

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

LILIANE FERREIRA SANT'ANNA BIANCHINI CICERI

**INIQUIDADES SOCIOSSANITÁRIAS, PRÁTICAS CORPORAIS E LUGAR
SOCIAL: UM ESTUDO EM VITÓRIA/ES**

VITÓRIA

2015

LILIANE FERREIRA SANT'ANNA BIANCHINI CICERI

**INIQUIDADES SOCIOSSANITÁRIAS, PRÁTICAS CORPORAIS E LUGAR
SOCIAL: UM ESTUDO EM VITÓRIA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física, na área de concentração “Educação física, movimento corporal humano e saúde”, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky.

VITÓRIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C568i Ciceri, Liliane Ferreira Sant'Anna Bianchini, 1982-
Iniquidades socio sanitárias, práticas corporais e lugar social : um estudo em Vitória/ES / Liliane Ferreira Sant'Anna Bianchini Ciceri. – 2015.
161 f. : il.

Orientador: Marcos Bagrichevsky.
Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos.

1. Saúde. 2. Políticas públicas. 3. Espaços públicos. 4. Práticas corporais. I. Souza, Marcos Bagrichevky de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU: 796

LILIANE FERREIRA SANT'ANNA BIANCHINI CICERI

**INIQUIDADES SOCIOSSANITÁRIAS, PRÁTICAS CORPORAIS E LUGAR
SOCIAL: UM ESTUDO EM VITÓRIA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Física, do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Orientador

Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães
Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Prof. Dr. William Waissmann
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

A minha mãe

Edith (*in memoriam*),

Por ter sido tão carinhosa, dedicada e ter me amado intensamente enquanto se fazia presente. Te amarei eternamente mãe querida!

A minha avó/mãe

Dona Célia,

Por todo amor demandado a mim e pela dedicação e esforço que sempre fez, trabalhando “duro” para que eu chegasse até aqui. Você é minha guerreira, meu exemplo de vida! Te amo mãe!

Ao meu marido

Anderson,

Pelo seu amor, amizade e companheirismo, por ter resistido a distância e me apoiado nessa trajetória torcendo a cada segundo pela minha vitória. Te amo muito vida!

Ao Meu filho Antonio, que está no meu ventre,

Pela felicidade e encantamento que me trouxe ao saber que você viria. Te amo muito!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida e por ter me permitido chegar até aqui.

A minha irmã **Ediana**, sobrinhos **Guilherme** e **Cristiano** e cunhado **Carlos Eduardo**, por me apoiarem e torcerem sempre pela minha felicidade. Amo Vocês!

A toda **minha família**, de perto ou de longe, por me amar, me encorajar, ser paciente e compreender que essa escolha é um sonho que está se realizando em minha vida.

Ao meu orientador, Prof Dr^o. **Marcos Bagrichevsky**, por ter me acolhido como orientanda, pelos seus ricos ensinamentos, inclusive sobre a docência, pela paciência nos momentos de “angústia” durante o processo, e pela confiança que depositou em mim todo esse tempo acreditando que eu conseguiria fazer uma boa pesquisa.

A **todos os amigos**, que demonstraram preocupação com a minha caminhada, sempre me perguntando sobre ela e torcendo pela minha vitória.

Aos meus amigos, **Rochelli** e **Lúcio**, por sempre me encorajarem e me incentivarem não apenas no mestrado, mas na vida. E pelo conforto que me proporcionaram com as “caronas”.

A **Vivian**, pois lá no início, quando ingressar no mestrado ainda era um sonho, você me encorajou, apoiou e auxiliou revisando meu pré-projeto. Mas também pela prestatividade em me ajudar durante toda a trajetória do mestrado.

Aos membros da banca, Prof. Dr. **William Waissmann**, Prof. Dr. **Raul Borges Guimarães**, Prof. Dr. **Ivan Marcelo Gomes**, Prof. Dr. **Cláudio Luiz Zanotelli**, por aceitarem participar desse momento, e pelas ricas contribuições que me deram na qualificação.

