

SAÚDE E PERIFERIA: A FORMAÇÃO MÉDICA E OS BAIROS PERIFÉRICOS

Arieli J. Buttarello⁵⁷
arielibuttarello@hotmail.com

Resumo: A problemática dos serviços de saúde pública apresenta-se complexa, envolvendo questões sob diversas abordagens que visam atingir e garantir a saúde dos considerados excluídos socialmente. Tal problema faz-se tanto institucionalmente quanto na construção da relação entre os cuidadores e os solicitadores desse cuidado. O curso de Medicina da Universidade Federal situada na cidade de São Carlos tem como base de ensino a formação dos alunos dentro dos conceitos da saúde pública; com atendimentos em unidades de saúde instaladas em bairros localizados longe do centro da cidade. A necessidade de se pensar sobre a disseminação do discurso acerca da população periférica, com base no entendimento dos discentes desse curso se faz relevante para buscar compreender um tipo de inclusão que se supõe ser metafórica. A partir de entrevistas informais buscou-se repensar questões sobre a hierarquização de saber entre o “da cidade” e o “da periferia” sob a visão da ciência médica. Foram aferidos certos pré-conceitos negativos pelos graduandos em relação à população de bairros periféricos; assim como algumas hipóteses de como melhorar a compreensão de tal população sobre a área médica. Desse modo, foi possível refletir sobre a imposição de um saber legitimado a partir do que é lido como compreensão e incompreensão do tratamento, sobre problemáticas de acesso dos grupos periféricos a serviços de saúde e também sobre como são vistos diante dos pré-profissionais pautados em uma Medicina que visa considerar os aspectos sociais da população. O que é proposto com tais reflexões é o interesse de diálogo com outros campos de estudo, além do das Ciências Sociais, que interferem cotidianamente em todas as esferas da vida dos indivíduos.

Palavras-chave: Saúde pública; segregação; inclusão social

Dado ao que se convencionou denominar segregação urbana/espacial/social, os bairros periféricos ao centro das cidades estão à mercê de um sub-olhar social. A partir de olhares sobre os contingentes “marginais” da população tem-se a necessidade de repensar os limites entre o centro e a periferia.

Buscando entender a definição do termo periferia como algo além de determinações rígidas, pautadas apenas em aspectos geográficos e de exclusão, o presente trabalho visa analisar a concepção de periferia entre os graduandos de Medicina que atendem a população dos bairros periféricos da cidade de São Carlos. O surgimento de tal reflexão dá-se por uma gama de relações, tais como o histórico de condicionantes geográficos no entendimento do processo saúde-doença; a oferta de serviços de saúde serem distintas no meio intra-urbano; os moradores de bairros periféricos terem dificuldade de acesso a vários equipamentos urbanos e a visão pejorativa disseminada de tais regiões.

⁵⁷ Graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos

Como colocado por pesquisadores de favelas de cidades médias⁵⁸, antes do contato com os bairros de pesquisa a imagem negativa estigmatizada quanto ao que consideravam periferia era predominante em seus entendimentos; porém, com a vivência no local houve quebra desse preconceito. Tal imagem é construída por julgamentos de que os bairros são lugares perigosos, pobres e violentos – ou seja, são concepções pautadas no que “ouvem falar da região”. Desse modo, busca-se entender qual a visão de indivíduos que estão sendo capacitados para trabalharem nesses locais, tendo como ponto norteador a questão de como construir uma sociedade que garanta respeito às denominadas diferenças.

Assim, as análises propostas serão apresentadas em breves discussões transversalizadas; tendo como base o processo de modernização-periferização, a acessibilidade a uma política pública que visa garantir a saúde da população, a visão “de dentro e de fora” do que é concebido como periferia, e entrevistas informais que buscam elucidar a relação teórica e prática do ensino médico da UFSCar.

Saúde, urbanização e periferia.

