iniciais de análise. Cada elemento encontrado era marcado com papel adesivo, na respectiva página, onde constava uma breve síntese.

A partir deste momento, começaram a surgir elementos que sobressaíram ao estabelecermos uma primeira aproximação entre os dois momentos históricos e as duas experiências estudadas, a reforma urbana do Rio de Janeiro e a Política de Cidades Saudáveis e que foram tratados como categorias iniciais.

c) uma terceira e última leitura foi realizada para facilitar a busca das relações entre as categorias inicialmente encontradas, propiciando o surgimento de categorias maiores, tomadas como eixo centrais de análise. Neste processo, foi útil a elaboração de um quadro síntese dos referenciais mais relevantes para a pesquisa, onde constavam: nome do livro e autor, os principais problemas abordados, os sujeitos envolvidos, as ações realizadas e os resultados do processo.

Terceiro Momento: Análise final

Neste momento, se procedeu a articulação entre as categorias empíricas, surgidas nos momentos anteriores, e os referenciais teóricos que guiaram a pesquisa. Deste modo, foram se construindo e processando possíveis respostas à pergunta de

pesquisa, que aqui foram consideradas mais como sinalizações aproximativas e provisórias do que conclusões definitivas sobre o tema.

Com o auxílio dos quadros síntese das categorias iniciais, foi possível chegar às categorias centrais de análise deste estudo, que representaram as possíveis rupturas e continuidades no confronto das políticas sanitárias e urbanas em foco. Como ponto de ruptura entre as políticas de saúde e urbanização do início e o final do século XX emergiu significativamente nos dados a diferença nos paradigmas que ancoram cada um dos modelos estudados: o higienismo, no primeiro caso, e a promoção da saúde, no segundo. Já o aspecto percebido como persistente nos dois momentos históricos se refere às desigualdades em saúde, que se mostravam visíveis desde o início do século com o prelúdio do processo de favelização na cidade do Rio de Janeiro que se prolongou durante todo século e chegou ao seu final no auge de sua expansão. Tais categorias de análise serão discutidas nos capítulos 6 e 7, respectivamente.

A análise seguiu, portanto, um percurso na tentativa de explicar e explicitar as relações e estratégias que perpassaram discursos e práticas de saúde revisitadas historicamente. Conforme VEYNE (1995, p. 181), explicar e explicitar tramas históricas, “consiste, primeiramente, em vê-la em seu conjunto, em correlacionar os pretensos objetos naturais às práticas datadas e raras que os objetivizam, e em explicar essas práticas não a partir de uma única causa, mas a partir de todas as práticas vizinhas nas quais se ancoram”. Assim, a análise desenvolvida neste estudo não pretendeu focalizar-se em um fato ou situação histórica específica, mas buscou compreender as políticas de saúde e de urbanização em suas relações com a prática social.

Outro ponto importante ressaltado pelo autor refere-se à concepção equivocada de acreditar que há algo mais por detrás dos discursos e práticas da realidade, ou seja, por realidade a uma suposta aparência. A parte oculta de discursos e práticas da realidade social é inseparável de sua parte emersa, portanto, “desnudar, a realidade para dissecá-la e

explicá-la é uma coisa, acreditar descobrir, por detrás dela, uma segunda realidade que a telecomanda e a explica é uma outra coisa, bem mais ingênua” (VEYNE, 1995, p.181).

3 URBANIZAÇÃO E SAÚDE :
um ponto de encontro na cidade do início do século XX

A urbanização marca a história da formação da sociedade brasileira como um dos seus elementos constitutivos mais relevantes, desde os primeiros movimentos de povoamento do Brasil até os dias de hoje. A urbanização brasileira processou-se ao longo dos seus cinco séculos de história sempre fortemente influenciada pela conjuntura sócio-econômica e política, porém com especificidades marcantes em cada época que influenciarão, por sua vez, a trajetória das transformações da sociedade nos períodos sucessivos. Veremos, por exemplo, que a cidade colonial, construída sob o estatuto da escravidão e exploração do poder central do Reino, persistirá nas feições e relações da cidade imperial, que, mesmo independente, manterá a relação de exploração da colônia¹. Do mesmo modo, a cidade imperial será o ponto de partida para provocar as transformações na cidade neo-republicana no final do século XIX e início do século XX.

Como um dos retratos vivos da história da urbanização da sociedade brasileira, a constituição da cidade do Rio de Janeiro foi construída por uma trama que evidencia as condições de vida e de trabalho, as relações de poder, as instituições e suas relações com a sociedade. Esta tessitura mostra o espaço urbano como palco das relações sociais, dos embates políticos, dos movimentos culturais e, sobretudo, como expressão das lideranças políticas, econômicas e sociais da época. É nesta perspectiva que, neste estudo, estará sendo revisitada a história da urbanização do Rio de Janeiro, na tentativa de mostrar a relação e o papel que as políticas e o discurso higienistas da época tiveram na constituição da cidade.

É importante salientar que a construção do modo urbano de viver na sociedade brasileira alicerçou-se em múltiplos determinantes, internos e externos, dentre os quais destacaram-se: as políticas econômicas e de trabalho empreendidas pelo Estado brasileiro moldadas pelo modelo capitalista; os processos de industrialização

¹ Para PRADO JUNIOR (1993), o período colonial brasileiro desenvolveu-se desde seu descobrimento até 1822, quando da sua independência. Já para o historiador Manoel Rodrigues FERREIRA (1999), não existiu um Brasil Colônia, mas sim um território brasileiro, que se constituía em um Estado do Reino de Portugal até sua independência.

e de imigração de mão-de-obra emergentes no bojo do modelo econômico adotado; as políticas de urbanismo decorrentes deste modelo que canalizaram todos os recursos infraestruturais em algumas cidades, em especial a capital federal, provocando uma disparidade entre as condições de vida urbana e rural.

Embora o processo de industrialização no Brasil tenha ocorrido mais fortemente nas décadas de 40 e 50, seus primórdios marcaram a organização da sociedade já no início do século, produzindo uma nova estrutura social e um novo modo de viver dos sujeitos e, conseqüentemente, de produzir a ocupação do espaço social. A partir do delineamento desta nova forma de viver e de trabalhar, as pessoas foram moldando suas vidas nas cidades, sem que, para isto, tenha contribuído uma adequada infraestrutura. Este processo começa a instituir um modo desigual de viver, que transforma os sujeitos em cidadãos de diferentes categorias.

Neste cenário de exploração e exclusão social, não tardaram a emergir as conseqüências, dentre as quais, destacou-se a produção de um perfil de saúde da população trabalhadora cujo imperativo, ainda marcado pelas doenças transmissíveis herdadas dos períodos colonial e imperial, nos quais as condições de salubridade e higiene eram precárias, passou a expressar os efeitos devastadores da exploração do processo produtivo capitalista. Às doenças e más condições de vida e de moradia pré-existentes agregaram-se as más condições de trabalho.

Na verdade, a cidade neo-republicana do início do século XX revela-se como um verdadeiro mosaico onde se encontram traços da política lusitana do período colonial e das novas relações políticas da República. Compreender este mosaico urbano implica reconhecer a influência dos fatos históricos que possibilitaram a configuração dessa realidade, bem como considerar que o delineamento de alguns traços do mosaico da cidade do Rio de Janeiro, como capital republicana, inicia-se antes mesmo da República, suas raízes encontram-se na cidade colonial a caminho do final do século XIX. Deste modo, esta reconstrução inicia com um breve recuo no tempo, contando um pouco sobre um Rio colonial em transformação em fins do

século XIX, para seguir a trilha do início do século XX como marco do urbanismo no Brasil, quando entra em cena Pereira Passos, um dos seus personagens marcantes.

3.1. UMA CIDADE, UM PROJETO, UM PERSONAGEM

3.1.1. Um recuo na história: as transformações da cidade colonial escravista

O século XIX assinalou grandes transformações na sociedade em nível mundial, cujo alcance histórico e repercussões se estenderam até as primeiras décadas do século XX. Especialmente no Brasil, este período foi marcado por uma efervescência de acontecimentos e novas relações que transformaram substancialmente a situação social e política da sociedade brasileira, e cujas repercussões tornaram-se visíveis, inclusive, no âmbito das cidades. É importante ressaltar que estes fatos não ocorreram isoladamente, mas foram resultantes das relações internas e externas estabelecidas pela classe dominante do país. Portanto, faz-se relevante, no contexto deste estudo, resgatar, mesmo que brevemente, os processos sociais que marcaram a história da vida urbana brasileira neste período.

Antes de mergulhar na vida urbana brasileira, é importante considerar que as transformações internas sempre estiveram intimamente relacionadas à conjuntura político-econômica externa e, portanto, influenciadas diretamente pelo cenário mundial. Vários processos de transformação social envolveram a Europa e suas colônias ocidentais no século XIX, com especial destaque para a revolução industrial inglesa e o nascimento da indústria capitalista; além da decadência dos antigos impérios coloniais; as guerras e revoluções ocorridas no continente europeu que provocaram grandes danos e perdas sociais. Outro fato político de maior relevância, neste período, foi, sem dúvida, a independência dos Estados Unidos da América, que representou o rompimento do domínio europeu, particularmente, o domínio britânico, sobre a região. Para a América Ibérica, diferentemente do Brasil, o século XIX representou um período favorável à construção dos Estados nacionais,

embora ainda com marcas da herança das relações colonialistas. Neste cenário, nasceram e se consolidaram alguns dos Estados ibero-americanos, como o México.

Ao observar o percurso histórico da sociedade brasileira, no século XIX, no que se refere às transformações socioeconômicas, PRADO JUNIOR (1993) assinala que a primeira metade desse século representou, na verdade, um período de transição marcado por fatos de extrema importância. Porém, é na segunda metade desse mesmo século, que serão vivenciados os principais movimentos de transformação da sociedade brasileira, sejam eles de natureza política, social, econômica ou de caráter cultural, dentre os quais destacaram-se a instauração da República e a abolição da escravidão.

Já BENCHIMOL (1990) refere que, no Brasil, o processo de formação e consolidação do Estado Nacional foi retardado em virtude de um fato político particular e de grande relevância para o período de transição ocorrido na primeira metade do século XIX. Segundo o autor, o fato que redefiniu o percurso da sociedade brasileira foi a transferência da família real portuguesa para o Brasil, que aqui aportou decorrente da fuga de Portugal, invadida pelo exército napoleônico. A chegada do Príncipe Regente Dom João VI e de sua corte, ocorrida em março de 1808, desencadeou um processo de transformação tanto da sociedade, instituindo novas relações de poder e impondo novos costumes, quanto da configuração das cidades, em especial, a cidade do Rio de Janeiro, que se viu, repentinamente, invadida pela corte real portuguesa. Integravam o contingente humano da corte real mais de 15.000 pessoas, o que representava quase um terço da população da cidade na época.

A partir do ano da “invasão” da corte portuguesa, a cidade do Rio de Janeiro não foi mais a mesma, em termos demográficos, políticos e culturais. Sua população, que não ultrapassava os 50.000 habitantes, em menos de duas décadas, em 1822, já havia duplicado, sendo que, em 1840, alcançaria a marca de 135.000 habitantes. Para este rápido crescimento demográfico, contribuíram não só a

chegada dos membros da corte real, como também o recrutamento de escravos para o trabalho doméstico das casas dos novos “senhores”. Além destes fatores, ocorreu também a migração de muitos proprietários de fazendas para o ambiente urbano em busca de novas possibilidades mercantis, fato este provocado pela nova posição social e política da cidade.

A inesperada “invasão” da corte rompeu com o precário equilíbrio da cidade. De imediato, apresentaram-se dois problemas: o primeiro, de ordem quantitativa, com um significativo déficit habitacional; e o segundo, de ordem qualitativa, uma vez que as condições das casas e da cidade não atendiam às exigências e os padrões da nova sociedade. Este novo grupo social passou a exigir novas condições estruturais da cidade, principalmente, referente às condições higiênicas e arquitetônicas das casas (BENCHIMOL, 1990).

Logo após a chegada da corte na cidade do Rio de Janeiro, várias obras de infraestrutura e a construção de novas casas se impuseram imediatamente. Nos primeiros anos, foram edificadas 600 casas na área urbana e 150 nos arredores da cidade. Pântanos foram aterrados, caminhos foram construídos para conduzir até a Quinta da Boa Vista (residência de verão da família real). Entretanto, tais caminhos serviram tanto para permitir passar a corte, como deixar “passar” a cidade, que começou, mesmo que timidamente, expandir-se naquela direção. É importante assinalar que nesta época a expansão da cidade seguia os caminhos da orla marítima, constituindo os novos bairros da zona sul.

Além da necessidade quantitativa de novas habitações, impôs-se também a mudança dos padrões de construções para satisfazer às necessidades de seus novos moradores. As antigas casas térreas do tempo da colônia foram, progressivamente, sendo suplantadas pelos grandes e confortáveis sobrados em estilo português clássico.

Um outro fato de extrema importância para a fisionomia da cidade do Rio de Janeiro, no século XIX, foi a abertura dos portos ao comércio internacional, através de tratado firmado com a Inglaterra, em 1810, que foi estendido às demais nações em 1822, por ocasião do rompimento do Brasil com as cortes portuguesas. Tais tratados selaram a integração do Brasil no mercado mundial, favorecendo os países europeus, já revolucionados pelo advento da indústria capitalista, principalmente, a Inglaterra. A partir deste momento, a influência inglesa começou a infiltrar-se no tecido social decisivamente e deixou suas marcas registradas na vida econômica e social do país.

A intensificação das atividades portuárias produziu o rápido esgotamento da estrutura existente, tanto no próprio porto, cujas dependências alfandegárias foram transbordadas de mercadorias estrangeiras, como no mercado imobiliário inflacionado com o grande fluxo das manufaturas inglesas na cidade. Porém, a devastadora consequência da “invasão” inglesa revelou-se na destruição da precária produção manufatureira interna que surgiu e cresceu em função das deficiências do comércio português. Contribuíram para este fato vários aspectos, dentre os quais, a qualidade dos produtos, os preços e até a moda, influenciados pelo avanço da indústria européia, que aperfeiçoava, melhorava e barateava as mercadorias (BENCHIMOL, 1990).

A cidade, até então constituída de cinco freguesias (Candelária, São José, Sacramento, Santa Rita e Santana) e erguida às margens da baía, evidenciava suas qualidades portuárias, mas, por outro lado, mostrava-se limitada pelos morros, pântanos e lagoas que a circundavam e constituíam em obstáculos a sua expansão. Um século mais tarde, já na administração de Pereira Passos, esta visão sobre a cidade torna à cena e se inicia um processo de arrasamento dos morros centrais que só se concluirá definitivamente na década de 1950, tornando o centro da cidade sem obstáculos físicos e visuais.

A sociedade brasileira da primeira metade do século XIX alicerçou-se, principalmente, em três bases: a escravidão, cujo tráfico foi considerado ilegal somente a partir de 1845; a grande propriedade, que marcou e ainda marca a política agrária brasileira; e as monoculturas de exportação, cana de açúcar (predominante no nordeste) e o café (marcante no sudeste), entre outras. E foi justamente o café o propulsor da expansão da área ocupada nos arredores dos cais por onde este produto era embarcado para o exterior. A rápida ocupação deste espaço em função da exportação do café apenas intensificou a já insalubre e deteriorada condição de vida dos quarteirões próximos ao mar, que logo ficaram repletos de armazéns e trapiches, casas de cômodos e cortiços.

Todavia, o que mais tarde tornar-se-ia um dos fatores determinantes para a impulsão da reforma urbana da cidade do Rio de Janeiro foi a imagem que o estrangeiro construía sobre a cidade e divulgava no exterior. Muitos relatos dos viajantes que por ali passaram não apenas revelavam a imagem da cidade nos seus aspectos físicos e naturais, mas denunciavam o imaginário sobre a sociedade brasileira. “É constante o contraponto entre o embevecimento ante a exótica e exuberante paisagem natural desta cidade dos trópicos, com sua ampla baía e suas imponentes montanhas, e a aversão, a repugnância suscitada pela paisagem material e humana” (BENCHIMOL, 1990, p. 27).

Sentir os odores, ouvir os rumores e perceber os sabores e cores faziam parte dos diferentes perfis descritos da cidade. Para muitos, o encanto da exuberante natureza esvaecia-se ao exalar odores pútridos e mal cheirosos de esgotos e matadouros; a melodia imposta era a dos ruidosos pregões comerciais de escravos vendedores de todo tipo de mercadoria; a beleza do azul do mar e do verde das matas era ofuscada pelas toscas casas de comércio e de moradia, caiadas de branco, edificadas nos estreitos labirintos do centro da cidade.

Estes odores, rumores e cores constituíam o imaginário modulado na lógica da ocupação do espaço na cidade escravista cujas características foram forjadas na

relação social básica, embora não exclusiva, na sociedade carioca: a relação proprietário-escravo. A cidade cindida refletia-se na ocupação dos espaços pelas classes: o espaço interno das casas era de domínio dos senhores, enquanto que o escravo era o “senhor” das ruas.

Assim, a cisão espaço público e espaço privado se revelava nas diferentes atividades da vida, do trabalho, da família. Às mulheres e crianças o domínio do interno, da vida privada, que se desenrolava no cenário do interior das casas cuja arquitetura era apropriada a este enredo. O cotidiano feminino das senhoras restringia-se à vida familiar e, poucas, senão raras, saídas às ruas da cidade, até porque o cenário externo não oferecia segurança, conforto ou beleza para as senhoras desta classe social. Para o suprimento de suas necessidades, havia a intermediação dos escravos que compravam, negociavam, contatavam com o mundo considerado feio aos olhos, perigoso à saúde, indigno aos padrões morais.

O escravo, como “senhor” das ruas, não se apropriava exatamente do domínio do espaço público, mas apropriava-se do ambiente público por imposição de suas funções, seja como escravo doméstico, seja como escravo de ganho. A mediação entre público e privado necessária à vida cotidiana das famílias transformou-os em verdadeiros elos entre seus proprietários e o mundo das mercadorias, o mundo das ruas. Tudo que entrasse ou saísse de uma casa tinha como portador um escravo.

Os escravos domésticos (mulheres, homens e crianças) faziam parte de um grupo social cujas funções estendiam-se desde a manutenção das condições higiênicas das casas, suprimento de víveres, até a intermediação das compras de peças de vestuário para as senhoras. Embora a condição de escravo fosse a característica singular deste grupo, havia uma clara divisão do trabalho escravo, forjada numa espécie de divisão social e até de gênero.

O trabalho das mulheres escravas concentrava-se nas tarefas domésticas, aquelas mais ligadas à casa e à família. Cuidar do vestuário, auxiliar na higiene e

preparar a alimentação eram as principais tarefas destas mulheres, inclusive assumindo o aleitamento materno dos filhos dos seus senhores, o que acabou criando a figura da “ama-de-leite”. Já ao homem era destinado o trabalho pesado de transportar, carregar mercadorias, produtos e gente. Como verdadeiros

“animais de trabalho” movimentavam todas as engrenagens da existência econômica, social e mesmo especificamente urbana da cidade. A força braçal do escravo era a força produtiva básica da economia urbana, na esfera da produção e, sobretudo, da circulação de mercadorias, homens e todos os elementos indispensáveis à manutenção de uma moradia urbana (água, esgoto, víveres, etc.)”(BENCHIMOL, 1990, p.29).

Como extensão da própria divisão social, o mundo do trabalho escravo também era subdividido em tarefas comuns e tarefas mais degradantes. Estas últimas adquiriam muitas vezes o caráter de punição, visto o modo estigmatizante com que eram tratados estes escravos. Era o caso dos chamados “tigres”, escravos que transportavam os dejetos das casas até a praia para ali despejá-los noite alta, momento em que podiam trafegar pelas ruas escuras enquanto a cidade dormia.

Do mesmo modo, a relação com a água era mediada pela força escrava: aos homens, a função de prover a casa com água suficiente para as atividades domésticas, transportando-a em barris desde as bicas e as fontes; já as mulheres usavam as fontes para lavar a roupa, o que introduziu no imaginário social um personagem marcante, a lavadeira.

BENCHIMOL (1990) ainda salienta um outro personagem interessante que circulava na paisagem urbana desta época, o escravo de ganho, que alugado pelos brancos pobres servia para gerar o ganho necessário à sua subsistência. Em muitos casos, os escravos de ganho tornavam-se a única alternativa, pois na cidade o trabalho era insuficiente para a massa de trabalhadores pobres. A principal atividade era desenvolvida através do comércio de toda sorte de mercadorias no qual os escravos exerciam o papel de mercadores, além de transportadores. Na verdade, eram os intermediadores entre o proprietário do negócio e o público, pois a cultura

comercial se construía numa espécie de rede cujas pontas eram o comerciante, de um lado, e a família consumidora no domicílio, do outro, sendo que a intermediação ficava por conta dos escravos de ganho que giravam a cidade carregando todo o peso das mercadorias. Outra tarefa deste grupo de escravos era o carregamento das mercadorias nos cais, onde eram tratados como verdadeiros “animais de carga”.

Retornando ao foco de discussão, qual seja, o processo de urbanização da sociedade brasileira, é importante registrar sua primeira manifestação já na segunda metade do século XIX, quando se inicia o processo que determinou a transformação do país em uma sociedade urbana. Este processo origina-se a partir do desenvolvimento econômico e da mudança social provocados por vários fatores internos e externos. As transformações no mundo do trabalho com a extinção do escravismo e a sua substituição pela imigração, a decadência no âmbito da produção do café no Vale do Paraíba, o fim do período imperial a partir da proclamação da república estabelecendo novas relações de poder são alguns dos fatos mais relevantes deste período que começa a se preparar para a introdução do capitalismo. Estes fatores produziram um incremento acelerado e intenso nos fluxos migratórios, tanto em nível interno como externo (CHIAVARI, 1985).

Assim, a aurora do regime republicano surge em meio a grandes transformações demográficas e sociais: fim da escravidão, migrações e imigração. As grandes cidades surgiam como espaço de novas possibilidades de vida, fim do cativeiro e da vida dura do campo. A cidade do Rio de Janeiro, capital federal na época, vivenciou intensamente cada um destes fatos como palco privilegiado, onde o enredo das mudanças sociais, econômicas e políticas era concebido, escrito e encenado (MARINS, 1999). A decadência da economia cafeeira do Vale do Paraíba devido à conjunção de diferentes fatores (esgotamento das terras por conta da cultura extensiva predatória e da diminuição até a abolição do trabalho escravo, além da concorrência internacional) foi um dos responsáveis pelo incremento da

urbanização da capital, bem como a disponibilização de mão-de-obra para o recém emergente mercado industrial.

No âmbito político, após a proclamação da República, seguiu-se um período de instabilidade em decorrência, principalmente, às dissidências internas entre as diferentes correntes republicanas, que cindiam os republicanos em radicais e moderados, além de federalistas e centralizadores. A política econômica repercutiu dramaticamente sobre as condições de vida da população urbana, que vivenciou uma situação de carestia provocada, de um lado, pela alta de preços, inclusive de gêneros alimentícios, e de outro, pela redução dos salários em função da abundante oferta de mão-de-obra na cidade.

Entretanto, um dos aspectos de maior interesse para este estudo trata da antiga crise habitacional, agora intensificada, tanto no que se refere ao déficit quantitativo como na precariedade das condições mínimas de salubridade das moradias. As condições da moradia popular se degradaram substancialmente neste período por conta do processo intensivo de urbanização, com o crescimento vertiginoso da população, que dobrou no período de 1890 a 1920 na cidade do Rio de Janeiro.

“Reunidas as condições de modernidade, a cidade passa a exercer sua atração, não só no meio burguês, solicitado pelo dinamismo econômico, cultural e social em contraste com a estaticidade do campo, mas sobretudo na massa de trabalhadores agrícolas rejeitados pela reestruturação ou estagnação da lavoura. A urbanização se apresenta, para estes, como a única solução possível frente às necessidades elementares da própria sobrevivência” (CHIAVARI, 1985).

Os novos habitantes da cidade juntaram-se à já crescente massa de trabalhadores e desempregados urbanos e com eles aprenderam as mazelas da sobrevivência instável na capital. Como num caldo efervescente, se movimentavam agitados pela cidade buscando um emprego, um teto, um abrigo, numa incessante troca de vivências, experiências, tensões e espaços (MARINS, 1999).

A intensificação da crise habitacional deu-se em função da absoluta falta de sintonia entre a crescente necessidade demandada pela população e a insuficiente

resposta por parte do governo. BENCHIMOL (1990) destaca que, embora insuficiente, houve iniciativa do governo à época do Império, no sentido de criar mecanismos de incentivos fiscais para favorecer a construção de habitações higiênicas para as classes operárias. Mesmo orientadas à iniciativa privada e motivadas pela especulação imobiliária, estas mediadas estimularam o florescimento de vilas operárias, bem como outros projetos habitacionais inspirados no modelo inglês, sobre o qual trataremos no próximo capítulo.

Sobre esta questão SEVCENKO (1984), por outro lado, enfatiza que não houve a interferência do governo na problemática habitacional e que a lacuna produzida pela inexistência de uma clara política setorial acabou promovendo o incremento da participação de especuladores, muitas vezes inescrupulosos, que aproveitaram este mercado para explorar a classe mais pobre.

Desta forma, a cidade do Rio de Janeiro, cuja população na época já alcançava quase um milhão de habitantes, delineava-se a partir de dois diferentes padrões de vida das classes sociais. Na periferia, construía-se confortáveis moradias para uma população de classe média, com renda estável, dentre estes, muitos funcionários públicos. Com os novos transportes, a periferia tornara-se um lugar mais acessível, agradável e saudável para viver. No centro da cidade, a densidade populacional aumentou vertiginosamente devido à procura de habitação perto da fonte de trabalho. No núcleo antigo do centro, os antigos casarões coloniais, antes habitados pelas famílias com posses e prestígio social, transformaram-se internamente, sendo divididos e subdivididos em inúmeros cubículos, alugados para famílias pobres (imigrantes internos e estrangeiros) que, em condições de extrema precariedade higiênica e sanitária, além da mais deprimente promiscuidade, amontoavam-se para sobreviver.

Esta situação favoreceu sobremaneira a especulação imobiliária, originando perspectivas de negócios tanto para as nobres famílias, quanto para a classe média socialmente ascendente, que descobriu uma nova fonte de renda através da

exploração do solo urbano. A maioria dos proprietários destas habitações coletivas, as casas de cômodos e os chamados cortiços, era de famílias aristocráticas e de migrantes lusitanos que integravam a classe comerciante em ascensão. A estratégia utilizada pelos proprietários para explorar seus inquilinos não se restringia apenas ao aluguel do cômodo, mas era acrescido a este o aluguel da mobília, além da quase impositiva aquisição de gêneros de subsistência no armazém contíguo ao cortiço.

À medida que a população da cidade cresceu, multiplicaram-se as necessidades, avolumaram-se os problemas, agigantaram-se as carências. As precárias condições de ocupação do espaço urbano persistiam como as grandes geradoras das epidemias presentes na capital e em outras cidades que passavam pelo mesmo processo de urbanização. Aos olhos da elite dominante, a paisagem dos cortiços, das moradias populares e das ruas estreitas e miseráveis do centro da cidade era motivo de repulsa e indignação, pois se constituía em uma ameaça à atração dos estrangeiros, ou melhor dizendo, do capital estrangeiro, cujo interesse pela economia brasileira era importante para a elite (BENCHIMOL, 1990; COSTA, 1986).

Cabe salientar que neste processo estavam implícitas as marcas do pensamento social da época: por um lado, a tendência de caráter racista (o que alguns autores chamam de “branqueamento” da raça) serviu para empreender as políticas migratórias, atendendo às necessidades da expansão do setor cafeeiro; por outro, a ideologia ruralista que confrontava as bases fundamentais da vida no campo com o artificialismo criado nas cidades. Desta forma, dizem RIBEIRO e CARDOSO (1996), seja pela concepção racista, seja pela ruralista, a população pobre das cidades foi vista como “classe perigosa” e a cidade como “locus” da desordem social e política, além de improdutiva economicamente.

Surgia então a figura aterradora da massa de ‘cidadãos’ pobre e perigosa, viciosa, a qual emergia da multidão de casas térreas, de estalagens e cortiços, de casas de cômodos, de palafitas e mocambos que eram a vastidão da paisagem das cidades herdadas do Império. Acusadas de atrasadas, inferiores e pestilentas, essas

populações seriam perseguidas na ocupação que faziam das ruas, mas sobretudo seriam fustigadas em suas habitações (MARINS, 1999, p. 133).

MARINS (1999) ainda observa que a dinâmica da cidade mostrava-se instável para a elite emergente, em virtude da aparente confusão do espaço urbano: ruas populosas e barulhentas, habitações superlotadas, epidemias que se alastravam rapidamente. Segundo o autor foi justamente a instabilidade, representada pela desordem e tumulto, que caracterizou a forma mais eficiente de sobrevivência de grande parte da população urbana do Rio de Janeiro.

Para a economia do país, a precária situação sanitária, as freqüentes epidemias representavam uma ameaça desde os tempos do Império. De fato, esta questão, principalmente no que se refere à necessidade de saneamento, foi amplamente usada politicamente nas “contínuas lutas entre velhas e novas oligarquias, entre conservadores e progressistas, entre monarquistas e republicanos que responsabilizavam o governo pela falta de interesse e eficiência” na resolução destes problemas (CHIAVARI, 1985, p.585).

É importante mencionar que a idéia de remodelação e saneamento da cidade do Rio de Janeiro, como capital federal, não emergiu apenas no governo Rodrigues Alves, na virada do século (1902), mas já era objeto de estudos e propostas desde a época do Império e foco de interesse e preocupação de diversos políticos e cientistas. Conforme CHIAVARI (1985), uma das personalidades que mais contribuíram para estimular a idéia da reforma urbana da capital nessa época foi João Alfredo Correia de Oliveira, apesar da forte oposição que recebia no Parlamento. Quando foi integrar a equipe do Ministério do Visconde de Rio Branco, ele fez várias tentativas de viabilizar projetos para a remodelação do Rio, todas infrutíferas. Porém, é na sua última oportunidade, em 1874, que João Alfredo teve poder para constituir a Comissão de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro, com gestão direta pelo Estado e integrada pelos engenheiros J. Rodrigues de Moraes Jardim, Marcelino Ramos e **Francisco Pereira Passos**, este último, ainda sob forte

influência do pensamento e obra de Haussmann na transformação da capital francesa, onde esteve por alguns anos estudando.

Após alguns meses de estudos e análises, a Comissão de Melhoramentos apresentou um Relatório fundamentado em três problemas principais: o saneamento, a circulação viária e a valorização de áreas urbanas, além de estabelecer como critério-base para atender a este último uma divisão territorial da cidade em áreas conforme seu valor de mercado. Tratava-se, portanto, do primeiro plano urbanístico concebido para a cidade do Rio de Janeiro, que vivia o auge da expansão cafeeira no Vale do Paraíba concomitante com as grandes epidemias.

Neste primeiro plano, as áreas selecionadas foram as mais periféricas por seu menor valor e melhores condições de intervenção, ficando para o segundo plano, de 1876, a extensão dos melhoramentos à antiga cidade central. O âmbito das propostas desta Comissão não se restringiu aos aspectos técnicos das obras, mas se estendeu aos aspectos da viabilidade financeira do projeto, sendo apresentadas várias sugestões destacando-se sempre a participação da iniciativa privada como uma das fontes.

Tanto o primeiro como o segundo plano não se concretizou, pois não foram viabilizadas as exigências financeiras e políticas necessárias. Porém, serviram para suscitar oficial e explicitamente um debate público em torno da problemática da cidade, recebendo críticas violentas acerca do orçamento considerado fora do alcance da economia do país, e sobre o projeto técnico, definido como melhoramentos gigantescos desnecessários, inexecutáveis e, portanto, apenas obra de artista.

Além das propostas de intervenção sobre a circulação viária, o Relatório da Comissão de Melhoramentos também tratou da normalização das construções dos edifícios particulares, tanto os destinados à habitação como aqueles de comércio. Embora as idéias de engenheiros e médicos coincidissem em muitos aspectos sobre

a cidade, como a noção de “regular a desordem urbana e evitar os perigos da coabitação numerosa”, houve grande divergência no que se refere à padronização das fachadas dos prédios defendida pelo médico Pereira Rego (BENCHIMOL, 1990, p.145). Os engenheiros posicionaram-se contrários a esta idéia, pois entendiam que através das fachadas se exteriorizasse a hierarquia social, além da qualidade da construção. Porém, o núcleo da divergência se caracterizava pela natureza social da ocupação desse espaço urbano, diversificada ou seletiva.

Reformar a cidade, transformar a vida urbana e especular sobre o espaço urbano constituíram-se em metas construídas ao longo do processo de urbanização da sociedade brasileira da época, especialmente na vitrine do país, sua capital federal. Esta concepção intervencionista, reformadora e higienista edificou-se neste processo fundamentada tanto nas transformações sociais, políticas e econômicas internas, como nas influências dos grandes movimentos e transformações em nível mundial. Deste modo, é importante ressaltar que o alicerce para a formulação e execução do projeto de saneamento, melhoramentos e embelezamento do Rio de Janeiro assinado por Pereira Passos no governo Rodrigues Alves, na verdade, iniciou sua gestação nos planos político, econômico e social das décadas anteriores.

3.1.2. O início do século XX como marco do urbanismo no Brasil

Migrar para a cidade, habitar na *urbis*, viver no centro urbano. Embora possa parecer um fenômeno recente, emergente no século XIX com a industrialização, na verdade, a vida urbana faz parte da própria evolução histórica da sociedade. O fenômeno da constituição de aglomerados urbanos remonta a idade pré-clássica e clássica, destacando-se grandes experiências no Egito Antigo, na Grécia Antiga. Cabe um destaque especial para a cidade de Roma que já no primeiro século d.C., era uma cidade com mais de um milhão de habitantes, constituindo-se numa das

primeiras metrópoles da história, respeitada como centro de poder e difusor de valores e costumes da época.

Segundo ROSEN (1994), deve-se aos romanos muitos dos métodos e tecnologias produzidas para o desenvolvimento da vida na urbe. A preocupação com diversos aspectos da ocupação do espaço urbano, como o suprimento de água em quantidade e qualidade suficientes, o afastamento dos dejetos, o calçamento das vias, revela que, já naquela época, os romanos reconheciam a necessidade de se construir em lugares salubres e adequá-los com um conjunto de condições indispensáveis à vida saudável.

Datam deste tempo, por exemplo, as grandes obras dos aquedutos que abasteceram Roma por muito tempo e que se difundiram pelas terras ocupadas pelo Império Romano. Um dos poucos registros sobre a experiência romana, o livro *De Aquis Urbis Romae* (Os aquedutos da cidade de Roma) preparado pelo comissário de água de Roma Sexto Júlio Frontino, descreve o sistema de aquedutos e o suprimento d'água através de canalizações, principalmente, aos banhos públicos e fontes.

Mas esta preocupação não se restringiu ao abastecimento de água. Na Roma antiga já havia a preocupação com a drenagem de pântanos e esgotos. Com os etruscos, os romanos aprenderam a construir sistemas de esgoto com uma rede de canos, sob as ruas, para eliminar a água da superfície e a dos esgotos. O grande esgoto de Roma construído no século VI a.C., a **cloaca máxima**, servia para drenar o solo encharcado dos pântanos da cidade para o *Tevere*, rio que atravessava a cidade; mais tarde, foi adaptada para esgoto (SCLIAR, 1987). Muitas das antigas ruas, ruelas e caminhos já possuíam calçamento de pedra, produtos de projetos pensados para atender à necessidade de circulação de mercadorias, animais e meios que transportavam a corte.

Entretanto, cabe destacar que apesar do nível de desenvolvimento urbano alcançado na sociedade e nas cidades romanas, este não era acessível a todos, pois nem sempre era permitido às massas populares usufruírem os benefícios desta infraestrutura.

Mesmo não sendo uma questão recente, a preocupação com a melhoria da vida nas cidades evidenciou-se de modo peculiar a partir da segunda metade do século XIX, em virtude da aceitação e valorização da idéia da existência de “problemas urbanos” passíveis de intervenção. Esta concepção, de acordo com os urbanistas, nasceu a partir da necessidade do enfrentamento da problemática que emergia nas grandes cidades do mundo industrial. Contribuíram para a constituição dos primórdios do urbanismo os reformadores de moradias, os primeiros urbanistas, além dos filantropos e assistentes sociais, especialmente, com o intuito de mudar a cidade e a sociedade, constituindo uma nova ordem social (TOPALOV, 1996).

No Brasil não foi diferente. O processo de urbanização marcado pelas precárias condições de vida nas cidades, ao mesmo tempo em que se colocou como uma realidade imperativa de intervenção pela ressonância negativa que os ecos da precariedade alcançavam no mundo externo, marcou a história da sociedade brasileira como um dos processos de maior expressão do pensamento racista e segregador e a postura iníqua e elitista da classe política brasileira. Internamente, a elite política buscava produzir planos de remodelação, saneamento e embelezamento da cidade, apoiada por intelectuais oriundos da medicina e do urbanismo/engenharia, que se aliaram com a finalidade de transformar a imagem da sociedade brasileira, mudando a fisionomia da cidade.

Contudo, o processo de transformação da imagem da cidade se desenvolveu marcado pelo enredo já escrito e pactuado entre as lideranças do mundo político e econômico. As regras impostas para a execução da ópera – Rio moderno –, mais tarde imortalizada através da música “Cidade Maravilhosa”, expressaram claramente o pensamento hegemônico da época, uma cidade moderna, bela e limpa,

à altura das grandes capitais como Paris, Londres e Buenos Aires, e uma sociedade culta, educada e refinada nos costumes e comportamento à semelhança da burguesia européia.

Assim, é que no início do século XX, criadas as condições políticas e econômicas necessárias, entrou em cena o grande projeto de obras da República: o Plano de Melhoramentos, Saneamento e Embelezamento do Rio de Janeiro. Este plano, construído como um dos pilares do arcabouço político concebido pelos republicanos, inseriu-se num projeto cujos objetivos iam muito além das transformações arquitetônicas da capital federal, superavam os limites do campo das obras, buscando intervir na própria sociedade em diferentes dimensões: econômica, ética, social e política. Assim, como características singulares deste período podemos salientar a intenção de reduzir um problema de âmbito nacional, pois se repetia em todos os centros urbanos do país, ao espaço da “sala de visitas”, a capital federal, além de intervir diretamente na dinâmica social.

Portanto, ao revermos a história do processo de urbanização brasileira no início do século XX, percebemos as marcas das experiências conduzidas na confluência da saúde e do urbanismo como campos de conhecimento e estratégias de intervenção favoráveis aos objetivos e desejos da nova elite republicana. Como marco fundamental deste processo, o projeto político do governo republicano, que empreendeu esforços para colocar o país no cenário internacional do emergente capitalismo.

Como já mencionado anteriormente, as condições impositivas para o desencadeamento do processo de modernização do Rio foram construídas no governo de Campos Salles, antecessor de Rodrigues Alves, que promoveu um verdadeiro saneamento financeiro repercutindo numa relativa estabilização dos preços e conseqüente melhoria das condições de vida da população, ao mesmo tempo em que conseguiu sanear as contas do próprio governo. Deste modo, Campos Salles proporcionou ao seu sucessor as condições econômicas favoráveis à

implementação do projeto político reformista, uma vez que já estavam dadas as condições políticas e sociais básicas para desencadear tal processo.

A reforma urbana do Rio de Janeiro, como projeto político gestado desde a emergência da República brasileira no bojo do processo de expansão capitalista no mundo, se consolidou definitivamente ao assumir o governo o Presidente Rodrigues Alves, em 1902. Durante os quatro anos de seu mandato, Rodrigues Alves e seu grupo de trabalho perseguiram obstinadamente a conclusão de seu projeto. A composição desta “grandiosa ópera” previu pelo menos três grandes atos, encenados quase que simultaneamente: as obras de modernização do porto, a reforma urbana e a construção da Avenida Central, além do plano de saneamento para libertar a cidade das epidemias. Para a regência, como diz DEL BRENNNA (1985), várias personalidades marcantes da elite foram convocadas, dentre as quais se destacaram o engenheiro Lauro Muller, o Prefeito Pereira Passos, o engenheiro Paulo de Frontin e o Diretor de Saúde Pública Oswaldo Cruz.

Lauro Muller protagonizou o longo e complicado processo de modernização do porto, cujas obras foram concluídas mais de dez anos depois de seu início. A Pereira Passos coube o papel de reformador da capital federal, aquele que deveria transformar a fisionomia da cidade através das obras de remodelação viária, saneamento e embelezamento de sua área central. Paulo de Frontin, presidente do Clube de Engenharia, foi nomeado Chefe da Comissão Construtora da Avenida Central, a espinha dorsal de toda reforma urbana da capital federal. Já Oswaldo Cruz, no conjunto do projeto político saneador, cumpriu a função de exterminador das epidemias, para as quais desenvolveu estratégias específicas, muitas delas levadas a cabo por meios coercitivos e até policiais.

Ao olhar da sociedade, tal projeto de reformas aparentava ter por objetivo o controle das epidemias de moléstias infecciosas que vinham dizimando muita gente, inclusive afetando a economia e prejudicando a imagem do país no exterior. Porém, a realidade era outra. O verdadeiro pano de fundo, o real cenário que moveu o

governo em direção à reforma urbana do Rio de Janeiro foi a necessidade de criar e “exibir ao mundo desenvolvido a imagem de uma nação próspera, civilizada, ordeira e dotada de instituições e de um Estado consolidado e estável” (SEVCENKO, 1984, p.60). Cabe salientar, portanto, que na ótica de seus protagonistas, tais propósitos não eram incompatíveis, ao contrário, se complementavam.

Em 15 de novembro de 1902, ao assumir a Presidência da República, Rodrigues Alves reafirmou em seu discurso inaugural a intencionalidade de priorizar as obras de saneamento e melhoramentos do Rio de Janeiro declarando:

Aos interesses da imigração dos quaes depende em máxima parte o nosso desenvolvimento econômico, prende-se a necessidade de saneamento desta capital, trabalho sem duvida difficil porque se filia a um conjunto de providencias, a maior parte das quaes de execução dispendiosa e demorada. É preciso que os poderes da República, a quem incumbe tão importante serviço, façam dele a sua mais seria e constante preocupação, aproveitando todos os elementos de que puderem dispor, para que se inicie o caminho. A Capital da República não pode continuar a ser apontada como sede de vida difficil, quando tem fartos elementos para constituir o mais notável centro de atração de braços, de actividades e de capitais nesta parte do mundo (DEL BRENNNA, 1985, p.19).

Nos primeiros 45 dias de seu mandato, o Presidente preparou o roteiro legal para a nomeação do Prefeito da Capital Federal governar o município com plenos poderes e conduzir as obras de melhoramento com “mão de ferro”. O Conselho Municipal foi fechado e suas funções foram suspensas por seis meses a partir da Lei nº 939, que reorganizou o Distrito Federal e em seu texto diz que “durante esse período o Prefeito administrará e governará o Districto Federal com plenitude de poderes, excepto o de crear e elevar impostos” (ibidem, 1985, p.20).

No dia seguinte à publicação desta Lei, o engenheiro Francisco Pereira Passos subiu ao palco como prefeito do Rio de Janeiro, tomando posse, prestigiado pelo Clube de Engenharia, tendo sua indicação uma repercussão positiva na imprensa, que ressaltou suas qualidades de administrador técnico sem ligações a interesses

políticos. Assim, Pereira Passos iniciou sua administração com “carta branca” do governo, sustentação da categoria profissional e apoio de parte da imprensa.

Entretanto, antes de conhecermos o roteiro produzido por Passos para a ópera que regeria durante sua administração na capital federal, é importante desvendarmos um pouco esse personagem, sua origem familiar, sua história acadêmica. Mas, sem dúvida, será em sua trajetória profissional que encontraremos os aspectos mais relevantes, bem como as bases fundamentais que compuseram o personagem Pereira Passos, o Hausmann tropical².

² Pereira Passos, o Hausmann tropical é uma designação usada por BENCHIMOL (1990).

3.1.3. PEREIRA PASSOS: um personagem, uma trajetória

“O Doutor Passos é um homem que não dorme. Não dorme, em se tratando de actividade a empregar. Claro está que S. Ex. com toda sua energia e outras muitas qualidades boas que o distinguem não está livre das necessidades físicas a que estão infelizmente jungidos todos os homens, mesmo os que não tem qualidade alguma. Assim S. Ex. dorme como qualquer munícipe.

Hontem fatigado de muito trabalho S. Ex. adormeceu ao zum-zum confuso de vozes que vinham de salas próximas.

Adormeceu. Mal, porém as pálpebras lhe cerraram, S. Ex. começou a sonhar. A cidade, velha e imunda de hoje havia desaparecido.