À Profa. Dra. **Adriana Estevão** que em alguns momentos do mestrado me proporcionou oportunidades únicas para aprimorar meus conhecimentos como futura docente. As experiências foram ótimas!

Ao Prof. Dr. **Raul Borges Guimarães** (UNESP-SP), que mesmo diante de muitos compromissos me ajudou a dar um salto qualitativo na pesquisa, tornando-a ainda mais interessante. Obrigada de coração!

Aos meus amigos do Núcleo de Pesquisa SALUS, **Graziela e Moisés**, pela preocupação, pelo apoio, e por terem investido tempo me auxiliando em tarefas da pesquisa.

À Profa. **Analice Alcântara**, da Unidade Básica de Saúde de Consolação, pelo apoio e disponibilidade em me ajudar no trabalho de campo. Sua ajuda foi essencial para a qualidade da pesquisa.

À Profa. **Elaine Hoffman**, da SEMUS, pelo apoio e ajuda mais que especiais numa etapa importante da pesquisa, me “doando” seus valiosos conhecimentos sobre a cidade de Vitória.

Aos **colegas de turma**, pelos almoços no RU, pelas risadas, pela troca de experiências e compartilhamento de aflições e alegrias durante o mestrado. Desejo a vocês, muito sucesso!

À **Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)**, em especial ao **CEFD** e aos **seus funcionários**, por terem me acolhido como aluna do Programa de Pós-Graduação e me auxiliado quando necessário.

A todos vocês minha eterna gratidão!

Só aqueles que conseguem
continuar se esforçando,
avançando passo a passo é que
têm chance de atingir um
objetivo. Muitos teriam
alcançado seu objetivo se
perseverassem um pouco mais,
mas fracassaram porque
fracquejaram no último
momento. Livro: Leve Avante
Sua Vida, pág. 61 - Masaharu
Taniguchi

RESUMO

Apesar de Vitória (ES) apresentar um dos maiores acúmulos de produção de riquezas no cenário nacional contemporâneo, ao mesmo tempo, é possível verificar, no interior de sua geografia citadina, a presença de um conjunto de contrastes socioeconômicos perversos, que vem persistindo ao longo dos anos. O quadro vigente de iniquidades encontrado nos lugares dessa capital sugere relação com certas políticas estatais do município, instituintes, desde a década de 1990, da oferta de ‘equipamentos permanentes’ destinados às práticas corporais (PC), em espaços públicos, e ‘considerados’ (pela gestão pública) elementos capazes de propiciar práticas saudáveis à população da cidade capixaba. A partir de tais premissas, minha pesquisa objetivou descrever e analisar a distribuição geográfica desses equipamentos (PC), junto com os equipamentos de segurança pública, em dois lugares de Vitória, selecionados por suas notórias disparidades socio sanitárias. Tentei verificar se o contexto comparativo dos equipamentos permitia revelar conexões com os contextos socioeconômicos díspares desses dois lugares. A pesquisa, de cunho qualitativo, utilizou subsídios metodológicos da cartografia, a partir dos quais foram situados os achados do estudo e discutidas as respectivas inferências analíticas. A processo de concretização o trabalho se expressa, fundamentalmente, em três etapas a seguir descritas: (1) elaboração de recorte teórico sistemático, não exaustivo, a partir do vasto e denso aporte conceitual disponível sobre “iniquidades” e sobre o “processo saúde-doença-cuidado”, na perspectiva de articular os temas, e contextualizá-los como fenômenos ‘representativos da paradoxal realidade socioeconômica e política de nosso país, em permanente tensão no Estado Brasileiro ao longo de sua história; (2) levantamento, seleção, organização e análise comparativa de informações secundárias referentes à presença e à distribuição de equipamentos públicos de PC, e de equipamentos de segurança pública georreferenciados na capital capixaba, posteriormente transformadas em representações cartográficas para o estudo; (3) ida à campo, nos dois lugares selecionados (Jardim da Penha, e Gurigica/São Benedito), para realização de registros fotográficos e anotações em diários de campo, com o objetivo de mapear, cotejar e desvelar similitudes e diferenças socio sanitárias entre os dois “lugares” da pesquisa, bem como discutir esses achados, à luz das representações cartográficas dos equipamentos analisados. Os resultados do estudo permitem argumentar que, embora haja certo tipo de institucionalização pública dos equipamentos de PC, em Vitória, advogados como elementos importantes no contexto da saúde populacional pela gestão pública, por outro lado, a distribuição geográfica iníqua dos referidos