A preocupação com a saúde da população vem tornando-se mais presente devido ao desenvolvimento da ciência médica e seus instrumentos de análise. A saúde pública e o planejamento urbano já foram considerados como mesma entidade, derivando daí o saneamento urbano tão marcado no século XIX na cidade do Rio de Janeiro, que tinha como objetivo o controle de transmissão de doenças infecto-contagiosas, as melhorias de condições de vida nas cidades e o embelezamento dessas (à custa do afastamento dos indesejados). Os médicos passaram a controlar o espaço social por meio das estatísticas de saúde e dos inventários de distribuição das habitações, pessoas e doenças pelo território.

Os problemas urbanos eram vistos como causados pelo sistema fabril (que era justamente o que consolidava o urbano); as doenças eram associadas à população pobre, aos ativistas de sindicatos, aos desempregados e às gangues do crime organizado – todos considerados membros das “classes perigosas” – todos trabalhadores concentrados nos cortiços. Surge disso, a Medicina Higienista visando educar a população com práticas de higiene; instalar rede de água e esgoto e eliminar as edificações insalubres.

Com os estudos em Microbiologia na metade do século XIX e início do século XX foi possível reduzir as taxas de mortalidade; alterando-se o perfil epidemiológico, enquanto

⁵⁸ Mendonça (2009) e Ávila (2006).

novas doenças vieram impor-se conforme as cidades iam crescendo. As análises sociais tornam-se importantes para a explicação de pontos que não eram considerados, vindo a ganhar força em tais estudos, atribuindo a saúde e a doença não apenas olhares de aspectos individuais.

As práticas e saberes médicos foram normalizados por meio da sistematização do conhecimento médico e sua localização em instituições de ensino específicas. Esse processo de normalização conferiu ao corpo médico, legitimidade exclusiva para tratar das questões de saúde, adentrando em outras esferas da vida social e também se associando a outros saberes. O médico foi então, revestido com autoridade para decidir e interferir nas situações da cidade, sendo as decisões baseadas naquilo que ele assegurava evitar ou até mesmo exterminar.

O progresso científico-médico está ligado não apenas ao homem físico, mas também moral, o foco de tal saber é o “homem e sua cidadania”. É preciso livrar o homem da obscuridade e da desordem de um ambiente caótico que é o meio urbano; e é na cidade que a Medicina Social se desenrola, adequando tanto as instituições urbanas quanto os corpos a essa lógica do modelo moderno – a Medicina Social esquadrinha o que é urbano em seu caráter macro e micro, transformando o modo de pensar e agir de toda uma sociedade (Machado, 1978).

Com a medicalização do urbano, os serviços de saúde e o consumo de medicamentos colaboram para a constituição da organização espacial das cidades; tornando-se não apenas ordenadores de espaços, mas de comportamentos, modos de vida, aparência e performances do corpo. Dessa noção, problemáticas tais como a ciência ser vista como indicação de progresso impõe-se sob o manto de necessidade de “melhorias” nos locais da cidade vistos como “ruins”, que são os bairros periféricos. Em contraponto ao que se considera como “periferia ruim”, tem-se o surgimento do ideal de qualidade de vida vendida pelo mercado imobiliário, pautado no afastamento do urbano. Tem-se, portanto, que a noção negativa de periferia não é restrita apenas à localização.

Com o intuito de analisar a segregação urbana como um dos indicadores de saúde da população, iniciou-se em 2011, uma pesquisa pelo Observatório das Metrópoles do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia. A fim de investigar a saúde nas metrópoles brasileiras, busca-se mostrar que a segregação do território tem relação direta com a saúde e as condições de vida da população. Afirma-se não ser apenas a pobreza a causa de doenças, mas sim a pobreza junto com a segregação espacial, pois a classe baixa vive em locais frequentemente insalubres e são carentes de infraestrutura urbana como metrô, hospitais, escolas de boa

qualidade, etc.