Em seu logar uma lindíssima cidade moderna se estendia, cheia de extraordinários palácios, de enormes avenidas, de verdejantes parques. De repente porém de toda parte surgiram pesados carrinhos de mão, num grande barulho de ferro sobre a calçada, rigorosamente empurrados por homens atléticos. E os cem, os duzentos, os quinhentos mil carrinhos avançaram em sua direção desordenadamente. Quis fugir, não pode, escorregou e caiu. E quando se quis erguer, não o conseguiu: rodas ligeiras o apanharam pelo braço e passaram-lhe por cima do tronco.

Que dor. Ui! Ui!

Com a dor despertou

Ora bolas!

Tinha sido isto: recostara-se de mau jeito comprimindo um braço. S. Ex. esfregou a manga da sobrecasaca e fechou os olhos de novo. Tornou a sonhar.

Desta vez o Rio de Janeiro, transformado em uma capital superior a Buenos Aires, estava em festa: ia ser inaugurada a estátua de seu Haussmann. Mas de súbito, algumas centenas, depois milhares de vaccas ferozes com campainhas ao pescoço sacudindo terrivelmente as adadas e retorcidas pontas apareceram enchendo as ruas...” (DEL BRENNA, 1985).³

A sátira acima transcrita retrata um pouco do contexto em que se desenvolveu, fortaleceu, polemizou e enfraqueceu o projeto gestado por Pereira Passos no Plano

³ “O Prefeito dormindo”, artigo publicado no jornal O Paiz, em 11.1.1903 (DEL BRENNA, 1985).

do governo Rodrigues Alves. Tal projeto traduzia o programa político da elite republicana, atendendo aos interesses do capitalismo emergente, mas ao mesmo tempo foi marcado pela forte personalidade de seu mentor. À sua competência técnica e sólida formação profissional agregaram-se a sua tenacidade, perspicácia política e firmeza de propósitos. Porém, uma das marcas indeléveis de seu mandato sobressaiu-se através do forte toque autoritário, com a assunção de um papel muito além das funções de prefeito da cidade, personificando o personagem “ditador do Rio de Janeiro” no teatro da República.

É importante resgatar, mesmo que brevemente, a história de vida deste personagem tão contraditório na história social do Rio de Janeiro, buscar conhecer um pouco de sua origem familiar, de sua formação básica e profissional, bem como sua entrada na vida política e sua experiência no exterior.

Os primeiros passos de Francisco Pereira Passos foram numa grande fazenda de café no interior da província do Rio de Janeiro, onde nasceu em 29 de agosto de 1836 e viveu até completar 14 anos. Seu berço, uma família abastada e aristocrática; seu pai, Antônio Pereira Passos, Barão de Mangaratiba, um proprietário de muitas fazendas de café na região. Portanto, suas raízes são, sem dúvida, a elite cafeeira (BENCHIMOL, 1990).

Realizou seus primeiros estudos na própria fazenda. Em 1850, a família mandou-o à Corte para estudar no Colégio S. Pedro de Alcântara, onde completou seus estudos preparatórios para ingressar na Escola Militar em Março de 1852. Graduou-se como Bacharel em Ciências Físicas e Matemáticas em dezembro de 1856, o que lhe concedeu o direito de obter o diploma de engenheiro civil.

Sua relação com o universo urbano, o mundo das cidades, intensificou-se através da atividade diplomática que desenvolveu entre 1857 e 1860 em Paris. Lá, passou a freqüentar a École de Ponts et Chaussées, onde conviveu com engenheiros e se dedicou aos estudos de arquitetura, hidráulica, construção de portos, canais e

estradas de ferro, direito administrativo e economia política. Paralelamente ao conhecimento teórico, buscou acompanhar obras importantes que se desenvolviam na França, em especial, as grandes obras de remodelação da capital francesa empreendidas por Georges Eugène Haussmann, cuja influência permanecerá ao longo da vida profissional e política de Pereira Passos. Não é sem razão que recebeu a alcunha de Haussmann tropical por parte de BENCHIMOL (1990).

Tais experiências influenciaram sobremaneira a vida profissional de Passos ao retornar ao Brasil. Por mais de uma década seus trabalhos estiveram ligados às obras ferroviárias, um setor em plena expansão em vários estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. Dentre as estradas de ferro projetadas e construídas por ele estão a Estrada de Ferro Santos-Jundiaí (São Paulo Railway), a Estrada de Ferro Bahia-São Francisco. Uma de suas inovações foi ter introduzido no Brasil o sistema de “cremalheira”, utilizado posteriormente em trechos ferroviários íngremes como da ferrovia até Petrópolis e da ferrovia Paranaguá-Curitiba na Serra da Graciosa.

Em 1874, após ter retornado de outra estada na Europa, foi nomeado engenheiro do Ministério do Império, sendo responsável por todas as obras de engenharia no país, além de integrar a Comissão de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro, como já comentado anteriormente, até 1876. Os próximos quatro anos foram marcados por sua direção na mais importante ferrovia do país, a Estrada de Ferro Dom Pedro II, desenvolvendo obras de repercussão para a vida da capital, mas, principalmente, para o sistema de transporte de mercadorias. Estas obras assinadas por Pereira Passos já esboçavam aspectos do discurso higienista dominante, que mais tarde se manifestariam em sua obra.

Mais uma vez na França. Corria o ano de 1880. Estudou na Sorbonne e no Colège de France. Visitou fábricas, companhias ferroviárias e de navegação, usinas siderúrgicas e obras públicas. Porém, cabe ressaltar que, além de estender suas visitas fora dos limites da França, conhecendo cidades da Bélgica e da Holanda,

Pereira Passos esteve em companhia do Conselheiro Belisário de Sousa, que mais tarde tornar-se-ia um aliado no Congresso para aprovar os projetos de seu interesse.

No retorno ao Brasil, após ter iniciado a construção da ferrovia Paranaguá-Curitiba, projetou e construiu a primeira estrada de ferro turística da Corte, a Estrada de Ferro do Corcovado, inaugurada em 1892. Logo em seguida, assumiu a direção da Companhia de Carris de São Cristóvão, uma das mais importantes empresas de transportes urbanos da época, onde permaneceu por seis anos. Data deste período seu interesse por um projeto de uma grande avenida no centro do Rio de Janeiro, na época assinado pelo arquiteto italiano Giuseppe Fogliani. Conforme BENCHIMOL (1990), embora tenha conseguido no Congresso a concessão para a construção de tal avenida, Passos não viu este projeto se concretizar. Entretanto, tudo indica que, tais idéias não foram abandonadas, apenas aguardaram o momento mais propício para retornarem em cena.

Sua mentalidade empreendedora mais uma vez manifestou-se. Com base na experiência adquirida nos projetos ferroviários, resolveu fundar uma serraria, que, mais tarde, tornar-se-ia a grande fornecedora de madeira para a construção da maioria dos palácios do Rio de Janeiro da virada do século (ibidem, 1990).

Malas prontas, era hora de partir outra vez. Desta vez, para além de Paris, ultrapassando as fronteiras da França e da Europa, conhecer novos lugares, observar outros projetos e obras. Às vésperas da República, em outubro de 1889, partiu para uma grande turnê pelo mundo que durou dois anos.

Ao regressar, Pereira Passos trabalhou em mais uma obra notória até os dias atuais, os bondes de Santa Teresa. Neles empregou o sistema elétrico por cabos aéreos que acabara de conhecer nos Estados Unidos da América.

Na mesma época, foi mais uma vez requisitado para assumir a direção da Estrada de Ferro D. Pedro II, cargo que ocupou até 1899. Neste período, promoveu

várias obras de melhoramentos e expansão de estações e armazéns. Porém, a marca de sua administração foi a

drástica política de redução de gastos, com a demissão de centenas de funcionários, utilizando métodos qualificados por seus adversários como ilícitos e ditatoriais. ... O decreto que concedeu sua exoneração criticava-o por não haver observado os preceitos que regulavam a contabilidade pública, mas elogiava seu zelo e rigor, mencionando, como um de seus serviços mais relevantes, a eliminação de pessoal supérfluo em número de 3.889 empregados (...) implantando a ordem e a disciplina em todos os serviços.. (BENCHIMOL, 1990, p.203).

Ao sair da E. F. D. Pedro II, Pereira Passos manteve-se afastado por três anos da vida pública, dedicando-se, exclusivamente, à administração de sua serraria. O governo Rodrigues Alves marcou seu retorno ao cenário público, desta vez, para escrever um dos mais importantes, conhecidos e controvertidos capítulos da história da cidade do Rio de Janeiro e da jovem República.

3.1.4. PEREIRA PASSOS: a influência Haussmanniana na cidade brasileira

Relembremos que Pereira Passos iniciou sua administração frente à prefeitura da cidade do Rio de Janeiro com “carta branca” do governo, sustentação da categoria profissional e apoio de parte da imprensa. Além disso, não esqueçamos que, em suas experiências anteriores, o engenheiro já havia se revelado uma figura de reconhecida competência técnica e comprometimento político declarado à elite dominante. Agregaram-se a estes, outros aspectos que guiaram seu modo de administrar, a austeridade e a postura ditatorial e repressora.

Inicialmente, a viabilização legal da entrada do novo prefeito em cena. Rodrigues Alves, há pouco eleito Presidente da República, no primeiro mês de seu

mandato, empenhou-se em criar a viabilidade político-administrativa para o governo de Passos, promulgando, no dia 29 de dezembro de 1902, o Decreto Federal nº 939 que alterou a Lei Orgânica do Distrito Federal. Dentre as alterações, a principal tratava da suspensão das funções e poderes do Conselho Municipal por seis meses, proporcionando ao prefeito o aval para governar com plenos poderes através de decretos municipais.

Promulgado o Decreto nº 939, imediatamente Francisco Pereira Passos assumiu o cargo de Prefeito da cidade do Rio de Janeiro, capital federal na época, nomeado diretamente pelo Presidente da República. “Uma escolha técnica”: assim foi divulgada a sua indicação e produzida a campanha na imprensa para influenciar a opinião pública. Os jornais pró-governo, além de exaltarem as qualidades de administrador do prefeito, procuravam criar uma imagem pública autônoma, distante de interesses políticos, apontados como prejudiciais ao bom desempenho técnico de um administrador.

Desde seu início, o mandato do novo prefeito foi marcado pelo cultivo da crítica oposicionista que perdurou e se intensificou ao longo da chamada “ditadura” municipal de Pereira Passos. O prefeito confrontou-se com inimigos em diversos campos: no plano político, foi duramente criticado pela forma como foi conduzido ao cargo e como conduziu a administração da capital federal; no plano popular, a massa de trabalhadores revoltou-se inúmeras vezes com as repressões e descabros do prefeito disposto a transformar o cenário e o cotidiano da cidade.

Uma figura polêmica, um caráter forte, um estilo marcante. Sem dúvida, a passagem de Passos pela administração do Rio de Janeiro configurou-se num marco histórico não só para a transformação da cidade e dos cidadãos, mas também representou um modo, um estilo urbanista de intervir sobre a cidade que se replicou anos mais tarde. Além disso, o governo Passos foi marcado por um compasso rigidamente orquestrado por seu estilo autoritário e repressor de administrar. Embora tenha sido amplamente reconhecido pelos setores governistas como

administrador austero, competente e arrojado, não faltaram polêmicas, protestos e boicotes por parte de adversários e da própria população.

Já nos seus primeiros atos, o novo Prefeito mostrou quais seriam as linhas de trabalho, os problemas a serem enfrentados e as prioridades em seu mandato. Paralelamente à elaboração do plano geral das obras de remodelação da cidade, nos três primeiros meses de governo, concentrou seus esforços em duas frentes: o suporte financeiro e as demolições.

Proceder ao levantamento do suporte financeiro necessário à execução dos projetos não foi tarefa difícil, porém, levantar os recursos junto aos bancos e credores no exterior tornou-se um verdadeiro obstáculo. Por mais de um ano, através de seus representantes, o Prefeito negociou um empréstimo de quatro milhões de libras com bancos e banqueiros de Paris e Londres. Fracassada sua investida no exterior, passou a negociar com o Banco da República, que assegurou o empréstimo através de apólices ao portador.

Entretanto, as obras não poderiam esperar. Assim, no dia seguinte à apresentação pública do Plano de Melhoramentos da Cidade, em 13 de abril de 1903, iniciaram-se as demolições. Os dispositivos legais para as desapropriações dos prédios a serem demolidos foram alvo de muita polêmica e protestos por parte da oposição, pois desenhados arditamente, conseguiram abaixar os custos totais destas em até 40%, expropriando, sobretudo, aqueles proprietários de prédios considerados ruinosos. Dois mecanismos se destacaram neste processo: o primeiro estabeleceu nova lei relativa às indenizações, enquanto que o segundo autorizou o governo a vender as sobras de terrenos desapropriados.

Para BENCHIMOL (1985), todo processo de renovação do espaço urbano da cidade através das desapropriações, demolições e novas construções atingiu, de modo desigual, tanto as áreas selecionadas da cidade, quanto os grupos sociais e as relações econômicas estabelecidas neste espaço. A maioria dos prédios a serem

demolidos localizava-se na área central da cidade, onde uma massa trabalhadora aglutinava-se em habitações coletivas e nutria o pequeno comércio. Assim, a renovação urbana marcaria claramente uma “transferência” do território geográfico e social de uma classe à outra, intermediada pelo governo, provocando “a expropriação e segregação de um conjunto socialmente diferenciado de ocupantes do espaço central da cidade, modificado e valorizado pela ação do Estado, e sua reapropriação por outros grupos sociais (ibidem, 1985, p.604).

O embate político e social era evidente. De um lado, o processo de demolição das residências iniciado na área central da cidade era aclamado com simpatia pela elite e sua porta-voz, a grande imprensa que o denominou de Plano da Regeneração. De outro lado, para o povo atingido, tratava-se da ditadura do “bota-abaixo”, visto que não foram providenciadas indenizações aos inquilinos e nem mesmo sua realocação. A estas famílias restou apenas juntar os poucos bens e desaparecer do cenário em demolição.

É importante salientar que o desejo de expulsar do seio da cidade e da sociedade as habitações e os moradores indesejados não era recente, mas vinha se materializando desde o início da República com as inúmeras investidas contra os cortiços centrais. A legitimação conferida pelo sanitarismo a tal processo foi evidente e decisiva para o êxito de tais medidas. As justificativas higienistas fundamentaram não só a base legal da intervenção, dando suporte ao embate político, como também o marco teórico-científico que instrumentalizou a tropa do “bota-abaixo”.

Na inexistência de alternativas, estes grupos e até multidões acabaram engendrando maneiras de sobreviver, novas moradias em novos espaços. Subiram os morros adjacentes e ocuparam as íngremes encostas construindo barracos com os restos de demolições e sobras de madeira do porto. Iniciou-se ali a disseminação de

uma das estratégias mais representativas do modo de habitar da população brasileira, a favela⁴.

No pacote das obras de remodelação, embelezamento e saneamento do Rio de Janeiro encomendado a Passos, além dos projetos, foram acrescentados outros ingredientes favorecedores ao seu êxito: arrocho fiscal e administrativo, reestruturação do aparelho municipal, intervenção sobre os hábitos e costumes da sociedade do distrito federal (BENCHIMOL, 1985).

Como contrapartida ao empréstimo financeiro para a execução das obras, foi instaurada uma rígida política fiscal, instituindo novos e aumentando antigos impostos, em particular o predial, com resultados satisfatórios. Esta política draconiana estendeu-se indiscriminadamente a toda população, atingindo também aquela menos favorecida, através de diversos impostos e multas que se multiplicaram no governo Passos.

Aliada à política fiscal, a dura política administrativa impôs mudanças na estrutura municipal, no sentido de torná-la mais eficiente, centralizada e rigidamente controlada, inclusive com a inédita iniciativa de não demitir e pagar em dia os vencimentos dos funcionários municipais, contrariando um costume das administrações anteriores. Deste modo, o prefeito viabilizou sua estratégia de controle sobre os controladores, os fiscais, os quais representaram o olhar-vigilante e a mão-de-ferro que alcançou cada canto, cada espaço do território chamado cidade.

Antes de comentarmos acerca das obras da reforma urbana de Pereira Passos, é importante considerá-las no bojo de um projeto mais amplo do governo republicano do qual eram integrantes os projetos de Modernização do Porto, a

⁴ O termo favela originou-se a partir da ocupação do Morro da Providência, quando do processo de demolição dos cortiços da área central do Rio. Este apelido do morro da Providência foi dado pelas tropas vindas de Canudos em 1897, as quais ali se alojaram e acabaram denominando o local por associação a plantas com favas, comuns tanto no morro carioca quanto nas cercanias do sertão (MARINS, 1999).

construção da Avenida Central e o saneamento da cidade. À frente de cada uma destas obras, um administrador diferente, porém guiados pela mesma finalidade, regenerar, embelezar e sanear a capital federal, para poder abrir as portas do mundo capitalista civilizado para um país e um povo atrasado, pobre e sujo.

Nesta direção, evidenciaram-se inúmeras iniciativas do prefeito que, concomitantemente, à execução das obras de remodelação da estrutura física da cidade, investiu diretamente sobre hábitos e costumes da sociedade. O que se viu foi uma enxurrada de normas e decretos regulando, proibindo, banindo “velhas usanças”⁵ do cotidiano da cidade consideradas inoportunas, incabíveis, indignas para uma capital com pretensão de status semelhante ao das capitais do mundo civilizado.

Antes mesmo de apresentar os projetos das obras, os primeiros passos do Prefeito Passos foram em direção “à vida da grande massa popular que residia e trabalhava no centro, ... Alteraram-se ou pretenderam alterar práticas econômicas, formas de lazer, costumes e hábitos profundamente arraigados no tecido social e cultural do Rio de Janeiro” (BENCHIMOL, 1985, p. 606).

Sucessivas intervenções foram dirigidas: aos vendedores ambulantes, proibindo a venda tanto de produtos animais como leite e vísceras de gado, por questões sanitárias, quanto de bilhetes de loteria que importunavam as senhoras e senhores nas ruas; às moradias, obrigando à manutenção (pintura, caiação e limpeza) das faces visíveis da via pública, bem como à inspeção sanitária da habitação; aos cães, cobrando impostos dos donos ou apanhando e promovendo a extinção dos vadios; aos desempregados e mendigos, encaminhando para asilos aqueles considerados inábeis e para a polícia, os demais. Estas intervenções traduziram fortemente a motivação saneadora do projeto republicano, que não se

⁵ Termo utilizado por BENCHIMOL (1985) para designar velhos hábitos e costumes.

restringiu em higienizar a cidade, foi além, tentando higienizar o trabalho, a casa, a família, os animais, os cidadãos, enfim, a vida social como um todo.

É importante lembrar que as medidas adotadas neste processo foram também motivadas por objetivos subjacentes, dentre os quais, razões econômicas, questões sanitárias e, até mesmo, valores ideológicos e morais que, como diz BENCHIMOL (1985), consagraram o modo burguês de desfrutar da cidade. Deste modo, revelava-se a dupla face da higiene, se, de um lado, buscava explicitamente o controle sanitário da cidade, de outro, tentava subliminarmente manter o controle moral das condutas sociais.

As obras constantes do Plano de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro não se constituíram em projetos inéditos e originalmente elaborados no mandato de Pereira Passos. Tal Plano, na verdade, era um sucedâneo das idéias constantes do Relatório da Comissão de Melhoramentos da Capital de 1875, cujo mentor tinha sido o próprio Passos, porém, jamais tinha saído das pranchetas. Embora tenham nascido na mesma origem, dois pontos fundamentais diferenciaram os dois projetos: o plano de 1875, contornava o centro e previa delegar a execução das obras ao capital privado, enquanto que o plano de 1903, focalizava sua atenção no centro da capital e previa a intervenção direta do Estado na sua efetivação.

O documento “Melhoramentos da cidade projectados pelo Prefeito do Districto Federal Dr. Francisco Pereira Passos”, elaborado pela Comissão da Carta Cadastral do Distrito Federal, trazia em seus parágrafos iniciais uma sucinta exposição justificativa dos principais problemas que balizaram as idéias e estratégias adotadas. Alfredo Rangel, chefe da Comissão, escreveu afirmando que

certamente não basta obtermos água em abundância e esgotos regulares para gosarmos de perfeita hygiene urbana. É necessário melhorar a hygiene domiciliária, transformar a nossa edificação, fomentar a construcção de prédios modernos e este desideratum somente pode ser alcançado rasgando-se na cidade algumas avenidas, marcadas de forma a satisfazer as necessidades do trafego urbano e a determinar a demolição da edificação actual onde ella mais atrazada e

mais repugnante se apresenta. (DEL BRENNNA, 1985, p. 43, transcrição do documento original).

Desta forma, percebe-se que este plano serviu para explicitar e divulgar à opinião pública a ideologia da elite dominante que se materializava através dos diversos projetos reformadores. Tornavam-se evidentes não só os desejos de produzir uma transformação social através da regeneração dos espaços, como também a implementação de uma política claramente excludente, voltada para os interesses específicos da classe que detinha o poder na nova república.

Do mesmo modo que seus antecessores, o Plano de Melhoramentos, embora tenha se distinguido pela lógica do maior proveito com o menor dispêndio, foi organizado para

a) dar maior facilidade de comunicação entre os diferentes bairros da cidade, barateando os fretes e a taxa dos carros de passeio aqui tão caras; b) permitir o estabelecimento de um traçado vantajoso para as grandes linhas de canalização, evitando as freqüentes aberturas de vallas em ruas estreitas; c) impedir a valorização constante dos prédios antiquados das ruas estreitas onde passa hoje o mais forte do movimento urbano, permitindo a sua substituição em época não remota; d) facilitar o enxugo do subsolo da cidade pela arborização, impraticável nas ruas estreitas; e) despertar o gosto architectonico, pois, offerecendo as ruas largas e bem situadas uma renda compensadora aos prédios nella edificados, os proprietários animar-se-ão a construí-los em melhores condições. (DEL BRENNNA, 1985, p. 44, transcrição do documento original).

A higiene urbana transformou-se num dos instrumentos mais efetivos ao projeto saneador e regenerador que buscava substituir o sujo pelo limpo, o feio pelo belo, o doente pelo saudável, o atrasado pelo civilizado, o tosco pelo culto. O processo de exclusão se apresentava à sociedade como o mal necessário que viria garantir o desenvolvimento e a mudança da imagem da sociedade brasileira, por meio da mudança da imagem de seu cartão-postal, a cidade do Rio de Janeiro. Para CAPONI (2002), este é o efeito normalizador do processo, no qual um se define em função do outro, isto é, para se estruturar, o padrão normal necessita ancorar-se no anormal e vice-versa. Assim, o limpo se define pelo sujo, a beleza da cidade pela desordem dos cortiços, a cultura burguesa pela imoralidade cabocla.

Dentre as inúmeras obras apresentadas no plano da reforma urbana, destacaram-se aquelas integrantes de um conjunto de grandes eixos viários, explicitando, claramente, a preocupação com a circulação na cidade. Circulação de veículos, de mercadorias, de pessoas, enfim, de tudo que propiciasse a circulação do capital. Do conjunto de avenidas projetadas, sete delas tiveram maior expressão:

Avenida Beira Mar, que serviu para melhorar a circulação entre o centro e os bairros do Sul (Catete e Botafogo), impulsionando a ocupação da orla marítima (Copacabana), novo habitat da burguesia, além de servir para impressionar os estrangeiros que aportavam na Baía da Guanabara;

Eixo Norte-Sul, representado pelo alargamento da Rua da Prinha (atual Rua do Acre) e o prolongamento da Rua Sacramento até a Rua Camerino e o alargamento desta até o cais, dando origem à Avenida Passos. Esta avenida foi a primeira obra inaugurada no governo de Pereira Passos, em 26 de junho de 1903, contando com a presença e o prestígio do Presidente Rodrigues Alves e seu Ministério;

Eixo Leste-Oeste, composto pelas Ruas da Assembléia e da Carioca e das Avenidas Marechal Floriano Peixoto e Visconde de Inhaúma, que, pelos próximos 50 anos até a abertura da Avenida Presidente Vargas, se constituíram na principal via de acesso à Zona Norte da cidade;

Eixo Sul-Oeste, as Avenidas Mem de Sá e Salvador de Sá representaram o eixo de comunicação entre os arrabaldes do Sul e o Oeste da cidade.

Além destas grandes intervenções na rede viária da cidade, outras ligações de menor envergadura compuseram a malha delineada neste projeto, que, embora menores, provocaram as mesmas dificuldades e desafios da abertura das grandes avenidas. Numerosas ruas foram alargadas, outras prolongadas, em outras ainda foi necessário proceder ao recuo das fachadas das residências para retificar seu alinhamento na rua.

Muitas outras obras foram executadas no governo de Pereira Passos, apesar de nem todas constarem do Plano de Melhoramentos. Dentre aquelas diretamente relacionadas ao programa de saneamento, fez parte a canalização de pequenos rios que atravessavam alguns bairros mais centrais da cidade, como Laranjeiras e Botafogo. A estratégia para acabar com as áreas mais úmidas do centro e dos bairros próximos foi a de canalizar estes rios através de galerias subterrâneas estanques, o que contribuiu para a bonificação dos terrenos pantanosos.

Um outro aspecto a considerar na reforma Passos é, sem dúvida, o apelo estético. A remodelação da capital federal não se restringiu às obras viárias e arquitetônicas, com a tríade remodelação, saneamento e embelezamento. O plano foi mais além, intervindo na fisionomia da cidade. À semelhança de sua matriz, Paris, o processo de alargamento de ruas propiciou novos padrões adequados a uma nova paisagem da cidade, onde o ajardinamento e a arborização de praças e ruas, junto à exigência da construção de fachadas em estilo neoclássico, foram os principais instrumentos de embelezamento da área central.

Deste modo, o projeto de um novo Rio, com novo traçado urbano e nova inspiração arquitetônica, carregava uma função e um sentido. A funcionalidade se traduzia através dos princípios da circulação, higiene e estética, enquanto que o sentido se expressava na intenção de tornar a capital “uma metrópole moderna, aceitável, desejável, uma espécie de Paris à beira-mar, glamourizada pela ‘decoração’ tropical do ambiente” (PESAVENTO, 1999).

A influência Haussmanniana não era apenas evidente ao se materializarem as obras, mas constituía as bases da argumentação dita “técnica” usada para o convencimento da opinião pública via o paralelismo recorrente entre as duas cidades, sendo a européia apresentada como bela, limpa e ordenada, ao passo que a aspirante brasileira ainda era vista como feia, suja e conturbada. Assim, o modelo Haussmann tornava-se facilmente alvo de festejamentos, enaltecimentos e, principalmente, de comparações.

A inauguração das obras da Avenida Central, em 15 de novembro de 1905, marcou um dos momentos mais festejados do processo de remodelação da capital, pois preenchia ao menos dois requisitos, de um lado, mostrava a viabilização concreta de um projeto, ou seja, saiu do papel e ganhou as ruas; por outro, se caracterizaria como instrumento cultivador dos símbolos da nova sociedade, isto é, das ruas ganhava o imaginário social. Na presença das mais altas autoridades do país, a fita inaugural se rompeu sob os refletores da imprensa, que iluminavam apenas a grandiosidade das benfeitorias entregues à cidade, e os efusivos aplausos da burguesia que pensava, enfim, ter iniciado o fim da era dos cortiços.

Uma nova cidade surgia. Ruas largas, arborizadas, com prédios dignos da comparação com a sua madrinha Paris. À Avenida Central, o status de reprodução tropical da mais glamourosa avenida da Europa, *l'Avenue Champs-Élysées*. Novos hábitos e costumes se difundiram. Nas novas ruas, somente lojas dignas de comercializar artigos importados, de preferência da França. O espaço transformou-se rapidamente no reduto do *footing* das senhoras e senhores, que ali passeavam, compravam e desfilavam o novo estilo da elite. Até as festas populares se modificaram. No lugar do entrudo, festa popular do carnaval carioca com a tradicional brincadeira de jogar água nas pessoas, foi introduzida a “batalha das flores” com desfiles de carros ornamentados com flores, tal qual as comemorações europeias da chegada da primavera.

Entretanto, o que não foi absolutamente considerado nas inaugurações tanto das obras, quanto dos novos costumes, refere-se ao caráter excludente do projeto. Materializada através da exclusão habitacional, a exclusão social tornou-se um dos aspectos mais contundentes da reforma urbana, revelando as entrelinhas do projeto, marcado pelos desejos e finalidades da elite dominante. Através dos mecanismos de expulsão da massa trabalhadora pobre e de re-ocupação por parte da classe que detinha o poder econômico e político, a remodelação do centro da cidade serviu para promover a clara divisão e ocupação dos espaços físicos e sociais da capital.

Assim, a reforma Passos caracterizou-se por produzir um espaço público, cujo “público” privilegiado era a elite, deixando de lado um enorme espaço, aquele das camadas populares, que se caracterizou como território de exclusão, da informalidade, da não vigência das normas (RIBEIRO; CARDOSO, 1996).

Esta questão revela a face excludente da nova cidade, pois, neste novo espaço, não há lugar para os trabalhadores pobres considerados sujos, desordeiros e perigosos. Portanto, o princípio do privilegiamento, da não universalidade prevaleceu, cumprindo assim a finalidade de afastar das vistas a população inculta, pobre, mestiça, colocando em evidência uma nova cidade, uma cidade apropriada aos olhos dos capitalistas estrangeiros, uma verdadeira cidade “para inglês ver”. Deste modo, este modelo excludente propiciou a legitimação do desejo da elite, materializando a distinção social presente nas suas idéias e símbolos.

Embora as aproximações sejam evidentes com o modelo inspirador de Haussmann, inclusive pelo seu caráter excludente, a reforma Passos distinguiu-se, segundo os urbanistas, por tratar-se de um plano de intervenção pontual sobre a cidade. Os espaços privilegiados de intervenção foram objeto de análise dos problemas urbanos numa visão restrita e específica, negando uma visão urbanista, que problematiza a cidade e a sociedade de modo integral e integrado. Ao contrário de Passos, Haussmann havia pensado Paris no seu conjunto, projetando intervenções simultâneas sobre diferentes problemas urbanos.

No Brasil, a influência do modelo Haussmann de planejamento urbano, a dita haussmannização, já havia se insinuado antes mesmo da reforma urbana do Rio de Janeiro iniciar-se pelas mãos de Pereira Passos. A primeira experiência brasileira que demonstrou ter absorvido características do estilo Haussmann foi o processo de planejamento e criação da cidade de Belo Horizonte. Em 1893, Aarão Reis projetou uma nova sede para o governo mineiro, que, na época, era sediada em Ouro Preto. Diferente das reformas processadas em espaços pré-existentes, como nos casos de Paris e Rio de Janeiro, a experiência de Belo Horizonte se serviu deste modelo

como matriz para a construção de um novo espaço, uma cidade projetada. Enfim, uma cidade construída no papel para depois ganhar as ruas, uma cidade (GUIMARÃES, 1996).

Independentemente de dar suporte a novas cidades, caso de Belo Horizonte, ou de reformá-las, como no Rio de Janeiro, as características e princípios fundamentais do modelo Haussmann se repetiram nas diversas experiências de inspiração haussmanniana espalhadas pelo mundo. Embora não haja um consenso absoluto entre os autores que tratam do tema, a maioria deles co-divide a idéia de uma haussmannização como um modelo orientado por determinados princípios que problematizam a realidade urbana e guiam a definição do objeto, dos objetivos e das estratégias de intervenção. Assim, apontam que o modelo Haussmann fundamentou-se em pelo menos três princípios: a ordem, a funcionalidade e a higiene. Como características complementares, a monumentalidade, a grandiosidade e a simetria serviram como forma de simbolizar a autoridade e o poder do governo.

Todavia, para uma melhor compreensão da influência da haussmannização na reforma urbana da “Cidade Maravilhosa”, faz-se necessário recuperarmos um pouco mais sobre a reforma Haussmann na “Cidade-Luz”, o que procuraremos fazer a seguir, resgatando, mesmo que brevemente, os principais aspectos que compuseram o elenco e o cenário da ópera Paris Haussmanniana.

3.1.5. A HAUSSMANNIZAÇÃO como modelo: influências e coincidências

Revisitar a história das reformas urbanas das cidades de Paris e do Rio de Janeiro instiga o pesquisador a buscar uma leitura que ultrapasse a simples e óbvia influência haussmanniana sobre Passos, nos seus projetos e intervenções. Esta

leitura convida a produzir paralelos, encontrando, além das claras influências, evidentes coincidências por tratarem-se de períodos históricos diversos, contextos diferentes, no entanto, com muitas aproximações.

Partimos da premissa indicada por PESAVENTO (1999), a qual sugere que se aceitamos a idéia da existência de um modelo haussmanniano, isto significa compreender Paris como paradigma mundial de cidade moderna, produzido a partir de representações construídas sobre a cidade. Assim, conforme a autora, foram tais representações originadas, principalmente, da visão e projeção urbanísticas da cidade que oportunizaram a consolidação do fenômeno denominado de diversas formas, porém com o mesmo significado: o “estilo haussmanniano” (RAUZY, 2002), o “haussmanismo” (PESAVENTO, 1999), a “haussmannização” (JORDAN, 1995), a concepção “haussmanniana” (BENCHIMOL, 1990), o “modelo haussmanniano” (RONCAYOLO, 1983).

Antes de apontarmos para os princípios que fundamentaram Haussmann na produção da Paris moderna, gostaríamos de evidenciar algumas situações que indicam similitudes não só entre os atores principais, Haussmann e Passos, mas também entre os momentos conjunturais nos quais se processou a transformação das “suas” cidades.

As histórias dos dois prefeitos foram marcadas por tempos e espaços absolutamente diversos. Enquanto o governo de Haussmann frente à Prefeitura de Paris durou 17 anos, a partir de 1852, o mandato de Passos iniciou-se somente 50 anos mais tarde, estendendo-se por apenas quatro anos. Entretanto, em suas trajetórias, coincide o caráter emblemático produzido pela repercussão de suas obras.

Haussmann produziu um modelo de metrópole moderna que percorreu o mundo, ultrapassando fronteiras geográficas e culturais, seduzindo outros a reproduzirem suas idéias. A haussmannização tornou-se simbolicamente um marco

na história urbanística da capital francesa, que passou a ser caracterizada por muitos como pré e pós Haussmann e cujo divisor de águas foi sua gestão na Prefeitura do Sena (PESAVENTO, 1999).

À semelhança de Haussmann, guardadas as devidas proporções, o mesmo ocorreu em relação às idéias e métodos de Pereira Passos implementados na reforma do Rio de Janeiro, marcado na memória da cidade como um período balizador, antes e após a “ditadura Passos”. De acordo com DEL BRENNA (1985), foi nas comemorações do centenário de seu nascimento que se instaurou definitivamente a figura do Prefeito Pereira Passos na mitologia urbana brasileira. Muitos dos prédios, em estilo neoclássico, erigidos em nome da modernização já haviam ruído. No seu lugar, porém, novas edificações expressavam a ressonância da mesma ideologia e dos mesmos métodos que mitificaram o Rio de Janeiro de Passos, rerepresentando-se reatualizados como mecanismos de estratificação e segregação social no Estado Novo e na política urbana dos anos 60 e 70 (BENCHIMOL, 1985).

Outra situação coincidente nas experiências européia e brasileira refere-se à conjuntura político-econômica favorável ao desencadeamento do processo de reforma urbana nas respectivas capitais. Na verdade, a ousada gestão de Haussmann se desenvolveu na efervescência de um problema urbano já posto, qual seja, a incompatibilidade do aspecto de uma cidade densamente habitada, suja e pestilenta com a visão de centro da vida civilizada do mundo, além de prestar-se ao sórdido jogo de interesses capitalistas pelo novo espaço urbano. Por este motivo, RONCAYOLO (1983) diz que

a haussmannização não é um acidente, o capricho de um regime ou de um príncipe. É primeiramente uma resposta: ela se enraíza nas pressões múltiplas que agitam a cidade do início do século, pressão demográfica e pressão econômica que impulsionam o jogo dos valores urbanos, o preço do solo ou dos imóveis. A doença e o medo social, a cólera e o motim forneceram somente a parte mais visível de uma cidade que crepitava por todos os lados
RONCAYOLO (1983, p. 74)

Do mesmo modo, no Rio de Janeiro, a conjuntura favoreceu decisivamente a implementação do Plano de Melhoramentos da Capital. No campo econômico, o saneamento financeiro herdado do governo anterior propiciou tanto um considerável investimento municipal quanto a possibilidade de financiamento das obras. A situação social apresentava-se, naquele momento, como um caldeirão de tensões, demandas e conflitos pronto a eclodir e, portanto, carente de intervenções urgentes.

Dadas as condições econômicas e sociais, é no campo político que se desenhou definitivamente o projeto da Primeira República, traduzido pela intensa propaganda empreendida junto à opinião pública via imprensa, procurando inculcar na população a necessidade da mudança da imagem da cidade e da sociedade perante o mundo. De uma atrasada, infecta e inculta capital nasceria uma cidade higiênica e civilizada, uma “cidade maravilhosa”.

O status político gozado pelos dois prefeitos e o papel que lhes foi reservado no projeto político dos governos é, sem dúvida, um outro ponto de aproximação de suas histórias.

Hausmann foi o único prefeito francês cujo poder equivalia ao cargo de ministro, o que denotava a grande influência que exercia na esfera política da cidade e do país, bem como o prestígio conquistado junto ao Imperador Napoleão III. Na medida que prosseguia com seu plano remodelador da cidade, o prefeito materializava o projeto político da recém restaurada monarquia que concentrava esforços em direção à industrialização do país. Assim, a vontade política do governo imperial e a determinação técnica do prefeito conjugaram-se para transformar Paris na capital do mundo moderno.

Em terras cariocas, Passos não foi ministro, mas o poder concedido pelo Presidente Rodrigues Alves conferiu-lhe status de um ditador com plenos poderes num governo totalitário. Já no discurso de posse, o presidente evidenciava como pontos básicos do seu programa de governo a remodelação, o saneamento e

embelezamento da capital. Tais estratégias iriam compor o percurso escolhido para mudar a imagem do país e da cidade que pretendia entrar para o clube dos emergentes capitalistas, espelhando sua capital na representação máxima de cidade moderna.

A par destas situações coincidentes, o aspecto mais relevante da haussmannização diz respeito à sua capacidade de viajar no tempo e no espaço, sendo reapropriada em outros momentos históricos e outros contextos. Percorrendo diversos países, o modelo chegou à América Latina, em especial, o Brasil, onde se transformou em ícone das representações sociais da época.

Originária dos fundamentos do capitalismo, a **circulação** consolidou-se como um dos princípios básicos do urbanismo haussmanniano, a qual não se restringia apenas à mobilidade de bens, mas estendia-se também aos homens e aos valores. Este princípio marcou a projeção de ruas e avenidas amplas, a abertura dos *boulevards* e praças, objetivando a ligação dos pólos funcionais da cidade, a fim de facilitar o deslocamento da população e direcionar o desenvolvimento da cidade. Deste modo, consolidou-se uma das características vitais da cidade haussmanniana, a **funcionalidade**, que, aliada à **higienização**, constituiu o ideário liberal de cidade moderna. Erigiu-se, assim, uma imagem de mundo e sociedade mais móvel, liberada, mas cuja liberdade ligava-se mais à Bolsa de valores (representação simbólica do capitalismo), do que à organização industrial do trabalho ou, mesmo, ao esquadramento repressivo do controle social (RONCAYOLO, 1983).

O traçado axial ordenado e funcional da rede viária da cidade revelava a predominância da técnica aos demais aspectos envolvidos na modelagem urbana, embora sempre aliada à preocupação estética. Assim, as linhas haussmannianas tornaram-se referência de urbanismo funcional, harmonioso e esteticamente belo, sendo fácil e rapidamente difundido e absorvido em outros contextos. Um século mais tarde, ainda é possível encontrar autores que creditam a este aspecto o sucesso da haussmannização e a permanência de suas obras. TOUTTAIN (1971), numa

apologia ao artesanato do segundo Império e criador da Paris moderna, descreve, extasiado, a praça *L'Etoile* como uma maravilha formada por doze avenidas que formam os raios do coração desta simbólica estrela, o Arco do Triunfo.

Deste modo, é possível perceber que a estética, apesar de ocupar lugar de destaque no plano, vinha sempre acompanhada de rígidas normas técnicas. As fachadas dos novos prédios, por exemplo, passaram por um processo de embelezamento, cujos parâmetros foram pré-estabelecidos, numa verdadeira uniformização de cores, medidas e ornamentação.

Referindo-se à questão da técnica, RIBEIRO e CARDOSO (1996) criticam o modelo de Haussmann apontando para a superioridade da definição do desenho em sua idealização da cidade, o que resultava em negligência de outros aspectos da dinâmica social, como o próprio processo de ocupação do espaço urbano. Assim, afirmam que os projetos eram guiados basicamente pela racionalidade técnica, cuja execução preocupou-se com a aplicação de novas tecnologias da engenharia, esquecendo-se de considerar os aspectos econômicos e sociais da nova cidade.

Porém, esta mesma questão é discutida por PESAVENTO (1999) a partir de um outro enfoque. Diz a autora que a legitimação das intervenções sobre a cidade não se produziu apenas em torno de exigências científicas, mas também e, principalmente, a partir da lógica econômica e financeira do capitalismo emergente. O processo marcado pelo demolir para reconstruir, abrir para comunicar, alargar para liberar foi configurando-se como o caminho mais apropriado às oportunidades lucrativas requeridas pelo investimento de capitais. Deste modo, “à idéia do lucro se conjuga e reforça os imperativos da estética, da higiene e da técnica” (ibidem, p. 93).

Assim, a técnica, como mero instrumento do processo de uma reforma urbana visível, palpável e sentida nos corpos, auxiliava na consolidação de um outro processo silencioso e insidioso que se instalava, o da expropriação. Da mesma

forma como ocorreu no Rio de Janeiro cinquenta anos mais tarde, a renovação urbana de Paris não correspondeu aos interesses das camadas populares, embora tenha sido feita em seu nome, mas foi absorvida e, até sobreposta, pelos interesses do capital, sobretudo o imobiliário.

Sobre este ponto, é imprescindível a discussão de dois aspectos da reforma Haussmann, que, apesar de distintos e contraditórios, estão intimamente relacionados: a globalidade e a exclusão. Mesmo os autores que desconsideram a existência formal de plano estruturado para a cidade de Paris como um todo admitem que as intervenções do prefeito atingiram toda a cidade, toda sua população. As demolições que se concentraram no núcleo central, aos poucos, foram estendidas à periferia quando da reorganização nos vinte *arrondissements* da cidade e da anexação dos subúrbios em 1859, aumentando consideravelmente a extensão territorial e a população de Paris, que ultrapassou o milhão e meio de habitantes. As ruas largas, ligadas por amplas avenidas que confluíam em grandes praças, formavam o desenho urbano que se reproduzia em todas as direções. O imperativo da mobilidade se concretizava, agilizando a circulação de um lado a outro da cidade, além de, teoricamente, liberar o conflituoso e congestionado centro urbano.

Aliada à abrangência global das intervenções, a produção de uma abordagem multifacetada do problema urbano promoveu o entrelaçamento da estética, da higiene, da relação cidade/natureza com a visão de movimento e negócio, amalgamando-os num imperativo único. Simultaneamente, a reforma se consolidava sob e sobre a terra, através das obras de saneamento (redes de água e esgoto) e do sistema viário, enquanto que a remodelação se desenvolvia num verdadeiro culto à estética e à reintegração da natureza na urbe, através da implantação dos *bois* e inúmeras praças.

Entretanto, ao mesmo tempo em que o plano Haussmann pode ser considerado universal, do ponto de vista de sua abrangência territorial e da extensão dos

aspectos enfrentados, por outro lado, é inegável o seu caráter excludente do ponto vista social. As demolições irromperam a dinâmica social em quase todos cantos da cidade, especialmente, no seu centro nevrálgico, provocando um processo de expropriação do habitat das camadas pobres da população, deslocadas para as periferias sem qualquer mecanismo de favorecimento. Enquanto a área central era remodelada, higienizada, embelezada e valorizada, processava-se paralelamente sua reapropriação pela burguesia, intermediada pelo Estado. Materializava-se, deste modo, a exclusão social através de um mecanismo de divisão territorial e social das classes. O centro reurbanizado, símbolo da cidade industrial moderna, tornou-se conveniente para as classes mais favorecidas, os emergentes capitalistas, ao passo que os subúrbios tornaram-se a única alternativa para a classe trabalhadora. Para RONCAYOLO (1983), o ciclo haussmanniano definiu-se assim, negativamente, caracterizado pela forma como os contemporâneos “furtaram” o habitat das classes populares, num verdadeiro processo de segregação social.