equipamentos e o significado disso em termos de possibilidades de acesso/uso popular, podem ser correlacionados à segregação socioespacial, às desigualdades injustas e à subvalorização de certos lugares no município, elemento revelador das iniquidades existentes. Também foram percebidas disparidades importantes quanto à presença e distribuição espacial dos equipamentos de segurança pública nos dois lugares da pesquisa, algo que pode interferir na possibilidade das pessoas realizarem práticas corporais.

Palavras-chave: Saúde; Iniquidades; Práticas corporais; Cartografia, políticas públicas.

ABSTRACT

Although Vitória (ES) presents one of the largest accumulations of wealth production in the contemporary national scene, at the same time, you can verify the inside of your its city geography, the presence of a set of wicked socioeconomic contrasts that has persisted over the years. The existing framework of inequities found in intra-urban territories of this capital, suggests a relationship with to the implementation and maintenance of certain State policies of the county, instituting, since the 1990s, the supply of 'permanent equipment ' for the leisure body practices (PC), in public spaces, and 'considered' (by the public management) elements able to provide healthy practices to the population of this “capixaba “ city. From these premises, my research aimed to describe and analyze the geographical distribution of these devices (PC) along with the public safety equipment in two areas of Vitoria, selected for their notorious socio-sanitary disparities. I tried to verify that the comparative context of equipment allowed reveal connections with diverse socio-economic contexts of these two territories. The research, of a qualitative approach nature, used methodological elements of cartography, from which the findings of the study were situated and discussed their analytical inferences. The process of implementation of the work is expressed mainly in three steps described below: (1) preparation of systematic theoretical framework, not exhaustive, from the vast and dense conceptual contribution available on "inequities" and the "health- disease-care process "with a view to articulate the issues, and contextualize them as representative phenomena of paradoxical socio-economic and political reality of our country, in constant tension in the Brazilian State throughout its history; (2) survey, selection, organization and comparative analysis of secondary information regarding the presence and distribution of public facilities of PC, and geo-referenced public safety equipment in the state capital, later transformed into cartographic representations for the study; (3) return to the field, in two selected territories (Jardim da Penha, and Gurigica / São Benedito), to perform photographic records and notes in field diaries, with the aim of mapping, collate and reveal similarities and sociosanitary differences between the two "places" of the survey and also discuss these findings under the of cartographic representations of the analyzed equipment. The results of the study allow us to argue that, although there is some kind of public institutionalization of PC equipment in Victoria, lawyers as important elements in the context of population health by the public administration, on the other hand, the wicked geographic distribution of such equipment and what that means in terms of possibilities of access / popular use, can be correlated to socio-

spatial segregation, the unfair inequalities and the undervaluation of certain places in the city, revealing element of existing inequities. Also significant differences were noted for the presence and spatial distribution of public safety equipment in both places of the research, which can interfere with the ability of people to do body practices.

Keywords: Health; Iniquities; Body practices; Social mapping, public policy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APPI	Academia Popular da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAJUN	Projeto “Caminhando Juntos”
CEP	Código de Endereçamento Postal
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FJP	Fundação João Pinheiro
IBEU	Índice de Bem-estar Urbano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHm	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQU	Índice de Qualidade Urbana
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAHO	Pan American Health Organization
PC	Prática Corporal
PIB <i>per capita</i>	Produto Interno Bruto – (por pessoa)
PIB	Produto Interno Bruto

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF Programa de Saúde da Família

RM Região Metropolitana

RMGV Região Metropolitana da Grande Vitória

RMs Regiões Metropolitanas

SECRI Serviço de Engajamento Comunitário

SEMOB Secretaria Municipal de Obras

SESI Serviço Social da Indústria

SOE Serviço de Orientação ao Exercício

SP Segurança Pública

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UFES Universidade Federal do Espírito Santo