Caiaffa (2008) destaca que as análises de como o modo de vida urbano afeta a saúde parecem limitadas, fornecendo resultados globais que falseiam a realidade, pois se assume que uma característica urbana é igual para todos os indivíduos, não considerando os acessos diferenciados a determinadas características ou equipamentos urbanos.

Quanto à relação da urbanização, do avanço da medicina, da noção de “periferia ruim” e o que se entende como progresso ou desenvolvimento, questiona-se o acesso a esse tal desenvolvimento: houve a diminuição de certas doenças, porém, houve também, o aumento de outras. A falta de acesso aos serviços de saúde pode levar às medicinas alternativas como substituições da medicina oficialmente legitimada, o que é gerador de certos conflitos. Na literatura acerca do entendimento sobre a periferia, há visões que se focam na “ausência” das coisas, não concedendo a população de bairros periféricos capacidade de inventar um modo próprio e legítimo de lidar com problemas que a afeta; como também há, em contraponto, a literatura que substitui a visão homogeneizadora da população periférica pelo entendimento de suas várias formas de significação.

O histórico de imagem negativa dos periféricos/excluídos carrega várias características moralizantes que foram formando no imaginário social uma série de estigmas pelos quais se entende que esses são indivíduos que devem ser controlados por serem geradores de desordem e de contágio de epidemias.

Com uma pesquisa feita na metrópole São Paulo sobre a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), principal estratégia na organização da Atenção Básica, e a exclusão sócio-espacial; Bousquat (2006) demonstra as coberturas bastante distintas do Programa. Evidencia-se os obstáculos das regiões pobres em atrair médicos, a focalização de implantação de unidades de saúde que se iniciam pela periferia, e a dificuldade de acesso dos moradores periféricos em fazerem uso da potencialidade da metrópole global, sendo o urbano produtor de “cidadãos incompletos” (Santos, 1993) *apud* Bousquat (2006). Tendo o espaço como categoria de análise, critica-se a abordagem espacial (questão da espacialidade e territorialidade) ser deixada de lado nas discussões políticas brasileiras e nas formulações dos planos e políticas públicas, o que se mostra como defasagem nas avaliações e estudos para implantação de políticas públicas. Katzman (2006) *apud*

Azevedo (2009) considera que as condições locais afetam na eficácia e eficiência das políticas, devendo ser incorporada a variável territorial no desenho das políticas públicas, considerando as diversidades das estruturas sociais no espaço urbano juntamente com as

características da segregação residencial e não em suas consequências. Disso, aproxima-se da investigação de Caldeira (2000) que considera os efeitos do espaço sobre o social tanto pela separação dos grupos sociais no espaço como pelas consequências deste fato na oferta de políticas sociais; dado que o desempenho da política diferenciado pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade dos grupos sociais; indagando de que modo os serviços podem variar segundo a localização espacial, ou seja, não é apenas a separação que determina o acesso desigual aos serviços, mas também (e ao mesmo tempo) a desigualdade de acesso que específica e reproduz a separação.

Bousquat (2006) evidencia também que a proximidade física não proporciona a interação social dos grupos – os percebidos como diferentes são mantidos à distância. O autor afirma que a vizinhança não elimina as relações de dominação, pois as pessoas procuram conviver somente em grupos semelhantes aos seus, não se interessando em encontrar soluções comuns para os problemas sociais; distanciam-se visível ou invisivelmente, trazendo a existência de um espaço físico e um espaço metafórico. Dentro dessa questão, Najjar (2007) também vem colocar que a segregação no espaço urbano não é

“perfeita”, pois nem todos os espaços identificados como sendo de baixa renda são ocupados apenas por pobres, nem tampouco os pobres ocupam áreas tidas como concorrentes. Porém, muitas análises baseiam-se nas ideias de Durham (1973) de que embora haja pobres por toda a cidade é na periferia que eles se concentram e seu modo de vida fica mais claro - a periferia deixa de ter conotação apenas geográfica e passa a constituir uma série de representações da cidade e da própria sociedade. Vê-se o

“excluído” pelo estrangeiro simmeliano - não pertence ao grupo, mas tem uma forma específica de interação em um jogo de distância e proximidade com a sociedade.