Portanto, o princípio da globalidade da matriz haussmanniana refere-se apenas ao aspecto técnico e político da abrangência territorial do modelo que previu uma intervenção global e coordenada sobre toda a cidade, mas que exclui a universalidade, na medida em que os espaços reurbanizados foram ocupados seletivamente pela classe favorecida.

Não é difícil perceber traços da lógica da “normalização” neste processo, na medida em que este se desenvolve seguindo determinados parâmetros indicativos de uma florescente sociedade organizada sob o estatuto do capitalismo e da modernidade. Das novas regras sociais estavam banidos certos costumes, condições, valores, símbolos e representações, os quais passaram a ser identificados como desvios, anormalidades e perigos para o projeto modernizador. Desta forma, a pobreza e o desemprego passaram a ser tratados como delito, as doenças epidêmicas como culpa dos menos favorecidos, as precárias condições de moradia como falta de higiene da população pobre. A sociedade “normalizada” erigiu-se a partir das

idéias de sociedade civilizada, culta, higiênica e ordeira, cujas representações se expressavam através dos prédios esteticamente impecáveis, moradias absolutamente higiênicas, famílias tradicionalmente estruturadas e trabalhadores moldados a esta realidade. Enfim, uma cidade ordenada para uma sociedade sob controle.

Tornando à experiência brasileira, devemos considerar que, embora as intervenções de Pereira Passos no Rio de Janeiro não revelassem uma visão integrada e global da cidade, não podemos esquecer o fato das demolições terem atingido a quase totalidade do núcleo central. E é justamente este espírito demolidor que alavancou o processo de expulsão das camadas populares do centro, provocando o seu deslocamento para a periferia e a disseminação do processo de favelização nos morros adjacentes à nova cidade recém erguida.

Uma das preocupações de Haussmann e, conseqüentemente, de seus seguidores brasileiros, pautou-se na concepção higienista da cidade. A produção de espaços salubres que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida da população se ancorava no conjunto: saneamento básico, aeração das vias e arborização de ruas e praças. Foram feitos grandes investimentos na área de saneamento, construindo sistemas de água e esgoto; foram priorizadas a iluminação e a ventilação de ruas e avenidas; foram construídos parques e arborizadas praças e ruas. Contudo, é importante ressaltar que este processo higienizador não se iniciou sem razão e nem ocorreu sem uma clara fundamentação. Toda esta intervenção é marcada pela forte influência da visão higienista que fundamentava a saúde pública na época, inclusive pelas emergentes idéias microbiologistas que floresciam na sociedade moderna. É sobre a relação higienismo e urbanismo que trataremos a seguir.

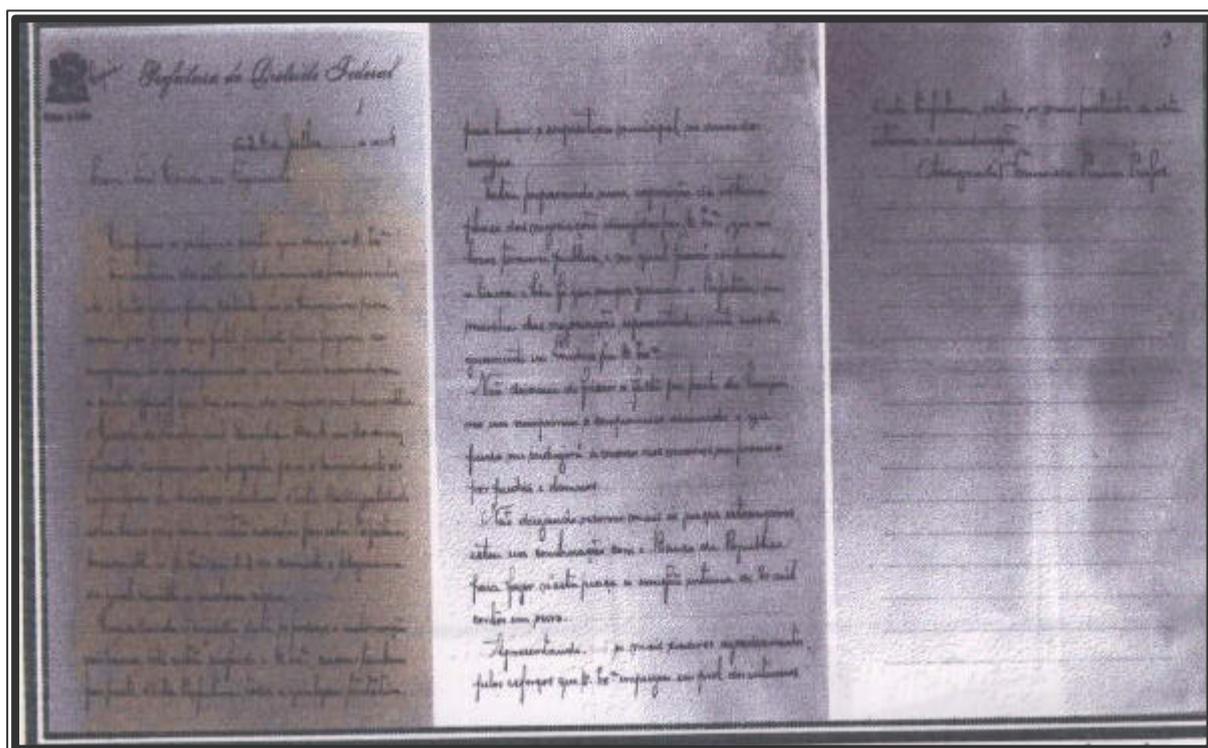


Fig. 1 - Carta de Pereira Passos enviada ao Conde de Figueiredo tratando do empréstimo para as obras de remodelação da cidade do Rio de Janeiro, 26 de julho de 1904. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.



Fig.2 - Centro do Rio de Janeiro, início das obras de demolição, 1903.
Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro

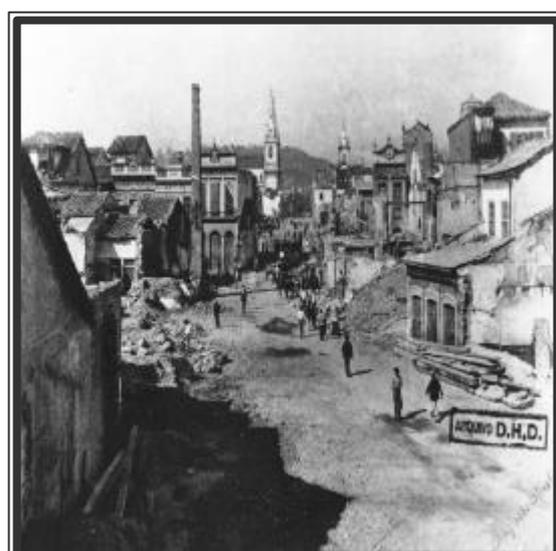


Fig.3 - Centro do Rio de Janeiro, início das obras de demolição, 1903.
Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro



Fig.4 - Demolição e início das obras da Avenida Central. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro



Fig.5 - Avenida Central Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro



Fig.6 - Inauguração da Avenida Central, 15 de novembro de 1905. Foto de Augusto Malta. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro



Fig.7 - Avenida Central, 1910. Foto de Augusto Malta. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.

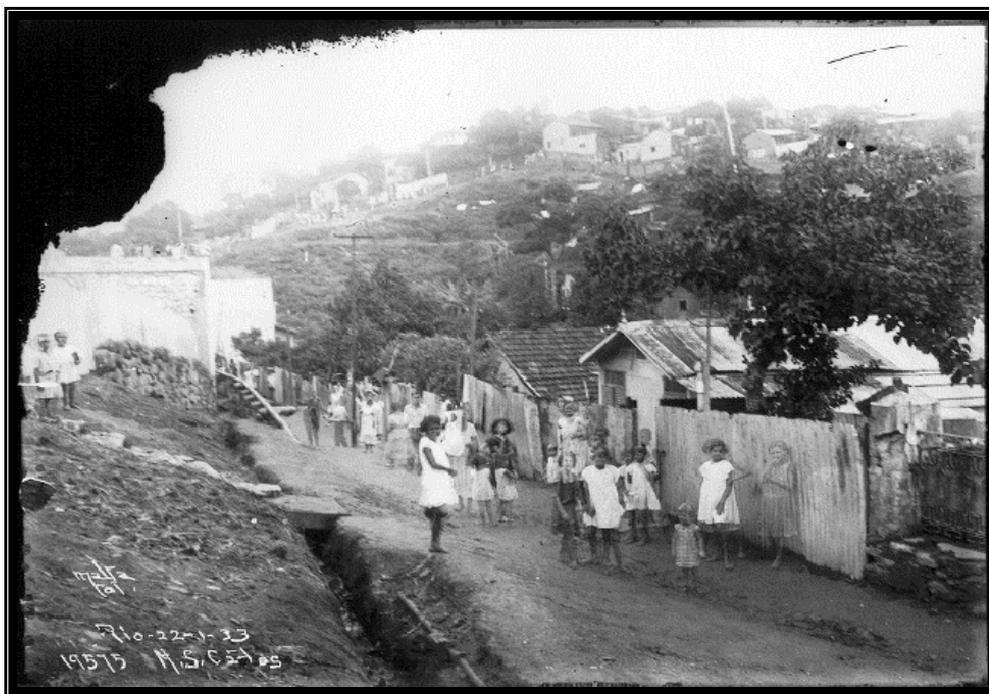


Fig.8- Rua de um morro adjacente ao centro da cidade do Rio de Janeiro, 1903. Foto de Augusto Malta. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.



Fig.9- Charge sobre a falta d'água em pleno processo de inauguração das obras remodelação do Rio de Janeiro, publicada no Jornal O Malho, 18 fevereiro 1905.

3.2 A CIDADE EM TEMPOS DE EPIDEMIA: A POLÍTICA HIGIENISTA DO INÍCIO DO SÉCULO XX

A emergência das políticas de saúde pública no Brasil, no início do século XX, processou-se no bojo da política republicana de modernização e introdução do país no mundo capitalista. Como já mencionamos anteriormente, o projeto político do governo pautava-se na necessidade de transformar a imagem de um país atrasado, inculto, sujo e pestilento, que percorria o mundo e afugentava os investimentos estrangeiros. Na base desta questão, a preocupação com o processo produtivo e, por isto, a necessidade de intervir objetivamente sobre grupos sociais e espaços econômicos cuja capacidade de trabalho e de produção era fundamental preservar e dinamizar (COSTA, 1984).

É fundamental lembrar que este período, além de dominado pela elite do café, foi marcado pelo processo de transformação das relações de produção, em que a racionalidade capitalista tornou-se hegemônica na economia cafeeira e no emergente processo comercial e industrial de centros urbanos como o Rio de Janeiro. Paradoxalmente, a hegemonia da burguesia do café no plano interno transformava-se em subordinação no plano internacional, o que determinava, inclusive, as diretrizes internas.

Para enfrentar este desafio, o governo da Primeira República focalizou sua atenção num plano com três frentes de trabalho: a *reforma do Porto* do Rio de Janeiro, considerada uma frágil e rudimentar estrutura mercantil que ligava o país ao resto do mundo; a *reforma urbana*, que deveria revitalizar e embelezar a vitrine do país, a cidade do Rio de Janeiro; e a *reforma sanitária*, que tinha a incumbência de combater e eliminar as epidemias, visando liberar o Brasil da imagem de reduto de doenças pestilenciais. Deste modo, as reformas urbana e sanitária, desde seu nascedouro, caminharam juntas como instrumentos de um projeto político de

intervenção sobre a cidade, cuja finalidade era orientada para a transformação da sociedade. A imagem perseguida coincidia com o imaginário da elite cafeeira, distanciando-se sobremaneira das reais necessidades da cidade e de seus cidadãos.

Antes de discutirmos como a reforma sanitária se desenvolveu, é importante resgataremos, mesmo que brevemente, o contexto sanitário da cidade do Rio de Janeiro na época, cuja reputação de cidade pestilenta vinha se formando desde meados do século XIX. Tal reputação deveu-se, principalmente, às epidemias de febre amarela, varíola, peste bubônica e cólera que comprometiam visivelmente a política de estímulo à imigração estrangeira e, conseqüentemente, a economia exportadora capitalista do café, base da economia nacional.

A febre amarela era o principal problema sanitário da capital, cujos surtos epidêmicos recorrentes ocorriam desde a década de 1850 e, apesar das intervenções de caráter higienista, recrudesciam sempre com mais força. As taxas de mortalidade permaneciam em patamares altos, sobretudo, entre os imigrantes europeus desprovidos de imunidade contra os males tropicais. Assim, a população mais atingida concentrava-se entre os moradores mais pobres que se aglomeravam nas estalagens e cortiços do centro da cidade. CHALHOUB (1996), em *Cidade Febril*, mostra um retrato das condições de vida nestes cortiços, analisando as polêmicas e os conflitos emersos no bojo das políticas higienistas da época.

Além da febre amarela, surtos epidêmicos de peste bubônica e de varíola eram também recorrentes. A primeira, mais fortemente sentida entre o proletariado que vivia em torno à zona portuária, enquanto a segunda difundia-se indiscriminadamente. De caráter endêmico, a tuberculose também se alastrava e vitimava a classe trabalhadora pobre devido, especialmente, à precariedade das condições de trabalho e da própria sobrevivência.

Para fazer frente à grave situação sanitária, o Presidente Rodrigues Alves, em 23 de março de 1903, entregou aos cuidados de Oswaldo Cruz a titularidade da

Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Um jovem médico, sem experiência administrativa, pouco conhecido no cenário político, porém cujo talento já vinha sendo reconhecido desde seu retorno de Paris, onde foi aluno e pesquisador do Instituto Pasteur. Em Paris, permaneceu de 1896 a 1899, onde, embora não tenha conhecido Pasteur (chegou no ano seguinte à morte do pesquisador francês), conviveu com os mais renomados cientistas da época. Lá frequentou cursos de bacteriologia e ciências da higiene, além de aperfeiçoar-se nas mais avançadas técnicas soroterápicas (STEPAN, 1976).

Seu retorno ao Brasil coincidiu com a abertura do Instituto Soroterápico de Manguinhos⁶, para o qual foi chamado no ano seguinte a fim de assumir o cargo de bacteriologista e iniciar sua carreira na instituição que mais tarde recebeu o seu nome. Até ser requisitado para a Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, havia exercido a função de bacteriologista em tempo integral e já tinha se tornado formalmente o Diretor do Instituto. A partir de sua nomeação, dividiu seu tempo e atenção entre as duas importantes funções, passando a inscrever seu nome na história da saúde pública e da ciência brasileira, como o precursor da pesquisa científica na saúde, cuja figura pública passou a ser mitificada posteriormente na sua historiografia.

Ainda sobre sua nomeação para a DGSP, STEPAN (1976) comenta sobre as polêmicas iniciais. Sales Guerra teria sido o nome escolhido para o cargo, que, recusando ao convite, aproveitou para indicar Oswaldo Cruz, cuja carreira havia acompanhado e com quem recentemente havia estudado sobre as descobertas da Missão Reed⁷. À indicação do ainda desconhecido cientista, o governo reagiu com

⁶ O Instituto Soroterápico de Manguinhos iniciou suas atividades com um pequeno número de colaboradores dirigidos pelo Barão Pedro Afonso em 1899 com a principal finalidade de estudar as pragas epidêmicas e produzir soros e vacinas para as mesmas. Localizava-se numa fazenda afastada 13 quilômetros do centro da cidade, Manguinhos, onde hoje ainda funciona a Fundação Oswaldo Cruz.

⁷ Missão Reed – comissão de militares americanos coordenados pelo Major Walter Reed nomeada para estudar as causas da febre amarela e meios de combater a epidemia que atacava os soldados norte-americanos sediados em Cuba. Estabeleceram forte relação de cooperação com Juan Carlos Finlay, médico cubano que descreveu o papel do mosquito *Aedes aegypti* na transmissão da doença.

surpresa, questionando quem era e convocando-o para uma entrevista com o Presidente e os principais ministros. Esta primeira prova, Cruz superou sobejamente impressionando a todos com seu ambicioso plano de ação contra as três maiores doenças epidêmicas que assolavam a população do Rio de Janeiro.

Seu Plano Sanitário foi logo incorporado pelo governo e transformado em projeto de lei, que, ao ser encaminhado ao Parlamento transformou-se numa das maiores polêmicas e batalhas políticas da época. O projeto de lei contemplava todas as estratégias de enfrentamento das epidemias, bem como apontava para as indispensáveis mudanças em termos da organização e comando dos serviços de saúde. Integrante destas estratégias, a consolidação do Instituto Soroterápico de Manguinhos causou o maior embate político para a aprovação do projeto, sendo inclusive retirado de pauta para possibilitar a aprovação do mesmo. A intenção de Oswaldo Cruz era de implantar em solo tropical um instituto aos moldes do Instituto Pasteur, capaz de produzir pesquisas e estudos sobre as doenças que castigavam o país, além de produzir vacinas e soros suficientes para a demanda interna.

Entretanto, cabe registrar que tal idéia se ancorava em experiências recentemente iniciadas através de relações oficiais com a Missão Pasteur, composta por pesquisadores franceses (Marchoux, Simond e Salimbeni) que chegaram ao Rio em 1901. A Missão instalou-se no Hospital São Sebastião⁸, onde desenvolveu estudos direcionados à etiologia, patologia, epidemiologia e à ecologia do vetor desta doença, sempre com a colaboração de médicos brasileiros. Segundo LÖWY (2001), a Missão do Instituto Pasteur no Brasil deixou importantes contribuições tanto a história da febre amarela quanto a no desenvolvimento científico nacional. Dentre os principais aspectos, destacam-se aqueles relacionados aos métodos empregados pelos pesquisadores franceses que contribuíram decisivamente para que “as investigações conduzidas em Medicina Tropical pelos pesquisadores brasileiros

⁸ O Hospital São Sebastião atendia pacientes com febre amarela, embora não exclusivamente.

no início do século XX, em particular aquelas realizadas no Instituto Oswaldo Cruz, recebessem o reconhecimento internacional” (LÖWY, 2001, p. 78).

Retornando aos embates políticos gerados pela nova lei sanitária, cabe ressaltar que estes giravam em torno de quatro aspectos principalmente: a criação de um serviço de febre amarela dispendioso e em larga escala baseado na teoria de Finlay, a vacinação obrigatória, a unificação dos serviços de saúde federais e municipais e a criação de um código sanitário único para todo o país. A oposição não se constituía de modo compacto e uniforme, mas se fragmentava nos diversos aspectos a depender do grupo opositor. Assim, ao longo deste embate, a lei transformou-se em uma questão política vital e em um alvo de controvérsias e críticas de diferentes grupos de oposição ao governo Rodrigues Alves. Um exemplo disto está na dura oposição que os Positivistas desenvolviam sobre a vacinação compulsória, alegando que a estratégia limitava a liberdade de escolha, invadia o sagrado campo da decisão individual, enquanto os comerciantes queixavam-se das obras de limpeza e alargamento das ruas, acusando perturbar seus negócios (STEPAN, 1976).

Uma maciça campanha contrária à política sanitária de Oswaldo Cruz tomou curso, sobretudo, através dos jornais. Neles era exposta a discordância em relação às medidas baseadas na teoria de Finlay para a febre amarela, numa clara manifestação conservadora de rejeição às novas descobertas e, inclusive, à necessidade de investir no desenvolvimento da ciência. A força deste tipo de manifestação repercutiu na aprovação da lei sanitária, de cujo formato original subtraiu-se o texto relativo às medidas reservadas ao Instituto Soroterápico e postergada a decisão sobre a vacinação compulsória.

Na época da assunção de Oswaldo Cruz, os serviços referentes à saúde pública eram de competência local. A atuação da esfera federal através da DGSP restringia-se à direção dos serviços sanitários dos portos, à fiscalização do exercício da medicina e da farmácia e ao desenvolvimento de estudos sobre doenças contagiosas

e de estatísticas demográfico-sanitárias. Sob a sua direção, a Diretoria Geral de Saúde Pública ampliou sua esfera de ação e seu poder de regulação das atividades sanitárias, incorporando os serviços de higiene defensiva, a polícia sanitária, a profilaxia de doenças infecciosas e as atividades de higiene domiciliar na capital.

A sua atuação direcionou-se, prioritariamente, às epidemias mais evidentes: a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. O primeiro olhar de Oswaldo Cruz dirigiu-se à febre amarela. Com base na teoria da cadeia de transmissão da doença, desenvolvida pelo médico cubano Juan Carlos Finlay, ele esboçou seu primeiro plano de intervenção, cujos eixos principais se traduziram no estabelecimento de uma geografia epidêmica da cidade, no controle dos vetores e no isolamento dos doentes.

A campanha antiamarílica concentrou-se em quatro ações principais: o controle das condições sanitárias e de higiene das habitações; o combate ao mosquito transmissor; a notificação de doentes e uma campanha informativa sobre os meios de prevenção da doença. Além disto, foi estruturada em bases tipicamente militares com o esquadrinhamento da cidade em dez distritos sanitários e a constituição das brigadas de combate ao mosquito, os mata-mosquitos (COSTA, 1986).

Estabelecida a geografia da epidemia, os inspetores sanitários saíram a campo, ou melhor, entraram nos domicílios como verdadeiros caça-mosquitos e fiscais da higiene doméstica. Para tal, o método da visita domiciliária resultou em uma estratégia altamente operativa para o controle das condições higiênicas das casas e recomendação das medidas necessárias à melhoria sanitária, as quais constavam do Boletim de Visita Domiciliar. Este documento deixado pelo inspetor nas casas visitadas, além de registrar a situação encontrada e as recomendações indicadas, serviu de modo especial à regulação e controle da vida das pessoas no interior de suas moradias. E justamente por este motivo, estas visitas se concentraram,

principalmente, nas habitações coletivas ocupadas pela população pobre do centro da cidade e identificadas como potenciais focos da doença.

Com a atualização permanente de mapas e estatísticas epidemiológicas, as brigadas sanitárias do Serviço de Profilaxia percorriam as ruas e intervinham nos focos e zonas suspeitos, nos domicílios, nos lugares públicos e privados da vida urbana. Exigiam dos moradores medidas de proteção e higienização de caixas e depósitos de água, de calhas e telhas, bem como a remoção de tudo que pudesse servir de reservatório para o mosquito. Exerciam vigilância rigorosa sobre ralos de esgoto, bueiros, valas, entre outros, com a desinfecção com querosene e creolina, a fim de impedir o desenvolvimento do mosquito. Para evitar empoçamento de água, aterraram pântanos e drenaram alguns cursos d'água.

Aos doentes, foi reservado o confinamento que poderia ser no próprio domicílio, uma espécie de isolamento domiciliar, ou ser indicado o isolamento hospitalar, ficando, neste caso, a remoção do doente ao encargo do pessoal do Desinfectório Central. As medidas higienizantes atingiram as casas, invadiram os quartos e chegaram às pessoas, provocando mais que uma desinfecção dos lugares, uma limpeza social.

Paralelamente aos métodos coercitivos, as medidas sanitárias recorreram a meios persuasivos, através de campanhas de informação, veiculadas na imprensa e em folhetos avulsos distribuídos pela cidade. O enfoque preventivo predominou nas informações que, basicamente, focalizavam os meios de evitar a propagação da doença. Um outro alvo desta estratégia foi a categoria médica, que se mostrava reticente à nova profilaxia e refratária à notificação de seus pacientes à saúde pública (COSTA, 1986).

A campanha sanitária contra a febre amarela foi recebida com grande resistência pela população, principalmente, em virtude das rigorosas medidas adotadas pela polícia sanitária que, com a incumbência de impedir o avanço da

epidemia, produzia ações consideradas repressivas e agressivas, como a demolição de habitações coletivas pobres, a vigilância rigorosa do interior das casas e dos hábitos das famílias e o confinamento dos doentes. Nesta época, tornou-se comum a prática da desapropriação das habitações coletivas mais pobres e precárias do centro da cidade, como os cortiços, sendo que estas desapropriações se processavam por medidas legais ou pela força policial, gerando intensos conflitos com seus moradores. A resistência às ações de Oswaldo Cruz se produziu em espaços diversificados, desde o parlamento, a própria categoria médica, a população e a imprensa. Esta última chegou a veicular uma campanha contrária ao despotismo sanitário, uma verdadeira “contracampanha”, cujo centro focalizou-se na exigência da demissão do “general-mata-mosquitos”.

É importante lembrar que a prática policial de intervenção nas moradias populares não foi inaugurada por Oswaldo Cruz através de sua polícia sanitária, nem tampouco pelo “bota-abaixo” de Pereira Passos, mas já se configurava em estratégia operativa dos últimos anos do século XIX com a emergência da República, no intuito de controlar as epidemias, em especial, a própria febre amarela. As operações de demolição e de vigilância dos cortiços se fundamentavam no pensamento higienista das autoridades sanitárias e políticas da época, que relacionavam os cortiços à febre amarela de forma indissociável, naquela época, aspecto que não se fará mais presente nas campanhas de Oswaldo Cruz.. Para os antecessores, eram estas habitações coletivas precárias e pobres que, supostamente, geravam e nutriam o perigoso “veneno” causador da epidemia, tornando imperativa a intervenção sobre elas. Eliminar estes focos, muitas vezes designados de antros, afastaria o perigo e as “classes perigosas” que neles residiam, livrando, assim, a capital do estigma de “cidade febril” que a perseguia há muito tempo (CHALHOUB, 1996).

A demolição do “Cabeça de Porco”, célebre cortiço carioca, ocorrida em janeiro de 1893, tornou-se fato emblemático desta ideologia. Para as autoridades,

simbolizava a eliminação de um foco da doença e a expulsão dos desordeiros do centro da cidade, enquanto que, para os moradores, tal destruição significava a invasão de sua privacidade por parte do Estado, a violência contra seu cotidiano e a falta de um teto para morar. Do aparato demolidor fizeram parte mais de cento e cinquenta homens, entre funcionários da Intendência Municipal, bombeiros e operários da Empresa de Melhoramentos do Brasil, respaldados pelo cerco policial providenciado imediatamente antes das operações se iniciarem. Sob o direto comando do prefeito Barata Ribeiro, auxiliado pelo médico municipal da Inspetoria Geral de Higiene, as picaretas e martelos começaram a agir, expulsando lentamente os moradores que, sem muita resistência, recolhiam o que podiam e se retiravam sem saber para onde ir.

O destino destes moradores despejados é um fato ainda pouco esclarecido, mas CHALHOUB (1996) traz uma hipótese bastante plausível apresentada pela historiadora Lílian Vaz. Segundo a historiadora,

o prefeito, num magnânimo rompante de generosidade, mandou facultar à gente pobre que habitava aquele recinto a retirada das madeiras que podiam ser aproveitadas em outras construções. E posse do material para erguer pelo menos casinhas precárias, alguns moradores devem ter subido o morro que existia lá mesmo por detrás da estalagem. Poucos anos mais tarde, em 1897, foi justamente nesse local que se foram estabelecer, com a devida autorização dos chefes militares, os soldados egressos da campanha de Canudos. O lugar passou então a ser chamado de ‘morro da Favela’ (ibidem, 1996, p.17).

Após uma noite de trabalho, o símbolo da sujeira, desordem e promiscuidade do centro da cidade não existia mais. O prefeito foi, calorosamente, aclamado pela imprensa, por ter prestado inesquecíveis serviços à sociedade, varrendo do mapa da cidade aquela “sujeira”. Entretanto, é importante lembrar que, ao que tudo indica, este momento tornou-se um marco na história da construção do espaço social urbano na cidade do Rio de Janeiro e do país. Ao mesmo tempo em que a “decapitação” do Cabeça de Porco simbolizou o início do fim da era dos cortiços, paralelamente, a cidade do Rio de Janeiro inaugurava o início do século das favelas.

Retornando às atividades empreendidas por Oswaldo Cruz na Diretoria Geral de Saúde Pública, é relevante considerar que, após a campanha da febre amarela, ele dedicou-se ao combate da peste bubônica. Com a mesma estratégia de esquadrinhamento do espaço urbano, empreendeu esforços na desratização da cidade, especialmente, das áreas mais infestadas da zona portuária, cujos moradores também foram vacinados preventivamente. Novamente, os proprietários de imóveis foram interpelados para proceder à limpeza dos ambientes, removendo entulhos, e executar reformas e melhorias nas habitações. Além disto, tornou-se obrigatória a notificação dos casos de peste, para que o doente fosse isolado e submetido ao tratamento com o soro fabricado em Manguinhos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001).

Das três grandes campanhas sanitárias empreendidas por Oswaldo Cruz na capital, a da peste foi a que menos resistências e problemas ele teve de enfrentar. Fato este motivado, provavelmente, por duas questões: a primeira, relativa à já comprovada teoria sobre a transmissão da doença, que desde 1898 era atribuída à picada de pulgas infectadas pelo sangue de ratos contaminados⁹; como segundo fator, deve-se considerar que os procedimentos foram mais brandos e mais restritos a áreas específicas do que os da campanha anterior.

A política sanitária de Oswaldo Cruz revestiu-se de muitas críticas e contestações, mas também de resultados efetivos, o que expressa o caráter polêmico de suas intervenções e intenções.

O auge da polêmica em torno do sanitarista, no entanto, iria se manifestar durante a sua terceira campanha sanitária, a antivariólica, quando enfrentou a mais contundente resistência popular. Cabe salientar, todavia, que a população do Rio de Janeiro convivia com a varíola desde os séculos precedentes de forma endêmica. Porém, esta alcançava proporções epidêmicas a cada inverno, deixando um rastro de

⁹ Yersin descobre o bacilo da peste, porém é Simond que havia levantado a hipótese da transmissão da doença através da picada de pulgas infectadas pelo sangue de ratos contaminados.

vítimas por onde passasse. Nesta época, o único instrumento sanitário utilizado no embate com a doença era a vacina jenneriana, cujo uso foi declarado obrigatório para as crianças em 1837, estendendo-se aos adultos em 1846. Embora tivesse força legal, estas normas nunca foram cumpridas, quer seja pela falta de estrutura técnica, quer pela cultura popular.

No período inicial do trabalho de Oswaldo Cruz frente à DGSP, quando ainda dedicava-se à campanha da febre amarela, os casos de varíola se intensificaram, assumindo rapidamente níveis epidêmicos. Em junho de 1904, com o propósito de combater a epidemia, Oswaldo Cruz preparou uma lei que obrigava os habitantes do Rio de Janeiro e de outras cidades mais populosas do país a serem vacinados contra a varíola. Este ainda era o único meio profilático efetivo contra a doença. O projeto consistia em um conjunto de medidas draconianas, incluindo a severa vigilância através da exigência de atestado de vacinação para matrículas nas escolas, empregos públicos, casamentos, viagens, entre outras, além de prever punição aos refratários à vacinação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001).

Ao tramitar no Senado e na Câmara dos Deputados, o projeto da Comissão de Saúde Pública suscitou acirrados debates, até ser aprovado no mês de novembro, após seis meses de polêmica. Alvo de críticas severas, a lei impopular foi logo apelidada de *código de torturas* (COSTA, 1986) ou *ditadura sanitária* (SEVCENKO, 1984) e acabou gerando um clima de revolta que ultrapassou as portas do Congresso e chegou às ruas, produzindo um dos conflitos sociais mais intensos do governo Rodrigues Alves, a chamada Revolta da Vacina.

Com a promulgação desta lei, os já plenos poderes da “*ditadura sanitária*” de Oswaldo Cruz seriam fortalecidos e ampliados,

colocando toda a cidade à mercê dos funcionários e policiais a serviço da Saúde Pública. Se alguém escapara dos furores demolitórios de Lauro Müller e do prefeito Passos, não teria mais como escapular aos poderes inquisitoriais de Oswaldo Cruz. A ameaça deu lugar ao gesto concreto e sensível da opressão. O pesadelo tornou-se realidade. Nada mais natural, portanto, que a população

inerme¹⁰ reagisse, transformando a realidade em pesadelo (SECENKO, 1984, p. 55).

Paralelo ao processo de legalização da vacinação obrigatória, efervescia na sociedade um movimento opositor constituído por diferentes segmentos sociais (positivistas, líderes operários, militares descontentes, monarquistas), o qual resultou na formação da Liga contra a Vacina Obrigatória. À medida que a força política da Liga crescia, diminuían as adesões às práticas profiláticas habituais e as permissões para a vacinação.

Em meados do mês de novembro, quando a lei foi regulamentada, eclodiu a revolta popular contra a medida sanitária governamental, transformando o centro da cidade do Rio de Janeiro em campo de batalha. Durante uma semana, milhares de manifestantes, organizados em torno da Liga, paralisaram a cidade, protestando nas ruas e enfrentando as forças policiais, que se mostraram insuficientes para reprimir a manifestação. Os bombeiros foram as primeiras forças auxiliares chamadas para reforçarem o aparato policial, contudo, sem resultado efetivo, pois a revolta havia se intensificado, fazendo a polícia recuar. Desta vez, entrou em cena o exército para auxiliar na repressão, porém dentro do próprio exército havia movimentos conspiratórios contra o governo, que aproveitaram o momento para se insurgir. Abafada a revolta militar, o governo decretou estado de sítio e solicitou reforço policial aos estados vizinhos, São Paulo e Minas Gerais.

Após seis dias de sangrentos confrontos, “o governo assume uma iniciativa sensata: revoga a obrigatoriedade da vacina antivariólica. Dada a repressão sistemática e extinta a causa deflagradora, o movimento reflui então, até a completa extinção, tão naturalmente quanto irrompera (SEVCENKO, 1984, p.39).

Com a revolta sufocada, o povo, sem voz e força, se rendeu, frente ao saldo de vinte e três mortes, dezenas de feridos e quase mil presos. As medidas repressivas

¹⁰ Inerme refere-se à condição indefesa da população, que, de forma desarmada, produz a resistência (FERREIRA, 1986).

do governo incluíram, além da decretação de estado de sítio na capital federal, a expulsão dos militares revoltosos dos quadros do exército e a prisão e deportação dos líderes civis, em condições desumanas, para a região amazônica.

As pesquisas e análises produzidas sobre este episódio nos mostram que há diferentes explicações e interpretações a respeito das verdadeiras motivações e reais finalidades do conflito social denominado Revolta da Vacina. Em um fato, porém, os diferentes autores coincidem suas análises, o movimento não pode ser reduzido a uma simples reação das massas incivilizadas e incultas, como apontou a literatura da época. A singularidade e a importância do episódio se justificam na união de forças sociais extremamente díspares, além de consistir, na verdade, em duas rebeliões superpostas no mesmo espaço social e momento histórico: uma grande revolta popular contra a obrigatoriedade da vacina e uma insurreição militar com a finalidade de depor o Presidente da República.

Para SEVCENKO (1984), o movimento revoltoso ultrapassou as razões puramente vacinais. Era uma revolta contra as condições impostas pelo Estado para o trabalho, para a vida e a saúde das pessoas. Era uma revolta contra as formas repressoras e invasivas engendradas na condução da política higienista, que invadia seu espaço urbano, invadia suas casas, e agora, invadia seus corpos. Deste modo, a Revolta da Vacina representou muito mais que um conflito social, ela possibilitou a escritura de um dos mais significativos fatos da história da Saúde Pública brasileira.

Com relação aos sentimentos, ao jogo das forças sociais e aos princípios éticos imbricados nestes fatos, o autor analisa de forma contundente, dizendo que:

A revolta não visava o poder, não pretendia vencer, não podia ganhar. Era somente um grito, uma convulsão de dor, uma vertigem de horror e indignação. Até que ponto um homem suporta ser espezinhado, desprezado e assustado? Quanto sofrimento é preciso para que um homem se atreva a encarar a morte sem medo? E quando a ousadia chega a esse ponto, ele é capaz de pressentir a presença do poder que o aflige nos seus menores sinais: na luz elétrica, nos jardins elegantes, nas estátuas, nas vitrines de cristal, nos bancos decorados dos parques, nos relógios públicos, nos bondes, nos carros, nas fachadas de mármore, nas delegacias, agências de correio e postos de vacinação, nos uniformes, nos

ministérios e nas placas de sinalização. Tudo que o constrange, o humilha, o subordina e lhe reduz a humanidade. Eis os seus alvos, eis a fonte de sua revolta, e o seu objetivo é sentir e expor, ainda que por um gesto radical, ainda que por uma só e última vez, a sua própria dignidade (SEVCENKO, 1984, p. 68).

Em *Cidade Febril*, CHALHOUB (1996) discute as inúmeras interpretações surgidas na historiografia da revolta da vacina. Mostra que,

para Sevcenko a revolta ‘não foi contra a vacina, mas contra a história’; para Carvalho, ‘o inimigo não era a vacina em si, mas o governo, em particular as forças de repressão do governo’; para Needell, a lei da vacinação obrigatória foi apenas a faísca que ateou por fim o incêndio; para Teresa Meade, a oposição popular originara-se de um leque bastante amplo de ressentimentos, apenas teria se concentrado em determinado momento na questão da vacina (*ibidem*, 1996, p. 101).

Contudo, o autor aponta ainda, como outras possíveis e potenciais fontes motivadoras para a principal revolta coletiva contra o despotismo sanitário da Primeira República, a própria atuação do serviço de vacinação e a tradição *vacinophobica*. A primeira explicação se fundamenta nos descaminhos técnicos e burocráticos, que minaram a eficiência e a credibilidade do serviço de vacinação por todo um século de história, embora no período imediatamente anterior à Revolta da Vacina tenha aumentado significativamente a procura da população pela vacina, denotando uma evolução neste aspecto.

A segunda se estrutura em torno da disputa entre as concepções higienistas de contágio da doença e as crenças populares de raízes culturais negras, que creditavam a origem da doença a uma ordem sobrenatural (ligada ao orixá Omolu) e, portanto, a sua cura deveria ocorrer, prioritariamente, por meio de práticas ritualísticas. No conjunto destas crenças agregava-se também a cultura receptiva à técnica da variolização¹¹ e refratária à idéia de inocular no próprio corpo o vírus de origem animal presente na vacina.

¹¹ Consiste na inoculação no corpo do vírus da varíola extraído de uma lesão variólica de outra pessoa.

Mas ressalta também que este embate entre diferentes visões sobre a doença e a cura caracterizou-se somente como um espaço particularmente sensível num processo mais amplo, o processo de expropriação e violência inerentes à “capitalização, aburguesamento e cosmopolitização”(palavras de Sevcenko) impostas à sociedade brasileira, em especial, a carioca.

Embora tenha gerado muita polêmica e revolta contra os métodos adotados, é inegável que as medidas higienistas de Oswaldo Cruz também repercutiram efetivamente nas estatísticas de morbimortalidade, provocando redução na incidência das doenças combatidas em seu programa. A queda nos indicadores de mortalidade geral e, particularmente, da mortalidade por febre amarela e peste bubônica assegurou a legitimidade das campanhas junto ao aparelho estatal. Exceção se fez, porém, no caso da varíola. Apesar de ter demonstrado um refluxo em sua incidência nos três anos subseqüentes ao episódio da obrigatoriedade e suspensão da vacina, a doença recrudescer violentamente em 1908, provocando o maior surto epidêmico de sua história.

Este período, certamente, produziu grande efervescência de questionamentos e reflexões acerca de toda polêmica que envolveu a política sanitária e as medidas draconianas de Oswaldo Cruz. Se, de um lado, a população rebelada teria sido vitoriosa em sua luta contra o despotismo sanitário, de outro, poderia ser apontada como derrotada mais uma vez pela própria doença, como apontaram alguns críticos da época.

Uma outra página da história da passagem do sanitarista pela Diretoria Geral de Saúde Pública marcou, definitivamente, o conhecimento das condições de vida e de saúde da população brasileira. Foi neste período que Oswaldo Cruz inaugurou uma das práticas que iriam contribuir para a criação de uma consciência sanitária nacional, as expedições pelo interior do país. Através delas, foi, por um lado, revelado o cenário das doenças coletivas que assolavam a população e, por outro, possibilitada a instituição de medidas de controle e profilaxia. Estas expedições

prossegiram mais tarde com seus discípulos e colaboradores do Instituto Oswaldo Cruz (dentre eles Arthur Neiva e Carlos Chagas), tornando-se num dos fatores potencializadores do desenvolvimento de uma ciência genuinamente nacional.

Conforme BRITO (1995), os memorialistas de Cruz comparam este trabalho às entradas e bandeiras que desbravaram o interior do Brasil, no século XVII, em busca de ouro e pedras preciosas. Entretanto, os objetivos dos novos bandeirantes diferenciavam-se na medida em que, com grande senso de nacionalidade, buscavam estender os progressos civilizatórios, em especial, os avanços sanitários, a todo país. Diversamente daquelas, estas bandeiras científicas serviram para, ao invés de espoliar, produzir uma consciência sanitária que contribuísse efetivamente para o controle das doenças coletivas de caráter epidêmico ou endêmico que castigavam a população pobre e excluída socialmente do interior, cuja expressão simbólica se fez presente no personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato.

Este é um capítulo importante das políticas de Saúde Pública no Brasil, marcado pela introdução de um modelo sanitário, cujas marcas ainda hoje percebemos presentes nas instituições de saúde, bem como pela produção, mesmo que em meio a polêmicas, de um dos grandes personagens da saúde pública brasileira, Oswaldo Cruz. Os embates foram muitos, os conflitos também, porém é evidente que a efetividade de suas práticas higienistas auxiliaram a legitimar sua permanência na Diretoria Geral de Saúde Pública, mesmo após o término do governo Rodrigues Alves. Seu modelo de intervenção nos problemas de saúde pública, além de ser adotado em epidemias de outras doenças em outros estados brasileiros, registrou um padrão das práticas sanitárias que permaneceria incorporado às rotinas de atendimento sistemático, mesmo após sua saída.

Já no governo Afonso Pena (1906-1909), Oswaldo Cruz empreendeu esforços contra outras doenças revestidas de grande importância na época, como a tuberculose, que se intensificava à medida que pioravam as condições de vida e de

trabalho das camadas populares. Todavia, a falta de recursos e, principalmente, de apoio político provocou o esvaziamento de seus projetos.

Em 1909, passou a vigorar a lei que proibia a acumulação de cargos no serviço público federal, forçando Oswaldo Cruz a optar entre a Diretoria Geral de Saúde Pública e a direção do Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, já transformado em Instituto Oswaldo Cruz. Decidiu sair da DGSP, para continuar o projeto iniciado décadas antes na pesquisa microbiológica, onde inscreveu seu nome definitivamente nos anais da saúde pública brasileira. A notoriedade conquistada por Cruz além das fronteiras nacionais pode ser exemplificada pela presença de sua história e obra num dos maiores tratados italianos sobre a História da Medicina, em que é reverenciado ao lado de mitos como Pasteur, Villermé e Virchow (MAJOR, 1959).

O modelo do sanitarismo higienista nos moldes campanhista permaneceu hegemônico até os anos 20, direcionando a atuação estatal no campo sanitário através de campanhas orientadas para os problemas de saúde que ameaçavam concretamente a expansão da capacidade produtiva ou que bloqueavam a extensão das fronteiras do capitalismo nacional. Isto é, a mortalidade originada nas epidemias de varíola, de peste e de febre amarela nas áreas urbanas era compreendida como efetiva ameaça às novas relações de produção emergentes no país, além de ser um perigo ao convívio social no ambiente urbano. Assim, o investimento concentrou-se nas ações de bloqueio das doenças “ameaçadoras”, em detrimento das ações contra outras doenças que atingiam mais a classe operária, com altos índices de mortalidade e morbidade, e cuja erradicação era reivindicação da mesma, como no caso da tuberculose. Dois importantes aspectos devem ser salientados neste momento. O primeiro se refere ao insucesso de Oswaldo Cruz na campanha de combate à tuberculose, sobretudo pelas inadequadas estratégias desenvolvidas. E o segundo, diz respeito à decisiva influência do movimento sanitarista estruturado sob

as bases das endemias rurais e o saneamento, provocando um deslocamento do foco de atenção e de ação da saúde pública da cidade para o interior.

Deste modo, podemos salientar que as políticas de saúde instituídas pelo Estado brasileiro neste período desempenharam um papel histórico inegável e relevante para a constituição e estabilização da ordem social e política na sociedade. Tais políticas contribuíram, efetivamente, para modelar os traços estruturais dessa ordem marcada pela tendência à concentração do poder da elite e à exclusão das classes populares, tanto no nível decisório das questões políticas e econômicas, como no acesso às melhorias das condições infraestruturais de vida produzidas pelo modelo organizativo do espaço social urbano.

É importante perceber que no Brasil da Primeira República a saúde pública tornou-se, essencialmente, um instrumento de intervenção sobre a cidade, transformando-se em uma “saúde pública da cidade”, dada a conjuntura política, social, econômica e sanitária vigente. A organização dos saberes e práticas, dos serviços e instituições desta “saúde pública da cidade” foi forjada nos moldes higienistas, modelo importado, principalmente, da Europa, nascedouro das idéias higienistas no século XIX que passavam por um efervescente período de embates internos.