UNESP Universidade Estadual Paulista

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO World Health Organization (OMS)

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1: Av. Luiz Manoel Vellozo. Arborização e canteiros de flores	73
Foto 2: Av. Anísio Fernandes Coelho. Arborização e canteiros centrais	74
Foto 3: Arborização e paisagismo da Praça Wolgano Neto	74
Foto 4: Área de lazer com campo de bocha na Praça Anibal Antero Martins.....	76
Foto 5: Área de lazer na Praça Anibal Antero Martins. Homens jogando carteados	76
Foto 6: Base e viaturas da Polícia Militar na Praça Regina Frigere Furno em Jardim da Penha.....	78
Foto 7: Casas e banheiros de madeira no bairro Gurigica.....	85
Foto 8: Lixo acumulado em terreno do bairro Gurigica.....	87
Foto 9: Lixo acumulado em rua do bairro Gurigica.....	87
Foto 10: Quintal de uma casa do bairro Gurigica em condições insalubres.....	88
Foto 11: Lixo, recipientes vazios e risco para doenças	89
Foto 12: Pichação na entrada do morro do Jaburu (Gurigica), feita em 2012 num confronto entre traficantes rivais	90
Foto 13: Quintal de casa do bairro São Benedito, insalubridade e risco de doenças....	92
Foto 14: Beco Dermival Andrade de Jesus. Lixo no chão e vazamento de água	93
Foto 15: Casa desapropriada pela Prefeitura de Vitória, lixo e risco de doenças	94
Foto 16: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares	95
Foto 17: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares. Lixo acumulado, lama suja e risco de doenças	95
Foto 18: Desenho feito em 2013 por um morador do bairro São Benedito, num confronto entre policiais e bandidos. Representa o medo da comunidade diante da violência	97
Foto 19: Base e viatura da Polícia Militar no bairro São Benedito.....	98
Foto 20: Academia Popular da Pessoa Idosa na Praça Anibal Antero Martins. Local arborizado, limpo e aparelhos em ótimas condições de uso.....	109
Foto 21: Academia Popular da Pessoa Idosa. Ciclovia e calçada à frente	109

Foto 22: Estrutura externa da quadra poliesportiva na Praça Wolgano Neto.....	110
Foto 13: Estrutura interna da quadra poliesportiva na Praça Wolgano Neto	111
Foto 24: Estrutura da quadra poliesportiva na Praça Regina Frigere Furno	111
Foto 25: Ciclovía e calçada paralelos à AV. Fernando Ferrari	112
Foto 26: Calçada duplo e ciclovía na orla	113
Foto 27: Pista da AV. Dante Micheliní interdítada no domingo aumentando o espaço para as atividades físicas	114
Foto 28: Módulo do Serviço de Orientação ao Exercício com deck de madeira onde as pessoas se exercitam	114
Foto 29: Campos de areia na praia	115
Foto 30: Espaço do bairro Gurigica que é utilizado pelos moradores para prática de atividades físicas de lazer	118
Foto 31: Mini-quadra do bairro Gurigica construída pela Prefeitura de Vitória. O espaço se encontra em péssimas condições de uso	119
Foto 32: Praça Romário Gouveia de Oliveira (Gurigica). Detalhe para a mini-quadra ao fundo.....	120

LISTA DE MAPAS

- MAPA 1-** Vitória (ES)- Equipamentos para práticas corporais e de segurança pública.....130
- MAPA 2-** Vitória (ES)- Equipamentos para práticas corporais e segurança pública, com cobertura da segurança pública.....131
- MAPA 3-** Jardim da Penha- Equipamentos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública.....132
- MAPA 4-** Gurigica e São Benedito- Equipamentos para práticas corporais e segurança pública, com cobertura da segurança pública.....133