O fenômeno urbano contemporâneo vem se apresentando a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Percebe-se o urbanismo, a arquitetura e a geografia urbana como controladores de visões e pesquisas sobre cidades; mas, sendo a política urbana e o ordenamento territorial pensado através da economia, meio ambiente, saúde pública, sociologia e áreas afins; mostra-se o dinamismo e as exigências de mudanças de olhares para a construção de um sistema relacional em diálogo e não a imposição de uma visão única.

A saúde urbana na capital da tecnologia: São Carlos

Para o auxílio do entendimento das impressões de indivíduos que tem contato com regiões periféricas da cidade de São Carlos através do ensino da Medicina, toma-se por base

uma pesquisa realizada em 2006 sobre a imagem de um bairro periférico na cidade de São Carlos (bairro Antenor Garcia e os bairros da região Cidade Aracy); com sua visão pela parte de dentro (próprios moradores bairro) e pela parte de fora (visão dos moradores externos a tais bairros)⁵⁹, juntamente com uma pesquisa concluída em 2004, que datando de processos históricos e sociais desde quando tal cidade foi fundada em 1867, mostra as mudanças urbanas, epidemiológicas e a constituição das instituições e serviços de saúde⁶⁰.

Sobre a “periferia”

A ocupação do território em São Carlos deu-se predominantemente de maneira radiocêntrica, processo que se reflete na atual configuração espacial. Uma análise demográfica do município, realizada nos anos 2000 pela Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento Urbano (SMH DU) demonstrou que durante a década de 1990 houve um aprofundamento da desigualdade sócio-espacial na cidade, caracterizada pelo considerável aumento de moradores de baixa renda em áreas afastadas e sem infraestrutura, em contrapartida à redução do uso residencial da área central, cada vez mais destinada ao setor de comércio e serviços. Atualmente São Carlos conta com apenas uma área central e aproximadamente três áreas de concentração periférica.

Ávila (2006) afirma que as periferias de cidade de porte médio, ou mesmo de cidades pequenas, distantes dos centros metropolitanos, devem ser considerada não como uma mera reprodução das periferias metropolitanas, mas como um fenômeno particular e que suscita uma análise mais detalhada.

Nos anos 1980 surge um interesse pelo nível microsocial da vida produzindo-se várias etnografias sobre as favelas e periferias das cidades grandes como Rio de Janeiro e São Paulo e, em menor proporção, Porto Alegre, Belo Horizonte e Salvador. Mostra-se que para referirem a si mesmos, os moradores de favelas usam os termos “trabalhador” e “pobre” carregando valores morais e distintivos, pois trabalhador é todo homem honesto que não optou pelo mundo do crime. Quanto à visão daqueles que não moram em locais periféricos, eles são os que perturbam a paz, são os invisíveis, sendo sua única visibilidade ligada à criminalidade.

⁵⁹ ÁVILA, M.P. “Periferia é periferia em qualquer lugar?” *Antenor Garcia: Estudo de uma periferia interiorana*. Dissertação de Mestrado. UFSCar, 2006.

⁶⁰ MACHADO, M.L.T. *Tradição e tecnologia: a história oral e escrita da atenção à saúde em São Carlos*. Tese de doutorado. Unicamp, Campinas, 2004.

A popularização do uso do termo e a questão da periferia ganhou espaço nos debates políticos, na mídia e no imaginário social; porém ao deixar de ser questão restrita ao meio acadêmico possibilitando novos olhares sobre o tema, a imagem que se formou no senso comum é basicamente pejorativa, pautada pela violência, criminalidade e pobreza. É entendida de um modo semelhante à tendência antiga das elites brasileiras em identificar a desordem urbana como proveniente dos espaços onde estão concentradas as camadas mais pobres da cidade.