AS CRÍTICAS AO PROJETO HIGIENISTA DO GOVERNO ATRAVÉS DAS CHARGES DOS JORNAIS DA ÉPOCA

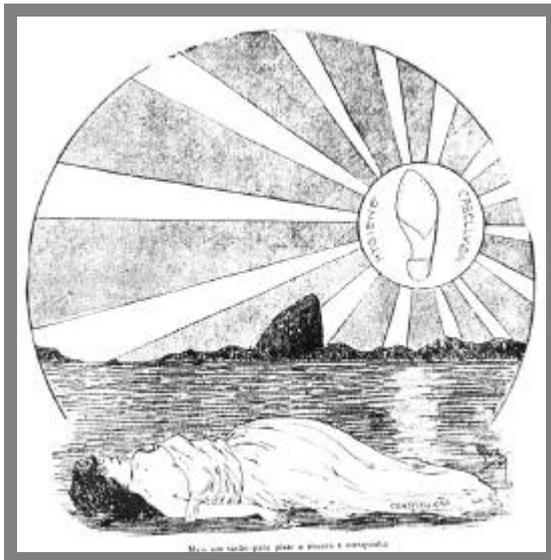


Fig.10- Os poderes ditatoriais da política higienista. Acervo da Biblioteca da Casa Oswaldo Cruz.



Fig.11- Os poderes da vacina. Acervo da Biblioteca da Casa Oswaldo Cruz.



Fig.12- O código de Torturas de Oswaldo Cruz. Acervo da Biblioteca da Casa Oswaldo Cruz.



Fig.13- O novo comércio Oswaldico de ratos. Acervo da Biblioteca da Casa Oswaldo Cruz.

***4 CIDADES SAUDÁVEIS:
um projeto no final do século XX***

Como tendência mundial, o processo de urbanização tem delineado a organização das sociedades mais intensamente a partir da industrialização e se apresenta no alvorecer do terceiro milênio com projeções preocupantes. Se analisarmos as projeções da Organização das Nações Unidas – ONU, publicadas em 1991, já naquela época, estimava-se que no ano de 2.000 cerca de 75% da população mundial estaria vivendo em áreas urbanas, seja em pequenas, médias ou mega cidades.

Porém, o dado mais preocupante refere-se ao fato da taxa de crescimento urbano apresentar-se diferenciada entre países do hemisfério sul e do hemisfério norte, sendo significativamente mais elevada nos países situados abaixo da linha do Equador. De acordo com, FERRAZ (2000), a chamada “revolução urbana” duplicou a população das cidades nas regiões mais desenvolvidas, porém, foi mais forte nos países do hemisfério sul que quadruplicaram suas populações urbanas no mesmo período. Em função de uma urbanização anárquica, aliada às políticas neoliberais excludentes e concentradoras de renda, esta situação tem produzido um impacto negativo sobre as condições de vida e de saúde dos povos, concentrando riqueza, aumentando pobreza, poluição e déficit de recursos, sobretudo nas grandes cidades, onde um tipo de habitat e um modo urbano peculiar de viver têm se mantido como estratégias sociais de sobrevivência, as favelas.¹²

No Brasil, em particular, esta conjunção tornou-se responsável pela produção de mais de 53 milhões de pessoas (em torno de 33% da população) que vivem abaixo da linha da pobreza, sem as condições estruturais básicas necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna. Porém, o dado mais alarmante trata daqueles que não são apenas pobres, mas engrossam as fileiras dos miseráveis, que não conseguem garantir sequer a alimentação mínima para sobrevivência, e, portanto,

¹² Em 1997, a proporção de favelas abrangia 30% da população em cidades do hemisfério sul, sendo em algumas delas, entretanto, superior a esta porcentagem como no caso de Bogotá (60%) e México (42%). FERRAZ, 2000.

estão totalmente excluídos da dinâmica social. Este grupo é constituído por cerca de 23 milhões de brasileiros (15% da população).

A evolução e a tendência da urbanização no Brasil retratam sobejamente a preocupação apontada pela ONU, uma vez que as taxas de urbanização brasileira superam, inclusive, a média mundial. Dados do IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2000) indicam fortemente o século XX como o século das cidades, a era do urbano, a época da urbanidade, a urbana idade. A inversão entre rural e urbano processou-se ao longo desse século, todavia, como no resto do mundo, acentuou-se a partir do incremento da industrialização no país. Assim, os registros da evolução histórica da distribuição espacial da população brasileira no século XX iniciam sua trajetória nos anos 40, mostrando que em torno de 68% da população eram da área rural e apenas 32% habitavam nas cidades. Esta tendência continuou a inverter-se nas décadas seguintes, sendo que, nos anos 60, ocorreu a grande mudança nesta distribuição populacional. Em 1970, mais de 55% da população já viviam no espaço urbano.

No final do século, as projeções realizadas na década anterior se confirmaram, pois no ano de 2000, mais de 80% da população brasileira se aglutinava nas áreas urbanas e somente 19% vivia na zona rural. A problemática agrava-se, na medida em que este processo não é acompanhado de políticas públicas que respondam às demandas sociais em termos de condições infraestruturais de vida para toda a população.

O espaço urbano brasileiro, embora privilegiado em relação aos investimentos no ambiente rural, sofre as conseqüências do carecimento de políticas públicas competentes que respondam às necessidades geradas nos campos da saúde, da educação, do trabalho, da habitação, do saneamento ambiental, do lazer. Até o momento, as políticas de urbanização mostraram-se ineficientes, contribuindo significativamente para uma ocupação desordenada do espaço urbano, com graves repercussões para a vida e a saúde da população, bem como para o meio ambiente.

Em virtude dos altos custos dos projetos de melhoria da infraestrutura urbana, os investimentos, freqüentemente, são destinados apenas a uma determinada parcela da população, que, via de regra, não é a mais carente. Desta forma, foi-se construindo um padrão de investimento altamente excludente na sociedade brasileira, que ao longo do seu processo de urbanização, foi constituindo uma forma desigual de viver, onde há cidadãos de primeira, de segunda e, mais recentemente, de terceira categoria. Aos primeiros, a elite dominante, condições infraestruturais adequadas e diferenciadas; aos segundos, a classe trabalhadora em geral, condições mínimas ou insuficientes a uma vida saudável; e aos terceiros, aqueles excluídos socialmente, não há sequer políticas sociais de garantia mínima da sobrevivência.

A junção urbanização-pobreza, presente em países como o Brasil, desenvolve um perfil epidemiológico particular, agregando situações próprias do subdesenvolvimento, como a desnutrição, com situações características de países ricos como as doenças cardiovasculares e neoplásicas. Este mosaico epidemiológico evidencia uma das marcas mais profundas da sociedade brasileira, a desigualdade, como expressão dos paradoxos de um país rico que acumula uma absurda taxa de pobreza.

Deste modo, a realidade das cidades no final do século XX urge por novas posturas e amplas intervenções no campo das políticas públicas. A saúde, como processo de produção social constituído a partir das condições de vida de sujeitos sociais, retrata intensamente esta realidade, requerendo respostas integradoras e comprometidas politicamente com as demandas sociais.

Foi exatamente nesta perspectiva de intervir no contexto do espaço social urbano que foi concebida e emergiu a proposta de Cidades Saudáveis, como uma estratégia, embora nascida no âmbito de um movimento setorial como o da promoção da saúde, caracterizou-se pela concepção mais abrangente e integradora do conceito de saúde entendido como expressão de qualidade de vida. Mas do que trata a proposta Cidades Saudáveis? O que é uma Cidade Saudável? Qual a sua

origem e evolução histórica? Quais fundamentos norteiam Cidades Saudáveis? Como têm sido desenvolvidas experiências de Cidade Saudável? A busca de respostas para estas e outras indagações e curiosidades acompanhará a trilha do caminho a ser percorrido a partir de agora neste capítulo. Para tanto, iniciamos com um breve recuo no tempo, buscando resgatar idéias e projetos passados e contemporâneos cujo foco central se direcione à relação “cidade – saúde”, para, a seguir, adentrarmos no mundo das Cidades Saudáveis abordando sua origem, história, concepções e práticas emergentes no bojo deste movimento, tanto em nível mundial, como na América Latina e no Brasil.

4.1. CIDADE E SAÚDE: UM ESPAÇO, MUITAS IDÉIAS

A idéia de articular cidade e saúde não é uma novidade do século XX, nem mesmo uma inovação da proposta “Cidades Saudáveis”. A junção cidade-saúde tem se constituído em preocupação para muitos desde longa data e em diversos lugares do mundo. Sendo assim, procuraremos resgatar, na história recente, algumas idéias, projetos e experiências que, de algum modo, se aproximam à concepção de vida saudável na cidade, ou melhor, que apresentam em comum a articulação cidade-saúde.

A seu modo peculiar, na Antiguidade as sociedades já imprimiam algumas marcas de um rudimentar pré-urbanismo, no sentido de preocupar-se em produzir tecnologias para a viabilização de condições mínimas para um viver mais saudável, embora tais invenções fossem absolutamente restritas a um determinado espaço, o espaço ocupado pela classe dominante. Nesta direção, podemos apontar para alguns sinais históricos que simbolizam esta preocupação: as grandes obras de saneamento de Roma simbolizadas pela cloaca máxima e os aquedutos romanos, como já comentamos anteriormente, as grandes salas de banho do Egito antigo.

Porém, é no século XIX, no auge da expansão da industrialização, que vamos encontrar os primórdios do pensamento urbanista, ou seja, um olhar diferenciado sobre o espaço urbano e a população urbana com uma determinada intencionalidade, a intervenção sobre este espaço. Uma intencionalidade manifesta que, muitas vezes, ocultava a real motivação e intenção. Uma espacialidade tocada, violada em suas diferentes dimensões: física, social, econômica, política.

O processo de industrialização foi pródigo em produzir situações de precariedade, miserabilidade e enfermidades, impondo à população trabalhadora condições de vida e de trabalho **desumanas**, do ponto de vista físico, **desiguais**, do ponto de vista social, **ditatoriais**, do ponto de vista político e **indignas**, do ponto de

vista ético. Tal situação se repetiu em diferentes cidades européias (na Inglaterra, na França, na Alemanha) onde, embora não simultaneamente, se evidenciava, de modo alarmante, o crescimento urbano sob o estatuto industrial.

A Inglaterra, berço da era industrial, vivenciou por primeiro, tanto as mudanças no processo de produção, como seus efeitos na vida dos trabalhadores e das cidades, novo *locus* privilegiado do sistema produtivo. Embora o final do século XVIII tenha evidenciado melhorias produzidas no âmbito de algumas cidades inglesas, como a recuperação dos centros degradados, o legado deixado para o século “vitoriano”¹³ nutriu-se na tríade miserabilidade, desigualdade e exploração marcada por dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito ao modo desigual que conduziu a distribuição das melhorias produzidas pelas reformas urbanas e, o segundo, refere-se ao ritmo veloz do crescimento urbano em relação aos interventos. Assim, era possível verificar que

persistiam a acumulação de água de esgoto, a poluição de fontes de suprimento de água, as moradias apinhadas e impróprias, persistiam todas as coisas, em suma, que viriam a agitar os reformadores do período vitoriano. Pôde-se tolerar a situação, contudo, enquanto as cidades não cresciam rápido demais e o movimento de reformas urbanas e aperfeiçoamento da saúde conseguia acompanhar seu crescimento. No entanto, quando, sob o impacto do industrialismo, as cidades se desenvolveram em um ritmo cada vez mais veloz, e não se conseguia controlar ou regular esse processo, os males suplantaram os benefícios iniciais. (ROSEN, 1994, p. 130)

As mudanças produzidas sob a égide da industrialização transformaram a cidade, a sociedade, e por fim, a própria moralidade. Porém, a cidade, como palco desta nova vida, configurou-se num símbolo concreto e visível da neorealidade. Para MARIANI (1975), o ambiente urbano transformou-se, assim, na representação espacial de um sistema que contrapôs duas nações, aquela dos ricos, dos patrões, e aquela dos pobres, dos trabalhadores assalariados, sob uma única regra, a da divisão. Deste modo, o nascimento da sociedade industrial se deu sob as bases de

¹³ Refere-se aos ideais e padrões de moralidade e gosto prevalentes durante o reinado da Rainha Vitória (1819-1901) na Grã-Bretanha de 1837 a 1901. (ROSEN, 1994)

um estatuto guiado pela exploração e a desigualdade, cujas repercussões logo se expressaram na precária condição de vida, na insalubridade habitacional e laboral que, por sua vez, se traduziram no incremento das taxas de mortalidade e morbidade.

As condições das habitações da classe trabalhadora, descritas em diferentes investigações processadas na época, evidenciavam uma situação que nos remete à clássica fórmula dos cortiços, tão conhecida na vida carioca do início do século XX. Apesar desta realidade manifestar-se sobejamente nas cidades manufatureiras como Manchester, Birmingham, Bristol e Leeds, a capital inglesa, também, tinha grandes cortiços, onde as pessoas viviam sob condições degradantes.

Neste cenário, foram urdidadas as tramas das imperativas mudanças para o mundo em transformação, para a sociedade em fermentação e para as novas cidades em expansão, que se encontravam expostas e, portanto, passíveis a quaisquer intervenções. Muitas idéias nasceram de preocupações diversas, muitos projetos emergiram em diferentes lugares, muitas obras concretizaram-se com histórias particulares. A efervescência destes fatos, se, por um lado, alarmou pela precariedade de vida e trabalho imposta à população operária, por outro, impulsionou o interesse no desenvolvimento de propostas de intervenção neste espaço. Muitas permaneceram idéias, outras utopias, mas algumas se efetivaram através de projetos de reforma urbana, de leis de proteção ao trabalhador ou modelos planejados para ocupação do território urbano, dando o impulso inicial ao que se transformaria no urbanismo contemporâneo.

Conforme MARIANI (1975), nesta perspectiva, podem ser apontados três diferentes grupos de intervenções ocorridas na sociedade inglesa, no que se refere aos projetos de reforma urbana e novos modelos:

projetos para novas formas urbanas descentralizadas, sem particular referência a um tipo de produção;

grupos de edifícios-modelo para habitação através de construções novas ou recuperadas com restauro do ambiente urbano;

vilas operárias para trabalhadores de fábricas descentralizadas.

No primeiro grupo de interventos, destacaram-se os projetos de Owen, Loudon e Sidney Smike, cuja base comum guiada pelo pensamento hegemônico na época fundamentava-se na tríade salubridade, higiene e comodidade característica do modelo social vitoriano idealístico, filantrópico e paternalista. Um outro projeto com grandes repercussões foi a “Christian Commonwealth” de John Minter Morgan que propôs, além das melhorias no ambiente físico, uma clara intervenção no ambiente social, de cunho religioso e moral baseada na ética anglicana. O autor assim sintetiza a concepção vitoriana de cidade:

A cidade vitoriana era baseada nos princípios: unir o máximo grau da ordem, da simetria, do espaço e da saúde com o máximo de ar e luz, e com o sistema mais perfeito de esgoto, comodidade e conforto de todas as classes; a devida proporção de alojamentos para o número provável e condição de cada segmento; o pronto acesso de todos às áreas protegidas do sol e da chuva; numerosas vias de entrada e saída. Além disso, gramados, jardins, flores e água abundante. Tudo isso com elegância e economia (MARIANI, 1975p. 77).

Porém, dois aspectos subliminares à grande obra urbana eram evidentes. O primeiro, referia-se à distribuição dos espaços guiada pela divisão de classes sociais, cuja ocupação sucessiva e hierárquica se dava a partir do centro pela classe mais abonada até chegar à periferia destinada ao segmento mais pobre da classe operária. Um segundo aspecto norteador destas comunidades era o rígido código de convivência social, completando, deste modo, a convicção de que uma comunidade decorosamente alojada, com serviços higiênicos, creches e banhos públicos, no ambiente urbano transforma-se numa comunidade pacífica e feliz, a base necessária para uma cidade perfeita.

Um segundo grupo de interventos no espaço urbano inglês neste período foi aquele que impulsionou o “*Housing Movement*”, composto por algumas associações

cujo tema fundamental era a preocupação com a habitação. Dentre as que se destacaram estavam a “*Society for Improving the conditions of the Labouring Classes*” (Sociedade para a melhoria das condições das classes trabalhadores) e a “*Metropolitan Association for Improving the Dwellings of the Industrious Classes*” (Associação Metropolitana para a Melhoria das Habitações das Classes Industriárias). Em comum, estas associações tinham o interesse em fornecer habitação aos trabalhadores e suas famílias, seja através da construção de edifícios ou vilas, seja por meio da concessão de empréstimos para a aquisição. Entretanto, se diferenciavam radicalmente, em relação ao caráter filantrópico sem visar benefícios financeiros, no caso da primeira associação, e a exigência de plena compensação para o capitalista, ou seja, pagamento de aluguel, no segundo caso.

E por fim, um terceiro tipo de intervenção nos espaços adjacentes às fábricas, as vilas operárias. Vilas estas erguidas a partir de projetos econômicos de habitação, tanto para trabalhadores das fábricas, como para operários ligados às ferrovias, em versão higiênica e decorosa, muito semelhante à especulação imobiliária da *Metropolitan Association for Improving the Dwellings of the Industrious Classes*. Muitas destas experiências foram marcadas pela diferenciação imposta ao corpo da classe trabalhadora, distribuindo-o em quatro diferentes tipos de casas, desde os altos funcionários, a chamada “aristocracia operária”, até o operariado, reproduzindo claramente as desigualdades da sociedade em geral.

Estes primeiros experimentos assinalaram, claramente, o caminho que seria percorrido pelo planejamento urbano futuro que, na virada do século, produziu as experiências antecessoras imediatas da Cidade-jardim. O aspecto marcante deste sistema foi revelado na grande influência sobre a moralidade dos trabalhadores, representada na ética imperativa da higiene e da ordem, transformando o que MARIANI (1975) caracterizou como o primeiro ataque vitorioso da classe dominante sobre o conflito urbano.

Como foi possível perceber, a Grã-Bretanha vivenciou um processo de grandes transformações, durante o século XIX, não só liderando o mundo no desenvolvimento industrial, como também experimentando suas piores conseqüências, além de possibilitar o emergir de propostas de intervenção sobre as precariedades advindas. Assim, a sociedade inglesa do século XIX tornou-se palco de diversos projetos e idéias desde seu início, quando

... Robert Owen, com seus planos práticos para Lanark, e Buckingham, com seu esquema para uma cidade ideal, ergueram suas vozes contra essa monstruosidade, mas ficaram sem eco; nos anos cinquenta do mesmo século, Charles Dickens sarcasticamente revelou essa situação de miséria em *Tempos Difíceis*, e Sir Titus Salt fundou *Saltaire*¹⁴, como uma vila modelo para os trabalhadores, em sua Alpaca Mills – sendo seguido, lá pelo final do século, por Lever, com *Port Sunlight*, e Cadbury, com *Bournville*, antecessores imediatos da concepção de Cidades-jardim de Ebenezer Howard do final do século XIX (GEDDES, 1994, p. 229).

Através da publicação do livro *Tomorrow*, Howard interferiu, diretamente, sobre o pensamento e a prática do planejamento urbano apresentando a idéia das Cidades-jardim como uma cidade planejada para a indústria e a vida saudável, em uma dimensão que permitisse uma plena medida da vida social, além de rodeada por um permanente cinturão de área rural, de propriedade pública ou mantida em custódia para a comunidade. O projeto das Cidades-jardim seduziu muitos daqueles preocupados com a evolução das cidades no final do século, sendo, em 1889, constituída a Associação das Cidades-jardim, seguida da Primeira Cidade-jardim Ltda, a qual, em 1903, lançou a primeira Cidade-jardim efetivamente. Muitos projetos foram concretizados a partir de então, inclusive ganhando novo impulso quarenta anos mais tarde, quando em 1946 foi viabilizada a Nova Lei Urbana na Inglaterra.

A concepção das Cidades-jardim assim como cultivou admiradores e seguidores que entendiam fundamental o planejamento do novo espaço, pensado,

¹⁴ Saltaire, vila concebida por Titus Salt, um industrial inglês que tornou-se o “rei da lã-alpaca”, cujo modelo consistia na construção de habitação para os trabalhadores, fundando verdadeiras pequenas cidades ao redor de suas fábricas.

por sua vez, como uma comunidade e não uma coleção de casas, também incitou muitas críticas. Dentre as críticas mais contundentes encontra-se aquela que aponta para uma grande contradição interna à concepção de um projeto de dupla face. Na aparência, buscava implementar uma filosofia de vida saudável à classe trabalhadora, visivelmente preocupada com as condições infraestruturais da vida, procurando estabelecer uma relação menos precária entre o trabalhador e a fábrica, ou seja, o patrão. Porém, numa aproximação mais apurada a essência que se revelava era outra. Os aparentes benefícios que a classe dominante colocava à disposição dos operários, através da habitação, por exemplo, ocultavam interesses ligados às vantagens financeiras advindas do aluguel das casas construídas.

Entretanto, nem estas vantagens eram maiores que aquelas, de caráter social e moral, produzidas pelas mudanças conduzidas pela classe dirigente. Com a descentralização da população nas vilas em torno das fábricas, induziu-se uma relação quase umbilical do trabalhador com a fábrica, onde as gerações de pais, filhos e netos cresciam, se formavam e formatavam suas vidas com a “marca da empresa e a benção da sua razão social” (MARIANI, 1975, p.114). Como exemplo irrefutável desta experiência, pode ser citada a da cidade-jardim de Port-Sunlight, cujo projeto idealizado e financiado pelo senhor Lever, proprietário da fábrica de produtos químicos ao redor da qual foi construída a cidade, exaltava ao máximo o conceito de integrar a vida do homem à vida da fábrica. Sem dúvida, esta era uma das estratégias engendradas pela classe dominante, que, conforme o autor, sagrou-se vitoriosa no intento de subordinar os operários, abafar os conflitos urbanos e impor um novo sistema produtivo que modificou a vida social. E para tanto, está evidente a eficiência do instrumental constituído ao longo desta história: os projetos de reforma urbana, o nascimento do urbanismo.

Ao se tratar do processo de reforma urbana transcorrida concomitantemente à revolução industrial inglesa, dois nomes não podem deixar de serem citados, pois compuseram intensamente a história social e política daquele país no século XIX:

Friedrich Engels e Edwin Chadwick. O primeiro, além da obra produzida com Marx posteriormente, marcou o processo histórico da industrialização por apresentar à sociedade uma das mais completas investigações acerca das condições de vida e de trabalho do proletariado, sob o título “*A situação da classe operária na Inglaterra*”. O relatório de Engels diferenciou-se das demais publicações da época por dois aspectos singulares, em primeiro lugar, seu interesse em chegar até os trabalhadores, de falar a eles sobre a sua condição, de buscar a sua conscientização e reação e, para tanto, a utilização de uma linguagem dirigida a este segmento da população, o que foi muito criticado por outros pesquisadores. Em segunda instância, sua intencionalidade de denunciar, mas, sobretudo, de indicar as implicações decorrentes da relação capital-trabalho expostas nas desigualdades, na exploração, no cerceamento da liberdade e da autonomia individual e coletiva da classe trabalhadora.

Já a figura de Edwin Chadwick, permeou a história da reforma urbana inglesa por um longo período, passando por diversos cargos, assumindo diferentes funções, mas, principalmente, exercendo sempre sua influência e poder. Integrante do grupo de filósofos radicais de origem Benthamista¹⁵, no período de 1832 a 1854, ele participou ativamente das reformas em curso. Mais do que isto, muitas das idéias concebidas, muitas das mudanças desencadeadas, muitos dos projetos desenvolvidos são por ele assinados. Sua primeira oportunidade surgiu, em 1832, com a nomeação para a *Comissão Real* de investigação da Lei dos Pobres, cujo relatório resultou numa Nova Lei dos Pobres, com princípios mais restritivos em relação à concessão de assistência e uma nova configuração administrativa centralizadora. Com a nova lei, Chadwick aparentemente buscava reduzir a proporção de pobres, porém, efetivamente

¹⁵ Refere-se a Jeremy Bentham, mestre do grupo conhecido como Filósofos Radicais, intelectuais dispostos a lidar com problemas públicos baseados na necessidade de criação de um ambiente favorável à ação econômica e social dos homens guiados por uma mão invisível: a do legislador e do administrador.

sua finalidade mais ampla estava em liberar o mercado, como condição para o investimento. A economia de mercado se afirmava, e clamava pela transformação do trabalho humano em mercadoria... ... e não é exagero dizer que a lógica do sistema de mercado estabelecido pela reforma da Lei dos Pobres – de 1834 – determinou a história social do século XIX (ROSEN, 1994, p. 163).

Quando assumiu a Comissão Real de investigação da Lei dos Pobres, a vida pública de Chadwick estava apenas iniciando, recebendo o primeiro impulso para uma trajetória marcada pela tenacidade, firmeza de propósitos e interesse pela questão pública. No período em que participou ativamente da vida pública (de 1832-1854), fez parte, por vezes, chefiando, outras, apenas integrando, de várias Comissões e Conselhos, os quais individualmente, provocaram muitos avanços na vida dos trabalhadores, mas no seu conjunto, como diz ROSEN (1994) transformaram a sociedade inglesa e construíram a história social do século XIX. Entre essas comissões e conselhos, destacaram-se:

- a Comissão das Fábricas de 1833, cujo trabalho resultou no Ato das Fábricas, um marco na legislação fabril da Grã-Bretanha;
- a Comissão da Lei dos Pobres, na qual trabalhou de 1834 a 1843, sendo nomeado secretário e depois chefe, e que produziu, em 1842, uma extensa investigação sobre as condições sanitárias da população trabalhadora, cuja publicação tornou-se um marco e desencadeou a sua nomeação para mais uma Comissão Real, agora a Comissão Real para Investigação da Situação das Cidades Grandes e dos Distritos Populosos;
- a Comissão Real para Investigação da Situação das Cidades publicou dois relatórios, um em 1844 e outro em 1845, denunciando a precariedade da situação sanitária das comunidades urbanas maiores, além de apresentar recomendações para uma nova legislação sanitária com a assunção de responsabilidade por parte do governo central acerca da saúde pública;

- o Conselho Geral de Saúde, criado a partir das necessidades geradas com o Ato da Saúde Pública em 1848, tornou-se um grande marco na história da Saúde Pública, pois apesar da breve existência (seis anos) teve uma intensa atividade e constituiu-se no último compromisso público direto de Chadwick, que, após uma onda de duras críticas, não viu o Primeiro Conselho de Saúde renovado, mas sim, condenado ao desaparecimento, o que provocou sua saída da administração pública.

O cenário de condições lúgubres e brutais vividas pela classe trabalhadora da nova sociedade industrial, não se limitava à Grã-Bretanha. A partir de 1830, tais condições se estenderam à França, Bélgica, Prússia e Estados Unidos, “em verdade, onde quer que o novo sistema industrial tivesse enraizado e desenvolvido. ... Em todos esses países uma resposta similar emergiu: a exigência de uma reforma sanitária.” (ROSEN, 1994, p. 167). Outros autores nomeiam esta exigência, de reforma urbana ou reforma da assistência social, dependendo do enfoque principal. Porém, independente da natureza e da alcunha adotada, os reformadores sempre foram unânimes na necessidade de transformar, reformar aquelas condições impostas pelo novo modo de produção, a fim de melhorar a vida da classe trabalhadora, e, conseqüentemente, ajustar a sociedade às novas exigências do mundo industrial.

Na França, não obstante o marcante avanço e conseqüente influência da bacteriologia de Pasteur, outros dois personagens se destacaram, participando, de modo decisivo, na transformação da sociedade francesa subordinada aos novos ditames da classe dominante. Villermé e Haussmann, o primeiro, como expoente do movimento da Saúde Pública francesa e, o segundo, como já mencionado anteriormente, foi o grande reformador de Paris.

Uma das grandes contribuições de Louis René Villermé (1782-1863) no movimento da Saúde Pública francesa se expressou através de seu estudo sobre as condições de saúde dos operários das indústrias têxteis, cujo “relatório publicado,

em 1840, sob o título *Tableau de l'État Physique et Moral dès Ouvriers Employés dans lês Manufactures de Coton, de Laine et de Soie* (Quadro do estado físico e moral dos operários empregados nas manufaturas de algodão, de lã e de seda) mexeu com a opinião pública e levou à lei, de 1841, que limitava o trabalho das crianças” (ibidem, 1994, p.198).

Entretanto, a maior expressão francesa em termos de transformação e, principalmente, higienização da cidade foi, sem dúvida, o Barão Georges Eugène Haussmann, prefeito de Paris no período do Império de Napoleão III. Sobre sua trajetória, projetos e modelos, bem como a repercussão de sua obra para além dos limites territoriais franceses, o capítulo 3 já se ocupou. Portanto, neste momento, cabe apenas salientar a Haussmannização como um modelo que percorreu o mundo e viajou no tempo, se pensarmos que em determinados aspectos nos possibilita, inclusive, uma reflexão aproximativa com a emergente proposta de Cidades Saudáveis.

Ao longo do século XX, com o incremento da urbanização, outras demandas se impuseram no mundo das cidades, novas necessidades emergiram, a partir de um modo singular de viver, aglomerado, concentrado em médias, grandes e até mega cidades. Diante de um mundo caótico, de um espaço ocupado desordenadamente, da instauração de uma relação desigual na estruturação da sociedade sob as bases do capitalismo neoliberal, muitas experiências nasceram do imperativo humano da mudança. Assim, algumas de modo mais tênue, outras mais contundente, estas experiências se apresentam ao mundo como possíveis estratégias de transformação das relações entre os homens e destes com o ambiente, seu habitat, seu espaço de vida.

Desde a Conferência Mundial sobre Meio Ambiente do Rio de Janeiro em 1992 (Eco 92), multiplicaram-se iniciativas e organizações, em nível nacional e internacional, preocupadas com o modelo de desenvolvimento e suas repercussões sobre a vida das populações. Neste sentido, sociedade civil, lideranças locais e

instituições nacionais e internacionais têm formado organizações, movimentos e fóruns permanentes para debater a situação global dos assentamentos humanos, as desigualdades impostas pelo modelo de desenvolvimento econômico e propor a sustentabilidade como perspectiva para uma sociedade mais justa e solidária. Nesta direção, encontram-se iniciativas como Cidades Sustentáveis, “Cidades para Bicicletas, Cidades de Futuro” da União Européia (COMISSÃO EUROPÉIA, 2000), Cidades Inovadoras e Sustentáveis (HALL e LANDRY, 2002), Habitat, Cidade das Crianças (TONUCCI, 1996), entre outras, além da Agenda 21 ainda representar a força motriz e guia destas iniciativas.

Sobre Cidades Sustentáveis, é importante registrar que este movimento origina-se na Europa, a partir da primeira *European Sustainable Cities and Towns Conference*, realizada em 1994 na Dinamarca. Tendo por base as preocupações sobre o desenvolvimento urbano levantadas na Rio 92 e as diretrizes constantes na Agenda 21, o Projeto Europeu Cidades Sustentáveis, iniciativa do Diretório Geral para o Ambiente da Comissão Européia, começa sua trajetória objetivando estimular e dar suporte às cidades para trabalhar em direção à sustentabilidade dos assentamentos humanos. Dentre as estratégias utilizadas pelo Projeto, destaca-se a formação de redes para cooperação e parcerias, além da promoção de conferências e eventos, como espaço de troca de experiências e de indicação de referências e metas coletivas.

Desde 1996, a Declaração de Berlim, aclamada na Conferência de Berlim sobre Cidades Sustentáveis, promovida pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD) das Nações Unidas tem apontado alguns princípios norteadores do movimento, dentre os quais destacam-se:

- é considerada uma cidade sustentável, aquela em que todas as pessoas têm o direito de participar plenamente na vida local, ter real acesso à identidade da cidade e da cidadania, ou seja, ter “direito à cidade”;

- as cidades devem ser organizadas de forma a desempenhar um papel decisivo na redução e eliminação de padrões insustentáveis de produção e consumo e na promoção do uso do solo, de sistemas de transportes e de construções ambientalmente saudáveis;
- áreas urbanas cheias de vigor e com condições de segurança, e que ofereçam uma grande variedade de funções, são características essenciais ao desenvolvimento urbano sustentável (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1998).

Como uma das estratégias mais fortes deste movimento, os eventos e conferências, representa o espaço de denúncia e discussão acerca da problemática dos assentamentos urbanos, bem como indica as necessidades políticas em termos de desenvolvimento de uma sociedade sustentável. Na Hannover Conference 2000, por exemplo, surgiram novas possibilidades de intercâmbio entre diversos setores da sociedade, ancoradas num dos princípios básicos do desenvolvimento sustentável, a intersectoralidade.

É importante ressaltar que o Projeto Europeu de Cidades Sustentáveis tem especial representação neste estudo em função de estar interligado com a proposta de Cidades Saudáveis. Junto com outras redes como o Conselho Internacional para Iniciativas Ambientais Locais, a Comissão Europeia de Grupos Experts em Ambiente Urbano e o Projeto OMS de Cidades Saudáveis, entre outras, o *European Sustainable Cities Project* tem integrado um movimento interativo para a transferência de conhecimento e a troca de experiências no campo da sustentabilidade urbana e a Agenda 21 Local na Europa. Sobre a origem e a evolução, bem como sobre a formulação das bases teóricas e as expressões práticas da Proposta de Cidades Saudáveis trataremos a seguir.

4.2. CIDADES SAUDÁVEIS: ORIGEM E EXPANSÃO DE UM PROJETO PARA O MUNDO DAS CIDADES

Preocupar-se com a saúde no âmbito das cidades, como vimos, não é uma questão recente, nem tampouco é exclusividade do setor saúde. Ao contrário, tem sido a tônica de muitos reformadores, urbanistas e sanitaristas que bem antes do século XX já relacionavam as péssimas condições de vida e de trabalho com a saúde e longevidade dos trabalhadores e apontavam para medidas preventivas como melhor forma de intervenção. Portanto, pensar num espaço urbano saudável para uma vida saudável não é uma novidade do final do século XX. Deste modo, a nova proposta de cidade saudável parece pretender reviver o impacto que o movimento da saúde das cidades teve sobre a ordem governativa urbana no século XIX, porém atualizando conceitos, reinventando estratégias (MENDES, 1996).

Se a nova proposta de Cidades Saudáveis não é uma preocupação recente, nem tampouco uma invenção contemporânea, é importante questionar as motivações de sua emergência, o cenário no qual surgiu e evoluiu, seus fundamentos conceituais, bem como a quais finalidades se propõe. Entretanto, a primeira questão que surge se refere ao que é afinal Cidades Saudáveis? Seria uma política pública? Seria um modelo de atenção à saúde? Ou seria um movimento social? Como história recente em construção esta proposta se apresenta aberta a várias interpretações, as quais vários autores têm buscado co-substanciar aprofundando estudos conceituais.

WESTPHAL (2000), uma das estudiosas brasileiras do tema, aponta para a seguinte questão: ao mencionar *cidades saudáveis* está se falando de uma forma de avaliação, de um projeto ou de um movimento? Na verdade, segundo a autora, há várias interpretações coexistindo no momento que vão se constituindo e se moldando de acordo com o cenário acadêmico, técnico, político em que se desenvolvem.

Ao entendê-la como forma de avaliação da cidade, muitos gestores públicos e até mesmo técnicos e segmentos populares imprimem à proposta de Cidades Saudáveis um caráter pontual de avaliação, ou seja, antes de ser um processo de implementação de ações, torna-se apenas um momento no qual a cidade é avaliada com o objetivo de destacá-la com premiação ou selo de qualidade. Na verdade, não é esta a concepção que os genitores e defensores da proposta, Duhl e Hancock, têm assumido e difundido ao longo de sua trajetória. Para eles, uma Cidade Saudável não é somente uma cidade com alto nível de saúde medido através de indicadores epidemiológicos, mas é, sobretudo, uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos, os quais busca continuamente atingir.

Cidades Saudáveis é, portanto, o nome dado a um projeto de desenvolvimento social cujo centro está focalizado na saúde e nas suas múltiplas determinações. Porém, não se apresenta como um projeto restrito, fechado, mas é, simultaneamente, um movimento de luta por um estilo de desenvolvimento sustentável, guiado pela visão da satisfação das necessidades da sociedade atual, sem comprometer as gerações futuras.

Aprofundando esta discussão, outros autores apontam mais além, indicando Cidades Saudáveis como uma filosofia e uma idéia. Conforme XAVIER (2000, p.3),

antes de ser um modelo técnico ou um movimento de caráter social e urbano voltado para a qualidade de vida, antes de ser uma rede de cidades trabalhando em conjunto e trocando informações sobre promoção da saúde, antes de ser um projeto viável de implementação de políticas públicas, Cidade Saudável é uma idéia, uma idéia-força.

Como idéia, o autor aponta para uma dupla face, se por um lado, é uma idéia antiga e ligada ao bem-estar humano, por outro, faz-se portadora de uma nova essência intrinsecamente referida pela sua compreensão, identificação e adequação. É uma idéia com raízes em outras três idéias, as quais trataremos mais adiante: a evolução do conceito de saúde, a evolução da construção da urbe e a noção de rede.

Já MENDES (1996), aponta para outra direção, concebendo Cidades Saudáveis no contexto da prática da vigilância da saúde fundamentada no paradigma da produção social da saúde. De modo a contribuir para a construção deste processo, o autor indica dois projetos estruturantes: *idades saudáveis* como a estruturação de respostas no campo ampliado da saúde, entendida como qualidade de vida, e *distrito sanitário* como projeto de estruturação do campo específico dos serviços de saúde.

Para o autor, embora o paradigma da produção social da saúde não se restrinja aos limites da cidade, devendo estender-se nos diferentes âmbitos da sociedade, sendo possível conceber um estado, um país saudável e até mesmo uma ordem internacional saudável, e porque não acrescentar, uma relação interplanetária saudável, pragmaticamente, ainda é este o espaço privilegiado da prática da vigilância da saúde. Portanto, entende cidade saudável como aquela em que todos os atores sociais orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade para melhorar a qualidade de vida de todos, individual e coletivamente.

Mesmo apresentando diferentes interpretações, denominações e conceituações, todos esses autores comungam de um aspecto, o projeto a que se referem. Trata-se do mesmo ideário concebido como uma evolução conceitual no interior do movimento de Promoção de Saúde na América do Norte que, desde a década de 70, produzia críticas à concepção de educação sanitária fundamentada nos parâmetros psicossociais de mudanças de comportamentos e atitudes individuais.

Estas críticas, combinadas com a formulação de novas idéias em termos de promoção da saúde, possibilitaram a gestação do Movimento por Cidades Saudáveis e seu conseqüente nascimento durante o Simpósio “Healthy Toronto 2.000: Beyond Health Care”, realizado em 1984, na cidade de Toronto, no Canadá. Simbolicamente, este foi um marco histórico das Cidades Saudáveis, visto que as idéias sobre o papel dos municípios a respeito de políticas públicas favoráveis à

saúde se apresentaram ao mundo naquele momento e se configuraram na fundação do “Projeto Canadense para Comunidades Saudáveis”, sendo a cidade de Toronto a primeira a envolver-se no seu desenvolvimento. Pensar numa Toronto Saudável, além de constituir-se num marco histórico para este movimento, representou também a grande oportunidade para os sanitaristas comunicarem um novo modo de conceber e fazer saúde, buscando criticar e superar o modelo médico hegemônico.

A consolidação inicial destas idéias e a criação do termo Cidades Saudáveis, entretanto, aconteceu apenas na “I Conferência Internacional de Promoção de Saúde”, ocorrida na cidade de Ottawa, Canadá, dois anos mais tarde. Através da Carta de Ottawa, foi referendado um novo conceito de saúde, significando uma ampliação da concepção de promoção de saúde, que incorporou a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de vida e de saúde das pessoas. Para atingir as metas e implementar a estratégia da promoção de saúde, o documento previu cinco grandes linhas de ação: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; estímulo à ação comunitária; desenvolvimento de habilidades individuais e mudança nos estilos de vida; e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1996; INTERNATIONAL HEALTHY CITIES FOUNDATION, 2002).

Com este impulso inicial, em 1986, a Organização Mundial da Saúde – OMS lança o Projeto de Cidades Saudáveis na Europa no Simpósio de Cidades Saudáveis, em Lisboa. Imediatamente, onze cidades aderem à proposta, dentre as quais Rennes (França), Milano (Itália), Liège (Bélgica) e Copenhague (Dinamarca). A OMS inclui o Projeto “Healthy Cities” nas suas estratégias de Saúde Ambiental, mais especificamente, no Programa de Saúde Ambiental no Desenvolvimento Urbano. No Projeto “Healthy Cities”, ficou clara a concepção de saúde relacionada às condições de vida, sendo considerados como determinantes fatores ambientais, sociais e econômicos. Para a OMS, “Cidade Saudável” é aquela em que os

dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, 1991).

Muitos fóruns nacionais e internacionais têm conferido legitimidade à discussão em torno de temas direta ou indiretamente relacionados a Cidades Saudáveis e a promoção da saúde, tais como desenvolvimento sustentável, assentamentos urbanos e equidade. É o caso da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundswall, Suécia, em 1991, bem como a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, a Rio 92, de onde emergiu a Agenda 21, considerada mais que um Programa Global de Ação para o Desenvolvimento Sustentável, uma verdadeira bússola na trajetória das diferentes forças sociais que se movimentam em busca de uma sociedade fundada nos princípios da sustentabilidade, da justiça e do bem-estar social. Um dos importantes registros constantes da Agenda 21 refere-se ao extenso diagnóstico denunciando as condições de desigualdades sociais e econômicas em termos mundiais, refletidas nas diferenças externas, países do hemisfério norte e países do hemisfério sul, países ricos e países pobres, e vistas nas diferenças internas, sentidas no interior das cidades, percebidas pelos cidadãos de cada comunidade, cada bairro, cada favela.

Mais tarde, em 1997, foi promovida em Jacarta, Indonésia, a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde para o Século XXI, cujo tema central focalizou as transições epidemiológica e populacional em nível mundial, marcadas, principalmente, pelas mudanças de valores, dos modos de consumo e das condições de vida.

Na trajetória histórica do movimento pela promoção da saúde e das Cidades Saudáveis, nos primeiros momentos, dois nomes se destacaram: Leonard Duhl e Thomas Hancock, o primeiro, psiquiatra e urbanista da Universidade de Berkeley, diretor da *International Healthy Cities Foundation*; o segundo médico consultor de saúde pública do Departamento de Saúde da Cidade de Toronto. Duhl e Hancock

contribuíram, significativamente, para a construção da proposta de Cidades Saudáveis formulando idéias sobre a questão da promoção da saúde em termos de políticas públicas favoráveis à saúde. Para eles, uma cidade saudável é aquela que coloca em prática, de forma contínua, a melhoria de seu meio ambiente físico e social, potencializando os recursos comunitários com o objetivo de permitir a seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem à sua plena realização (FERRAZ, 1999).

Este conceito, como qualquer idéia emergente na sociedade, reflete, sem dúvida, o espaço social e o momento histórico no qual surgiu. Portanto, não podemos esquecer que a idéia de Duhl e Hancock sobre Cidades Saudáveis nasceu num determinado espaço social, num determinado momento histórico dessa sociedade, carregando consigo todos os determinantes e marcas de um país rico, diferenciado em termos de condições infraestruturais de vida e respeito aos direitos democráticos e de cidadania.

A primeira Conferência Mundial das Cidades Saudáveis, realizada na Califórnia, em dezembro de 1993, contabilizou mais de 1.400 participantes oriundos de 50 diferentes países que se encontraram para compartilhar experiências, avaliar os projetos em curso e traçar novos mecanismos de apoio. Desde esta época, o Movimento de Cidades Saudáveis evoluiu muito, expandindo-se em todos os continentes, por vários países, desenvolvidos ou subdesenvolvidos, concretizando-se em pequenas, médias e megacidades. Em 2000, a *International Healthy Cities Foundation* registrava o desenvolvimento de projetos em mais de 3.000 cidades espalhadas pelo mundo, com o ingresso permanente de novos projetos (INTERNATIONAL HEALTHY CITIES FOUNDATION, 2002).

Retornando à evolução do movimento na Europa, é importante registrar que o Escritório Regional Europeu da OMS teve papel fundamental no desenvolvimento do projeto de Cidades Saudáveis na região. Do Movimento Cidades Saudáveis participam mais de 500 cidades européias que compartilham dos princípios e

estratégias apontadas pela OMS. Porém, para integrar o *World Health Organization (WHO) Health Cities Project*, a OMS escolhe poucas destas cidades, que passam a ser referência em cada uma das fases de desenvolvimento do projeto.