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Localização de Vitória no contexto estadual e nacional.....	65
FIGURA 2: Mapa de Jardim da Penha mostrando as quatro praças do bairro	72
FIGURA 3: Mapa dos aglomerados subnormais de Vitória. Feito com base nos dados do IBGE (2010).....	81
FIGURA 4: Mapa com a conformação espacial dos grupos sociais na cidade de Vitória. Elaborado com dados do censo demográfico 2000	100
FIGURA 5: Localização dos equipamentos de atividade física no trecho da orla que corresponde ao bairro Jardim da Penha	116
FIGURA 6: Mapa de Vitória, 10 melhores e 10 piores bairros de acordo com o Índice de Qualidade Urbana, unidades permanentes do SOE e número de homicídios por bairros.....	124

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Evolução do Índice de Gini em Vitória com base nos censos demográficos de 1991, 2000, 2010.....	68
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Objetivos	27
2	CAMINHO METODOLÓGICO	28
2.1	Tipo de estudo	28
2.2	A escolha dos lugares da pesquisa.....	29
2.3	Instrumentos e procedimentos da pesquisa	31
3	INIQUIDADES: CONCEITOS E CONTEXTOS	41
4	INIQUIDADES E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE	48
4.1	Equidade em saúde	57
5	CARACTERIZAÇÃO DOS LUGARES DA PESQUISA	64
5.1	O município de Vitória	65
5.2	Os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito	68
5.2.1	Jardim da Penha: “opulência à vista”.....	69
5.2.2	Gurigica: “precariedade como característica marcante do lugar”	83
5.2.3	São Benedito: “precariedades que se repetem”.	91
6	DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS PARA PRÁTICAS CORPORAIS EM VITÓRIA: INIQUIDADES OU NÃO?	102
6.1	As evidências empíricas obtidas em campo.....	107
6.2	As evidências cartográficas	125
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
8	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICE A	152
	APÊNDICE B	157

1. INTRODUÇÃO

A minha aproximação com o tema das iniquidades sociais e das práticas corporais aconteceu ao ser selecionada para o Programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na linha de pesquisa “Educação Física, Sociedade e Saúde”. Ao participar das discussões teóricas no Núcleo de Estudos e Pesquisa *Salus*¹ me deparei com uma abordagem temática que até então eu desconhecia no campo da saúde. Em minha formação universitária, em Fisioterapia, não havia tido contato com qualquer visão problematizadora da saúde (como produto de relações sociais). Ao longo de minha trajetória na graduação, predominavam conhecimentos sobre saúde resumidos a um extenso cabedal de técnicas, que me foram ensinadas a partir de uma perspectiva reducionista: aplicá-las terapêuticamente para bem-estar do paciente.

Fiquei surpresa ao tomar contato com discussões filosóficas, antropológicas e sociológicas, que fomentavam maneiras de interpretar a “saúde” como um fenômeno processual e indissociável do binômio “doença-cuidado”. Aprendi a reconhecer a saúde também como um fenômeno coletivo, influenciado por fatores culturais, subjetivos, socioeconômicos, educacionais, entre outros. De acordo com Barata (2009) e Possas (1989), a saúde está fortemente atrelada à organização política e econômica das sociedades contemporâneas, refletindo o grau de iniquidade existente em cada uma delas.

Desse modo, fui percebendo que o “cuidado” em saúde, elemento constituinte desse processo, não depende apenas das práticas profissionais com aplicação individualizada de técnicas ou utilização de equipamentos médicos, mas também de ações políticas cuja responsabilidade precisa envolver diferentes atores sociais e a iniciativa do Estado fomentando as ações.

A partir de tais entendimentos, comecei a incorporar a escolha de um direcionamento teórico que me permitisse extrapolar o domínio dos aspectos biofisiológicos vinculados à relação causal entre saúde e doença. Percebi a necessidade de explicar como os condicionantes sociais do processo saúde-doença, produtores de condições iníquas de vida,

¹ SALUS- Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Cultura e Sociedade.

poderiam interferir substancialmente no acesso, utilização e distribuição de serviços públicos, sobretudo os de saúde.

Nesse sentido, a primeira Conferência Internacional sobre “Cuidados Primários em Saúde” realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga capital do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) trouxe à tona discussões inovadoras sobre o processo saúde-doença das coletividades humanas, e sua relação com as “desigualdades sociais injustas” (iniquidades).