Para a Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social da cidade de São Carlos o bairro periférico Antenor Garcia, foco da pesquisa referenciada, é tido como “inexistente”, pois o considera como extensão do bairro Cidade Aracy II. As divisões espaciais são entendidas por diferentes perspectivas: a não demarcação imposta pela administração pública leva a definições feitas pela própria população. Enquanto para os moradores dos outros bairros não há diferença entre os bairros da região Cidade Aracy, numa tendência a identificá-los como sendo “tudo Aracy”, a situação oposta também se verifica entre os moradores do Antenor Garcia: muitas vezes a cidade de São Carlos e a área central são concebidas como sendo a mesma coisa.

Ávila (2006) coloca que todas as ruas do bairro são asfaltadas e as casas feitas de alvenaria, com rede de água e esgoto: apenas em uma rua (a Rua 7) há concentração de casas semelhantes a barracos (feitas de madeira e latas de tinta velhas; e casas em terrenos irregulares); tida pelos moradores como “concentração dos mais pobres” do bairro e lócus da bagunça, das “coisas erradas”. Tais diferenciações podem ser comparadas com uma pesquisa realizada por Mendonça (2009) com base em uma região em que há uma favela e uma COHAB lado a lado: a mudança do primeiro para o segundo local não significava ter apenas uma casa própria, mas implicava em comportamento moral; passar para o outro lado da rua tem uma gama de significados. Dentro da própria região vista como favela pelos moradores dos outros bairros, há a produção dos seus próprios outsiders.

Há uma quantidade expressiva de bares e cerca de nove tipos de igrejas no bairro Antenor Garcia. Não há nenhum equipamento de lazer público, que segundo a Secretaria Municipal de Habitação, o fato se explica por não haver no local áreas públicas para tanto – as áreas livres são consideradas impróprias para construção.

As reclamações recorrentes dos moradores do bairro são o preço alto da passagem e a discriminação do povo da cidade com o bairro; o que para eles é injustificável, demonstrado em falas afirmando que *“o perigo está em todo o lugar, pode estar até no centro”*.

Para os próprios moradores do bairro, a palavra “favela” remetia a uma série de símbolos negativos, com os quais eles não se identificavam e procuravam não relacionar “*de jeito nenhum*” com seu local de moradia; há aversão aos termos periferia/favela.

A situação de desigualdade de oportunidades é significada como sendo resultado de um processo de estigmatização que pode até já ter tido razão de existir, afinal o bairro já foi violento, mas que agora não se justifica. Na visão dos moradores das favelas sobre eles mesmos, vêem-se como verdadeiros guerreiros “sobrevivendo no inferno”⁶¹ – essa ideia valorativa é uma importante referência identitária, pois permite a construção de um sentimento de igualdade e solidariedade entre os moradores de periferia, independente da cidade.

Sobre a saúde

Destacam-se certos fatos históricos em relação à saúde pública e urbana são-carlense; como a construção de um prédio para ser um hospital no atual bairro Vila Nery, onde funciona até hoje a conhecida Escola Industrial (ETEC)⁶², na década de 1920, não sendo “claras as razões para a não-concretização do empreendimento inicial de um grupo de médicos, que poderia ter gerado diferentes rumos para a história da cidade, a qual, só em 2004, viu começar a construção de um hospital público” (MACHADO, 2004, p. 138). Há também, contrastes entre documentos oficiais da década de 1940 que colocavam o atendimento à saúde como excelente, enquanto os servidores municipais da saúde o consideravam precário. Destaca-se também, que em 1970 foi elaborado o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado da Cidade de São Carlos (PDDI) em convênio com a Escola de Engenharia da USP; que analisou alguns itens referentes às condições sanitárias concluindo que a educação da população para tal era insatisfatória e que as atividades profissionais eram em grande parte desenvolvida por elementos não-capacitados (farmacêuticos, curandeiros, benzedeiros), e colocava a necessidade de integração da rede das unidades para melhores atendimentos – o que atualmente se vê legitimado, mas com dificuldade de funcionamento.