Portanto, o Projeto OMS de Cidades Saudáveis é uma iniciativa institucional de desenvolvimento à longo prazo e de abrangência internacional, que objetiva inserir decisivamente a saúde na agenda dos gestores europeus e promover estratégias locais mais abrangentes para a saúde e o desenvolvimento sustentável, baseados nos princípios da Estratégia Saúde para Todos no Século XXI e da Agenda Local 21. Deste modo, o projeto declara que seu foco principal direciona-se ao fortalecimento do bem-estar físico, mental, social e ambiental das pessoas que vivem e trabalham nas cidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION - Regional Office for Europe, 2002).

Desde 1987, o projeto já passou por diferentes fases, as quais têm a duração de cinco anos. Em cada uma destas fases, é formada uma nova rede de projetos de cidades que passam a integrar oficialmente o Projeto OMS de Cidades Saudáveis, sendo que a rede da fase anterior se desfaz. Nesta lógica, já foram implementadas e completadas duas fases e uma terceira está se concluindo atualmente.

A Fase I do projeto (1987-1992) envolveu 35 cidades européias na rede, dentre as quais destacaram-se Milão(Itália), Rennes(França), Zagreb(Iugoslávia), Liège(Bélgica) e Copenhage(Dinamarca). Seu objetivo centralizou-se na criação de estruturas para a ação de agentes de mudanças e para a expansão da proposta, além de buscar introduzir novos meios para trabalhar saúde nas cidades. Esta meta foi trabalhada através da formação de redes nacionais de Cidades Saudáveis estimuladas pelas cidades integrantes do projeto OMS. Esta fase inicial foi decisiva para o êxito e a continuidade do projeto, pois conseguiu sensibilizar significativo contingente de gestores municipais para a idéia, embora a repercussão de resultados nas próprias cidades tivesse sido muito tímida. Após os primeiros seis anos, o movimento já registrava um significativo envolvimento das cidades européias (mais

de 500), além de contar com a participação de inúmeras cidades espalhadas por outras partes do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION - Regional Office for Europe, 1998).

Já da Fase II (1993-1997) participaram 39 cidades, das quais apenas 13 haviam participado da primeira fase. Neste período, a ênfase deslocou-se da preocupação com a criação de estruturas diretivas para a intensa campanha favorável à promoção de políticas públicas saudáveis e o fortalecimento de um planejamento ampliado para a saúde da cidade.

Em 1998, o Projeto OMS de Cidades Saudáveis desencadeou a Fase III, envolvendo aproximadamente 50 cidades na rede, cuja estratégia centrou-se no planejamento integrado de saúde, fundamentado nos princípios da equidade, do desenvolvimento sustentável e do desenvolvimento social. No desenvolvimento desta fase, as cidades integrantes foram estimuladas a instituir abordagens sistemáticas de monitoramento e avaliação dos projetos, como um dos requisitos para o avanço da rede. Esta fase encontra-se em curso, sendo sua finalização prevista para o ano corrente. As discussões e deliberações sobre a nova etapa a ser desencadeada a partir de 2003, ainda se encontram em processo fermentativo e devem ser divulgadas no decorrer deste ano.

A formação de redes de cooperação de Cidades Saudáveis constituiu-se, ao longo da década de 90, numa estratégia peculiar de sucesso, inicialmente, no meio europeu, expandindo-se progressivamente para outras partes do mundo *a posteriori*. Deste modo, foram se organizando as redes nacionais nos diferentes continentes que vão se interligando e conectando por meio das instituições oficiais da saúde, como a Organização Mundial da Saúde, o Escritório Regional Europeu da OMS, a Organização Panamericana da Saúde, ou através de redes de comunicação e intercâmbio paralelas, como as federações nacionais e internacionais de Cidades Saudáveis, os Centros de referência de estudos e experiências na área, entre outros.

A *International Healthy Cities Conference*, realizada em Atenas - Grécia, em junho de 1998, que marcou o fim da Fase II e o início da Fase III do projeto europeu, serviu de avaliação e comemoração dos primeiros dez anos de sua implementação. A *Athens Declaration for Healthy Cities* reforçou os princípios já adotados, incluindo, também, as preocupações e indicações presentes na Agenda 21 da Conferência Mundial sobre Meio Ambiente (Rio de Janeiro, 1992), no Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994). Neste sentido, são indicados como princípios chave para a saúde e desenvolvimento sustentável a equidade, a sustentabilidade, a cooperação intersetorial e a solidariedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION - Regional Office for Europe, 2002).

A Conferência de Atenas determinou fortemente a trajetória do movimento, redirecionando, inclusive, as linhas políticas até então dominantes no projeto OMS. É, a partir deste momento, que se percebe a aproximação do Projeto Cidades Saudáveis com outros movimentos sociais expressivos que objetivam a transformação da sociedade, buscando a construção de uma sociedade mais justa, saudável e solidária. Mais que uma aproximação, efetivamente, foi se constituindo um diálogo entre os movimentos, o que significou a incorporação de determinados princípios até então ausentes na formulação teórica de Cidades Saudáveis. Equidade e sustentabilidade passaram a fazer parte do discurso defendido para a promoção de ambientes urbanos saudáveis, propiciando, inclusive, um deslocamento da forte ênfase inicial na questão da mudança de estilos de vida, para um enfoque mais amplo de saúde, inserindo-a no contexto do processo de desenvolvimento social e econômico contemporâneo.

Deste modo, é possível perceber que o slogan **pensar global, agir local**, incluso no ideário dos defensores do desenvolvimento sustentável, encontra receptividade no movimento de Cidades Saudáveis, por coincidir em alguns aspectos, tais como o âmbito privilegiado da ação, os atores envolvidos e a

necessidade de focar saúde num processo mais amplo do desenvolvimento da sociedade. A cidade, como *locus* privilegiado das ações para o favorecimento de uma vida saudável aos seus cidadãos, sem dúvida, é um dos pilares do Cidades Saudáveis que expressa, claramente, a intencionalidade de retornar ao mundo local, onde se efetiva a vida, o trabalho, a saúde das pessoas e dos grupos sociais. Este movimento de micro-localização do foco das políticas públicas busca propiciar, também, a entrada e a participação efetiva de múltiplos atores no cenário das decisões, que passam a ser compartilhadas entre gestores, instituições, lideranças e a população envolvida.

Conforme FERRAZ (2000), partindo da análise dos projetos oriundos da Europa, é possível apontar para dez características comuns entre eles, que no seu conjunto fornecem, na verdade, um painel de um projeto local de cidade saudável. Dentre estas características, o consenso político é considerado como condição-chave para o desencadeamento, o desenvolvimento e o êxito de cada projeto. As demais características são traduzidas nos seguintes preceitos:

- A elaboração de programas políticos e de planos de ação locais devem estar inspirados na filosofia cidades saudáveis. Tanto uns como outros, dizem respeito à promoção da saúde e à luta contra a doença: a melhoria de vida e as preocupações ambientais e o engajamento da comunidade são estratégias fundamentais.
- A tomada de decisões políticas devem visar a implantação de estruturas e a adoção de políticas e programas que priorizem uma ação global sobre os problemas sanitários da cidade.
- A implantação de comitês encarregados de definir as grandes orientações do projeto permite as discussões sobre o interesse e as contribuições dos diversos parceiros do projeto, bem como a tomada de decisões compartilhadas, relativas aos planos e às prioridades.

- A criação de uma pequena unidade orgânica, como um *bureau*, um escritório, uma coordenação local do projeto cidades saudáveis, pode assegurar o andamento e a execução das decisões dos comitês.
- O estabelecimento de planos de operações e de estratégias que concretizem as finalidades do projeto define, conforme o caso, as modalidades segundo as quais todos os elementos da administração municipal contribuirão para a melhoria da saúde da população urbana.
- É imprescindível a implantação de dispositivos administrativos necessários para constituir a base de dados requerida pelo projeto, facilitar a cooperação entre os diversos setores urbanos e favorecer o engajamento da comunidade na planificação e na ação sanitárias.
- A modificação das políticas e dos programas existentes e implementação de projetos inovadores ao lado das atividades do projeto.
- A promoção de atividades destinadas a aumentar a sensibilidade para as questões de saúde, a desenvolver estratégias de saúde para todos e a assegurar a transparência do projeto e de suas realizações não podem ser esquecidas.
- É necessária a implantação de mecanismos que garantam a implementação do projeto de modo transparente, para as instituições políticas e para a comunidade.
- A criação de vínculos nacionais e internacionais para as trocas de informações e de dados, de experiências, assim como para a promoção da filosofia de cidades saudáveis deve estar presente na pauta de cada projeto, de cada rede.

Embora somente 50 projetos específicos sejam considerados oficialmente do Projeto OMS, atualmente, a rede européia da OMS envolve centenas de cidades, espalhadas por 27 países, que orbitam em torno da concepção de Cidades

Saudáveis, interligadas por meio das redes nacionais formadas ao longo dos anos. A rede italiana de Cidades Saudáveis é um exemplo forte de estratégia de organização e difusão dos discursos e práticas preconizadas pela Oficina Regional da Europa da OMS.

Alguns municípios italianos estão envolvidos com a proposta desde seu início, como é o caso de Bologna, Milano e Padova, porém só conseguiram se organizar em rede a partir de 1995, quando foi fundada a *Rete Italiana Città Sane – OMS*. Em março de 2001, a rede foi oficialmente transformada na *Associazione “Rete Italiana Città Sane – OMS”*, que passou a exercer um papel fundamental na agregação, na difusão e troca de idéias e experiências entre as mais de cem cidades associadas (ASSOCIAZIONE RETE ITALIANA CITTÀ SANE, 2002).

Como integrantes da Fase III do Projeto OMS de Cidades Saudáveis, as cidades de Bologna, Milano, Padova, Udine, Arezzo e Siena estruturam seus projetos, fundamentalmente, nos princípios centrais da proposta, entretanto agregando dois aspectos nodais para a evolução positiva não somente da rede, mas das concepções que buscam inserção mais consistente na sociedade. Assim, ao mesmo tempo em que exercem a liderança da rede italiana, neste momento, a cargo da representação da cidade de Bologna, com a tarefa de articular e integrar todas as experiências locais, representam experiências com algum grau de efetividade e amadurecimento, logo, podem servir de modelo às demais cidades.

De um modo geral, as experiências destas seis cidades italianas sustentam seus projetos, enfatizando os princípios mais amplos da proposta, quais sejam, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e ambientes favoráveis à saúde. No entanto, as estratégias operativas, via de regra, se resumem ou em programas dirigidos a problemas ou situação específica ou em frágeis articulações intersetoriais.

No primeiro caso, podemos citar o exemplo de Padova que, após um amplo diagnóstico das condições de vida e de saúde da população padovana, concentrou seu projeto em duas linhas programáticas, que, em princípio, poderiam abarcar grandes ações transformadoras da realidade, mas que foram esvaziadas em seu conteúdo por ações absolutamente compensatórias. Nas ações em favor da população mais desfavorecida, a primeira linha, figuraram programas de assistência econômica a famílias de baixa renda, serviços de tele-emergência para idosos, a criação de serviços de acolhimento para menores em situação de risco, além de serviço de atendimento a imigrantes sem moradia. Já as ações de promoção da qualidade de vida, ficaram restritas ao desenvolvimento de atividades de lazer dirigidas aos idosos e crianças. Na experiência padovana observa-se, ainda, que não há o envolvimento da sociedade no planejamento e na condução do projeto, sendo esta tratada como o sujeito necessitado de uma ação que é incapaz de desenvolver sozinho. Todas as atividades, pois assim foram reduzidas as possíveis políticas, são conduzidas pela Prefeitura municipal (COMUNE DI PADOVA, 1998).

Há também experiências que buscam avançar no sentido de entender os problemas de saúde a partir de sua determinação mais geral e, portanto, passíveis de intervenção somente por meio de ações intersetoriais com participação de instituições, da organização popular, do governo. Na cidade de Arezzo, esta tentativa foi colocada em prática, porém foi sendo fragilizada na medida em que as diferentes representações da sociedade envolvidas na proposta, começaram a assumir a direção de ações mais ligadas a sua área de atuação, fragmentando, sensivelmente, o processo e evidenciando a forte influência dos setores já tradicionalmente estruturados (CENTRO FRANCESCO REDDI, 1998).

4.3. “MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS”: UM MOVIMENTO PARA A AMÉRICA LATINA

Ao ser trazida e traduzida na América Latina, a proposta de Cidades Saudáveis foi recheada com ingredientes políticos, além de ser batizada de Movimento de Municípios/Comunidades Saudáveis. O Movimento de Municípios Saudáveis, próprio da América Latina, nasceu como iniciativa da Organização Panamericana da Saúde – OPS/OMS que, em 1991, resolveu impulsionar esta estratégia na região, considerando os processos de descentralização da saúde e a implantação dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS, configurando, assim, uma importância cada vez maior para o município.

A adoção do nome Movimento de Municípios/Comunidades Saudáveis, no projeto, revela a preocupação da OPS não só com o espaço social urbano, mas com o espaço social global de um município, não desvinculando o urbano do rural, e a ênfase dada a sua estratégia de SILOS, cujo *locus* final é representado pelas comunidades. Assim, define Município Saudável como aquele em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários e trabalhadores e a sociedade, dedicam seus esforços a melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecendo uma relação harmoniosa com o meio ambiente, expandindo os recursos comunitários para melhorar o nível de convivência, desenvolver a solidariedade, a co-gestão social e a democracia.

Em termos operacionais, esta nova concepção de “fazer saúde” não é centrada em objetivos estritamente técnicos, mas firma-se através da participação efetiva da representação política local, que pode ser interpretada pela participação tanto do segmento popular como em nível gerencial. Os inúmeros projetos de cidades

saudáveis em andamento, tanto nas cidades européias como em municípios latino-americanos, incluem atividades referentes a:

- ações centradas sobre o meio ambiente, sobretudo o saneamento de regiões carentes, os resíduos sólidos e a qualidade do ar;
- desenvolvimento de serviços de saúde em nível dos distritos e regiões carentes;
- ações de controle e de prevenção de doenças específicas não cobertas pelos programas do sistema nacional de saúde;
- promoção de modo de vida sadio: defesa de políticas de saúde mais “saudáveis”, o que significa promover a elaboração de políticas municipais baseadas no desenvolvimento econômico que produzam um impacto potencial para a saúde e a proteção das populações.

De acordo com MENDES (1996), uma cidade saudável deve apresentar algumas características, que devem ser tomadas como processos em permanente construção, portanto, não acabadas e passíveis de transformação:

- a) a busca da melhoria da qualidade da vida da população;
- b) o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis;
- c) o trabalho intersetorial;
- d) o compromisso com a equidade;
- e) a construção cotidiana com a cidadania;
- f) a criatividade e espírito inovador. (ibidem, 1996, p.262).

No âmbito da América Latina, esta concepção vem sendo difundida, segundo documentos produzidos pela ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992), com dificuldades na compreensão de seu significado e a sua aplicação no campo da saúde pública. A este fato creditam inúmeros fatores, dentre os quais se destaca o fato da cultura sanitária estar ainda fundamentada no paradigma biomédico, que se traduz na estratégia de programas verticalizados. Ou

seja, a compreensão dos determinantes globais da saúde ainda não foi incorporada pelas práticas cotidianas de organização dos serviços de saúde, a ponto de se criar uma nova cultura sanitária. As experiências em curso ainda mostram-se insipientes e com pequena repercussão ante as políticas nacionais de saúde dos países da região.

Mesmo assim, FERRAZ (1994) já aponta para um progressivo movimento na América Latina no sentido de tentar incorporar o conceito de promoção nos moldes marcados na Carta de Ottawa. Neste sentido, a realização da Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, promovida pela OPS, em 1992, em Bogotá, na Colômbia, constituiu-se num evento impulsionador. A Declaração de Bogotá expressa a tônica do debate que se focalizou em torno do significado da promoção da saúde na América Latina, no sentido de estabelecer princípios, estratégias e compromissos para o alcance de bons níveis de saúde da população da região. Assim, salienta como principal desafio para a promoção da saúde na América Latina a transformação das relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar para todos. A equidade social e a solidariedade seriam, portanto, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

O documento critica, ainda, a tendência reducionista de políticas de saúde que transformam problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, uma vez que o cerne da questão é deslocado do corpo social para o biológico ou físico, e a responsabilidade em produzir respostas efetivas a sua resolução desloca-se do nível do Estado para o próprio indivíduo.

Conforme FERRAZ (1994), isto ajuda a explicar porque tantos programas de promoção de saúde orientam suas estratégias para a promoção de uma conduta sadia. A autora observa ainda que, por outro lado, para se atingir a meta de **Saúde para Todos** em todos os países, em especial, os países subdesenvolvidos, depende da melhoria de condições sociais, tais como educação, habitação, salário digno. São estas condições sociais que influem na modificação do estilo de vida.

Na verdade, torna-se um processo, ao mesmo tempo, perverso e contraditório. Como é possível mudar estilos de vida numa sociedade onde os sistemas educativos não cumprem com a tarefa básica da alfabetização de todos, a como é possível pensar em padrões higiênicos em casas que carecem de água encanada, por fim, como é possível pensarmos em explicar uma dieta saudável a pessoas que passam fome? Antes de tudo, devemos pensar que a promoção da saúde nas cidades desenvolvida, seja através de projetos de Cidades Saudáveis, seja por meio de outras estratégias, deve orientar-se em primeira instância pelos determinantes das condições de vida e de saúde da população, bem como pela clara definição das políticas em favor da saúde.

RESTREPO (1992) apresenta algumas considerações acerca da nova visão de promoção de saúde para a América Latina, assinalando que a promoção de saúde se refere à saúde dentro de um amplo contexto social e ecológico como uma estratégia que permite buscar um maior compromisso de todos para diminuir as desigualdades sociais e aumentar o bem estar coletivo. Pondera, ainda, que para a realidade latino-americana resta o impasse do acúmulo de problemas que vai desde os altos índices de mortalidade por câncer e AIDS, passando pelo padrão caótico de urbanização até a perversidade dos problemas sociais, como a fome, enfim, acúmulo este permeado pelas imensas desigualdades sociais.

É importante ressaltar, que a OPS integra o Movimento de Municípios/Comunidades Saudáveis, dentro de sua proposta de Promoção da Saúde. Desde o seu início na América Latina, a OPS organizou o movimento nos seus princípios gerais e cada país tem adaptado e criado estratégias de implantação, inclusive com denominações diversas.

O desenvolvimento dos projetos de Municípios/Comunidades Saudáveis na América Latina iniciou em alguns países como experiências locais e, a partir dos anos 90, foi se expandido progressivamente em graus variados nos diferentes países: Colômbia (1991), Cuba (1992), Venezuela (1992), México (1993), além de

Brasil, Costa Rica e Chile. Atualmente, há o envolvimento de todos os países latino-americanos formando diversas redes nacionais de Municípios e Comunidades Saudáveis.

Cada país tem adotado uma denominação específica de acordo com a sua experiência específica. Deste modo, no México e Cuba o projeto chama-se Municípios pela Saúde, na Costa Rica, de Cantões Saudáveis, no Panamá, Municípios Século XXI, em alusão à nova diretriz política da OMS de Saúde para Todos no século XXI, no Peru adotou-se Comunidades Saudáveis, enquanto no Chile o projeto foi chamado Cidades Saudáveis e, na Colômbia, não poderia ser diferente, a opção foi por Municípios Saudáveis pela Paz. Já no Brasil, Bolívia e Equador foi adotada a denominação de Municípios Saudáveis.

Os primeiros projetos incorporados ao movimento foram os desenvolvidos na cidade de Manágua, na Nicarágua, Valdívia no Chile, Cienfuegos em Cuba, Zacatecas no México, Manizales na Colômbia, Zamora na Venezuela, San Juan na Costa Rica e Curitiba no Brasil (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

Estes projetos se caracterizam por expressarem algum grau de aproximação em termos da participação da sociedade na organização e direcionamento do projeto, embora apresentem estratégias de desenvolvimento bastante diversificadas. Em Manágua, o projeto de Cidades Saudáveis se desenvolve com ênfase nos problemas de saúde ambiental e urbana, enquanto que o projeto de Valdívia centraliza sua atenção na prevenção de doenças crônicas, a obesidade, as doenças cardiovasculares, o câncer e os acidentes. Já a experiência de Curitiba privilegiou a organização do espaço urbano, o transporte coletivo e a proteção ao meio ambiente. Sobre esta última, abordaremos mais detalhadamente no próximo item.

4.4. MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS EM REDE: A TRAMA BRASILEIRA

No Brasil, a proposta de Municípios Saudáveis tem sido conduzida pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que tem procurado apoiar experiências em andamento e difundir a idéia como diretriz para as políticas de saúde no âmbito dos municípios. Assim, as experiências brasileiras, em termos de “Políticas Públicas Saudáveis”, vêm se constituindo através de diferentes estratégias de enfrentamento da problemática de saúde da população, embora sigam diretrizes gerais comuns a todos os projetos da América Latina em termos técnicos e políticos. Os primeiros municípios a assumir compromisso com a idéia de Cidades Saudáveis foram Curitiba com o Projeto SaúdeCidade, Campinas com o Projeto Em Defesa da Vida, Santos, Jundiaí com o Projeto Jundiaí Cidade Saudável e Fortaleza.

Nos últimos anos, tem crescido a adesão dos municípios a esta nova forma de entender e “governar” a saúde nos espaços urbanos brasileiros, criando espaço para a formação de uma rede, no intuito de integrar experiências, discutir dificuldades e redirecionar estratégias. Neste sentido, o CONASEMS vem desenvolvendo o papel de difusor e integrador da proposta de Municípios Saudáveis no Brasil, organizando espaços importantes de debates e avaliação das estratégias empreendidas e as repercussões políticas e técnicas no cenário mais amplo das políticas de saúde do país.

A primeira iniciativa de ampliação do espaço de discussão e direcionamento do Movimento de Municípios Saudáveis no Brasil foi organizada em parceria entre CONASEMS e OPS e se concretizou através do I Fórum Nacional de Municípios Saudáveis, realizado em 1998, em Sobral, no Ceará. Este primeiro Fórum constituiu-se num momento e num espaço, fundamentais para a consolidação deste movimento no país, pois a partir dele começou uma influência decisiva nas políticas públicas de

saúde, implementadas nos municípios brasileiros, políticas estas traduzidas nas estratégias de ação do Sistema Único de Saúde.

De lá para cá, outros fóruns se realizaram e o debate sobre Municípios Saudáveis passou a integrar as pautas dos principais eventos da saúde pública brasileira. O movimento cresceu e se solidificou através da articulação dos Secretários Municipais de Saúde, resultando na formação da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis fundada em 1999.

Na declaração de fundação da rede, já estava explícito como um dos pontos de referência para o direcionamento de políticas públicas favoráveis à saúde, a atual conjuntura de crescente urbanização com exclusão social. Além disso, estava explícita, também, a necessidade dos governantes municipais cumprirem os preceitos constitucionais de legítimos formuladores de políticas de saúde que contribuam para a efetivação do Sistema Único de Saúde na lógica da saúde como direito de todos e dever do Estado. Considerando estas premissas, foram apontadas algumas finalidades da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, dentre as quais se destacam: o fortalecimento do poder municipal como instância de elaboração de políticas públicas saudáveis, sensibilizar a sociedade para a ampliação do movimento em âmbito nacional, servir de pólo difusor da idéia da necessidade de construir uma nova cultura vinculada ao paradigma da saúde como qualidade de vida e, simultaneamente, como pólo aglutinador de iniciativas nacionais, buscando favorecer o intercâmbio entre os diversos projetos em andamento no país, e deste com as experiências internacionais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2001).

Com a intenção de estabelecer uma aproximação com um projeto de Município Saudável brasileiro, buscamos apresentar alguns elementos principais que constituíram a experiência da cidade de Curitiba, esclarecendo de antemão que não temos a pretensão de descrever ou analisar tal experiência de modo completo ou

aprofundado, pois não trata-se de dados referentes a um trabalho de campo, e sim um levantamento de informações bibliográficas.

“SAÚDECIDADE”, este foi o tema, o título e a direção de um Fórum de discussão realizado na cidade de Curitiba em 1995. Articulado pelo setor saúde, estava iniciando um nítido movimento articulado entre diversos setores da sociedade guiados por um único objetivo, a saúde da cidade, a saúde dos cidadãos, o SaúdeCidade. A concepção que embasou tal movimento entendia cidade globalmente, considerando as interfaces que se estabelecem no seu interior, entre seus cidadãos, e, deles com o poder público, além de incorporar a noção de qualidade de vida como ponto referencial. Deste modo, estava colocado que a cidade deveria ser entendida com consciência ambiental, com autonomia de gerir positivamente seus recursos para transformá-los em políticas favoráveis à saúde de seus habitantes, considerando a participação, a democracia, a solidariedade e o bem-estar coletivo (CORDONI JÚNIOR E LAFOZ, 1995).

Armando Raggio, então Secretário Municipal de Saúde de Curitiba, já neste Fórum explicitou que SaúdeCidade colocava-se na perspectiva da união do paradigma da saúde com o paradigma do Estado provedor de políticas que atendessem, includentemente, a todos os cidadãos. Neste sentido, apontou em direção à renovação e à reconstrução de um Estado em prol da saúde, cujo eixo deveria buscar transcender a ótica da separação biológico/ecológico/social, reforçando a produção do bem-estar.

Embora o Fórum SaúdeCidade tenha sido um marco para a publicização da cidade de Curitiba como cidade saudável, ou melhor, cidade guiada pelos princípios do bem-estar e qualidade de vida, estas idéias já vinham se organizando e expressando em diversas experiências de sucessivas gestões na saúde. Na realidade, Curitiba, desde os anos 80, vinha se constituindo num baluarte da reforma sanitária brasileira, mostrando o compromisso de seus gestores com uma idéia, independente de sua filiação partidária. Assim, Curitiba pôde ir construindo uma realidade que

ênfatiza a qualidade de vida de seus cidadãos como princípio norteador mais amplo, independentemente de projetos e programas específicos.

A visão global dos problemas da cidade e do viver urbano parece conduzir, de um modo geral, o processamento intersetorial das ações desenvolvidas, embora como método seja aplicada o que MOYSÉS (1995) chama de acupuntura política, ou seja, a aplicação das agulhas da mudança em pontos bem localizados, que sejam capazes de deflagrar a energia sistêmica da sociedade, cujos resultados irão transformar radicalmente as condições de vida. Deste modo, o Projeto SaúdeCidade se estruturou em torno da integração de quatro eixos: a gestão do meio ambiente, o urbanismo físico, as políticas sociais e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, inúmeros projetos específicos se efetivaram na experiência curitibana, a partir de um planejamento municipal integrado e solidário, no sentido de aproximar as políticas e o potencial técnico da cidade às necessidades e demandas populares. Alguns destes projetos se destacaram:

- Curitiba Sempre Viva, programa integrado de saneamento ambiental,
- Metrô de Superfície, programa de transporte coletivo integrado, de qualidade e prioritário na cidade,
- Linhas do Ofício, programa de profissionalização nos bairros,
- Lixo que não é lixo e Câmbio Verde, programas integrados de educação e incentivo à reciclagem de lixo,
- Faróis do saber, projeto de implantação de bibliotecas comunitárias em todos os bairros,
- Nascer em Curitiba Vale a Vida, Cidade Sorriso, dentre outros, formam o conjunto de programas de monitoramento das condições de saúde da população.

Embora a experiência da cidade de Curitiba possa ser considerada um caso exemplar no Brasil, é importante considerarmos que as bases que impulsionaram o Projeto SaúdeCidade já vinham sendo construídas anteriormente, numa verdadeira mudança de mentalidade em todos os setores da sociedade curitibana. Na verdade, em Curitiba, a política de Cidades Saudáveis encontrou terreno fértil para se desenvolver e mostrar que Cidades Saudáveis, como projeto estruturante de políticas públicas saudáveis, não pode ser confundida como um simples modelo operacional de política setorial. Para CARVALHO (1996), é importante pensá-la como um campo de referências conceituais e empíricas, ainda que em construção, que surge como uma proposta de ampliação do campo da saúde pública e, portanto, pode ser uma forte indicação de renovação da saúde pública apoiada em um novo conceito sócio-ecológico de saúde, no qual a promoção da saúde assume caráter e dimensão primordiais.

Todavia, temos de atentar para as profundas diferenças existentes entre a realidade das sociedades desenvolvidas, de onde é originária a proposta, e a precária realidade de nossa sociedade. Deste modo, devemos entender a imperativa diversidade nos discursos e práticas das experiências de Cidades Saudáveis desenvolvidas em países ricos e países pobres. O caráter de movimento mais acentuadamente cultural impresso nos países ricos, não é suficiente para atender as demandas da produção social da saúde nos países pobres. Isto implica na necessidade de acrescentar à dimensão cultural um caráter de intervenção social organizado, constituindo, assim, uma nova ordem governativa na cidade. Além disso, é imprescindível entendermos o caráter processual das Cidades Saudáveis, uma vez que mudar a lógica de governar a cidade, implica em criar consciência política e superar os obstáculos da tradição burocrática das instituições públicas, do ceticismo da população e das resistências corporativas dos profissionais.

Na verdade, a busca de estratégias que operacionalizem uma nova visão da vida urbana, na tentativa de além de minimizar os efeitos e defeitos criados a partir

do mundo moderno, onde a tecnologia sobrepõe-se as relações sociais e a máquina assume lugar prioritário, em detrimento do próprio ser humano não é recente e nem se traduz apenas através da política de Cidades Saudáveis. Esta procura tem se processado ao longo dos séculos como tivemos oportunidade de ver no início deste capítulo.

***5 DO INÍCIO AO FIM DO SÉCULO XX:
os retratos da cidade, rupturas e continuidades***

Cidade. Cidades. Cidade higiênica. Cidade saudável. Palavras, termos, expressões, noções que se inscreveram, definitivamente, na trajetória histórica da confluência entre cidade e saúde. Mais que simples palavras ou termos emersos do vocabulário ordinário do senso comum, aqui se constituem em elementos iniciais de um processo de conhecimento utilizados para representar imagens na explicação do real e, portanto, assumem o caráter de noção (MINAYO, 1992).

O encontro entre saúde e cidade não é recente, nem tampouco experiência exclusiva brasileira. Suas origens processaram-se ao longo dos séculos, transformando radicalmente conceitos, crenças, relações e práticas de saúde, de modo imbricado ao processo evolutivo da sociedade. Assim, entendemos ser imprescindível discutir a interface cidade e saúde inserida no bojo das transformações sociais, como peça fundamental do contexto sócio-político que, simultaneamente, influencia e é influenciada.

Reportando-nos mais especificamente ao objeto de estudo deste trabalho, os encontros entre cidade e saúde produzidos no Brasil durante o século XX, pudemos reconhecer nos seus distantes pólos, início e final, conjunturas e experiências que propiciaram a emergência de projetos dirigidos à saúde, às cidades, à saúde das cidades. O alvorecer do século marcou a consolidação da política liberal de modernização e regeneração da sociedade brasileira empreendida pela classe dominante, a elite cafeeira. Como espaço privilegiado para a concretização deste projeto, a cidade tornou-se, simultaneamente, objeto e instrumento das intervenções. Objeto, na medida em que sobre a cidade se focalizaram todos os holofotes, atenções e intervenções. Porém, sob o ângulo da finalidade, a cidade tornou-se instrumento para viabilizar o projeto político de uma elite de origem ruralista, que, através das transformações, pretendia mostrar ao mundo seu poder e uma nova face do país.

Tais intervenções alargaram seu foco indo além dos corpos individuais, passando a focalizar o corpo coletivo, isto é, a própria cidade, bem como superaram

a intervenção sobre o corpo biológico agindo sobre o corpo social, a própria sociedade. Assim, percebemos que, ao servirem de estratégia no bojo de um projeto político de transformação de uma sociedade, as políticas urbanas e de saúde de cunho higienista possibilitaram a legitimação das idéias e pretensões do segmento social dominante.

Após um período de distanciamento, quando o corpo individual do trabalhador passou a ser o foco de atenção, cidade e política de saúde se encontram novamente no entardecer do século XX. Desta vez, a junção cidade e saúde reaparece na efervescência de um movimento social, conduzido dentro do campo da saúde e irradiado para o mundo através das organizações institucionais da área. Deste modo, chegou ao Brasil a proposta de Cidades Saudáveis, aqui denominada de Movimento de Municípios Saudáveis, que, embora procure inscrever seu saber no campo da interdisciplinaridade e sua prática no campo da intersetorialidade, carrega em si o viés da origem setorial da saúde.

A partir deste ponto, procuraremos salientar algumas das **diferenças** e **semelhanças**, bem como as **rupturas** e **continuidades** percebidas nos dois momentos históricos produzidos sobre a conjunção saúde-cidade focalizados neste estudo: a “cidade higiênica” da Primeira República e a proposta de “Cidades Saudáveis” emergente no Brasil de fim de século.

Um primeiro cenário, o Rio de Janeiro, capital federal da neonata República do Brasil. Um momento histórico, o alvorecer do século XX, que surge no raiar da industrialização e capitalismo brasileiros. Um projeto político, transformar a imagem de país atrasado, pestilento e sujo, em país moderno e higiênico, erigindo como ícone a cidade do Rio de Janeiro e a sociedade carioca. Um modelo para dar suporte e conduzir a concretização deste projeto, a concepção higienista de cidade e sociedade que, com seus preceitos, seu arsenal de estratégias e práticas, produziu uma das maiores intervenções já vistas no espaço urbano brasileiro. Dos escombros das demolições dos antigos prédios condenados e punidos pelas novas regras

urbanas, surgiu um novo Rio de Janeiro, com edifícios que exibiam estilo, habitações dentro das mais rigorosas normas higiênicas, fachadas seguindo um padrão arquitetônico e de beleza neoclássica. Dos escombros da sociedade carioca foi expulsa a escória social, aqueles que integravam o grupo dos pobres, desempregados, imigrantes, considerados germes propagadores das moléstias epidêmicas e sociais. Do espaço regenerado apropriou-se a elite dominante, criando um palco onde passou a desfilhar seus costumes, seus símbolos e seu poder. Estas são imagens da galeria do Rio de Janeiro do início do século XX, ícone da *Belle Époque* e do higienismo brasileiros.

Um novo cenário: a cidade de Ottawa, capital do longínquo e desenvolvido Canadá. Um novo momento histórico, a transição entre dois séculos, mas não somente. É a transição também entre o segundo e o terceiro milênio. Um novo projeto político, construir um espaço social saudável que contribua para a qualidade de vida das pessoas, dos grupos sociais. Surge uma proposta, Cidades Saudáveis orientadas pela estratégia da promoção de saúde, em cujo documento inaugural já estavam previstas cinco grandes linhas de ação: a elaboração de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis; o estímulo à ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades individuais e mudança nos estilos de vida; e a reorientação dos serviços de saúde. Do Canadá para o mundo: este foi o percurso rapidamente feito pela então proposta canadense, que foi absorvida e apropriada pela maior organização sanitária mundial, a OMS. De proposta à estratégia política de reorientação dos modelos assistenciais: esta foi a trajetória conduzida em nível das organizações centrais da área da saúde. De proposta a movimento social: foi a transformação sofrida no âmbito dos países latino-americanos.

Uma primeira **diferença** entre o projeto de cidade higiênica do início do século XX e o projeto de cidade saudável do final do mesmo século pode ser apontada no que concerne ao status conquistado pela saúde no projeto político do governo, dependente, em grande parte, pelo papel desempenhado na concretização

das diretrizes adotadas. Enquanto o processo de regeneração e higienização da sociedade brasileira do início do século constituiu-se em prioridade política para o governo federal, tendo a política higienista de Oswaldo Cruz assumido papel fundamental no seu desenvolvimento, a política de Cidades Saudáveis surge no Brasil de modo marginal, através de redes paralelas à política oficial de saúde. Isto é, como projeto, essencialmente municipalista e descentralizado, não foi incorporado à política de saúde central do país, sendo apenas considerado em alguns casos como linha programática da política sanitária de poucos estados. Porém, sua maior força está justamente no âmbito municipal, em que vem sendo incorporado, oficializado e até legitimado como diretriz política.

Na Primeira República, sanear a cidade do Rio de Janeiro tornou-se fato imperativo no projeto político do governo, que lançou mão de idéias e estratégias higienistas como instrumentos altamente operativos para atingir seus objetivos. Era preciso sanear a cidade pestilenta e atrasada para erigi-la em condições de igualdade à vizinha Buenos Aires, que, com as obras de modernização, já havia conquistado o status de cidade moderna, a mais européia das cidades latino-americanas.

A segunda metade do século XIX foi marcada pela consolidação do modelo capitalista industrial na Europa e Estados Unidos da América, como também pela sua expansão para os países periféricos. A corrida para candidatar-se a uma vaga no restrito grupo de países do mundo moderno tornou-se meta prioritária para muitos países como o Brasil. Na virada do século, na recém instituída República, o governo não poupou esforços e gastos arregimentando seus mais eminentes *experts*, a fim de produzir os projetos de transformação da cidade e da sociedade. Deste modo, podemos considerar que o projeto de modernização, saneamento e embelezamento da cidade do Rio de Janeiro foi construído não apenas sob a tutela do governo central, mais do que isto, constituiu-se no eixo central do projeto político do novo governo republicano. Sua prioridade era máxima, sua concretização inadiável, nem que, para tanto, fosse necessário o emprego de métodos coercitivos, impositivos,

punitivos e até militares. Por conseguinte, o projeto de regeneração do Rio de Janeiro consistiu num dos mais operativos instrumentos de viabilização do projeto político da elite cafeeira brasileira, que através do domínio interno, buscava inserir-se no cenário internacional.

Para BENCHIMOL (1990), uma vez figurando como ponto básico do programa presidencial e produzida através de um conjunto de intervenções, obras e regulamentações jurídicas sem precedentes, a renovação urbana do Rio de Janeiro deve ser interpretada muito além dos contrastes arquitetônicos do “antes” e do “depois”. Diz que “é preciso ir além dessa exterioridade para captar a teia de relações que os homens mantêm em determinado espaço material da cidade, para que se possa entender como se reproduz e por que se transforma” (ibidem, 1990, p.318).

Nesta lógica, podemos apontar para a cidade como o território de expressão e referência da classe dominante, elite cafeeira e exportadores, que, engendrando suas táticas fundamentadas nas idéias de cidade e sociedade modernas, liberais impõe uma nova repartição social, uma nova territorialidade conflitual, tal qual a organização produtiva sob o estatuto capitalista industrial. CHIAVARI (1985, p. 591) afirma que é neste momento que “o fulcro da cidade desloca-se do Palácio Imperial para o Império das Finanças: a Avenida Central. É esse deslocamento que explica as circunstâncias que tornaram realidade uma obra de tal porte”.

Em relação às Cidades Saudáveis, não podemos tecer as mesmas considerações, pois sua emergência no Brasil ocorreu lenta e insidiosamente através de projetos localizados e alternativos ao sistema oficial. Sua expansão pode ser creditada a múltiplos fatores, dentre os quais, destacam-se: o êxito de algumas experiências pioneiras e o movimento de descentralização governativa. Estas questões são apontadas também por LAMOUNIER (1997), que, analisando as experiências municipais de um modo geral que deram certo na última década, credita esta bela revolução na administração municipal a quatro fatores: a) a

descentralização propiciada pela Constituição de 1988; b) a consciência da necessidade de melhorar o mais breve possível as condições sociais no país como um todo; c) a busca da eficiência nas administrações municipais, com soluções criativas que maximizem e tornem duradouro o impacto dos recursos disponíveis; d) o máximo envolvimento da comunidade na formulação e execução dos projetos.

Com a municipalização da saúde, houve um rápido deslocamento do foco de atenção para os municípios, novos espaços de poder e novos atores surgiram, porém ainda sob a ótica setorializada, onde os campos de atuação e as instâncias de poder são restritos e frágeis. O movimento municipalista na saúde ganhou força não apenas porque a gestão do sistema foi descentralizada, mas também porque propiciou a abertura de um espaço social de discussão e formulação de novas políticas em direção a um conceito mais amplo de saúde, tal qual preconizam a Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde. Assim, foram replicadas por todo o Brasil diversas experiências que se aproximaram em maior ou menor grau de identidade com as diretrizes da política de Cidades Saudáveis, evidenciando, de um lado, a multiplicidade de possibilidades de execução de tal proposta, porém, de outro, as dificuldades e fragilidades de um modelo que comporta tamanha diversidade nos projetos de execução.

Embora nos municípios a direção de tais projetos seja única, em muitos casos exercida pelo secretário municipal de saúde, somente este fato não constitui a sustentação necessária a um projeto desse porte e características. Tanto sua continuidade como sua consistência política ficam prejudicadas tendo em vista a cultura nacional da política da descontinuidade, ou seja, a cada mudança de governo impera a necessidade do recomeço, com a intenção de deixar marcas pessoais registradas. Deste modo, projetos de longo prazo, como o de Cidades Saudáveis, seguidamente sofrem solução de continuidade por não integrarem as prioridades políticas dos governos municipais a cada quatro anos renovados.

Outro aspecto que, certamente, relaciona-se ao status concedido às políticas em questão, e que marca sobremaneira as diferenças entre os dois projetos, diz respeito ao âmbito governamental envolvido e ao espaço social das intervenções. Enquanto no primeiro caso, um projeto de extensão extremamente localizada era conduzido diretamente pelo governo central, no caso das Cidades Saudáveis, a situação se inverte, sendo a extensão atingida ampliada significativamente para quase todo o território nacional, porém, sob direção local.

Deste modo, observa-se que, na política regeneradora da capital federal do início do século, enquanto a condução do processo foi centralizada pelo governo federal, a intervenção se restringiu localmente em termos de extensão espacial. Oswaldo Cruz e Pereira Passos, os generais da ditadura sanitário-urbana asseguraram com mão de ferro a direção dos trabalhos, cuja espacialidade foi absolutamente restrita à cidade, mais especificamente, ao centro da cidade, ou melhor, às **ilhas de insalubridade** do centro da cidade. Paradoxalmente, a instância de governo mais abrangente, o governo federal, interveio no território mais localizado do espaço social, a cidade, em função de sua representação frente ao projeto de desenvolvimento do país.

Inversamente, Cidades Saudáveis representa um amplo projeto que viaja países e continentes, cuja direção é estritamente local. Cada município, cada cidade, tem autonomia para constituir seu projeto, a partir das diretrizes principais da proposta. Se, de um lado, esta característica busca facilitar e assegurar a participação e o envolvimento da municipalidade no processo e aproximar as decisões da problemática local, de outro, institui um campo fértil para a diversidade de experiências que pode tanto favorecer o desenvolvimento de projetos criativos e inovadores, como pode servir de esteio para propostas aparentemente coerentes, todavia, estruturalmente divergentes.

Espaço local e governo central *versus* espaço local e governo local. Esta aparente luta entre os poderes na formulação de políticas e projetos de intervenção

no espaço municipal passa, necessariamente, pela análise da trajetória da conjuntura política e social do país ao longo do século XX. Embora não seja objeto deste estudo, nem tampouco pretensão desta pesquisadora proceder uma análise conjuntural, pode-se apontar algumas considerações neste sentido. Ancorada em FIGUEIREDO e LAMOUNIER (1997), é possível evocar a concepção centralista que dominou a história brasileira em todos os tempos. Ao findar o Império centralizador, na Primeira República não houve senão tímidas tentativas de descentralização apenas em nível estadual. Ultrapassada a fase de construção do Estado brasileiro (anos vinte e trinta), surge a ideologia desenvolvimentista e a obsessão industrializante do governo federal que perdura até os anos 70, quando a sociedade mergulha na obscuridade centralizadora da ditadura militar. Portanto, é somente a partir de novos tempos democráticos que a idéia da descentralização encontra espaço político e social para florescer. Corrobora para este impulso a inversão demográfica da população brasileira ocorrida ao longo do século XX, que, de uma sociedade eminentemente rural (em torno de 75% da população), passou a integrar o rol das sociedades mais urbanas do mundo, com mais de 80 % de sua população vivendo nas cidades.

Enfim, cabe ainda tratar das rupturas e continuidades percebidas ao longo do percurso analítico deste trabalho. Primeiramente, é mister salientar o entendimento com que, desde o início, estes termos foram utilizados e auxiliaram no desenvolvimento metodológico deste trabalho, para após indicar algumas pistas que apontaram na direção de rupturas e continuidades no âmbito da temática em foco.