Como um importante movimento político dirigido a todos os governos e povos do mundo, reconheceu a importância do estabelecimento de metas para a diminuição das desigualdades entre os países e dentro de cada país (WHO, 1978), e ressaltou o papel do Estado na redução do panorama dessas desigualdades.

A Declaração de Alma-Ata (documento oficial dessa conferência) enfatizava que a “chocante desigualdade” existente no estado de saúde dos povos é política, social e economicamente inaceitável devendo ser objeto da preocupação comum de todos os países, na medida em que a saúde é um direito humano fundamental, ou seja, vital para o ser humano (WHO, 1978).

As desigualdades no estado de saúde dos sujeitos podem ser observadas entre diferentes países, Estados e cidades, e, segundo Akerman (2000), até mesmo em diferentes lugares dentro de um mesmo município. Elas impactam a organização espacial das cidades, e contribuem para a formação de espaços segregados, onde, por um lado, há a aglomeração de grupos vulneráveis com baixa capacidade socioeconômica, mas, por outro, há a vivência de grupos desfrutando de boa infraestrutura urbana (HARVEY, 1980).

Desse modo, têm-se de um lado as cidades divididas em zonas ricas com harmonia de formas, localizações privilegiadas, com atenção constante dos poderes governamentais e concentração de benefícios e equipamentos públicos, e, do outro lado, encontram-se subúrbios e periferias, carentes de infraestrutura, de recursos, de serviços e de equipamentos públicos, visivelmente abandonados, fragmentados e desgastados (SILVA; VERSIANI, 2011). Para além da conformação espacial das cidades, BUSS; PELLEGRINI-FILHO (2007) apontam uma relação direta entre um maior estrato social, e maiores benefícios advindos dos

investimentos governamentais em equipamentos comunitários de distintos setores: educação, transporte, saneamento, lazer, habitação, cultura, entre outros.

As disparidades sociais existentes no âmbito das cidades precisam ser trazidas à tona não apenas com o objetivo de apontar áreas onde o problema se encontra, mas como tentativa de implicar os governantes na busca de uma nova articulação entre espaços distintos (AKERMAN, 2000), uma vez que a existência da segregação é algo conhecido por muitos governos, porém não desperta efetivamente o interesse governamental na busca de soluções.

Nessa vertente, é preciso destacar a importância do acesso e uso dos serviços públicos pelos distintos sujeitos e grupos sociais e ressaltar as suas necessidades socio sanitárias. Segundo Sanchez e Ciconelli, (2012, p.261), uma dimensão do acesso é definida como “disponibilidade” e constitui-se na “representação da existência, ou não, do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário”.

As autoras explicam que tal dimensão engloba fatores como a relação geográfica entre o equipamento físico de saúde e o sujeito que dele necessita, a distância, as opções de transporte, o horário de funcionamento (especialmente para adultos que trabalham), o tipo, a abrangência, a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nessa lógica, quando certos os serviços de saúde são implementados em lugares onde os sujeitos já possuam maior acesso e possibilidade de uma vida salutar, ou seja, menor necessidade, isso configura um padrão de injustiça ou “iniquidade em saúde” (BARATA, 2009). Essa diferença na oferta de serviços públicos entre os lugares pode determinar também os estados de saúde e doença de sujeitos e grupos, bem como o envolvimento desses com práticas saudáveis (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Recentemente, é notável o quanto os poderes governamentais envidam esforços e investimentos em campanhas e programas específicos de incentivo às **práticas corporais**²,

² Neste texto utilizei a expressão “**práticas corporais**”, por acreditar que a utilização de “atividade física” geraria ambiguidades na interpretação do que pretendo dizer, tendo em vista que esses termos não são sinônimos. Segundo Carvalho (2007), como manifestações da cultura corporal de determinado grupo, as práticas corporais carregam os significados que as pessoas lhes atribuem, e contemplam as vivências lúdicas e fatores

até mesmo em lugares segregados, carentes de condições básicas de vida. Isso se tornou mais evidente, e, sobretudo “financiado”, a partir do ano de 2013, quando a atividade física foi incluída como um condicionante da saúde e inserida na Constituição Brasileira como um direito de todos. Todavia, desconsidera-se com esse incentivo o componente das iniquidades socio sanitárias³ que está presente em muitos contextos sociais.