Em 1984 instalou-se o ParqTec (Fundação Parque de Alta Tecnologia), a primeira incubadora da América Latina com o objetivo de atuar como gestora e promotora do pólo tecnológico da cidade; e no mesmo ano houve o início da expansão da rede municipal de postos de saúde (atualmente Unidades Básicas de Saúde) - a partir de então, foram sendo

⁶¹ Título de um cd do grupo de rap Racionais MC's.

⁶² Escola Técnica Estadual – educação pública e profissional.

instaladas unidades de saúde nos bairros considerados periféricos. Porém, essas implantações já se iniciaram com grandes diferenças entre o que os trabalhadores da saúde queriam tecnicamente e o que era possível à administração ceder.

Outro ponto de destaque é que os serviços, a administração, a gestão e os recursos para as políticas sociais são notadamente perpassados por partidos. Como exemplo, tem-se uma gestão na década de 1990 marcada pelo clientelismo, em que as opiniões do Conselho Municipal de Saúde (formada por representantes dos bairros) não eram respeitadas.

A eleição para a gestão 2001-2004 fugiu a regra de alternar no poder partidos conservadores, abrindo possibilidades de mudanças na história da cidade. Apresentaram-se metas de implantação do PSF e do Programa Agentes Comunitários da Saúde nas diversas áreas da cidade identificadas como prioritárias, por possuírem mais famílias em situação de risco para a saúde. A escolha das áreas foi baseada no Mapa da Exclusão elaborado pelo Departamento de Ciências Sociais da UFSCar, que focalizou as famílias que vivem em situação de pobreza e miséria, levantando alguns indicadores, como rendimento familiar, escolaridade do chefe de família e mortalidade infantil.

Machado (2004) afirma que em meados dos anos 2004, o discurso oficial personalizado na secretária da saúde da cidade divergia do discurso de usuários e trabalhadores (contradição que não mudou desde 1940). Segundo a autora, afirma-se que os entrevistados em sua pesquisa nunca viram ou ouviram falar de um movimento social reivindicando direitos de saúde⁶³. As opiniões dos moradores entrevistados foram consensuais em afirmar que a saúde não acompanhou a história da cidade; estava sempre atrasada. O crescimento econômico e cultural não foi acompanhado nas áreas sociais com a mesma intensidade e velocidade, trazendo, portanto, um histórico de não-planejamento da atenção à saúde na cidade.

Dos discursos dos discentes e conclusões

Os discursos dos discentes do curso de Medicina têm como base os atendimentos nas UBS dos bairros periféricos são-carlenses, não sendo pautados em um bairro específico. Através de entrevistas informais foi possível captar algumas reflexões acerca da relação das possíveis dificuldades em entender o outro, pautados em noções sobre segregação.

⁶³ Há mudanças muito recentes dada à crise no curso de Medicina da UFSCar e a problemática de governança do Hospital-Escola.

As unidades da Saúde da Família são casas adaptadas e improvisadas; portanto, há reclamações de falta de salas e espaço para um bom trabalho. Há reclamações também sobre o salário do médico da família e justificativas de por isso não haver desenvolvimento de vínculo de longo prazo com a população que *“por ser uma área da periferia, não é muito atrativa para médicos da região”*. Com isso, há grande rotatividade desses profissionais, e há consenso em perceber os efeitos negativos da falta de um médico em uma unidade de saúde para a população.