De acordo FERREIRA (1986), **ruptura** pode ser entendida como o ato ou o efeito de romper-se, o rompimento ou interrupção de algo. Este algo não se restringe apenas a coisas, mas abrange um amplo universo de relações, de imagens, de representações e de modelos. Já CAPONI (1998) vai além, enfatizando que as rupturas podem servir como referência para a apreensão dos elementos de maior relevância para o tema, considerando-se uma aproximação comparativa entre as

diferentes situações ou experiências em foco. Considerando este entendimento, buscou-se perceber, nas duas experiências estudadas, a Haussmannização e as Cidades Saudáveis, elementos que representassem mais que simples diferença ou distanciamento, que pudessem ser interpretados como uma verdadeira ruptura entre os dois modelos.

Neste percurso, auxiliada pelas leituras sucessivas dos textos-base do estudo, foi possível identificar alguns elementos estruturais que, aparentemente, mostravam-se como rupturas, mas que, somente através do exercício analítico, se confirmariam. Assim, dentre outras, foram se evidenciando e substanciando profundas diferenças no que concerne aos modelos teóricos, que fundamentaram as práticas sanitárias e urbanas constitutivas das políticas focalizadas neste estudo. De um lado, o **higienismo**, que instrumentalizou a política de regeneração da cidade e da sociedade do início do século XX e, de outro, a concepção contemporânea de **promoção da saúde**, que sustenta a proposta de Cidades Saudáveis. Deste modo, elegeu-se como elemento privilegiado para assinalar a ruptura entre o que chamamos de Haussmanização e a proposta de Cidades Saudáveis, os modelos que permearam ambas experiências, tanto no que se refere às bases teóricas de sustentação quanto às estratégias operativas desenvolvidas. Este aspecto será alvo de análise no próximo capítulo 6 – Saúde e Cidade, a evolução de modelos e práticas sanitárias.

De outra parte, o termo **continuidade** traz em si a expressividade daquilo que não se interrompeu, a qualidade de algo seguido, sucessivo. Continuidade refere-se à permanência, a persistência ou constância de uma determinada situação num determinado espaço de tempo. Neste sentido, para este trabalho, continuidade adquiriu o significado de algo que se manteve no tempo e se expressou em ambas as experiências analisadas, e, portanto, pode se apresentar por meio de elos que as interligam, independentemente, de situarem-se em tempos e espaços diferenciados.

Embora a distância temporal não seja tão longa entre as duas políticas estudadas, pois se situam no mesmo século, o que em termos da história da humanidade e mesmo da história brasileira não representa muito tempo, um dos aspectos que acompanharam esta trajetória de modo marcante diz respeito às **desigualdades sociais**. Mais que característica da sociedade brasileira espelhada intensamente nas cidades, a questão das desigualdades se apresenta como marca persistente e, até mesmo insistente das relações sociais, as quais fundamentam-se no modelo de desenvolvimento concebido e implementado pela classe dominante. Como exemplo categórico desta situação, pode ser indicado o processo de expropriação territorial promovido pela política higienista do início do século XX no Rio de Janeiro, quando, em favor da elite, castigou duramente a classe menos favorecida, excluindo-a do espaço urbano privilegiado. Neste momento, iniciava-se um dos mais intensos e duradouros flagelos da sociedade brasileira, a favelização, que persistiu no tempo, insistiu e se reproduziu pelas cidades, mesmo naquelas em que o projeto Cidades Saudáveis se instaurou.

ZALUAR e ALVITO (1998), analisando *Um século de favela*, trazem à discussão um panorama dos aspectos recorrentes da vida e organização social dos favelados ao longo do século XX, no Rio de Janeiro. Num movimento pendular, apresentam as diferentes representações construídas pela sociedade. De um lado, o olhar das instituições e do governo instituindo, primeiramente aos cortiços, e depois às favelas, o caráter de território da desordem, foco de doenças, gerador de epidemias. *Locus* de desordem habitado por uma população considerada plena de malandros e ociosos, negros inimigos do trabalho, famílias numerosas em meio a um amontoado promíscuo de população sem moral, enfim, *classe perigosa*. Tais relações e representações persistiram, sempre de acordo com o contexto histórico, imputando à favela e aos favelados (os excluídos socialmente) um tipo de identidade fantasma para os moldes da sociedade, no início presidida pelo estatuto higienista, passando pelo modelo desenvolvimentista, até chegar, mais recentemente, à impositiva globalização e relações de mercado.

De outro lado, os esforços da sociedade marginalizada em organizar-se, manifestando o *ethos* predominante, repleto de sentimentos otimistas, de uma vida rica em experiências associativas, espírito cooperativo e relativamente livre de crimes e violência. Tal representação foi-se inundando e sendo vencida pelo domínio das atividades subterrâneas, em particular, o tráfico de drogas, que acabou fortalecendo o estereótipo **favelados = classes perigosas**, desta vez, representada como reduto de bandidos, zona franca do crime. Em relação à sociedade marginalizada, o verdadeiro tema de debate trata-se da exclusão social como uma trajetória inequívoca da sociedade brasileira. O capítulo 7 – Cidade e iniquidade, antigas e novas relações de poder e desigualdade, traz uma análise mais específica sobre esta questão, mostrando que as desigualdades e iniquidades se expressaram claramente nas duas realidades em foco, uma representada pela cisão social dos desiguais, e a outra, absorvendo e dissimulando as desigualdades, formando as chamadas “ilhas de iniquidades”.

Contudo, CAPONI (1995) alerta para que não esqueçamos que as relações sociais são, em menor ou maior grau, sempre relações de poder, as quais podem gerar, por sua vez, situações de submissão e desigualdade. Desta forma, além de analisá-las na sua capilaridade, de forma concreta e pontual, torna-se importante aproximar tal análise do campo da ética, ou melhor, da bioética, ancorando-a nos princípios da equidade e da justiça distributiva.

**6 SAÚDE E CIDADE:
a evolução de modelos e práticas sanitárias**

O encontro entre saúde e cidade presente nas experiências aqui discutidas não representa uma coincidência temática, nem tampouco um acaso histórico. Esta junção responde sim a condicionamentos de diferentes ordens, tais como política, econômica, técnica e cultural, pois é construída e reconstruída histórica e socialmente. Tais condicionamentos ordenam uma série de características, funções e relações que se expressam por meio de modelos, cuja existência é possibilitada apenas na realidade concreta. Assim, concordamos com BARBOSA *et al.* (2001) que apontam para a importância de se reconhecer que na prática inexistem modelos puros, pois eles se apresentam desta forma apenas enquanto construções teóricas, servindo de referência para a análise da realidade e a identificação de diferenças, que possibilitam escolhas e decisões.

A política higienista do início do século XX e a proposta de Cidades Saudáveis, se de um lado, apresentam como ponto comum a centralidade na junção saúde e cidade, por outro lado, claramente se afastam no que se refere aos elementos constitutivos de sua base de sustentação, tanto teórica como prática, ou seja, os modelos que fundamentam tais propostas. Com base nas concepções apresentadas por MENDES (1996) e BARBOSA *et al.* (2001), entendemos modelo sanitário como o conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organizam num determinado momento histórico e sociedade, a fim de responder as demandas no campo da saúde.

Portanto, modelos sanitários podem ser entendidos como construções sociais, um processo dinâmico de disputas e acordos entre diversos segmentos que confrontam seus interesses, suas crenças e seus valores nas arenas sociais e nas instâncias de formulação das políticas sanitárias. Na conformação dos modelos, interagem três distintas dimensões: uma ideológica, na qual se expressa a concepção de saúde, de mundo e sociedade que a sustenta; uma política, resultante da permanente disputa de interesses e de poder entre as classes em nível mais amplo, além da disputa interna entre os atores envolvidos no campo específico da saúde e;

uma técnico-científica, relacionada diretamente às possibilidades em termos de conhecimento e avanço tecnológico disponíveis para viabilizar as práticas sanitárias.

É importante salientar que tais modelos correspondem a visões e projetos específicos sobre a saúde e seu contexto e, deste modo, não se isentam de interesses dos diversos grupos sociais em disputa. Todavia, podem representar muitas vezes a condensação de acordos possíveis entre as distintas visões e interesses dos envolvidos.

Embora, neste estudo, busquemos explicitar as diferenças, distanciamentos e rupturas entre os modelos higienista e da promoção da saúde, cada um deles representando um modo particular de organizar as relações entre cidade-saúde-sociedade, isto não significa dizer que houve o desaparecimento de um para o surgimento do outro modelo. Apesar de não ser hegemônico, é evidente a influência do primeiro, ainda hoje, nas estratégias sanitárias empreendidas no sistema de saúde. Um exemplo desta permanência se expressa nas campanhas e programas de controle das endemias e epidemias, como recentemente pudemos perceber na ação de combate à dengue em todo país.

Todavia, é importante considerar que a retomada de estratégias higienistas, no contexto atual das políticas de saúde na Brasil, guarda uma estreita relação com as condições de vida e de saúde da população. Imposta por uma opção de desenvolvimento econômico nitidamente concentrador de renda e excludente, a situação social no país tem se caracterizado pelo agravamento das desigualdades, pelo aumento da pobreza e pela escassa repercussão das poucas políticas de compensação promovidas pelo governo. Desta forma, o cenário compõe um perfil de saúde da população brasileira, designado por alguns analistas como transitório, porém, na verdade, contraditório, pois comporta, ao mesmo tempo, perfis de saúde de país desenvolvido, junto a situações de extrema precariedade vinculadas a países

pobres, ou ainda, situações que lembram o contexto epidemiológico do início do século XX, quando surgiram as políticas higienistas.

BARBOSA *et al.* (2001) sustenta a tese de que não há modelos puros, não há a existência exclusiva de um só modelo, nem tampouco acredita na possibilidade de tais modelos existirem exatamente como são descritos na literatura. No plano das sociedades concretas, sempre conviveram diversos modelos, diferentes lógicas norteadoras da organização da atenção à saúde e da construção de modalidades práticas de intervenção. Para o autor, o que impulsiona esta convivência é a complexidade de uma sociedade, pois acredita que quanto mais complexa e diversificada uma sociedade, maior será a diversidade em termos de situações de saúde, que vão requerer, por sua vez, uma diversidade maior de estratégias de intervenção. Assim, se constrói uma maior probabilidade de co-existência de diferentes ações oriundas de modelos diversos.

É com este entendimento que, neste capítulo, pretendemos analisar o **higienismo**, enquanto modelo que instrumentalizou a política de regeneração da cidade e da sociedade do início do século XX, bem como discutir a concepção contemporânea de **promoção da saúde** como modelo que sustenta a proposta de Cidades Saudáveis.

6.1 HIGIENIZANDO A CIDADE E A SOCIEDADE: ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS HIGIENISTAS

O século XIX foi profícuo na produção de idéias e práticas que compuseram o cenário onde se desenvolveu e evoluiu o higienismo. Entretanto, devemos considerar que as teorias que deram suporte às práticas higienistas não eram recentes, mas derivavam de antigas formulações conceituais e observações empíricas que, ao longo da história, foram estruturando os modelos explicativos acerca da origem e transmissão das doenças infecciosas, resultando em pelo menos duas grandes tendências: a contagionista e a não contagionista, ou também chamada de infeccionista ou miasmática.

Os estudos produzidos sobre a relação entre estas duas tendências teóricas que guiaram o higienismo são unânimes em apontar a relevância de ambos os modelos nas reformas sanitárias e urbanas, conduzidas no âmbito do emergente capitalismo, embora a maioria destes estudos evidencie um verdadeiro confronto vencido pelos contagionistas, sobretudo, após a revolução Pasteuriana.

Para ROSEN (1994), a contemporaneidade das duas tendências possibilitou um embate no campo das idéias que ora tendia a considerar superior uma tendência, ora dava como vencedora a outra, numa série de subidas e descidas, de supremacia e desvalorização. No decorrer do tempo, este processo acabou produzindo, inclusive, uma terceira posição, desta vez intermediária, a partir da justaposição das idéias infeccionistas e contagionistas. Assim, o autor considera que, no século do higienismo, podiam ser distinguidas três posições teóricas: a **teoria miasmática**, o **contagionismo estrito** e o **contagionismo limitado ou contingente**.

Embora devamos considerar que suas raízes retrocedem nos séculos, a **teoria miasmática** ganhou força no século XIX com os reformadores sanitários, dentre os quais se destacou o inglês Edwin Chadwick. Eles justificavam suas intervenções no

campo do saneamento e do meio ambiente, sustentando-as numa versão modificada dos miasmas, a qual explicava o surgimento das doenças infecciosas e dos surtos epidêmicos a partir das emanações mefíticas causadas pelas precárias condições sanitárias.

Para os infeccionistas, defensores da teoria da geração espontânea, o ar, como elemento central na concepção higienista da veiculação da doença, tornava-se nocivo pela influência tanto do meio natural como do meio social. No primeiro grupo, além da importância concedida à influência dos morros que dificultavam a circulação de ar, o papel de destaque era reservado aos pântanos, mangues e charcos com águas estagnadas considerados grandes produtores de miasmas paludosos, minúsculas partículas orgânicas que, dissolvidas nos vapores aquosos, provocavam a insalubridade do ar. Considerada extremamente fugaz, a existência dos miasmas não foi atestada senão pelos efeitos danosos provocados na população, nunca sendo demonstrada sua natureza e composição (MACHADO *et al.*, 1978).

No segundo grupo, o homem, como agente contaminador do ar, intervém por meio da interface das funções orgânicas humanas (excreções, exalações, etc..) e a ação humana transformadora do ambiente, cuja expressão se registra nas obras produzidas. Estes dois aspectos, de acordo com os higienistas, alteravam a qualidade, a salubridade e a respirabilidade do ar. Acreditavam que se o homem teria sido capaz de provocar tais danos, seria igualmente capaz de intervir sobre eles através da reorientação racional da ação transformadora da sociedade articulada pela concepção higienista, sobretudo pela ação dos médicos higienistas. Machado *et al.* (*ibidem*, 1978, p.276) analisam dizendo que tal orientação estaria sendo elevada a “uma política racional, científica e normalizadora” sintetizada ... “ao nível do saber e ao nível da prática para produzir a cidade como objeto e como objetivo, para obter, por um processo indefinido de intervenção, uma cidade submetida, pelo controle, à norma do conhecimento”, uma cidade normalizada pelo conhecimento médico higienista.

As primeiras décadas do século XIX assistiram à dominância das idéias não contagionistas da geração espontânea, as quais repercutiram no movimento sanitário construído neste período, sobretudo na Europa. Segundo GUTIERREZ e OBERDIEK (2001), a concepção miasmática permaneceu hegemônica no período em que surgiu e se desenvolveu a medicina social liderada pelos revolucionários ligados aos movimentos políticos do final do século XVIII e primeira metade do século XIX. Dentre estes, destacaram-se os reformadores sociais como o inglês Edwin Chadwick (1800-1890) e o médico alemão Rudolf Virchow (1821-1902).

Uma das principais contribuições de Chadwick no mundo do higienismo foi, sem dúvida, a investigação sobre as condições sanitárias da população trabalhadora na Inglaterra. No relatório final da pesquisa, publicado em 1842, conseguiu mostrar claramente a relação entre a doença, especialmente, a doença comunicável, e a degradação do ambiente por falta de escoamento de esgoto, abastecimento d'água e recolhimento do lixo. Deste modo, explicitava, também, as bases que sustentavam as denúncias sobre as precárias condições sanitárias da classe trabalhadora, as quais se apoiavam na teoria dos miasmas originários da putrefação de restos de animais e de matéria vegetal. Sobre a influência de Chadwick na trajetória histórica da interface saúde das cidades e reforma urbana, trataremos no próximo capítulo.

Virchow, por sua vez, apesar de notabilizar-se pelas contribuições no cenário da patologia, provocando uma verdadeira revolução no pensamento médico a partir da descoberta da natureza celular dos processos patológicos, tornou-se igualmente reconhecido como higienista. Nas décadas de 1860 e 1870, dedicou-se a estudar os problemas relacionados ao saneamento das cidades, em especial, a cidade de Berlim. Em função de seus esforços, Berlim foi saneada com a implantação de sistemas de esgotos e de suprimento de água (MAJOR, 1959).

No que diz respeito à teoria contagionista, ROSEN (1994) aponta para uma subdivisão interna entre a posição contagionista estrita e a contagionista limitada ou contingente. No **contagionismo estrito**, defendia-se a tese de que eram os germes

específicos as únicas causas das infecções e doenças epidêmicas, ou seja, para cada doença, um agente etiológico específico.

Como um dos representantes mais destacados desta posição, John Snow (1813-1858), médico inglês, anestesiologista e epidemiologista, fundamentou sua visão a partir dos estudos produzidos sobre o cólera, tendo mostrado, de modo conclusivo, a possível existência de seu agente infeccioso. Estes resultados foram publicados em 1849 e 1855, em primeira e segunda edições respectivamente, com o título *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. Embora não tenha identificado o agente etiológico, por meio de investigações sistemáticas, conseguiu

inferir que o veneno do cólera entra no canal alimentar diretamente pela boca, e que esse veneno seria um ser vivo específico, oriundo das excreções de um paciente com cólera. Ele mostrou, ainda, que a moléstia se transmite de pessoa a pessoa, através das mãos sujas, ou através de alimentos e águas contaminados (ROSEN, p.221).

Suas concepções não foram imediatamente aceitas no cenário científico, tendo sido reconhecidas somente após Koch ter isolado o vibrião colérico em 1883.

A terceira posição, chamada por ROSEN (1994) de **contagionismo limitado ou contingente**, surge da tentativa de conciliação entre as teorias miasmáticas e contagionistas. Seus proponentes admitiam que as doenças infecciosas eram causadas por agentes contagiantes de natureza específica ou inespecífica. Porém, sustentavam também que tais agentes agiriam em conjunção com outros elementos, tais como o estado da atmosfera e do solo e as condições sociais. Dentre seus defensores, esta posição teórica contava com o apoio de Max von Pettenkofer (1818-1901), médico higienista alemão, considerado o último expoente importante em cujas idéias se percebiam nítidas influências da teoria miasmática.

Pettenkofer, como professor da Universidade de Munique, construiu a grande contribuição de sua vida acadêmica desenvolvendo estudos na confluência entre química e medicina. Foram mais de duzentos trabalhos enfocando desde o metabolismo e o cólera, até a higiene relacionada a diversos aspectos como ar,

iluminação, solo, água, alimento, vestuário, aquecimento e a vida do homem em cada ambiente. Uma das maiores polêmicas geradas por Pettenkofer referiu-se a sua teoria sobre o papel do solo no desenvolvimento do cólera. Mesmo admitindo que o bacilo descoberto por Koch era o germe específico causador da doença, ele entendia que somente isto não conseguiria desencadear a doença. Para ocorrer a doença, era necessário existir a suscetibilidade do indivíduo, bem como condições locais e climáticas favoráveis (MAJOR, 1959).

Duas questões polêmicas cercaram esta tendência. A primeira diz respeito a seu caráter abrangente, capaz de envolver uma grande variedade de elementos, alguns dos quais incompatíveis entre si. A outra questão em foco trata da oposição que os contagionistas limitados exerciam em relação às práticas da quarentena e isolamento difundidas pelo contagionismo estrito, possibilitando supor que suas raízes liberais estariam influenciando suas convicções no campo sanitário.

Apoiando-se no estudo de Erwin Ackerknecht referente ao anticontagionismo, ROSEN (1994) reconhece que, até a última parte do século XIX, houve a supremacia da teoria miasmática, sendo esta superada pelo contagionismo a partir das irrefutáveis descobertas bacteriológicas do último quarto do século. Para o autor, apesar de ambas as teorias aparentarem um conjunto harmonioso de conceitos e observações, apresentavam também vários pontos fracos, dentre os quais se destacaram o raciocínio, as informações e o tendencionismo. Os procedimentos de raciocinar por analogia, bem como a utilização de métodos experimentais, muitas vezes considerados inadequados, fragilizavam a consistência das concepções defendidas por ambos os grupos, oportunizando a construção de observações tendenciosas. Além disso, faltavam informações suficientes para responder aos questionamentos ainda em aberto, como, por exemplo, o papel do hospedeiro e dos vetores na cadeia de transmissão das doenças.

Já GUTIERREZ e OBERDIEK (2001) analisam esta passagem de dominância de uma teoria a outra, apontando, como marco fundamental, as descobertas

bacteriológicas processadas na segunda metade do século XIX. Estas possibilitaram o deslocamento do foco central dos cientistas, dos fatores sociais e ambientais para sintonizá-lo na primazia das causas externas, representadas pelas minúsculas partículas invisíveis a olho nu, que, com o auxílio da tecnologia, tornaram-se visíveis e foram batizadas de bactérias. A partir deste momento, simplificara-se a questão da causalidade das doenças: “para cada doença, um agente etiológico deverá ser identificado e combatido, por meio de vacinas ou produtos químicos” (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001, p. 21).

O ceticismo dos anticontagionistas era explícito, inclusive, em relação à credibilidade de Pasteur. No dia 30 de abril de 1878, ele expôs a Teoria dos Germes e suas aplicações à medicina e à cirurgia na Academia de Medicina francesa, onde muitos médicos, ainda arraigados à teoria da geração espontânea, mostraram-se hostis às revolucionárias idéias do cientista. Ele defendia que as doenças infecciosas estavam diretamente relacionadas à presença nos corpos de microorganismos veiculados pelo ar e pela água, que embora detentores de uma resistência variável ao calor, não sobreviviam às temperaturas elevadas. Daí surge o método denominado pasteurização.

“Com que direito um químico se intromete na medicina? O que significa esta ditadura do microscópio?” (HEMAR, 2002). Estes foram os questionamentos que rondavam pensamento e crítica dos anticontagionistas presentes na Academia de Medicina e mesmo fora dela. A propaganda anti-pasteuriana ganhava expressão através da imprensa, de conferência e publicações. Porém, não demorou muito tempo para que as então julgadas revolucionárias e descabidas idéias de Pasteur se tornassem populares e largamente aceitas em todos os âmbitos da sociedade francesa, inclusive gozando status hegemônico no campo do higienismo sanitário. Contribuíram para esta reviravolta tanto suas descobertas bacteriológicas transformadas em teoria como as possibilidades de aplicação prática.

É importante registrar que, embora Pasteur seja reconhecido como o cientista que demonstrou a teoria da origem microbiológica das doenças, seu caráter sempre foi de uma pessoa prática que buscava não apenas descobrir as doenças, mas descobrir para eliminar ou limitar o desenvolvimento das doenças produzidas pelos germes. O grande momento de reconhecimento de seu talento e suas idéias se deu a partir da primeira cura produzida, através da vacinação, por ele experimentada, em um rapaz mordido por um cão raivoso. “Pasteur descobriu a cura para a raiva humana”: esta notícia espalhou-se rapidamente pela França, correu o mundo e em pouco tempo a Academia Francesa de Ciências recomendava que fosse fundado em Paris um instituto para a prevenção da raiva. Num instante, Pasteur passou de cientista altamente criticado em uma unanimidade nacional, sendo, inclusive, homenageado com a fundação do Instituto Pasteur (MAJOR, 1959).

Entretanto, é importante reconhecer que as tendências teóricas emergentes no século XIX, por sua complexidade e fragilidades, tornaram-se campo fértil para análises em diferentes âmbitos. A discussão em torno da convivência, das relações e dos imbricamentos entre as teorias infeccionista e contagionista ainda permanece em aberto, possibilitando a emergência de novas interpretações que contribuem sobremaneira para o entendimento das raízes, da essência e das representações de ambas, tanto no campo científico como na vida cotidiana.

Tendo como horizonte analítico a relação entre o higienismo clássico e o novo higienismo, herdeiro direto das idéias pasteurianas, CAPONI (2002) desenvolveu um estudo no qual questiona a procedência da afirmação acerca da contradição absoluta entre as idéias higienistas clássicas e as proposições dos novos higienistas que buscavam elucidar e lutar contra a ameaça oriunda do mundo do “infinitamente pequeno”. Para tanto, toma como objeto de análise as estratégias sanitárias edificadas no contexto da problemática da habitação popular, as chamadas “ilhas de

insalubridade”¹⁶, e os projetos de reforma urbana desenvolvidos no Brasil e na Argentina, mais especificamente em suas respectivas capitais, no período compreendido entre o apagar das luzes do século XIX e o alvorecer do século XX.

Criticando a possibilidade de contradição absoluta entre as duas tendências, a autora mostra que as políticas de controle sanitário empreendidas sobre as habitações populares, os chamados cortiços, inclusive aquelas adotadas no Rio de Janeiro, evidenciavam um discurso de complementaridade entre as estratégias priorizadas pelos higienistas clássicos e os novos higienistas.

Se nos detivermos onde estas estratégias se encontram e se solidarizam, veremos alguns pontos de contato significativos que se reiteraram no momento de definir medidas profiláticas para as diferentes epidemias. Estratégias tais como a desinfecção dos espaços, o controle da habitação popular e o controle dos imigrantes se repetiram antes e depois da revolução pasteuriana. A partir daí, os higienistas, sejam infeccionistas ou contagionistas, tentaram controlar e deter as epidemias que se reiteravam tanto na América Latina como no resto do mundo: cólera, febre amarela, tuberculose, sífilis (CAPONI, 2002, p. 5).

A autora ainda aponta para duas questões que sempre acompanharam a discussão em torno das reformas urbanas e das habitações populares, e que se encontram presentes em ambos os discursos higienistas (pré e pós pasteuriano): a pobreza e as desigualdades. Parece que, pela força da repetição, a crença na conjunção epidemia-pobreza, pobreza-perigo se consolidou nas estratégias de controle das doenças, por meio do auxílio-controle dos pobres, desempregados e imigrantes. E é na intersecção entre auxílio e punição, solidariedade e vigilância que germinaram os conflitos, as dúvidas e as certezas que construíram a história do higienismo. Ao considerar enfermidade e pobreza como entidades inseparáveis, os pobres se constituíam em classe perigosa em três sentidos: pelo risco de diminuição da produtividade em função das doenças ou debilidades morais, pela ameaça constante à saúde da coletividade (contágio e insurreição) e pelo risco de

¹⁶ Ilhas de insalubridade – expressão utilizada para designar regiões da cidade onde predominavam as habitações densamente populadas, com condições precárias de iluminação e arejamento, o que facilitava a transmissão da tuberculose. O termo surge no contexto das políticas sanitárias adotadas na cidade de Paris no final do século XIX (BOUDELAIS, 1998).

comprometer as gerações futuras. Resumindo, podemos dizer que deste modo constituía-se a rede explicativa que transformava os pobres objeto de intervenção dos higienistas, aos quais estava entregue a tarefa de normalizar e moralizar essa população (CAPONI, 2002).

Ancorada em Dagognet e Delaporte, a autora sustenta a idéias de que os discursos miasmáticos e contagionistas parecem ter convivido sem maiores dificuldades, chegando inclusive a reproduzir, a depender das necessidades conjunturais, as mesmas estratégias autoritárias, controladoras e intimidatórias. Afirma que é a partir da difusão do temor aos micróbios, a chamada neurose coletiva da contaminação, a fobia dos contatos, dos ares patogênicos e dos meios infectados, que o discurso microbiológico resultou em importante aliado que permitiu “legitimar e reproduzir tanto os velhos temores e medos associados à habitação popular como as antigas estratégias operativas próprias do higienismo clássico referidas aos ‘conventillos’, ‘tugurios’ ou cortiços” (CAPONI, 2002, p. 20).

Ao tentar analisar as origens das práticas e bases teóricas do higienismo italiano, PANARARI (2000) conclui não ser possível escrever sobre o higienismo no singular, mas reconheceu que se trata de uma pluralidade de tendências que não podem ser descaracterizadas. Assim, entende tratar-se de *higienismos*¹⁷ no plural, justificando que o termo pode encerrar muito mais que um movimento científico, político e cultural, mas carrega em si um complexo de instâncias e estratégias de pressão e associação, de ideologias e ideais capazes de converter-se em impulso para a ação e motivação material.

Do mesmo modo que é possível compreender a pluralidade de tendências que acompanharam o movimento higienista, podemos apontar para a diversidade de inserções que teve na sociedade. É importante registrar os diferentes campos nos quais as idéias e estratégias higienistas se fizeram presentes: nas reformas sanitárias,

¹⁷ Esta idéia foi composta a partir de discussões produzidas entre o autor e o Prof. Giovanni Berlinguer, sendo o termo sugestão do último.

nas reformas urbanas, nas políticas demográficas, no modelo eugenista de corpo saudável, entre outros. Portanto, refletir sobre higienismo, ou melhor, higienismos, ultrapassa qualquer proposição em direção à discussão das reformas sanitárias. Vai além: impõe-se como uma complexa e ampla reflexão sobre a hegemonia de determinados pensamentos na sociedade que direcionaram os modelos de intervenção social. Assim, numa alusão metafórica, podemos dizer que o pensamento higienista entendido como verdadeira onda invadiu outras praias, deixando suas marcas, seu rastro e, por vezes, servindo de canal de comunicação com a sociedade, como no caso das reformas urbanas, em especial, a regeneração urbana promovida no Rio do início do século XX.

Todavia, a operação higienista desenvolvida pelo governo no Rio de Janeiro focalizou seu objetivo na regeneração de um espaço privilegiado, que por meios controversos e impositivos extirpou do centro da cidade e também da sociedade, uma parcela da população considerada à luz dos microscópios higienistas, pestilenta e perigosa. Neste sentido, tanto o discurso quanto as estratégias práticas do higienismo imbricaram-se às políticas reformadoras da Primeira República, promovendo um fortalecimento mútuo na medida em que um auxiliava o outro na consecução de seus objetivos. Se, de um lado, o discurso e as estratégias higienistas possibilitaram a efetivação do grande projeto de modernização da capital federal, de outro, o governo promoveu o suporte suficiente para o desenvolvimento da ciência higienista em território nacional, cujos avanços renderam, inclusive, o reconhecimento da comunidade científica internacional. Alguns acontecimentos, personagens e imagens tornaram-se símbolos deste momento histórico, quando higienismo e política republicana se uniram para construir a modernidade num país atrasado e pestilento, dentre as quais se destacam até hoje, o sanitarista Oswaldo Cruz, o Instituto Soroterápico de Manguinhos, mais tarde Fundação Oswaldo Cruz, e a Revolta da Vacina.

6.2. PARA ALÉM DA PREVENÇÃO: SURGE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

É importante continuarmos nossa reflexão dizendo que nos deparamos hoje frente à emergência de uma grave crise, considerada, inclusive, por alguns autores, como um verdadeiro esgotamento do modelo de saúde. Sua base de sustentação, o modelo biomédico, não responde mais às necessidades de saúde da sociedade contemporânea, e isto tem impulsionado as tentativas de surgimento de novos modelos, novas respostas sociais organizadas à realidade caracterizada por um desenvolvimento econômico excludente, relações injustas e condições de vida e de saúde iníquas. A proposta de Cidades Saudáveis, objeto deste estudo, exemplifica essa questão, surgindo como estratégia, onde o poder e esforços locais são potencializados no enfrentamento dos problemas, favorecendo a participação dos sujeitos sociais envolvidos no processo e o reconhecimento mais efetivo das debilidades da realidade local.

Cidades Saudáveis, como projeto estruturante de políticas públicas saudáveis, não se reduz a simples modelo operativo de uma política setorial. De acordo com CARVALHO (1996), é importante pensar Cidades Saudáveis como um campo de referências conceituais e empíricas, ainda que em construção, mas que surge como uma proposta de renovação e ampliação do campo da saúde pública ancorada num novo paradigma da saúde. Neste sentido, aponta para a emergência da promoção da saúde como estratégia propulsora do novo modelo.

Efetivamente, promoção da saúde não se apresenta como um conceito inédito, nem como uma estratégia desconhecida, mas tem estado presente em diversos estudos, ao longo do último século. Embora o termo seja o mesmo, seu significado tem mudado, conforme a estrutura conceitual e as estratégias operativas a que se liga, expressando uma verdadeira evolução do conceito.

Nas últimas décadas do século XX, a sociedade presenciou uma forte evolução no campo da promoção da saúde, tanto em nível da construção teórica como na formulação de estratégias inovadoras de implementação. Dois eventos representam verdadeiros marcos desta evolução: o Informe Lalonde, de 1974, e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, cujo documento final, a Carta de Ottawa, tornou-se emblemático para o movimento.

Entretanto, muito antes de Lalonde e da Carta de Ottawa, outros autores já haviam dirigido seu olhar para a promoção da saúde, inserindo-a na discussão de outras temáticas. Conforme BUSS (1998), Sigerist¹⁸ foi um dos primeiros autores a referir o termo promoção da saúde em seu artigo *The place of the physician in modern society*, de 1946, onde indicou as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para Sigerist, promover a saúde implicava proporcionar condições de vida e de trabalho decentes, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, invocando, para tanto, o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes últimos imputava um papel social de proteger as pessoas e guiá-las para uma vida cada vez mais saudável e feliz.

A promoção da saúde voltava a insinuar-se na mesma época, desta vez, nos trabalhos de Winslow¹⁹, médico americano contemporâneo de Sigerist. No artigo *The Evolution of Public Health and its Objectives*, Winslow apresentou sua definição de saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental (SCLIAR, 1987). À semelhança de Sigerist, referiu-se à promoção da saúde como um esforço da comunidade organizada para efetivar políticas de melhoria das condições de saúde da população e programas

¹⁸ Henry Ernest Sigerist (1891-1957) nasceu na França, de pais suíços, e cursou medicina na Alemanha. Fez carreira acadêmica como professor de História da Medicina nas Universidades de Leipzig e John Hopkins (NUNES, 1999).

¹⁹ Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957), reconhecido líder da saúde pública americana, que dedicou seu trabalho às áreas do saneamento, habitação, educação em saúde, organização da atenção médica e história da saúde pública (ROSEN, 1994).

educativos dirigidos à saúde individual, bem como para desenvolver mecanismos sociais que assegurem a todos níveis de vida adequados para a manutenção e melhoria da saúde (BUSS, 1998).

Contudo, a formulação teórica mais reconhecida, dentre aquelas que incorporaram o conceito de promoção da saúde, é, sem dúvida, aquela baseada no modelo da História Natural das Doenças apresentado no livro Medicina Preventiva pelos epidemiologistas LEAVELL e CLARK (1976). Neste modelo, o processo evolutivo de uma doença se subdivide em período pré-patogênico (anterior ao início da doença, porém considerando a suscetibilidade) e período patogênico (a doença já iniciou seu curso). A estes foram ajustados os diferentes níveis de medidas preventivas até então preconizadas, passando a corresponder ao primeiro período a prevenção primária e ao segundo, as prevenções secundária e terciária (PEREIRA, 1995).

Estas três fases de prevenção subdividem-se, ainda, em cinco distintos níveis de aplicação das medidas preventivas, a saber: à prevenção primária correspondem os níveis de promoção da saúde e proteção específica; à prevenção secundária, o diagnóstico precoce e tratamento e limitação da invalidez; e à prevenção terciária, o nível da reabilitação. A aplicação destas medidas preventivas depende diretamente do grau de conhecimento da história natural de cada doença.

Considerando os elementos que integram o período pré-patológico do processo evolutivo de uma doença, a promoção da saúde se compõe por medidas ou ações de saúde como educação sanitária, alimentação e nutrição adequadas, moradia adequada, lazer, condições de trabalho adequadas, entre outras, que buscam desenvolver uma saúde geral melhor. Em relação à educação sanitária, são enfatizadas as ações de educação, orientação e aconselhamento, relativas a situações de saúde que envolvem, de maneira geral, o comportamento dos indivíduos, tais como a educação sexual e a orientação de hábitos saudáveis.

BUSS (2000), ao discutir a promoção da saúde na lógica do modelo de Leavell e Clark, critica dois aspectos interrelacionados. No primeiro, trata de apontar para um reducionismo do foco de atenção da medida de promoção da saúde no âmbito individual, uma vez que as ações dirigem-se, via de regra, para o indivíduo, podendo projetar-se, às vezes, para a dimensão da família e, mais raramente, para os grupos sociais. Já na segunda questão, comenta que este modo de conceituar promoção da saúde tornou-se inapropriado para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis, pois, com o advento da segunda revolução epidemiológica, esta passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente e o estilo de vida. Deste modo, ampliava-se o enfoque da promoção da saúde para além do indivíduo e família, passando a incorporar uma atenção dirigida a outros elementos da sociedade.

Outras conceituações sobre promoção da saúde são encontradas. Entretanto, não é pretensão deste estudo esgotá-las, mas sim apenas referir, com auxílio de BUSS (1998), que, de um modo geral, estas formulações podem ser reunidas em duas grandes tendências. A primeira, centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida, e a segunda, dirigida a um enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde.

Uma das características da primeira tendência é o seu enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam à transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem. Nesta ótica, a promoção da saúde tende a priorizar aspectos educativos ligados a fatores de riscos comportamentais individuais, e, portanto, processo potencialmente controlado pelos próprios indivíduos.

Para exemplificar, basta pensarmos na complexa questão do hábito de fumar. As campanhas educativas, em geral, são pautadas na abordagem que focaliza no próprio fumante as causas e, porque não dizer a culpa, de seu ato, transferindo ao

sujeito a responsabilidade de sua saúde. Esta situação se aproxima muito do que BERLINGUER (1997) chama de culpabilização da vítima, reduzindo o âmbito do problema ao nível do indivíduo e sua extensão ao nível do comportamento. Desta maneira, não fariam parte da promoção da saúde os fatores e condições que estivessem fora do controle dos próprios indivíduos.

Por outro lado, a segunda tendência, identificada por BUSS (2000,) como mais moderna, considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, cujo amplo espectro de fatores está diretamente relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva. Logo, promover a saúde implica considerar um padrão adequado de alimentação, de habitação e de saneamento, boas condições de trabalho, acesso à educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável. Promover a saúde implica, também, dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, promover a saúde implica uma abordagem mais ampla da questão da saúde na sociedade.

Políticas públicas favoráveis à saúde e fortalecimento das capacidades individual e coletiva são as estratégias desenhadas, por esta tendência, para viabilizar a promoção da saúde. Na verdade, esta formulação não emergiu da forma como se apresenta agora, mas vem sendo construída, ao longo das últimas décadas, representando uma verdadeira evolução conceitual. Neste sentido, têm contribuído, substancialmente, para esta evolução os inúmeros eventos, sobretudo, internacionais promovidos por instituições e organizações do setor saúde e de outros setores, os estudos conceituais e as pesquisas relativas às ações desenvolvidas.

Antes de pontuarmos as mais significativas contribuições neste campo, gostaríamos de imprimir um olhar para o vocábulo **promoção**. De acordo com FERREIRA (1986), promover significa impulsionar, fomentar, trabalhar a favor de, favorecer o progresso ou avanço de. Assim, poderíamos dizer que promover a saúde relaciona-se ao favorecimento de condições para a melhoria da saúde e da vida. Ao

desmembrarmos o vocábulo, deparamo-nos com o advérbio **pró** que tem o sentido de a favor, seguido de **moção**, entendida como movimento, indicando que **promoção da saúde** compreende a noção de movimento em favor da saúde.

Como marco inicial da formulação mais atual de promoção da saúde, é consensual entre os autores que tratam do tema indicar o chamado Informe Lalonde. Esta publicação do Ministro da Saúde canadense, Marc Lalonde, de 1974, constituiu-se na primeira manifestação teórica da saúde pública que buscou questionar a abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, uma vez que esta apresentava, inclusive, resultados pouco significativos. Portanto, com motivação política e econômica, mas também técnica, o documento possibilitou passar de uma noção tradicional que reduz a saúde aos limites da medicina para uma idéia de campo de saúde mais amplo (TERRIS, 1996).

Esta nova idéia permitiria decompor o campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Tais componentes foram identificados mediante o estudo das causas e determinantes básicos da morbimortalidade da população canadense, bem como do modo como cada um deles afeta o nível de saúde no país. De acordo com LALONDE (1996), o conceito de campo da saúde constituiu-se num potente instrumento para a análise dos problemas de saúde, a determinação das necessidades de saúde e a seleção das estratégias de intervenção mais adequadas.

Considerando estes elementos, o autor enfatiza três características do novo modelo, nas quais sintetiza a contribuição e o avanço possibilitado por sua formulação teórica. A primeira característica refere-se ao fato do novo conceito de campo da saúde permitir superar a prioridade absoluta outorgada à organização da assistência à saúde, em detrimento dos demais componentes da saúde, posicionando-os no mesmo patamar de importância. Outra característica do conceito diz respeito à ampla abrangência dos quatro componentes básicos da saúde, garantindo uma abordagem que atinja todos os aspectos implicados num

problema de saúde. A terceira característica se destaca na formulação de “um sistema de análise com o qual é possível examinar qualquer problema de saúde em relação aos quatro componentes, a fim de avaliar sua importância relativa e sua interação” (LALONDE, 1996, p. 5).

Com estes elementos analíticos, Lalonde concluiu que era necessária uma pequena revolução conceitual para inverter uma situação já instalada na sociedade canadense. Enquanto as principais causas das enfermidades e das mortes relacionavam-se à biologia humana, estilo de vida e meio ambiente, a concentração de recursos e de maiores esforços se dava na organização da assistência à saúde. Desta maneira, o que o autor propôs foi uma inversão de prioridades, passando a considerar o peso relativo de cada componente para a produção do problema de saúde, isto é, os componentes estilo de vida e ambiente passaram para primeiro plano na análise de um percentual significativo de problemas, especialmente, em relação às doenças crônicas. Porém, ao propor ações de promoção da saúde, restringiu-se a apresentar um rol de vinte e três medidas exclusivamente voltadas a fatores específicos do estilo de vida, como dieta, fumo, drogas e conduta sexual.

O enfoque de campo de saúde tornou à cena na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS na cidade de Alma-Ata (Rússia) em 1978, com a recomendação da utópica estratégia “Saúde para todos no ano 2000”. Embora a marca registrada desta conferência tenha sido a proposta da Atenção Primária de Saúde (APS), outras contribuições se fizeram presentes, dentre as quais a recomendação da adoção de um conjunto de oito elementos essenciais para o alcance da saúde. Como parte destes elementos, figuravam a ação educativa dirigida aos problemas de saúde prevalentes e sua prevenção e a promoção de alimentação adequada, abastecimento de água e saneamento apropriados. Não precisamos nem comentar que a meta apontada pela OMS não foi alcançada, todavia é importante registrar que a instituição persiste na sua indicação, apenas reprogramando-a para o século XXI.

O debate em torno da importância dos determinantes gerais na saúde continuou, bem como a cooperação entre o Escritório da OMS da Europa e o Ministério da Saúde do Canadá para o desenvolvimento conceitual e de práticas de promoção da saúde. Neste contexto, é organizada, de 17 a 21 de novembro de 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde sob os auspícios da OMS, do Ministério da Saúde do Canadá e da Associação Canadense de Saúde Pública. Deste encontro emergiu o documento mais emblemático para o movimento de promoção da saúde em nível mundial, a Carta de Ottawa, que se tornou uma referência básica e fundamental no desenvolvimento em termos conceituais e de prática na área.

Na Carta de Ottawa, consta que promoção da saúde consiste em

proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde é entendida, não como um objetivo, mas como um recurso fundamental para a vida cotidiana. Dado que o conceito de saúde transcende a idéia de formas sadias de vida, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor sanitário. (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1996).

Tendo como referência o conceito ampliado de saúde, o documento ainda aponta como pré-requisitos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Contudo, evidenciam-se pontos discordantes entre esta idéia mais ampla, fundada na multisetorialidade e responsabilidade social, com os critérios, citados no conceito acima, para o alcance do bem-estar, quais sejam, responsabilidade individual e tendência de ajustamento dos indivíduos ao ambiente.

Esta incongruência é evidenciada também em relação aos cinco campos de ação, identificados como prioritários, para a promoção da saúde, os quais buscam, claramente, superar a visão que relacionava promoção com correção de comportamentos individuais, concebidos como principais, senão únicos

responsáveis pela saúde. Portanto, são apresentados como campos de ação da promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Através das **políticas públicas saudáveis**, fica clara a intenção de inserir a idéia de promoção da saúde na pauta de todos os programas políticos, em todos os setores da sociedade e em todos os níveis da organização social, como forma dos políticos, dirigentes, lideranças, enfim, responsáveis pelas políticas públicas, tomarem consciência das conseqüências de suas decisões sobre a saúde da população e assumirem a sua responsabilidade neste amplo espectro. As políticas públicas saudáveis podem efetivar-se por meio de diversas ações complementares, que englobam desde a legislação e medidas fiscais, passando pelas mudanças organizacionais, até as ações intersetoriais coordenadas visando a distribuição mais equitativa de renda, as políticas sociais e a equidade em saúde.

O reconhecimento da complexidade da sociedade, bem como das relações de interdependência entre os diversos setores que a compõem, apareceu na Carta de Ottawa como condição essencial para o desenvolvimento de **ambientes favoráveis à saúde**. Considerando que as formas de vida, de trabalho e de lazer devem ser fontes de saúde, e que o trabalho deve constituir-se num recurso para a criação de uma sociedade saudável, é apontada como prioridade estratégica o desenvolvimento de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade.