Concomitante ao discurso vigente sobre a necessidade das práticas corporais até mesmo em lugares segregados, em muitos casos, não há a contrapartida da oferta, visto que nem todos os lugares dentro de uma cidade dispõem das mesmas possibilidades nesse sentido. O que se nota é uma incompatibilidade entre o discurso produzido e a oferta dos equipamentos públicos destinados às práticas corporais. Por mais que esse seja um direito previsto na Constituição Federal, enfrenta muitas dificuldades para ser considerado, de fato, um direito social, presente e legitimado.

Pensando nessas questões imbricadas, toda a discussão realizada aqui se baseia na seguinte questão norteadora: A distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais respeita o componente das iniquidades socio sanitárias presentes em Vitória?

Por entender que o processo saúde-doença-cuidado é amplo como abordado inicialmente, foi pertinente tentar compreender essa distribuição a partir do contexto social dos lugares onde os equipamentos para práticas corporais estão inseridos. Dito isto, não bastou, nessa pesquisa, olhar apenas para esses equipamentos em si, mas ver o todo, ou seja, como estão os outros equipamentos urbanos relacionados à saúde, educação, esporte, infraestrutura, cultura, habitação, lazer, saneamento, sobretudo nos lugares selecionados para análise. Essa visão global evitou pensar que apenas a instalação de espaços como academias, quadras ou pistas de caminhada reduzirá as iniquidades em lugares segregados, algo que dificilmente será alcançado com políticas desarticuladas. Carvalho (2001) salienta que mais do que apenas incentivar práticas saudáveis é necessário que haja um entendimento dos

sociais, culturais e subjetivos dos sujeitos. Por isso, ao usar o termo falo das atividades físicas que dão prazer, que as pessoas se preparam e escolhem fazer e não daquelas deletérias à saúde e praticadas no uso do corpo como força de trabalho.

³ Esse termo possui o mesmo sentido de “iniquidades sociais em saúde”, ou de modo mais simplificado “iniquidades em saúde”.

poderes públicos de que a saúde está diretamente relacionada com a capacidade de viver dignamente, e isso muitas vezes, não depende apenas da vontade dos sujeitos, mas de uma extensão de políticas públicas em diversos setores.

Vitória possui peculiaridades interessantes que justificam a relevância de um estudo como esse. Foi escolhida por ser a cidade sede da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), local onde foi desenvolvida a pesquisa, mas, além disso, considero intrigante o fato de essa cidade estar entre as capitais brasileiras com melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm)⁴ e maior valor do PIB *per capita* do Brasil, portanto, se desenvolvendo economicamente de modo que (supostamente) ofereça grandes benefícios no que tange a destinação de serviços públicos à população (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015d).

Todavia, sob essa perspectiva, é preciso considerar que a riqueza de uma cidade nem sempre vem acompanhada de um melhor nível de saúde de toda a população, isso porque uma vez superado um determinado nível de PIB *per capita*, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um lugar não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006; BARATA, 2009; WILKINSON; PICKETT, 2010).

Assim como evidenciado em diversas cidades brasileiras, em Vitória, o aumento populacional e a expansão da malha urbana não foram acompanhados pela instalação adequada e suficiente de infraestrutura e oferta de serviços em todos os lugares. Dessa forma, paralelamente à urbanização crescente, há o surgimento de vários problemas na cidade, que se refletem na vida principalmente dos habitantes de certos bairros periféricos (BONI, 2009).

Ainda que seja uma cidade “rica”, seu Índice de Gini⁵ subiu com o passar dos anos, passando de 0,5835, em 1991, para 0,6124, em 2010 (IBGE, 2010). Isso revela a alta

⁴ Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano para o Brasil 2013, esse é um índice que possui as mesmas dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Global (IDH), longevidade, educação e renda, porém, os indicadores que o formam são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Esta informação está disponível na *home page*: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/

⁵ O índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de renda entre os indivíduos. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a

concentração de renda da cidade, o que contribui para suas características de segregação socioespacial. Outro fator contribuinte para essa segregação, e que possui forte influência na distribuição de serviços públicos, foi citado por Zanotelli e Ferreira (2014): a valorização imobiliária no município, que também cresceu muito nos últimos anos, sobretudo com o incentivo governamental valorizando certas áreas abastadas da cidade.