Quanto ao o que é feito quando desses problemas, as opiniões dividem-se em: a equipe da unidade é vista como bem formada e organizada quanto às práticas e encaminhamentos de pacientes e, a equipe da unidade é vista como desfocada e havendo falta de profissionais. Percebe-se assim, a diferença de atendimento e qualidade entre unidades de uma mesma região, pois *“quando uma das equipes está sem médico, a outra equipe não substitui esse serviço para a população daquela equipe desfalcada, e o atendimento torna-se desigual e dependente da disponibilidade do momento”*. Coloca-se que o problema é dado pelo PSF ter como princípio o território, atendendo apenas os moradores do bairro em que a unidade está localizada. Além disso, uma das observações foi *“quando o caso é um pouco mais grave eles são orientados a procurar uma UBS”* e muitos moradores não têm como se locomoverem até a unidade. A partir de tais observações, evidencia-se a problemática e a dificuldade de acesso enfrentada pelos moradores dos bairros periféricos aos serviços públicos de saúde.

Quanto a falta de adesão ou não ao tratamento, os discentes consultados apontaram como causas da não-adesão: o analfabetismo, a falta de entendimento sobre a doença acarretada, a preguiça e a falta de dinheiro. Desse último aspecto, é observado que a rede pública de saúde não é bem abastecida em medicamentos.

Foram feitas comparações entre as propostas do governo que são pautadas no PSF e nas ampliações das UBS, havendo opiniões divergentes, tais: a UBS teria maior efetividade por ser um atendimento focado no problema trazido pelo paciente e não no cuidado integral, em contraponto ao PSF; e o discurso contrário, em que o PSF foi colocado como um fator que potencializa o tratamento, pois adentra em mais esferas da vida, buscando levar maior *“esclarecimento”* aos pacientes, e não apenas visando a *“cura”* instantânea, tendo maior foco na qualidade de vida e prevenção.

Foram apresentadas também, algumas sugestões de melhorias, como colocada nesta

fala: “*é muito importante treinar a equipe para sempre passar as informações sobre a doença e o tratamento medicamentoso de forma muito clara, e repetidamente...deve-se bater na tecla mesmo*”; juntamente com a sugestão de combate à falta de interesse de autoridades locais em investimentos, porém sem especificações de como poderia ser feito tal combate. Não foram destacados problemas de trabalhar na periferia referentes à medo, dificuldade de acesso ou violência.

A interação usuários e trabalhadores alteram a política e diferenciam o acesso, assim como a segregação interfere nas formas de atuar dos agentes implementadores, trazendo as dificuldades em manter funcionários que impacta na qualidade dos serviços oferecidos. Se os serviços ofertados para os grupos de mais baixa renda e moradores de áreas segregadas são de pior qualidade; até que ponto o Estado está auxiliando na superação das condições de pobreza? Vê-se a importância da investigação intra-urbana para conhecer as especificidades, e para que as situações sociais negativas não sejam diluídas nas grandes médias homogêneas.

Sem dúvidas, há um distanciamento entre o SUS real e o SUS constitucional que carrega um debate sobre a universalização e focalização da política pública de saúde; que direciona ideias de “necessidades” a “áreas pobres”. As políticas de maior qualidade ocorrem nas áreas mais ricas das cidades e são expandidas diferencialmente para as áreas mais periféricas. A cidade das filas, das dificuldades e das carências é a mesma que a da alta tecnologia (com equipamentos de apoio e diagnóstico e terapia) – o meio técnico e urbano põe em relação o mundo material e o mundo simbólico.

A “favela”, então, é vista como atrasada científica e economicamente, pois os moradores não são seguidores dos preceitos dos serviços de saúde, não tendo êxito como outros grupos sociais. As cidades trazem a ideia do progresso científico e industrial sendo que cada indivíduo deve se encaixar em seus preceitos. Como proferido nos discursos dos entrevistados; o que se pauta é o status da profissão médica, o desfalque em infraestrutura e a culpabilização dos moradores, tendo que alguns não entendem o que deve ser feito para melhorar a sua saúde.