Outro campo de ação da promoção da saúde, o fortalecimento da **ação comunitária**, expressa-se através do incremento do poder técnico e político das comunidades (empowerment)²⁰ visando a sua participação efetiva e concreta na escolha de prioridades, tomada de decisões e na elaboração e implementação de

²⁰ Empowerment, traduzido como apoderamento, é entendido como o processo de capacitação para a aquisição de poder técnico e político por parte dos indivíduos e da comunidade (BUSS, 2000).

estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. Neste sentido, deve ser garantido o acesso total e contínuo às informações e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde.

Entendendo que a promoção da saúde deva fortalecer o desenvolvimento pessoal e social, o quarto campo de ação focaliza a questão de habilidades e atitudes favoráveis à saúde. Como estratégias para o **desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais** são apontadas a informação e a educação em saúde, visando incrementar as possibilidades da população exercer um maior controle sobre si mesma e o ambiente e definir-se por opções mais favoráveis à saúde.

Por último, a **reorientação dos serviços de saúde** parte da premissa que ao setor saúde cabe desenvolver um papel que transcenda a mera responsabilidade de prover serviços assistenciais à população, buscando superar o modelo biomédico. Tais serviços, além de prestarem assistência médica, devem estar abertos à concepção de promoção da saúde, no sentido de favorecer o diálogo e a ação intersetorial entre a saúde e os setores sociais, econômicos, políticos e ambientais.

Dois anos mais tarde, no transcorrer da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Adelaide, na Austrália, em 1988, a concepção de saúde foi novamente revista e sofreu uma evolução no que tange à noção de políticas públicas saudáveis. Tais políticas se caracterizariam pelo interesse e preocupação explícitos do conjunto de políticas públicas em relação à saúde e à equidade, além do compromisso destas com o impacto sobre a saúde da população (O'NEILL, 1990).

Em Adelaide, ficaram marcadas duas grandes questões emersas do discurso de promoção da saúde: a intersetorialidade e a responsabilização do setor público. A intersetorialidade foi reafirmada com base na idéia da multiplicidade de determinantes da saúde, que pressupõe uma visão integral e integradora de fatores biológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais sobre a saúde.

Esteve em destaque “a responsabilização do setor público, não só pelas políticas sociais que formula e implementa (ou pelas conseqüências quando deixa de fazê-lo), como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e dos sistemas de saúde” (BUSS, 2000).

A temática focalizada na III Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, às vésperas da Conferência Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio 92, não poderia deixar de ser a relação entre saúde e ambiente. De modo consistente, o tema do ambiente foi inserido na agenda de debates da saúde, na tentativa de problematizá-lo em todas as suas dimensões, não apenas a física, mas também a social, econômica, política e cultural. A conferência possibilitou nitidamente o aprofundamento e a evolução de um dos campos de ação da promoção da saúde, o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde.

Quatro diferentes aspectos foram identificados como essenciais a um ambiente favorável e promotor da saúde:

- a dimensão social, que inclui a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
- a dimensão política, que requer dos governos a participação democrática, o compromisso com os direitos humanos e a paz;
- a dimensão econômica, que requer a redistribuição dos recursos para possibilitar o acesso a todos e o desenvolvimento sustentável;
- o reconhecimento e a utilização do potencial das mulheres em todos os setores da sociedade.

Além de centrar as atenções nos temas da equidade e da biodiversidade, em Sundsvall, também se registraram indicativos de propostas para a ação em termos

da criação de ambientes favoráveis à saúde, sendo mencionadas inúmeras experiências oriundas de todo o mundo e desenvolvidas particularmente em nível local. Tais experiências foram reunidas como possíveis “cenários para a ação”, em que estavam presentes projetos de diferentes setores, inclusive, experiências relativas à proposta de Cidades Saudáveis.

O movimento social em torno da promoção da saúde evoluiu rapidamente, em função de sua dinamicidade, tanto em relação às contribuições conceituais quanto às experiências desenvolvidas. Ultrapassou as fronteiras e, em 1992, chegou à América Latina. Sob a coordenação da Organização Panamericana da Saúde e do Ministério da Saúde da Colômbia, reuniram-se, em Santa Fé de Bogotá, representantes de 21 países para discutir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos com a melhoria da saúde da população da região. Partiu do reconhecimento da deterioração das condições de vida e de saúde da população latino-americana, resultantes das crises e políticas econômicas adotadas, sinalizando para o imenso fosso criado pelas desigualdades sociais.

Tematizando a Promoção da Saúde e a Equidade, a conferência apontou a necessidade emergente de transformação das relações excludentes, como o maior desafio da promoção da saúde na América Latina. Neste sentido, propõe a conciliação dos interesses econômicos com os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como enfatiza a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

Retornando às conferências promovidas pela OMS, podemos verificar que a quarta edição da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em um país subdesenvolvido, a Indonésia. Na Conferência de Jacarta, de 1997, já no seu tema central – Novos Atores para uma Nova Era - se evidenciava a intenção de focar um dos campos de ação da promoção da saúde, o fortalecimento da ação comunitária. Uma das avaliações sobre a evolução dos trabalhos de promoção da

saúde identificou que as experiências baseadas na combinação das cinco estratégias da Carta de Ottawa superam e são mais eficazes que os projetos dirigidos a um único campo de ação. Ainda apontam para diversos cenários que oportunizam o desenvolvimento de estratégias integrais, dentre os quais, foram destacadas as cidades, as comunidades locais e as escolas (BUSS, 2000).

A evolução do movimento da promoção da saúde prosseguiu e tem se mantido na pauta das organizações e instituições de saúde de todo o mundo, como é o caso dos Planos de Ação Regional para a Promoção da Saúde da OPS. Contudo, é importante considerar que sua inserção nas políticas públicas se diferencia enormemente entre os diversos países, assim como se diferenciam as abordagens desenvolvidas pelas diferentes instituições envolvidas.

Após esta breve visita à evolução do conceito de promoção da saúde, gostaríamos de retomar a discussão em torno dos elementos constitutivos deste dito modelo, os quais mais se aproximam ao objeto deste estudo, as Cidades Saudáveis. Tendo como referência CARVALHO (1998), destacamos as políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde como eixos da concepção de promoção da saúde que substanciam a proposta de Cidades Saudáveis.

Efetivamente, na formulação latino-americana, Cidades Saudáveis superou a concepção de promoção da saúde dirigida à preocupação com hábitos e atitudes favoráveis à saúde de indivíduos e grupos. Rebatizada de Movimento de Municípios e Comunidades Saudáveis, passou a incorporar elementos políticos próprios da vivência latina. Uma vivência marcada por profundas desigualdades sociais que, simultaneamente, expressam a opção política por um desenvolvimento econômico perverso, concentrador de riqueza e promotor de pobreza e a frágil política de desenvolvimento social, sustentada mais por um modelo de alívio da pobreza do que por uma proposta de inclusão social.

E é justamente neste cenário que o Movimento de Municípios Saudáveis encontrou substrato para se desenvolver, sob as bases de políticas públicas saudáveis. Todavia, é precisamente neste contexto político que, paradoxalmente, o movimento enfrentou e, ainda, enfrenta os maiores obstáculos e desafios. Se, por um lado, o modelo de desenvolvimento excludente impõe a existência de um contingente de pobres e miseráveis, excluídos das mínimas condições necessárias a uma sobrevivência digna, é este mesmo modelo que impede a possibilidade de desenvolvimento de políticas públicas no mínimo compensatórias.

Como estratégia concreta para a promoção da saúde, numa perspectiva de qualidade de vida, as políticas públicas saudáveis devem se estruturar em torno de um duplo compromisso: um técnico e outro político. O primeiro, na medida que toma como foco de intervenção os fatores determinantes do processo saúde-doença e, o segundo, ao situar a saúde no topo da agenda pública, elevando-a da categoria de setor administrativo a critério de governo (CARVALHO, 1998).

Procedendo uma aproximação destas bases com a experiência brasileira de Cidades Saudáveis, percebemos um grande distanciamento em termos de efetivação de políticas públicas saudáveis. Em primeiro lugar, porque as experiências de Cidades Saudáveis até agora desenvolvidas percorreram caminhos à margem das políticas públicas empreendidas pela esfera federal de governo. A política setorial de saúde também não está entre as prioridades efetivas do governo, embora o discurso oficial englobe a saúde dentre suas principais linhas programáticas.

Mesmo no âmbito municipal, as barreiras são de diferentes dimensões: econômica, política, técnica e até cultural. É difícil promover políticas públicas municipais que busquem compensar déficits de ordem estrutural, quando a menor fatia de recursos é aquela repassada aos municípios. É difícil conduzir políticas favoráveis à saúde, quando não há esforço em direção à capacitação de profissionais e comunidades que favoreçam o incremento de seu poder técnico e político. Por

fim, é impossível implementar políticas públicas saudáveis numa cultura doentia de descontinuidade das políticas públicas a cada mudança de políticos no governo.

Considerando estes condicionantes da realidade concreta brasileira, alguns questionamentos se impõem: é possível pensar que, mesmo com as modificações sofridas, um modelo emerso no contexto de uma sociedade desenvolvida, onde as condições básicas para uma vida saudável já estão dadas, sirva para uma realidade marcada pela desigualdade, injustiça e exclusão?

Sem a pretensão de responder a estes questionamentos, mas, simplesmente, de indicar algumas direções possíveis para uma discussão, entendemos que promover a saúde através das Cidades Saudáveis é um desafio mais amplo em nossa sociedade. O principal desafio para a promoção da saúde na América Latina e no Brasil, em particular, passa pela transformação das relações sociais extremamente excludentes, passa pela conciliação de interesses econômicos com propósitos sociais de bem estar para todos, passando também pela consciência do *empowerment* da sociedade. É importante observar e ressaltar que é justamente neste ponto que o Movimento de Municípios Saudáveis se diferencia na América Latina, incorporando aspectos essencialmente políticos e modelando-se à sua própria maneira. Por isto mesmo, passou de projeto institucional a movimento social, que, se, de um lado, parece fragilizar a execução da proposta, de outro, fortalece a participação das comunidades no controle de seu próprio destino. Deste modo, a equidade social e a solidariedade se apresentam, simultaneamente, como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento das sociedades da região e como meta a ser perseguida por todas as propostas, projetos e programas.

Sobre a questão do *empowerment* KLEBA (20012) afirma que tanto a participação social na construção do Sistema Único de Saúde quanto das Cidades Saudáveis constituem-se em processos de *empowerment*, à medida que possibilita às pessoas a descoberta de seu poder de interferir sobre a realidade e aumenta sua capacidade de auto-determinação nas situações cotidianas. Além da consciência do

poder individual e coletivo de transformação da realidade, promove a compreensão dos limites que a realidade histórico-social impõe.

Como todo processo coletivo em construção, em que a experimentação se impõe à rotina e a transformação supera a estagnação, riscos se apresentam e críticas são necessárias. Um dos riscos mais evidentes é a tendência reducionista de políticas de saúde que transformam problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, neste caso, o cerne da questão é deslocado do corpo social para o corpo biológico ou físico, e a responsabilidade em produzir respostas efetivas a sua resolução desloca-se do nível do Estado para o próprio indivíduo.

Conforme FERRAZ (1994), isto ajuda a explicar porque tantos programas de promoção de saúde orientam suas estratégias para a promoção de uma conduta sadia. Promover a saúde depende da melhoria de condições sociais, tais como educação, habitação, salário digno. E são justamente estas condições sociais que influem na modificação do estilo de vida.

De fato, é difícil modificar o modo de habitar uma cidade, a forma de viver numa sociedade onde faltam sistemas educativos completos e acessíveis a todos, a higiene pessoal é utopia em casas que carecem de água encanada e é impossível explicar uma dieta saudável a pessoas que passam fome.

Sendo assim, pensamos como RESTREPO (1992) que produzir uma nova visão de promoção de saúde para as nossas cidades significa situá-la dentro de um amplo contexto social e ecológico, como uma estratégia que permite buscar um maior compromisso de todos para diminuir as desigualdades sociais e aumentar o bem-estar coletivo. Desta maneira, a expressão políticas públicas saudáveis poderá assumir um outro papel, o de árbitro das políticas públicas, julgando sua atuação conforme os efeitos sobre a saúde das populações. Este novo olhar poderá provocar uma evolução no monitoramento das políticas públicas, passando de uma postura

reativa, isto é, impedir que tais políticas provoquem danos à saúde, para uma postura proativa, induzindo políticas que produzam saúde.

Neste sentido, as políticas públicas saudáveis, preconizadas na perspectiva da promoção da saúde, distinguem-se, largamente, e superam as idéias e ações sanitárias e urbanas conduzidas sob o estatuto higienista da saúde pública dita tradicional. Esta nova perspectiva implica uma abordagem mais complexa que impõe a reformulação de conceitos e práticas, tanto no âmbito da saúde quanto no âmbito do Estado e seu papel frente à sociedade através das políticas públicas.

Em oposição à tendência de minimizar e empobrecer as políticas sanitárias, CARVALHO (1998, p.34) enfatiza que uma das tarefas das políticas públicas saudáveis

é de equacionar adequadamente as relações entre saúde e economia, entre saúde e desenvolvimento. Tanto para fixar, em nome da saúde, limites éticos e humanitários à razão econômica, quanto para com ela estabelecer pactos, onde o tema da saúde possa ser redescoberto como um valor. Impõe-se que a saúde seja 'descolonizada' da economia, inclusive superando o mito, hoje desmentido por diversos estudos, da vinculação inevitável entre desenvolvimento econômico e desigualdade social.

É preciso, então, compreender o caráter dinâmico da sociedade como um espaço em permanente disputa de interesses e desejos, que envolvem forças díspares, valores diversos e crenças divergentes. Desta forma, pensar em promoção da saúde na nossa realidade concreta é pensar em políticas públicas voltadas para a diminuição das iniquidades existentes na sociedade, evidenciadas nas desigualdades em saúde, mas cujas raízes situam-se nas desigualdades de acesso ao conjunto de condições mínimas para a saúde. Pensar em políticas públicas saudáveis neste cenário, sem dúvida, implica uma forte postura de eliminação da pobreza e da fome, da carência dos sem-teto nas cidades e dos sem-terra no campo, do desemprego, do analfabetismo, no sentido de situar estes objetivos no vértice da pirâmide de prioridades políticas, visto que são, sem dúvida, os verdadeiros determinantes do desequilíbrio social e sanitário forjado em nossa sociedade (BUSS, 2000).

Como desafio maior, permanece a reflexão acerca da tendência própria das sociedades ditas periféricas, em copiar e submeter-se a modelos oriundos das chamadas sociedades centrais. Certamente não basta apenas adaptá-los à nossa realidade perversa, não é suficiente complementar vazios metodológicos ou lacunas conceituais. Antes de tudo, precisamos questionar se modelos emergentes em sociedades desenvolvidas, onde as necessidades partem de patamares absolutamente diversos de nossa realidade e que necessitam do motor da globalização das desigualdades para sobreviver, servirão realmente para a transformação das condições absurdamente desiguais como na sociedade brasileira.

**7 DAS ILHAS DE INSALUBRIDADE
ÀS ILHAS DE INIQUIDADES**

7.1. AS DESIGUALDADES EM SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA RELAÇÃO ENTRE CIDADE, SAÚDE E SOCIEDADE.

Abordar a questão das desigualdades em saúde, sobretudo aquelas expressas na interface entre cidade e saúde, requer, primeiramente, situar o horizonte teórico da discussão, em termos das formulações conceituais referentes à saúde e à desigualdade em saúde, que sustentam a argumentação.

Assim, saúde será entendida na sua positividade, como um processo produzido social e historicamente, que pode melhorar ou deteriorar, conforme a ação da sociedade sobre seus fatores determinantes, expressando um estado de saúde em permanente transformação. Deste modo, uma sociedade pode acumular saúde, incrementando seu estado de saúde ou, desacumular saúde, produzindo socialmente enfermidades. Portanto, a saúde resulta de um

processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um 'viver desimpedido', um modo de 'andar a vida' prazeroso, seja individual, seja coletivamente (MENDES, 1999, p.237).

Baseando-se nesta formulação, entende-se que as desigualdades em saúde se referem às diferenças entre os indivíduos, promovidas no processo de produção social da saúde expressando-se em tudo aquilo que é relevante para sua qualidade de vida. Portanto, as desigualdades em saúde não se limitam às diferenças nos perfis de morbimortalidade dos grupos sociais, nem tampouco se restringem às diferenças no acesso e qualidade dos serviços de saúde, mas estão relacionadas à ampla gama de fatores implicados na qualidade de vida e de saúde da população. Assim, as desigualdades em saúde, junto com aquelas relativas à educação e ao trabalho, entre outras, compõem as desigualdades gerais, porém, assumindo um papel decisivo no seu incremento ou redução, os chamados círculos perversos ou virtuosos de saúde. A intensificação destas dimensões da desigualdade, por meio dos círculos perversos de saúde, favorece, significativamente, as condições de exclusão social.

Sob a ordem capitalista, a sociedade foi constituindo relações e estruturas que parecem divorciar ou, pelo menos, distanciar desenvolvimento econômico de desenvolvimento social, revelando uma face perversa em termos de acumulação econômica e espoliação do ser humano. CAMPAÑA (1997) discute esta questão referindo-se a estudos históricos que mostram diferenças significativas entre as sociedades pré-capitalistas e as capitalistas quanto à organização social de produção. Enquanto, em tempos remotos, as sociedades pré-capitalistas preocupavam-se em organizar a produção, otimizando-a para a formação de cidadãos melhores, isto é, a produção estava a serviço dos seres humanos, a modernidade registra uma inversão, colocando os seres humanos a serviço da produção.

De acordo com KLIKSBURG (2000), o debate sobre desenvolvimento econômico, em nível internacional, foi reaberto nos últimos anos, em virtude das diversas crises ao redor do mundo. O tema das desigualdades vem, progressivamente, ganhando espaço no cenário internacional, tornando-se objeto central de pesquisas e fóruns de discussão, sobretudo, no mundo desenvolvido. Entretanto, é justamente no cenário mais desigual do planeta, a América Latina, que esta temática torna-se a grande ausente. As discussões sobre a relação entre igualdade e desenvolvimento não são colocadas no centro do debate sobre desenvolvimento econômico, marginalizando nitidamente esta temática da agenda pública.

Como característica marcante da sociedade latino-americana, inclusive, da brasileira, as desigualdades têm se mostrado intensamente nas cidades, neste final do século XX, revelando uma estreita vinculação com a urbanização do país. Contudo, sua trajetória não é recente, mas vem se constituindo ao longo de todo o século, registrando seus primeiros ensaios na transição entre os séculos XIX e XX. Deste modo, a questão das desigualdades se apresenta como marca persistente e, até mesmo, insistente da sociedade brasileira que, atravessando o século, chegou no seu

final por meio de um processo, que prossegue seu curso dando continuidade e acirrando as desigualdades, impostas pelo modelo de desenvolvimento concebido e implementado pela classe dominante.

Nosso marco inicial de análise constitui o processo de expropriação territorial, promovido pela política estatal higienista do início do século XX, no Rio de Janeiro, quando, em favor da elite, castigou duramente a classe menos favorecida, excluindo-a do espaço urbano privilegiado. Neste momento, iniciava-se um dos mais intensos e duradouros flagelos da sociedade brasileira, a favelização, que persistiu no tempo, insistiu em sobreviver e se reproduziu pelas cidades.

Na verdade, a expropriação territorial, patrocinada pelo Estado brasileiro com a política reformadora neorepublicana, não se limitou ao espaço físico das casas de cômodos, dos cortiços, mas foi além, repercutindo agudamente no espaço social da vida dos indivíduos e grupos. Mais que a destituição de um teto para morar, estes indivíduos sofreram um processo de expropriação de seu espaço social, de espoliação de sua cidadania, de segregação do novo meio social. Para a população excluída, o centro da cidade do Rio de Janeiro representava muito mais que um dormitório, era também espaço de trabalho ou de possibilidade de trabalho. Ali estavam as lojas de comércio, ali se contratavam pequenos serviços, ali era próximo ao cais do porto, enfim, era o espaço privilegiado da cidade em termos da rede de relações produtivas.

Portanto, com a regeneração das “ilhas de insalubridade” do centro da cidade, um grande contingente de trabalhadores acabou sendo excluído do roteiro da nova sociedade em construção, a qual se reerguia, abruptamente, dos escombros recém-caídos de uma cidade considerada pestilenta e suja. Desta maneira, caía a imagem simbólica de uma sociedade atrasada e inculta, para reerguer-se, sob as luzes da modernidade, sob a maquinaria da industrialização e sob o imperialismo do capital, uma nova imagem de sociedade moderna, uma “Cidade Maravilhosa”.

Neste novo cenário citadino, os espaços físico, econômico e social já estavam previamente marcados, destinados, reservados. O novo centro simbólico da modernidade no país estava reservado a uma parcela da sociedade, a burguesia dominante, que, no novo palco, passou a edificar signos de seu poder político e econômico, além de expressar, claramente, seu status social e cultural. As antigas “ilhas de insalubridade” foram substituídas por novas ilhas, agora, “ilhas de modernidade”, cuja imagem, simultaneamente, expressava o domínio interno da burguesia cafeeira e a sua subordinação frente aos centros internacionais irradiadores do novo modelo econômico. As novas “ilhas de modernidade”, restritas ao centro da cidade, materializaram-se por meio dos novos *boulevards*, repletos de suntuosos prédios em estilo neoclássico, ocupados pelos símbolos do neocapitalismo, as elegantes lojas de artigos importados e os bancos. O ingresso neste novo espaço social também foi restrito, participando apenas aqueles que possuíam o bilhete de entrada no mundo moderno, isto é, aqueles que detinham prestígio, poder e capital.

De outro lado, àqueles destituídos de seu espaço social de moradia, de trabalho, de vida, restou engendrar novas formas de sobrevivência, visto que o Estado, muito ocupado com a Avenida Central, não se ocupou com a realocação destes até então cidadãos. Expulsos da cidade, furtados de sua cidadania, constituíram um novo espaço social à margem da cidade e da sociedade. Subiram os morros centrais do Rio de Janeiro e, do alto, assistiram, marginalizados, ao desenvolvimento econômico e social brasileiro.

Assim, este contexto histórico marca uma das características persistentes da sociedade brasileira, as profundas diferenças impostas na condição de viver da população, na sua condição de cidadania, revelando uma nítida hierarquização social, na qual existem cidadãos de primeira e de segunda categoria. Porém, é importante ressaltar que não são simples diferenças, mas trata-se de diferenças produzidas a partir de condições desiguais de vida e fora do âmbito de decisão dos

próprios indivíduos, em que as escolhas são limitadas, impostas ou induzidas. Assim, mais que diferenças, são desigualdades que à luz do princípio da justiça distributiva são consideradas injustas e, portanto, se constituem em iniquidades. A discussão sobre iniquidades será retomada no próximo tópico deste capítulo. É importante ressaltar, no entanto, que o espaço onde resistem e se multiplicam as desigualdades, é o mesmo cenário no qual as experiências de Cidades Saudáveis vêm se desenvolvendo na contemporaneidade. Portanto, a reflexão sobre Cidades Saudáveis se inscreve, necessariamente, na realidade das desigualdades e na ótica das iniquidades.

Mais recentemente, com o agravamento do abismo entre ricos e pobres, com a intensificação das desigualdades, uma terceira categoria surgiu, os excluídos. Embora a discussão da questão social da pobreza e da miséria se perpetue no decorrer da nossa história, com situações de expropriação e privação social, MINAYO (1999) aponta para a “exclusão social” como uma noção relativamente nova.

Conforme ESCOREL (1999), tanto o termo como o conceito nasceu de estudos desenvolvidos em solo francês. Como termo, apareceu pela primeira vez no livro *Les exclus: un français sur dix*, de René Lenoir, publicado em 1974. O livro serviu para alertar governo e sociedade francesa que, apesar das décadas de desenvolvimento econômico, a pobreza não havia desaparecido, mas tinha incorporado novos personagens no grupo dos já tradicionalmente marginalizados, os moradores das *banlieues* originárias dos tempos de Haussmann. Como conceito, no entanto, exclusão social surgiu nos estudos teóricos do francês Robert Castel que, ao trabalhar a “nova questão social” francesa dos anos 90, identificou a exclusão como uma “disfunção da sociedade caracterizada pela multiplicidade de formas e por um processo, simultaneamente, temporal (o excluído de hoje será o excluído amanhã), espacial e social (o excluído é rodeado de excluídos)” (ibidem, 1999, p. 52).

Como conceito, a exclusão social se firmou mais recentemente, porém, como fenômeno social, é percebida há muito tempo nas condições concretas de vida das populações. Na realidade concreta contemporânea, em especial, do Brasil, é um fenômeno que se mantém, se alimenta e se intensifica perversamente a cada dia, sob o estatuto de um modelo econômico concentrador de renda e excludente.

Retornando ao foco desta discussão, a questão das desigualdades, é relevante mencionar que as diferenças entre os grupos e sujeitos sociais, neste sentido, assumem a condição de desigualdades produzidas na estrutura social e se refletem no processo de viver dos sujeitos, inclusive e de forma vigorosa nas expressões de saúde e de doença. Desta forma, os perfis de saúde das populações e grupos sociais são expressões significativas das relações sociais instituídas em nossa sociedade, carregadas de desigualdades de oportunidades, de acesso a bens e serviços, que se refletem em outras desigualdades resultantes deste processo. Assim, de acordo com KLIKSBERG (2000), as desigualdades assumem diferentes dimensões expressando-se em desigualdades nas capacidades de funcionamento, desigualdades no acesso a ativos ou no acesso à educação e serviços de saúde de boa qualidade.

Focalizando este debate em torno da junção urbanização e saúde, sobressai um dos seus aspectos mais preocupantes, a relação urbanização-pobreza-saúde. Sabemos que as maiores aglomerações urbanas da atualidade situam-se em países do hemisfério sul, que, em geral, são países pobres ou países caracterizados pela desigualdade e por um padrão de urbanização caótico e anárquico, impondo condições indignas de vida a uma expressiva parcela da população.

A mais recente versão do capitalismo, o processo de globalização, impôs a mundialização da economia e a divisão internacional não só do trabalho, mas também do espaço geográfico, inclusive das cidades. Assim, como uma nova ordem mundial, a globalização no mundo contemporâneo, tem bloqueado a produção social do espaço urbano e da saúde, negando os princípios da universalidade e da igualdade, em virtude dos processos de desenvolvimento desigual e de

desterritorialização impostos pelo neoliberalismo. O direito universal à saúde e à cidade é negado, ocultando-se nos processos de produção das desigualdades sociais, em especial, as desigualdades em saúde (COELHO, 1998).

Analisando a questão das desigualdades, a partir da relação desenvolvimento econômico-desenvolvimento social, COHN (1997) refere que foi exatamente a regulação social capitalista que proporcionou a constituição tanto dos processos geradores de desigualdade e exclusão social, como também de seus mecanismos compensatórios. Na América Latina, a autora situa, pelo menos, três fases diferentes da atenção do desenvolvimento social: uma primeira fase (décadas de 70 e 80), pautada na concepção de desenvolvimento econômico gerando desenvolvimento social e, portanto, vinculando-o à integração social via trabalho; uma segunda fase (meados da década de 80), na qual o desenvolvimento social passa a ser entendido como promoção de programas sociais de alívio da pobreza; e uma terceira fase, mais recente, a partir dos anos 90, em que, embora prevaleça a concepção da pobreza, o tema da desigualdade social começa a ser, timidamente, introduzido a partir das pautas de discussões em nível mundial.

A realidade latino-americana mostrou um significativo retrocesso em termos de equidade social durante o período de crise econômica nos anos 80, amplamente conhecida como a “década perdida”. Sem a recuperação esperada na década de 90, a América Latina vem mantendo o primado internacional de região com os mais elevados níveis de desigualdade no mundo, sendo batizada, inclusive, em termos de desenvolvimento, como caso antiexemplar.

São unânimes as análises que apontam para a situação paradoxal da região, que mesmo se situando num hemisfério rico em potencialidades e recursos, apresenta a mais pronunciada disparidade de renda, deixando milhões de seres humanos em situação de miséria. O agravamento desta situação expressou-se e, ainda se expressa, nos diversos indicadores utilizados para a monitoração do nível de desenvolvimento dos países, que atualmente não se limitam aos indicadores de

desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, mas vão além, buscando introduzir como baliza desta análise da realidade social, o desenvolvimento humano.

Embora não seja objetivo deste trabalho tecer considerações mais completas e abrangentes acerca da evolução das desigualdades em saúde no cenário latino-americano e, em especial, no Brasil, nem tampouco produzir um exaustivo levantamento sobre o quadro atual da realidade desigual de nossa sociedade, se faz relevante considerar, no âmbito deste estudo, os principais indicadores destes diferenciais. Em primeiro lugar, porque evidenciam a expressão multidimensional da saúde, como processo social entranhado nos diferentes determinantes da qualidade de vida individual e coletivamente construída. Em segundo lugar, porque a verdadeira intervenção impactante nesta realidade só será possível, na medida em que ocorra o desvelamento do problema das desigualdades em toda sua complexidade, e este passe a ser um verdadeiro desafio para a sociedade como um todo.

Deste modo, os indicadores, além de servirem como um mapeamento dos problemas de saúde decorrentes das desigualdades sociais, podem revelar a direta vinculação destes com a ocupação dos espaços urbanos e a distribuição da população nos espaços da cidade. Espaços estes que se diferenciam em inúmeros aspectos constitutivos da qualidade de vida, cujas desigualdades se manifestam nos problemas derivados, por exemplo, de uma infraestrutura urbana precária e deficiente, ou ainda, da falta de equipamentos sociais. Neste sentido, os indicadores das desigualdades em saúde constituem o ponto de partida para a reflexão destas à luz da bioética.

Todavia, apesar de não indicarem diretamente as condições de vida da população, os níveis de distribuição da renda podem auxiliar na identificação de fatores concentradores de renda, de facilitadores de disparidades, de necessidades de intervenções na estrutura social. COHN (1997) avalia que a concentração de

renda se elevou, significativamente, nas três últimas décadas do século XX. A autora mostra que, no final dos anos 70, os 10% mais ricos da população latino-americana apropriavam-se de quatro vezes da renda média nacional, enquanto que os 40% mais pobres não alcançavam a metade da mesma renda média. Porém, o mais alarmante é que, nos anos 90, esta diferença aumentou para 10 vezes.

Mais recentemente, KLIKSBURG (2000), analisando as desigualdades na América Latina, observou que os 20% mais ricos da população acumulam mais de 50% da renda total, enquanto, no outro extremo, os 20% mais pobres só têm acesso a 4,52% dessa mesma renda. Ainda sobre os indicadores de renda, o autor exibiu um aumento nesta polarização, ao serem comparados os estratos mais extremos de riqueza e de pobreza da estrutura social ao longo das últimas décadas. Apesar de verificar-se um aumento dos valores absolutos das rendas do 1% mais rico e do 1% mais pobre da população, o mais alarmante refere-se ao aumento da brecha entre estes dois pólos, indicando o alargamento das distâncias entre eles e, conseqüentemente, das desigualdades.

CASTELLANOS (1997), ao produzir um estudo sobre “Saúde e Condições de Vida”, publicado de forma mais extensa sob o título de *Iniquidades em Saúde nas Américas*, enfatizou as relações entre as “brechas redutíveis de mortalidade”-BRM²¹, os níveis de desenvolvimento e as iniquidades sociais. Neste estudo, o autor aprofundou a análise referente às desigualdades entre os países do continente americano através das BRM, caracterizando cinco grupos distintos de países que compõem as Américas²². Observou que os melhores níveis de saúde corresponderam a maiores níveis de desenvolvimento e de recursos disponíveis e vice-versa. Na sua análise, ressalta, por exemplo, que mais de 80% das taxas de

²¹ Brechas Redutíveis de Mortalidade – representam a proporção da taxa de mortalidade passível de redução, calculada a partir da taxa de mortalidade de referência, isto é, a mais baixa do grupo de países da região, considerando a mesma idade e período.

²² Grupos de países: Grupo I: EUA e Canadá; Grupo II: Barbados e Trinidad e Tobago; Grupo III: Argentina, Costa Rica, Uruguai, Chile, Colômbia, Venezuela, México e Brasil; Grupo IV: Cuba, Panamá, Equador, Peru, Paraguai, República Dominicana e Guatemala; Grupo V: Nicarágua, El Salvador, Honduras, Bolívia e Haiti (CASTELLANOS, 1997).

mortalidade infantil dos países dos grupos IV e V, em torno de 75% no grupo III e 50% no grupo II, são redutíveis. As BRM foram encontradas em todas as faixas etárias e, ao serem contabilizadas, mostraram que sua eliminação representaria evitar cerca de 1,5 milhões de mortes por ano na região latino-americana e caribenha.

Um aspecto relevante na questão da leitura da realidade, codificada através de indicadores, refere-se à ocultação inevitável provocada pelo agrupamento de dados e sua tradução em médias. Estas escondem uma outra realidade, a realidade das profundas desigualdades, as distâncias abissais entre as polaridades da estrutura da sociedade. Deste modo, o autor ainda destaca que o impacto das iniquidades sociais nos perfis de mortalidade e nas condições de vida constitui um dos principais obstáculos ao avanço e melhoria da situação de saúde da população. Portanto, a definição de prioridades na formulação de políticas públicas de saúde deve estar embasada tanto no seu impacto potencial, como na eficácia social na redução das BRM e nas condições de vida.

Desta forma, analisar a situação de saúde de uma população implica olhar e desvelar seus condicionantes e não apenas a expressão de seus resultados. Pensar em saúde é pensar no próprio processo de viver humano, é pensar em seus fatores determinantes básicos como a alimentação, o trabalho, a educação, o ambiente. Mas é pensar também em elementos políticos, como a participação social e a equidade, que devem ser integrados aos primeiros.

As análises de saúde têm se dedicado muito aos determinantes ditos básicos, ficando nitidamente em segundo plano a dimensão política. A habitação, por exemplo, foi um dos pré-requisitos para a saúde incluídos na Carta de Ottawa junto com outros pontos como a paz, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade. Contudo, hoje, quando se fala em moradia, não basta pensar apenas no seu aspecto físico, mas deve-se considerar o contexto micro e macro social no qual se insere. Sabe-se que a habitação dos grupos sociais mais

pobres não só tem as piores condições infraestruturais e de segurança, como também é localizada mais distante e em áreas com algum nível de criminalidade.

Em relação ao trabalho, aponta-se tanto para as condições do seu desenvolvimento como para o próprio desemprego como determinantes nos níveis de saúde da população e sua relação com as iniquidades entre as classes sociais. Dados da Organização Panamericana de Saúde demonstram que 43% dos trabalhadores da América Latina não têm acesso aos serviços de saúde. Além disso, os grupos sociais com maiores taxas de desemprego prolongado são os mais vulneráveis, como aqueles trabalhadores não qualificados, com baixo grau de escolaridade, de famílias pobres (VERDI et al, 1997).

Já sobre nossa realidade mais próxima, o Brasil, podemos considerar que seu processo de urbanização acompanha o modelo latino-americano, inclusive nos padrões do que CASTELLANOS (1997) chama de iniquidades internas dos países. As pesquisas e análises demográficas confirmaram as previsões, que indicavam uma tendência ascendente na taxa de urbanização brasileira no final do século XX. Foi prevista uma taxa de urbanização em torno de 80% na virada do século, sendo, inclusive, maior do que a média latino-americana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1998).

As expectativas não só se confirmaram, como foram superadas. No recenseamento do ano 2000, a distribuição da população brasileira por situação do domicílio se mostrou da seguinte forma: 81,21% da população habitam em áreas urbanas, enquanto apenas 18,79% ainda se mantêm na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001). É evidente a supremacia dos números da concentração urbana da população, com o conseqüente esvaziamento do ambiente rural. Por mais paradoxal que possa parecer, a realidade é que num dos maiores países do mundo em extensão territorial se encontra uma das maiores concentrações urbanas mundiais.

Em relação às desigualdades, a realidade brasileira não difere, apresentando indicadores semelhantes, senão piores daqueles latino-americanos. As análises do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, baseadas nos dados do relatório do PNUD²³ de 1999, mostraram que a distância entre a renda dos 20% mais ricos e a dos 20% mais pobres no Brasil é enorme, situando-se na faixa de 33 vezes, isto é, os primeiros possuem uma renda 33 vezes maior que os segundos. Deste modo, o país acumula níveis de desigualdades que são, ao mesmo tempo, inexplicáveis tecnicamente, por tratar-se de uma economia situada entre as dez maiores do mundo, inaceitáveis moralmente, por tratar-se de 30 milhões de seres humanos vivendo em situação de pobreza e de mais 23 milhões, em pior situação, sobrevivendo de maneira primitiva, na miséria absoluta (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2002).

A situação paradoxal da miséria brasileira ainda é a grande ausente da pauta de debate nacional, embora venha ganhando espaços nas discussões acadêmicas e na mídia, está longe de constituir prioridade política e moral em nossa sociedade. Embora a produção intelectual no campo das desigualdades tenha crescido significativamente nos últimos anos, parece que seus resultados e impacto ainda permanecem intramuros das universidades e institutos de pesquisa. Na grande mídia, um dos poucos exemplos que podemos observar neste sentido foi a reportagem de Ricardo Mendonça para uma revista semanal de informações, “O paradoxo da miséria”. Nela, o jornalista denuncia o quadro das desigualdades brasileiras apontando para o Brasil como um caso único e paradoxal de miséria, pois é considerado o mais rico entre os países com maior número de miseráveis no mundo (MENDONÇA, 2002).

Como sinalizadores importantes das desigualdades em saúde, os indicadores sociais possibilitam monitorar a situação da saúde a partir de leitura positiva de seus determinantes, como educação, nutrição, acesso aos serviços de saúde, trabalho e

²³ PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

renda, entre outras. De outra parte, juntam-se indicadores de caráter negativo como os índices de mortalidade e morbidade.

A taxa de mortalidade infantil, considerada ainda um indicador eficiente das condições de vida e saúde da população, no Brasil, apesar de manter-se em curva descendente nas últimas décadas, persiste elevada (36 mortes por mil nascidos vivos). Porém, é importante salientar que ela representa uma média nacional, onde estão agrupados os dados de toda população infantil, sem diferenciação da situação socioeconômica. Na verdade, estes promédios podem ocultar taxas bem mais alarmantes e diferenças significativas entre as regiões e as cidades brasileiras, o que MINAYO (1995) caracterizou como os “muitos ou diversos brasis”.

Estes diferenciais podem ser observados considerando-se as diferentes situações de iniquidade existentes na sociedade brasileira, dentre as quais se destacam aqueles referentes à situação geográfica, à renda, à etnia, raça e gênero. Em relação às diferenças regionais, observa-se que, enquanto na região Sul, a taxa de mortalidade infantil gira em torno de 19 por mil, chegando a 5,9 na cidade de Feliz (Rio Grande do Sul), no Nordeste eleva-se para 80 por mil alcançando índices de até 147 mortes por mil na cidade nordestina de São José da Tapera (VERDI, 1999).

As desigualdades se acumulam e se expressam, também, nos índices de esperança de vida ao nascer. Analisando as diferenças regionais e étnicas conjuntamente, revelam-se desigualdades alarmantes. Na média nacional, a esperança de vida ao nascer é de 67 anos, variando desde 70 anos para as pessoas brancas até 64 anos entre os afro-descendentes, observando-se uma diferença de 6 anos de vida a menos nos últimos. Contudo, a situação se agrava profundamente ao compararmos quantos anos espera-se que uma pessoa branca do sul do país viva em relação a um afro-descendente do nordeste. Enquanto, o primeiro tem a expectativa de viver até os 72 anos, a esperança de vida do segundo não ultrapassa os 60 anos de idade, elevando sobremaneira a diferença entre ambos para 12 anos.

Estas desigualdades são visíveis também através de diversos outros indicadores. Como não temos a intenção de fazer uma revisão exaustiva destes, mas apenas apontar para sua importância na leitura das desigualdades em saúde, apresentaremos ainda informações referentes às desigualdades presentes no estado nutricional da população. As disparidades nutricionais revelam-se tanto na análise entre as regiões brasileiras, mostrando que, em 1990, a desnutrição infantil no Nordeste era 5,1 vezes maior que no Sudeste; como quando consideradas as classes sociais, visto que, em 1989, os 25% mais pobres apresentaram uma prevalência de desnutrição infantil 9,7 vezes maior que os 25% mais ricos da população (BUSS, 1996).

Mesmo não tendo o objetivo de tecer considerações mais completas e abrangentes acerca da questão das desigualdades e suas implicações na saúde dos sujeitos e grupos sociais neste momento, estas considerações tentam mostrar que o quadro da realidade de saúde urbana brasileira é complexo e, se torna um verdadeiro desafio, no sentido de exigir ações que produzam impacto importante nas condições de vida e de saúde da população.

Os indicadores sociais se revestem de grande importância para a leitura das desigualdades em saúde e têm contribuído para a formulação de índices mais complexos, compostos por diversos outros indicadores mais específicos. É o caso do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)²⁴ que busca avaliar o nível de desenvolvimento de países e cidades, utilizando, além da renda (medida através do PIB real per capita), características desejadas e esperadas do desenvolvimento humano: a longevidade de uma população (expressa pela esperança de vida ao nascer) e o grau de maturidade educacional (avaliado pela taxa de alfabetização de adultos e de matrícula nos três níveis de ensino). Este tipo de índice transporta as

²⁴ IDH – indicador criado pelos economistas Amartya Sen (Prêmio Nobel de Economia) e Mahbud ul Haq, em 1990, com o propósito de superar a limitada avaliação do nível de desenvolvimento de uma cidade, região ou nação baseada no PIB real per capita. Sua medida varia de 0 a 1, correspondendo índices de 0 a 0,499 a um baixo desenvolvimento humano, de 0,500 a 0,799 a um nível médio e acima de 0,800 a um alto nível de desenvolvimento humano.

análises econômico-sociais centradas no crescimento da economia, representada, sobretudo, pelo Produto Interno Bruto (PIB) para outra direção, qual seja, de se considerar o desenvolvimento de um país, de uma cidade pelo nível de desenvolvimento humano de seu povo. Isto significa avaliar o desenvolvimento não pelo que se produz, mas sim pela distribuição daquilo que é produzido.

Neste campo, o Brasil tem sido eleito um dos campeões mundiais em desigualdades, não obstante o sensível avanço observado nas avaliações retrospectivas do IDH dos últimos quarenta anos. Em 1960, encontrava-se no grupo de países de baixo desenvolvimento humano com um índice de 0,394, passando para o grupo intermediário a partir dos anos 70, quando alcançou um índice de 0,507, sendo que permaneceu nesta posição até 1980 com um IDH de 0,673. Somente em 1995, é que o Brasil vai ultrapassar as fronteiras, entrando para o grupo de países de alto nível de desenvolvimento humano, alcançando um índice de 0,809 e de 0,830 no ano seguinte. Entretanto, em 1999, quando uma correção nos pesos relativos ao PIB no cálculo do IDH, feita pelo próprio criador do índice, o economista Amartya Sen, foi utilizada, as evidentes desigualdades puderam influenciar e o Brasil retornou ao grupo de médio desenvolvimento humano alcançando somente 0,739 (MINAYO, 2000).

No último Relatório do Desenvolvimento Humano, produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, foi avaliado tanto o progresso quanto as privações humanas. Nesta avaliação, o Brasil ficou posicionado em 74º lugar entre os 174 países analisados, situando-se no nível médio-alto de desenvolvimento, com um índice de 0,748 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2002).

Entretanto, se examinarmos as diferenças regionais ocultadas neste promédio, os números se alteram significativamente. A realidade brasileira comporta índices

que variam de quase-baixo a alto nível de desenvolvimento humano²⁵, como é o caso da diferença entre o estado de Alagoas, cujo IDH foi de 0,584 e o Distrito Federal com um IDH de 0,872. Esta situação representa claramente a expressão “Belbulíndia”, a qual sintetiza os diferentes níveis de IDH encontrados na sociedade brasileira, tomando como referência a comparação com países que apresentavam índices semelhantes. Deste modo, “Belbulíndia” traduz uma realidade onde se convive com alto padrão de desenvolvimento da Bélgica, os índices intermediários da Bulgária e o baixo IDH da Índia (EVELIN, 1998).

A partir do IDH, outros índices foram criados na busca de melhor analisar situações complexas no âmbito do desenvolvimento urbano. O primeiro a surgir, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), é muito semelhante ao IDH, incluindo as mesmas dimensões analisadas por este último, quais sejam, a renda, a longevidade e a educação, porém agora adequadas à unidade de análise, a cidade. Se analisarmos os níveis deste indicador nas últimas três décadas, será possível percebermos uma sensível evolução. Na década de 70, em torno de 91% das cidades brasileiras situavam-se no baixo nível de desenvolvimento, enquanto os outros 9% alcançavam apenas o nível médio. Nos anos 90, mais da metade dos municípios atingiu os patamares médio e alto de desenvolvimento, com 41% e 19%, respectivamente. Porém, 40% das mais de quatro mil cidades brasileiras ainda se encontram num padrão caracterizado como de baixo desenvolvimento humano.

Embora a melhoria no padrão geral de desenvolvimento humano nos mais de quatro mil municípios do país seja evidente, não podemos deixar de mencionar dois aspectos envolvidos nestes dados. O primeiro refere-se às desigualdades regionais que também no IDHM se fazem presentes, as oitenta cidades com alto nível no IDHM situavam-se, sem exceção, nas regiões Sul e Sudeste, além do próprio

²⁵ Níveis de IDH – alto = superior a 0,800; quase alto = de 0,799 a 0,750; médio-alto = 0,749 a 0,700; médio-baixo = 0,699 a 0,600; quase-baixo = 0,599 a 0,500 e baixo = inferior a 0,500 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2002).

Distrito Federal. O segundo, diz respeito às desigualdades internas nas cidades que ficam encobertas pelo véu das médias.

Sobre este último aspecto, VERDI (1999) comenta acerca da importância da microlocalização das pesquisas e análises, pois embora o IDH seja um indicador efetivo para a monitoração da qualidade de vida e saúde das populações, não revela as diferenças internas entre diversos espaços de uma cidade. A autora situa esta discussão na realidade concreta da cidade de Florianópolis, que apesar de situar-se na segunda posição no ranking brasileiro do IDH, considerada, portanto, de alto nível de desenvolvimento humano, ainda tem 15% de sua população vivendo em condições de carência absoluta. Assim como no IDH, esta população dilui-se em diversas áreas da cidade, possibilitando a formação de verdadeiras “ilhas de iniquidades” distribuídas na “ilha qualidade”²⁶.

Um outro aspecto a ser comentado acerca do IDH refere-se a sua abrangência, pois embora busque trabalhar com indicadores relevantes para a qualidade de vida e de saúde das populações, ainda assim, não cobre as particularidades e a complexidade de cada sociedade. Numa sociedade como a brasileira, cujas metrópoles impressionam com os altos índices de criminalidade e violência, é impossível analisar-se a qualidade de vida e saúde sem considerar estes parâmetros. Desta maneira, observam-se situações paradoxais como o caso da cidade de São Paulo, que figura no 59º lugar na lista dos mais de quatro mil municípios brasileiros, apesar de somar mais de 30 homicídios diários na sua periferia (VERDI, 1999).

Mais recentemente, o IPEA criou e vem trabalhando com o Índice de Condições de Vida (ICV), o qual inclui vinte indicadores básicos, agrupados em cinco diferentes dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade. Apesar do ICV expressar uma fotografia mais completa das condições de vida dos

²⁶ A expressão “Ilha qualidade” refere-se a Florianópolis situar-se numa ilha e ter sido mencionada na mídia como a capital da qualidade de vida no Brasil, logo após a divulgação dos dados do IDH.

brasileiros, os resultados não se diferenciam substancialmente dos referidos no IDH e no IDHM (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2002).

Em termos de população específica, as Nações Unidas vem utilizando o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI), num esforço de ampliar a análise da situação da saúde infantil para além dos índices de mortalidade. O IDI é composto por cinco diferentes indicadores, referentes a: escolaridade dos pais; cobertura vacinal; cobertura pré-natal; escolaridade na pré-escola e na creche. Variando de 0 a 1, o IDI está subdividido equitativamente em cinco grupos. As diferenças novamente se repetem, mostrando os melhores desempenhos nos estados do Sul e Sudeste e Distrito Federal, os piores índices ficando com os estados nordestinos (PERES, 2002).

Além de representar um ponto de partida para uma reflexão ética, a análise das desigualdades em saúde constitui um ponto de cruzamento entre a dimensão política e a dimensão saúde-cidade. Como é possível celebrarmos Cidades Saudáveis, sem considerar o âmago da questão sanitária brasileira: as desigualdades? Como é possível copiarmos, mesmo que improvisando adaptações e ajustes à nossa realidade, modelos construídos no contexto de um país situado em primeiro lugar no ranking mundial do IDH?

Frente a estes questionamentos, evidencia-se a importância do desvelamento das desigualdades internas nas cidades, procurando referenciá-lo não só nas diferenças socioeconômicas, mas também, nas diferenças étnicas, raciais e de gênero. Contudo, a análise das desigualdades torna-se válida somente se esta ocupar espaço privilegiado na formulação de políticas públicas. Só terá valor, se compuser a base de sustentação de políticas que caminham em direção à equidade e à justiça social.

Como todo modelo em construção, a política de Cidades Saudáveis tem sido permeada por críticas e avaliações, bem como tem se mostrado permeável a mudanças, complementações e definição de novas bases de sustentação. Neste sentido, é possível identificar somente na formulação europeia a declaração de compromisso com políticas e intervenção guiadas pelos princípios da equidade e do desenvolvimento sustentável.

Na realidade concreta da América Latina e, em especial, do Brasil, observa-se que apesar de muitas experiências de Cidades Saudáveis encontrem-se em curso, ainda estão longe de virar realidade, tal qual indica a expressão. Cidades só poderão ser Saudáveis na medida que consigam eliminar as desigualdades básicas impostas nas condições de vida dos cidadãos. Cidades só poderão, efetivamente, tornar-se Saudáveis se construírem suas experiências em princípios guiados pela equidade.

Delinear uma agenda concreta de debate e ação sobre as desigualdades requer considerar o vital e saudável papel da saúde nesta enorme tarefa coletiva, a formulação de modelos de desenvolvimento centrados na equidade. Além de tema inadiável, a saúde deveria estar no topo das prioridades de qualquer país, deveria ser considerada como uma verdadeira “questão de Estado”. Negligenciar a saúde representa a violação de um direito humano básico (KLIKSBERG, 2000).

7.2. ILHAS DE INIQUIDADES” NO MUNDO DAS CIDADES: AS DESIGUALDADES EM SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA COTIDIANA

Discutir a questão da desigualdade em saúde requer, primeiramente, reconhecê-la não como um fenômeno recente ou próprio da modernidade, mas como uma preocupação que marca a humanidade desde há muito tempo. A desigualdade tem sido vista e revista ao longo da história, em diferentes sociedades e a partir de diferentes óticas. Muitas análises têm sido produzidas. Algumas delas, partem da realidade concreta, como vimos nos indicadores anteriormente discutidos, para, através das desigualdades, mostrar as conseqüências perversas sobre a sociedade de escolhas políticas injustas; outras, ao contrário, preferem discutir teoricamente partindo da face positiva deste fenômeno, a igualdade.

Nesta última direção, GIOVANELLA *et al.* (1996) discutem a necessidade de se compreender o sentido dado à questão da igualdade, ao se abordar a equidade em saúde. Tendo por base a formulação de igualdade apresentada por Turner, identificam quatro diferentes dimensões: igualdade ontológica, igualdade de oportunidades, igualdade de condições e igualdade de resultados.

A **igualdade ontológica** seria inerente aos seres humanos e poderia ser encontrada desde os princípios cristãos (por exemplo, no princípio de que todos os homens são considerados iguais perante Deus) até os fundamentos marxistas, em que a igualdade ontológica estaria baseada na potencialidade da práxis comum, livre e transformadora dos sujeitos.

A **igualdade de oportunidades** refere-se à igualdade na qual o acesso a posições sociais – com prestígio, remuneração e poder diferentes – é aberto a todos de forma universal. Desta maneira, a igualdade resulta da competição entre indivíduos, que conquistarão tais posições, segundo seus méritos, habilidades e talento. Atualmente, para que a igualdade de oportunidades ganhe real significado, é

necessário promover, primeiramente, a **igualdade de condições**. Isto significa garantir uma distribuição desigual, a fim de inserir socialmente desfavorecidos no mesmo patamar de partida dos socialmente privilegiados.

Por fim, a **igualdade de resultados**, considerada o mais radical dos princípios de igualdade, buscaria transformar as desigualdades de início em igualdade de conclusão. Isto é possível através de intervenções sobre as desigualdades produzidas pela competição e o mercado.

Sobre esta última, GARRAFA (2002) comenta que, em relação à equidade, a igualdade seria a sua conseqüência desejada, sendo a primeira o ponto de partida para a segunda. Isto significa entender o reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais como condição primordial para o alcance da igualdade. A verdadeira igualdade não seria, portanto, um simples ponto de partida ideológico em direção à anulação das diferenças, mas sim um ponto de chegada fundamentalmente guiado pela justiça social.

Neste sentido, têm sido discutidas diversas formas de intervenção no cenário das desigualdades, desde aquelas ligadas à seleção de critérios para o estabelecimento de prioridades na distribuição de recursos, até as políticas de discriminação positiva numa sociedade plena de iniquidades. É o caso da política de fixação de cotas para discriminados desfavoravelmente na sociedade, como, por exemplo, cotas destinadas a mulheres para concorrer a cargos eletivos ou cotas para o ingresso de negros na universidade ou, ainda, cotas para deficientes físicos no mercado de trabalho.

BERLINGUER (1997) prefere falar de equidade no lugar de igualdade, apontando, de um lado, para o valor intrínseco e irreproduzível de cada pessoa e, de outro, a importância de medir atos que removam os obstáculos ao bem-estar humano, aqueles que não podem ser superados com a vontade e comportamentos

pessoais. Para ele, a superação destes obstáculos representa o desafio mais relevante da relação ética e saúde na atualidade.

Deste modo, à luz do paradigma bioético, a equidade toma lugar central no debate, como um valor que pode orientar a prática, considerando o direito à saúde como o valor maior. Nesta lógica, a equidade pode ser entendida como um quinto princípio, que se agrega aos demais já apontados por BEAUCHAMP e CHILDRESS (1999), quais sejam da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça.

Sob os refletores da bioética, a equidade possibilita desviarmos nosso olhar dos conflitos limites para os conflitos cotidianos. Possibilita focalizarmos nossa atenção em problemas que cruzam nossas vidas cotidianamente, envolvem milhões de pessoas e passam despercebidos à nossa percepção, ao invés de limitarmos nossos sentidos em direção a situações limites. Conforme BERLINGUER (1993), a bioética cotidiana permite orientar as discussões, por exemplo, para além dos casos eventuais de eutanásia (a “boa morte”), centrando o foco do debate nos milhares de cacotanásias (“péssima morte”) prematuras e não merecidas que ocorrem cotidianamente, inclusive, pela negação de um direito humano básico, a nutrição.

Tornando à questão dos primeiros estudos sobre iniquidades em saúde, o autor refere que estas não são recentes, mas têm sido foco de estudiosos antigos e modernos. Porém, é somente nos séculos XIX e XX que este fenômeno passou a ser mensurado e cientificamente confirmado através da introdução da estatística neste tipo de estudo. Colaborou ainda para este impulso o fato de estarem sendo mais claros alguns dos fatores intermediários, através dos quais a inferioridade sócio-econômica pode ser traduzida em pior saúde, como foi evidenciado pelos indicadores antes referenciados: a exposição a condições ambientais e de trabalho insalubres, a instrução insuficiente, o acesso limitado aos serviços de saúde, e também a menor capacidade de adotar comportamentos sadios.

Haja vista a vasta gama de fatores determinantes na produção social da saúde, torna-se difícil avaliar qual seria a influência dos sistemas de saúde na equidade em saúde, pois os mesmos devem ser avaliados no conjunto de setores da sociedade que respondem à saúde como direito humano, e não somente como direito social. Todavia, não é possível negar que nos lugares onde a assistência à saúde se tornou universal e eficaz, os desníveis de saúde resultaram menores do que em outros lugares onde isto não ocorreu. Assim como o debate sobre a saúde não pode restringir-se ao setor saúde, também a discussão sobre equidade em saúde deve ultrapassar as fronteiras setoriais, deve expandir-se abrangendo todas as suas dimensões, incluindo a assistência à saúde.

Um dos primeiros trabalhos a abordar de modo consistente a questão da equidade em saúde é, sem dúvida, o estudo realizado por Margaret Whitehead para a OMS, em 1990, e publicado, posteriormente, no *International Journal of Health Services* (WHITEHEAD, 1997). Este estudo marcou a retomada da discussão do tema das iniquidades no campo da saúde, inserindo em sua abordagem uma dimensão ética e moral. De acordo com a autora, devem ser consideradas iniquidades as diferenças que apresentam duas características conjuntas: são desnecessárias e evitáveis e, simultaneamente, são reprováveis e injustas.

É importante salientar que estas características são histórica e socialmente determinadas. Portanto, quanto ao primeiro conjunto, as balizas se referem ao grau de conhecimento, de pesquisa e de meios técnicos disponíveis na sociedade, enquanto que o segundo conjunto de características relaciona-se à tendência cultural geral e à relação entre saúde, variedade biológica, comportamentos pessoais e condições ambientais. Porém, surge um questionamento: como avaliar quais as diferenças que são desnecessárias, evitáveis e julgadas injustas, considerando as grandes variações na sociedade no tempo e no espaço, isto é, os diferentes contextos dos diferentes países nos diversos períodos de tempo?

Neste sentido, a autora aponta para diferentes determinantes de saúde como referências essenciais nesta análise, os quais podem ser sintetizados em: a) variedade natural, biológica; b) comportamentos prejudiciais à saúde, deliberadamente escolhidos; c) comportamentos insalubres devido à limitação na escolha do estilo de vida; d) exposição a condições de vida e de trabalho estressantes e insalubres; e) acesso inadequado aos serviços de saúde essenciais. Considerando estes aspectos, não devem ser caracterizadas como iníquas as diferenças decorrentes da variedade biológica, natural, nem tampouco aquelas derivadas de comportamentos prejudiciais à saúde por livre escolha dos indivíduos. Entretanto, as diferenças resultantes de condições precárias de vida e de trabalho, de acesso inadequado à assistência à saúde e de comportamentos prejudiciais à saúde, quando as escolhas sobre o estilo de vida são notadamente limitadas, caracterizam-se como iniquidades. Neste sentido, esta concepção supera a idéia clássica da determinação, onde parece não existir escolhas individuais possíveis.

Para BERLINGUER (1997), o valor desta distinção está em introduzir, ao lado de fatores econômico-sociais, fatores dependentes da singularidade do sujeito, tanto aqueles relacionados a sua diversidade natural, quanto os relativos ao uso da própria liberdade, quando esta possa se manifestar. Esta distinção faz uma correção substancial em relação aos fatores econômico-sociais, os quais são indispensáveis para compreender a doença como fenômeno coletivo, mas são insuficientes para explicar as diferenças individuais na saúde.

Ainda sobre a questão da diversidade natural, o autor baseia-se em Rawls para referir que a distribuição natural não é justa, nem injusta, nem é injusto que os homens nasçam em condições particulares na sociedade, pois são apenas fatos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como as instituições tratam estes fatos, e podem escolher ampliar as condições mais vantajosas, ao invés de reduzir os danos das condições mais desfavoráveis. Diz que a variedade natural dos indivíduos, determinada desde seu nascimento pelo genótipo e fenótipo, bem como a sua

imprevisibilidade, se, por um lado, constituem a infinita riqueza da espécie humana, por outro, podem formar a base das iniquidades. Estas podem depender, em maior ou menor grau, da doença ou da predisposição genética, das condições materiais do desenvolvimento da gravidez e parto, e ainda mais fortemente da família, do lugar e da classe social na qual nasce e cresce no mundo.

Levando em conta todos estes elementos, podemos indicar que equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, a partir de suas diferenças. Logo, passa, necessariamente, pelo reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diversos, em situações de vida diferenciadas, que buscam atingir a igualdade de direitos, sobretudo, aqueles considerados fundamentais e universais, dentre eles, o próprio direito à vida e à saúde.

Sobre a questão da escolha do estilo de vida, inserida no bojo da discussão da equidade, Amartya Sen, Prêmio Nobel de Economia, em vários trabalhos (SEN, 1998, 1999) vem apontando para a necessidade de superação da idéia que relaciona nível de vida diretamente com renda, utilidade, opulência ou mercadoria. Nesta lógica, questiona seriamente a tese que situa a problemática de saúde, basicamente, como uma questão de renda, através do equivocado paralelo entre crescimento econômico e melhoria da saúde. Afirma que as evidências empíricas indicam realidades muito mais complexas.

Deste modo, apresenta dois conceitos fundamentais para esta análise: “funcionamentos” (*functionings*) e “capacidade” (*capability*). Por “funcionamentos”, entende as diversas condições de vida que uma pessoa possa realizar, isto é, as várias coisas que ela consegue fazer ou ser no curso de sua vida, enquanto a “capacidade” diz respeito à habilidade de uma pessoa em realizar os “funcionamentos”.

Para exemplificar, podemos retomar a questão da renda que por si só não representa um indicador de equidade. Porém, a possibilidade dos indivíduos de converter esta renda em alguma capacidade de base como evitar doenças e morte prematura, nutrir-se, ter respeito por si próprio e participar da vida comunitária, esta sim poderia viabilizar situações de equidade. Portanto, a qualidade de vida e a saúde de uma pessoa ou de um grupo não dependem meramente da renda de cada um ou de seu conjunto, mas se vinculam intrinsecamente com as diversas e complexas relações e condições físicas e sociais.

Com base nestas discussões, autores como BERLINGUER (1998), SEN (1999) e KLIKSBERG (2000) fazem referência a um questionamento imprescindível. Afinal de contas, **igualdade de que?** Trata-se de pensar em igualdade de capacidade, que não significa somente ter direito, mas também responsabilidade. Assim, configura a liberdade como um dos possíveis campos de aplicação da igualdade, e a igualdade como uma possível configuração da liberdade.

Focalizando a discussão no cenário mais imediato deste estudo, é possível considerar a relação cidade-saúde como um palco privilegiado de análise das diferenças oriundas das relações sociais, onde o estilo de vida, o trabalho e o acesso a bens de consumo e à assistência sejam decisivamente limitados, como indica WHITEHEAD (1997), ou induzidos ou impostos, como aponta BERLINGUER (1996). Estas iniquidades se expressam nas diversas instâncias da realidade, em nível mais amplo, quando se observam as diferenças existentes entre os hemisférios norte e sul do mundo, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, ou em âmbito mais restrito, quando são verificadas as diferenças internas nas cidades, nos grupos sociais e nas comunidades.

Desta forma, a restauração dos direitos humanos violados, através de políticas públicas ativas que recuperem o sentido de dignidade da vida, sem dúvida, é imprescindível para a luta contra as iniquidades. Ademais, contribuirão significativamente no rompimento do círculo perverso da pobreza e da exclusão

(pobres que adoecem e não conseguem desenvolver suas capacidades sociais, sendo paulatinamente excluídos do circuito da produção-consumo, tornando-se, assim, cada vez mais pobres).

A revisão de modelos de desenvolvimento e das políticas públicas fundadas na equidade se mostra imperativa numa sociedade como a brasileira, onde o perfil caracterizado como dual, com áreas de modernidade e de atraso, vem sendo substituído por um perfil de sociedade integrada por dois grupos sociais: os incluídos e os excluídos.

Ao analisar a questão do desenvolvimento social e seu impacto na saúde no Brasil, COHN (1997) refere que as políticas sociais brasileiras apresentam graves distorções. Primeiramente, porque, de modo equivocado, as políticas são tratadas como simples programas sociais, sobretudo, programas de alívio da pobreza. Afirma que é difícil transformar esta lógica baseada na minimização da carência, numa visão de superação da pobreza. Desta maneira, para conseguir a elevação do nível de desenvolvimento social, numa sociedade tão desigual como a nossa, novos conteúdos e elementos devem ser atribuídos às desigualdades sociais, no sentido de superar os limites da privação definidos pela pobreza e avançar na perspectiva da emancipação dos sujeitos e da sociedade.

Os processos de desencadeamento de iniquidades e de exclusão produzem a formação de verdadeiras “ilhas de iniquidades”, na medida em que a um percentual significativo de pessoas e de grupos sociais não é oportunizado o acesso a trabalhos produtivos, a uma educação de qualidade, à cultura, ao consumo, ao mercado. Existe um cenário privilegiado onde estes processos se desenvolvem: as cidades. É nelas que se constituem os espaços fechados, reservados, exclusivos, incomunicáveis entre si. É nas cidades que crescem anarquicamente e nas suas periferias, sob o estatuto do desenvolvimento econômico perverso, que se multiplicam as áreas para os excluídos e os guetos dos incluídos.

As cidades modernas do mundo capitalista hoje globalizado parecem ter nascido, crescido e se desenvolvido sob o signo da desigualdade. Nas sociedades onde este fenômeno parece superado, houve a consciência coletiva e política de pautar a equidade como eixo fundamental de políticas de desenvolvimento econômico e social. Todavia, nas sociedades onde a pobreza constitui-se em destino inelutável e reproduzível através das gerações, refletindo um perfil desigual formado por iniquidades básicas, são criadas profundas tensões, que apartam os indivíduos, distanciam grupos sociais e levantam muros ao seu redor, as “ilhas de iniquidades”.

Novas propostas como as Cidades Saudáveis, não serão bem sucedidas, nem alcançarão seus objetivos se não circunscreverem seu destino em torno de compromissos com a equidade e a justiça social, sob a pena de servirem apenas como slogans enquanto o destino de milhões de pessoas é traçado por linhas políticas injustas e reprováveis, enfim, iníquas. Embora se diferenciem das políticas higienistas do início do século no âmbito teórico, a realidade concreta da vida cotidiana tem mostrado que a política de Cidades Saudáveis persiste em alguns equívocos após um século. Temas como desigualdade e exclusão ainda são marginais ao debate das políticas públicas saudáveis.

A reflexão aqui iniciada aponta em direção da igualdade como consequência esperada da equidade. Não de uma igualdade qualquer, mas de uma igualdade específica, aquela que, através de relações de equidade, reconhece igualmente os direitos de cada ser humano, porém a partir de suas diferenças, logo, sem descaracterizar aquilo que os torna diversos, singulares. Portanto, a equidade em saúde implica que cada um deve ter uma justa oportunidade para alcançar a própria esperança e qualidade de vida potenciais e, mais pragmaticamente, que ninguém deve estar em posição de desvantagem ao alcançá-la (BERLINGUER, 2000).

Assim, concordo com TOURAINE (1998) quando, ao discutir as relações sociais numa sociedade multicultural como aquela em que vivemos hoje, sublinha a

diversidade e a igualdade como dois conceitos não contraditórios e inseparáveis. Afirma que, numa sociedade onde não se reconhece a diversidade, as relações se fundamentam num estatuto ditatorial homogeneizante dos indivíduos. Por outro lado, numa sociedade sem igualdade, seriam produzidas relações com bases hierárquicas, onde existiriam cidadãos de primeira e de segunda categoria, e parece que, mais recentemente, até de terceira categoria, os excluídos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar uma trajetória de descobertas e reflexões, como a ocorrida neste trabalho, academicamente, é requerido ao pesquisador o processamento de argumentos conclusivos acerca de seu objeto de estudo e a tese que procurou sustentar. De outra parte, este momento pode ser entendido também como a expressão do compromisso pessoal do pesquisador, sujeito das representações aqui compostas e cidadão construtor da história. Assim, as considerações a serem aqui apresentadas superam a sua condição final, e se revestem de uma transitoriedade própria das relações sociais. Mais que considerações finais, são considerações transitórias, passíveis de novas leituras e reinterpretações.

A interface saúde e cidade, como objeto de estudo, se configurou intensamente e com características específicas em cada uma das experiências analisadas, a cidade higiênica e as Cidades Saudáveis. Embora distantes no tempo, situando-se nos dois pólos do século XX, estas experiências expressam projetos políticos claramente definidos e diversos, bem como evidenciam as mudanças ocorridas a partir da implementação de tais políticas no contexto social, no qual se desenvolveram.

Considerando que são experiências distantes no tempo, presumivelmente, podem ser entendidas como modelos absolutamente heterogêneos, logo, distantes também em seus elementos constitutivos. Contudo, por outro lado, ao privilegiarem o mesmo espaço relacional, a conjunção saúde e cidade, indicam prováveis aproximações contextuais. Neste sentido, o problema de pesquisa circunscreveu-se na tentativa de analisar em que medida se pode apontar para rupturas entre as duas políticas e em que medida se consegue evidenciar continuidades em seus discursos e práticas.

No decorrer do estudo, foram emergindo e substanciando diferenças significativas relacionadas aos modelos teóricos, que conformaram a base de sustentação das práticas sanitárias e urbanas constitutivas das políticas em foco, permitindo, inclusive, caracterizá-las como ruptura. O primeiro modelo, o higienismo, instrumentalizou a política de regeneração da cidade e da sociedade no

início do século XX. Embora a formulação de cidade higiênica fundamente-se na argumentação dos recém descobertos, mas já hegemônicos, conceitos microbiológicos, não abandonou estratégias próprias da concepção miasmática, produzindo uma espécie de fusão de práticas úteis ao objetivo saneador. Desta forma, conviveram estratégias estritamente focalizadas no micróbio como agente causal específico de uma doença, a vacinação, por exemplo, com intervenções sanitárias mais amplas, dirigidas à desinfecção dos espaços urbanos e controle das habitações populares.

Rompendo com este enfoque, a concepção contemporânea de promoção da saúde, que sustenta a proposta de Cidades Saudáveis, avança no sentido de integrar um conceito ampliado de saúde, no qual os determinantes gerais das condições de vida e saúde assumem papel fundamental. Assim, a promoção da saúde, diferentemente do higienismo orientado pela teoria unicausal da doença, se refere à positividade da saúde, isto é, à idéia de saúde como expressão da qualidade de vida individual e coletiva.

Todavia, um dos aspectos mais relevantes emersos no contexto deste estudo se refere às marcas persistentes das desigualdades em nossa sociedade, que, no seu extremo, produz o dramático quadro da exclusão social e, na sua imoralidade, constitui as iniquidades. Da expulsão dos cortiços do início do século XX à degradação habitacional das favelas de final do mesmo século, cem anos se passaram, inúmeros governos se sucederam, diversos modelos de desenvolvimento fracassaram. A população cresceu, as cidades tornaram-se metrópoles, aumentando significativamente suas periferias, as precariedades persistiram e se agravaram numa sociedade cada vez mais desigual. Se no início do século, com a política reformadora imposta à sociedade carioca, começou a formação da favela como espaço e modo particular de viver a precariedade, hoje, são as favelas que praticamente formam as cidades.

Entretanto, com a crescente difusão da noção de relação indissociável entre favela e violência, novamente, ela torna-se espaço de segregação. Duplamente segregada, desta vez, através do controle policial e de traficantes, a gente da favela lembra os judeus dos guetos, como lembra MAINARDI (2002). De modo irônico, finaliza sua crônica sobre o fechamento do acesso às favelas cariocas, acrescentando que, no Brasil, “estamos nos aperfeiçoando em matéria de guetos. Não sei se eles vão resolver o incômodo provocado pelos pobres. Desconfio que não. Que eu saiba, o único jeito seguro de se livrar dos pobres é torná-los um pouco menos pobres” (ibidem, 2002, p.163)

A partir desta aproximação, podemos ousar no sentido de apontar para duas questões essenciais surgidas no percurso analítico deste trabalho. A primeira evidencia-se na vinculação entre cidade, saúde e relações de poder, como elementos inexoravelmente imbricados. No panorama deste estudo, esta imbricada relação manifestou-se, claramente, tanto no desnudamento dos subterrâneos das “ilhas de insalubridade” do início do século XX como nas evidências manifestas das “ilhas de iniquidades” do novo milênio.

A segunda trata da aproximação do encontro entre cidade e saúde com a bioética cotidiana, conforme BERLINGUER (1993) ou bioética das situações persistentes, de acordo com GARRAFA (2000). Na realidade latino-americana e, particularmente, na brasileira, se impõe a necessidade de um olhar ético para as condições desiguais de vida, perpetuadas por relações sociais e políticas assimétricas. Sob os refletores da bioética, diferenças, antes tratadas como naturais ao contexto social no qual surgiram (por exemplo, as diferenças entre negros e brancos à época da escravidão), ou percebidas como desigualdades inerentes a determinados processos da sociedade (como no caso da mítica relação entre progresso e desigualdade), passam a ser julgadas como inconcebíveis para o estágio de desenvolvimento em que se encontra o mundo na atualidade e inaceitáveis para os padrões de moralidade da sociedade contemporânea.

São as desigualdades injustas, ou melhor, as iniquidades, que induzem uma aparente divisão social, expressa na negação de direitos sociais, a revestir-se de um sentido mais profundo a partir da negação dos mais básicos direitos humanos, transformando-se numa divisão da própria humanidade.

Essa divisão da humanidade em dois grupos de proporções desiguais introduz concretamente a idéia humanidade e subhumanidade. A pequena parte, em termos quantitativos, que consome os recursos humanos e materiais são os habitantes (humanos!) do planeta, aqueles a quem diz respeito a liberdade e a igualdade e para os quais há a possibilidade de experimentar a plenitude da existência. Aqueles para quem a vida pode ser prazer. A outra parte dos habitantes (humanos?) tem a existência caracterizada pela experiência do sofrimento. Para eles, liberdade e igualdade juntam ao cotidiano, o peso de uma vida escravizada à satisfação das necessidades básicas da existência (GARRAFA; PORTO, 2002, p.14).

O olhar ético das situações persistentes na sociedade brasileira possibilita desnudar os problemas gerados por políticas de intervenção no espaço social urbano, que, pretensamente, se apresentam como formulações mágicas de mudanças para melhoria da vida e da saúde da população das cidades. No entanto, acabam gerando e se sustentando justamente na existência das desigualdades e exclusão social.

Evidenciou-se que, mesmo sob moldes e discursos diferentes, da higiene à promoção da saúde, as estratégias dirigidas às cidades, higiênicas ou saudáveis, permanecem estagnadas numa mesma dificuldade. Ainda que travestidas de elementos inovadores e diversos, trata-se de políticas funcionais que, em sociedades desiguais, como a latino-americana e, em especial, a brasileira, não consistem em possibilidades concretas de transformação das desigualdades, logo, resultam perpetuadoras das iniquidades.

Um desafio se impõe. A reflexão acerca da tendência, própria de sociedades periféricas, em copiar e submeter-se a modelos oriundos das ditas sociedades centrais. Certamente, não se trata de promover adaptações à nossa realidade perversa, nem é suficiente modificar métodos ou preencher lacunas conceituais. É

preciso, antes de tudo, um sinal de alerta no sentido de questionar até que ponto modelos emergentes em sociedades desenvolvidas, nas quais as necessidades partem de patamares absolutamente diversos de nossa realidade, as quais se ancoram na globalização das desigualdades para sobreviver, servirão realmente para a transformação de sociedades tão iníquas como a brasileira.

O problema da importação de modelos de realidades distintas da nossa, como os casos da Haussmannização e das Cidades Saudáveis, bem como da transposição de discursos e práticas, como no caso do higienismo e da promoção da saúde, enquanto questão emergente na trajetória deste estudo, não foi esgotada. São questões ainda não suficientemente discutidas, que podem dar lugar a novas e futuras pesquisas, sobretudo, aquelas dirigidas pelo olhar da bioética cotidiana e movidas pelo desejo de uma sociedade mais democrática, justa e solidária. Neste sentido, a visão e a voz da bioética brasileira, desvelando a imoralidade das desigualdades de um país rico, repleto de pobres e miseráveis, despontam como caminho indispensável à transculturação da bioética mundial, superando a verticalização do debate ético, imposta pelas sociedades desenvolvidas (BERLINGUER, 2000).

Na sociedade e nas cidades brasileiras é possível e imperativa a revisão das políticas públicas à luz dos princípios da equidade social e da solidariedade, no sentido de resgatar o que SANTOS (1995) nos alerta em *Pela mão de Alice*: todos os cidadãos têm o direito de ser iguais, sempre que a diferença os inferioriza; e têm o direito de ser diferentes sempre que a igualdade os descaracteriza.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAZIONE RETE ITALIANA CITTÀ SANE. **Cosa è la rete**. Disponível em: <<http://www.urp.comune.bologna.it>>. Acesso em 20 junho 2002.

BARBOSA, P. R., CARVALHO, A. I. de, RIBEIRO, J. M. Modelos de atenção à saúde: conceitos básicos, aspectos históricos e desafios para práticas inovadoras. Contexto – Tema 6 – Curso de Gestão em Saúde, EAD, ENSP, FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.fiocruz.br> . Acesso em 20 dezembro 2001.

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. **Princìpi di etica biomedical**. Firenze: Le Lettere, 1999. 525p.

BENCHIMOL, J. L. A modernização do Rio de Janeiro. In: DEL BRENNA, G. (Org.) **O Rio de Janeiro de Pereira Passos: uma cidade em questão**. Rio de Janeiro: Index, 1985. p. 599-612.

_____. **Pereira Passos, um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1990. 330p.

BERLINGUER, G. **Bioetica quotidiana**. Firenze: Giunti Editoriale, 2000. 198p

BERLINGUER, G. Equidade, qualidade e bem-estar futuro. In: GARRAFA, V., COSTA, S. I. **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. UNB, 2000. p. 41-48.

BERLINGUER, G. **Etica della salute**. Milano: EST, 1997. 126p.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 136p.

BERLINGUER, G. **Questões de vida: ética, ciência e saúde**. Salvador: APCE, São Paulo: HUCITEC, Londrina: CEBES, 1993. 218p.

BOURDELAIS, P. La construct de la notion de contagion: entre médecine et société. **Communications**, Paris, n.66, p. 21-39, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília: MS, 1996.

BRITTO, N. **Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 110p.

BUSS, P. M. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, N. do R. & RIBEIRO, J. M. **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p. 173-188.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 174p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 115-166.

CAPONI, S. **Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada**. Florianópolis: UFSC, SPB, 22p., 2002. (trabalho não publicado)

CAPONI, S. **Pantanos, microbios y conventillos: el impacto de la microbiologia en el higienismo argentino e brasileño**. Florianópolis: UFSC, SPB, 8p., 2002. (trabalho não publicado)

CAPONI, S. Limites y prioridades éticas de la asistencia de urgencia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, I, Florianópolis, 1995. **Anais ...** Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995, p.54-72.

CARVALHO, A. I. Criação de ambientes favoráveis à saúde. In: BUSS, P. M. **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 37-44.

_____. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.104-121, 1996.

_____. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis. In: BUSS, P. M. **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 31-36.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas. In: BARATA, R. B. et al. **Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. p. 137-162. (Série Epidemiológica I)

CENTRO FRANCESCO REDI. **Il progetto città sane di Arezzo**. Arezzo: Centro Francesco Redi, 1998. 33p.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 249p.

CHIAVARI, M. P. As transformações urbanas no século XIX. In: DEL BRENNA, G. (Org.) **O Rio de Janeiro de Pereira Passos: uma cidade em questão**. Rio de Janeiro: Index, 1985. p. 569-598.

COELHO, A. R. **O urbano e o sanitário na globalização: estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis-SC**. 1998. 385f.. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COELHO, E.B.S., WESTRUPP, M.H.B., VERDI, M. **Da velha à nova república: a evolução das políticas as saúde no Brasil**. Florianópolis: UFSC,1997. (material instrucional do Programa ESPENSUL).

COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 77-94.

COMISSÃO EUROPÉIA. **Cidades para bicicletas, cidades de futuro**. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2000. 61p.

COMUNE DI PADOVA. Progetto Città Sane. **Profilo di salute della città**. Padova: Comune di Padova, 1998. 75p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Declaração de fundação da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis**. Disponível em: <http://www.conasems.org> Acesso em 16 março 2001.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, I., 1986, Ottawa, Canadá. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, DC: OPS, 1996. p. 367-372.

COSTA, N. do R. **As lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2ª ed., Petrópolis: Vozes, 1986. 121p.

_____ **A questão sanitária e a cidade.** Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa – Centro de Estudos Históricos, 1984. (Seminário Rio Republicano)

DEL BRENNNA, G. (Org.) **O Rio de Janeiro de Pereira Passos:** uma cidade em questão. Rio de Janeiro: Index, 1985. 624 p.

DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. **Os muitos brasis:** saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.14-56.

EVELIN, G. Belbulíndia é aqui. **Rev. Isto é.** São Paulo, n. 1395, p.26-27, 26 jun. 1998.

FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. **Saúde em debate,** Brasília, n.41, p.45-49, dez/94.

_____. **Cidades saudáveis:** uma urbanidade para o ano 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999. 103p.

_____. Cidades saudáveis - utopia ou nova postura frente à realidade? **Jornal Presença/CONASEMS,** Brasília, n.15, set/93.

_____. **Evolução conceitual de promoção da saúde:** viagem entre dois paradigmas. Brasília: OPS, 1993. 25p.

FERREIRA, A B.de H. **Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa.** 2ª ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.

FIGUEIREDO, R. e LAMOUNIER, B. **As cidades que dão certo:** experiências inovadoras na administração pública municipal. Brasília: MH Comunicação, 1997. 258p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A reforma Pereira Passos.** Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>> Acesso em 25 agosto 2001. (Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz)

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 9ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1990. 295p.

FREITAS, M. C. et al. **Historiografia brasileira em perspectiva.** São Paulo: Contexto, 1998. 470p.

GARRAFA, V., COSTA, S. I. **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. UnB, 2000. 158p.

GARRAFA, V., PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 26, v. 26, n. 1, p. 6-15, jan/mar 2002.

GEDDES, P. **Cidades em evolução**. Campinas, SP: Papyrus, 1994. 274p.

GIL, A C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987. 206p.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, nº 49-50, p. 14-22, dez/95-mar/96.

GUIMARÃES, B. M. A concepção e o projeto de Belo Horizonte: a utopia de Aarão Reis. In: RIBEIRO, L.C.de Q., PECHMAN, R. **Cidade, povo e nação: gênese do urbanismo moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996. p. 123-140.

HALL, P., LANDRY, C. **Cidades inovadoras e sustentáveis**. Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2002. 65p.

HEMAR, C. **Louis Pasteur**. Paris: Hatier, 2002. 96p. (Collection Figures dell'Histoire)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico brasileiro**. 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico brasileiro**. 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico brasileiro**. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados históricos dos censos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 dezembro 2001.

INTERNATIONAL HEALTHY CITIES FOUNDATION. **What is the Healthy Cities Movement ?**. Disponível em: <http://www.healthycommunities.org> Acesso em: 23 abril 2002.

JORDAN, D. P. **Transforming Paris – the life and labours of Baron Haussmann**. New York: The Free Press, 1995. 367p.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empowerment.** 2001, 351f.. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Bremen, Alemanha.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud:** una antología. Washington, DC: OPS, 1996. p. 3-5.

LAMOUNIER, B. Uma bela revolução. In: FIGUEIREDO, R. e LAMOUNIER, B. **As cidades que dão certo:** experiências inovadoras na administração pública municipal. Brasília: M H Comunicação, 1997. p.251-256

LEAVELL, H., CLARK, E. G. **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 744p.

LÖWY, I. **Vírus, moutiques et modernité.** Paris: EAC, 2001. 107p.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-96, 1991.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MAINARDI, D. O incômodo dos pobres. **Rev.Veja**, n. 1754, p. 163, 05 jun. 2002.

MAJOR, R. **Storia della medicina:** seculo XIX, seconda meta. Firenze:Sansoni, 1959. 795p.

MARCONI, M., LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa.** 2ª ed., São Paulo: Atlas, 1990. 198p.

MARIANI, R. **Abitazione e città nella rivoluzione industriale.** Firenze: Sansoni, 1975. 275p.

MARINS, P. C. G. Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: NOVAIS, F. (Coord.), SEVCENKO, N. (Org.) **História da vida privada no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999. v. 3, p.131-214.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª. ed., São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MENDONÇA, R. O paradoxo da miséria. **Rev.Veja**, n. 1735, p. 82-93, 23 jan. 2002.

MINAYO, M. C. de S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: BRICEÑO-LEÓN, R., MINAYO, M. C. de S., COIMBRA JR, C. **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.55-72.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992. 269p.

_____. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. 356p.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2ªed., Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

MOISÉS, S. Saúdecidade: do neologismo à implementação das práticas intersetoriais de promoção da saúde. **Rev. Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.4, n.4, p. 11-13, jan. 1995.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. 234p.

O'NEILL, M. Politiques publiques favorisant la santé- perspective del'OMS. In: **Promotion de la santé**, Geneve: OMS, 1990.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World urbanisation Prospects**. New York: ONU, 1991.

_____. **Declaração de Berlim**. In: Conferência de Berlim sobre Cidades Sustentáveis. 1996, Berlim. Disponível em: <<http://www.unhabitat.org>>. Acesso em 25 julho 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALÚD. **El movimiento de municipios saludables en America**. Washington, DC: OPS, 1992.

_____. **Los municipios saludables en America Latina**. Washington, DC: OPS, 1998.

_____. **Municipios y comunidades saludables.** Disponível em <http://www.paho.org>. Acesso em 20 junho 2002.

PANARARI, M. **L'igienismo, gli igienismi:** una pagina di storia della medicina e Del progresso tra otto e novecento. Roma, 1998. 12p. (texto não publicado)

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.

PERES, M. A. de A. **Determinantes sociais e biológicos do período perinatal e da primeira infância na prevalência e severidade da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade.** 2002. 215f.. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PESAVENTO, S. J. **O imaginário da cidade:** visões literárias do urbano - Paris, Rio de Janeiro, Porto Alegre. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1999. 393p.

POLIT, D., HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** 3ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PRADO JUNIOR, Caio. **História econômica do Brasil.** 40^a. ed., São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993. 364p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **As disparidades no Brasil.** Disponível em: <http://www.undp.org.br> Acesso em: 18 maio 2002.

RAUZY, M. **Georges-Eugène Haussmann.** Paris: Hatier, 2002. 92p. (Collection Figures dell'Histoire)

RESTREPO, H. **La promoción de la salud en el contexto urbano de America Latina.** Washington, DC: OPS, 1992.

RIBEIRO, L. C. de Q., CARDOSO, A L. Da cidade à nação: gênese e evolução do urbanismo no Brasil. In: RIBEIRO, L. C. de Q., PECHMAN, R. **Cidade, povo e nação:** gênese do urbanismo moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996. p. 53 – 78

RONCAYOLO, M. La production de la ville. In: DUBY, G. **Histoire de la France urbaine.** Paris: Seuil, 1983. p.73-155.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Ed. UNESP, HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 423p.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social** – a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina: corpos insanos em mentes rebeldes**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1984. 93p. (Coleção Tudo é História, nº 89).

STEPAN, N. **Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica**. Rio de Janeiro: Ed. Artenova, 1976. 188p.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, DC: OPS, 1996. p. 37-46.

TONUCCI, F. **La città dei bambini**. Bari: Laterza, 1996. 242p.

TOPALOV, C. Da questão social aos problemas urbanos: os reformadores e a população das metrópoles em princípios do século XX. In: RIBEIRO, L. C. de Q., PECHMAN, R. **Cidade, povo e nação: gênese do urbanismo moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996. p.23-52.

TOUTTAIN, P. A **Hausmann: artisan du second empire, createur du Paris moderne**. Paris: Grund, 1971. 113p.

TRIVIÑOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEYNE, P. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história**. 3ª ed. , Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1995. 130p.

VERDI, M. et al. A sociedade brasileira: uma aproximação da sua realidade através dos indicadores sociais. In: SOUZA, M. L. **Contextualizando o auxiliar de enfermagem no ambiente social: estudos regionais e de saúde pública**. Florianópolis: NFR, SPB, CCS, UFSC, 1997. p. 30-49. (Série Auxiliar de enfermagem, v.2)

VERDI, M. Isole di iniquità nell'isola qualità. **Qualità equità: rivista del welfare futuro**, Roma, n. 15, p. 46-58, set. 1999.

WESTPHAL, Márcia Faria. O movimento cidades, municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.39-51, 2000.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. In: WHITEHEAD, M. **Bridging the gap: working towards equity in health and health care**. Sundbyberg/Sweden: Karolinska Institutet, 1997. p. 126-142.

WORLD BANK. **World development report 1993**: investing in health world development indicators. New York: Oxford University, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy cities project**: a project becomes a movement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991.

_____. **Specific programmes in environmental health**. Geneve: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **WHO healthy cities project**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002. Disponível em: <http://www.who.dk/healthy-cities/>. Acesso em: 20 maio 2002.

_____. **Athens declaration for healthy cities**. Athens: WHO Regional Office for Europe, 1998.

_____. **WHO Healthy cities project**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.

XAVIER, C. Cidade saudável: uma filosofia e uma idéia. **Rev. Tema**, n. 19, p.3-6, maio/2000.

ZALUAR, A., ALVITO, M. (org.). **Um século de favela**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998. 372p.