Sobre a culpabilização individual, Mendonça (2009) elucidou-nos certos aspectos ao investigar acerca do consumo de psicoativos: as perspectivas de classe e gênero e necessidades sociais não são reconhecidas no diagnóstico, e as questões sociais nem sempre são ditas como justificativas, sendo o ambiente familiar que se torna o primeiro culpado. Tais remédios podem ser entendidos como estabelecadores de comportamentos socialmente aceitos. Disso, vê-se que a saúde pública sempre esteve presente na elaboração dos planos

administrativos das cidades, mas integrados de forma benéfica e não considerando a criação de uma situação oposta (como a iatrogenia, por exemplo, que são os malefícios que os medicamentos podem causar). Há a imposição de uma verdade científica – imposição de desejo de determinado grupo condicionando comportamentos. A cidade chega à favela para “organizar” as vidas. As pessoas estão submissas aos padrões eleitos pelas elites. O desviante passa então a ser o problema e não o que ele questiona.

A medicina vê os indivíduos como produção de corpo disposto, seguindo a lógica capitalista com o trabalho sendo o centro de nossa sociedade moderna. Um ponto central destacado foi que os usuários procuram a “cura” e não se preocupam com orientações e prevenções. Disso, pode-se pensar em questões como a falta de percepção e diálogo horizontal entre os usuários e os responsáveis pelos tratamentos. As instituições devem moldar-se conforme a sociedade demanda (buscando não impor um único saber) e vice-versa. A partir disso, vê-se também como conflito as concepções baseadas na sociedade do imediatismo e as concepções de “medicina de longa vida”. Destaca-se com isso, que a questão do tempo é central na problemática urbana (profissionais sem tempo para atenderem melhor e população sem tempo para se cuidar), tal como a questão do espaço é central na problemática da infraestrutura.

As mudanças que vem ocorrendo nas políticas de inserção e inclusão desses favelados, periféricos, estigmatizados ou qualquer outra definição que evidencie fronteiras, estão presas a um tipo de controle – por mais “humanizadas” que sejam, como o ensino médico da UFSCar. O imaginário social necessita de muitos passos para esquecer as amarras de uma diferença que foi legitimada e é resignificada.

Referências bibliográficas

ÁVILA, M.P. “*Periferia é periferia em qualquer lugar?*” *Antenor Garcia: Estudo de uma periferia interiorana*. Dissertação de Mestrado. UFSCar, 2006.

AZEVEDO, S.J.S. *Segregação e oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde em Campinas: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano*. Tese de doutorado - Unicamp, 2009. (p. 1-42, 183-194).

BOUSQUAT, A. *et al. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no município de São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 22, p.1935-1943, 2006.

CAIAFFA, W.T. *et al.* *Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”*. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 13, p. 1785-1796, 2008.

CALDEIRA, T. P. R. *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. Frank de Oliveira e Henrique Monteiro (Trad.). 2ª ed. São Paulo: Edusp, 2008.

DURHAM, E. R. *A caminho da cidade: a vida rural e a migração para São Paulo*. Ed. Perspectiva, São Paulo. Coleção Debates, 1973.

NAJAR, A.L.; PERES, F.F. *A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem*. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 12, p. 675-682, 2007.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia).

Saúde Urbana: Segregação espacial e indicadores de saúde da população, 2011. Disponível em:

<http://www.observatoriodasmetrolopes.net/index.php?option=com_content&view=article&id=1709%3Asaude-urbana-segregacao-espacial-e-indicadores-de-saude-da-populacao&lang=pt> Acesso em 10/10/2013.

MACHADO, M.L.T. *Tradição e tecnologia: a história oral e escrita da atenção à saúde em São Carlos*. Tese de doutorado. Unicamp, Campinas, 2004.

MACHADO, R. *et al.* *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Ed. Graal: Rio de Janeiro. Série Saber e Sociedade, v. 3, 1978.

MENDONÇA, R.T. *Medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares*. Tese de doutorado. USP, São Paulo, 2009.