Os lugares da investigação empírica foram os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito; a diminuta distância entre eles (menos de 3km), somada as suas características socioespaciais, econômicas e demográficas contrastantes constituiu mais um fator de relevância para a análise. Nota-se a presença de dois complexos muito próximos e bem definidos dentro do mesmo município: um complexo de precariedade nos modos de vida, que condiciona as condutas dos sujeitos que dele fazem parte; e outro complexo de opulência, que também condiciona tais condutas, porém, de modo mais salutar.

O que gera inquietação nesse cenário contraditório, e que também incitou a curiosidade e a pretensão em fazer tal estudo, é a construção da imagem de Vitória como uma “cidade modelo”, exemplo nacional de saúde e “qualidade de vida”, e, nesse âmbito, as práticas corporais representam um importante elemento utilizado pela prefeitura para tentar consolidar tal imagem. Isto posto, esse estudo pretendeu seguir na contramão dos discursos prontos sobre a cidade, mas de forma fundamentada, pautada na Constituição Brasileira e no estudo do campo, que mostrou como são concretamente os lugares da pesquisa.

Metodologicamente, associou um referencial teórico e conceitual sobre as iniquidades socio sanitárias a um esforço empírico no sentido de construir uma representação cartográfica das iniquidades socio sanitárias em Vitória.

O texto da dissertação está estruturado em quatro partes, a saber: na primeira, intitulada “**iniquidades conceitos e contextos**” objetivei apresentar aspectos conceituais relacionados às iniquidades (também nomeadas de “desigualdades sociais injustas”), tratando

desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).

do panorama histórico e socioeconômico em que se reproduzem. Tal discussão serviu como “ pano de fundo” para analisar posteriormente como as iniquidades afetam a saúde dos sujeitos.

Na segunda parte, intitulada **“Iniquidades e suas relações com a saúde”**, pretendi enfatizar a saúde mais como um constructo social e coletivo, apesar de reconhecer a indiscutível importância das questões biológicas e individuais a ela relacionadas. A partir de algumas teorias explicativas, desenvolvi argumentos sobre essa importante relação, caracterizando sinteticamente o campo da saúde, e tratando da dimensão do processo saúde-doença-cuidado, o qual engloba de forma plural, aspectos biológicos, sociais, culturais, simbólicos, subjetivos implícitos na vida dos sujeitos e dos coletivos populacionais. Nessa parte, procurei também enfatizar que a iniquidade pode ser reduzida (porém não extinguida) desde que a gestão pública aja com base no princípio da “Equidade”, que em tese, deveria nortear as políticas de saúde no Brasil.

Na terceira parte, intitulada **“Caracterização dos lugares da pesquisa”**, começo explanando sobre o “lugar social” a que se refere o título dessa dissertação, e justifico o porquê da utilização desse conceito. Destaco Vitória como uma cidade que possui ótimos indicadores socioeconômicos, suscitando conjecturas de uma “cidade modelo” em termos de saúde e boas condições de vida, mas que, por outro lado, possui lugares diferenciados e contraditórios no seu espaço citadino. Sendo assim, apresento também o panorama socioeconômico e socioespacial dos lugares selecionados para o estudo empírico, em que prevalece a opulência de um e a precariedade do outro.

Na quarta parte, a derradeira, intitulada **“distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais em Vitória: iniquidades ou não?”** apresento os resultados e a discussão da pesquisa. Abordo o tema das práticas corporais como algo institucionalizado e de importância na promoção da saúde, e analiso onde essas têm sido implementadas com afinco, pela gestão pública, na cidade de Vitória. Trago aqui as evidências empíricas coletadas nos lugares pesquisados (Jardim da Penha, Gurigica/São Benedito), no que tange à distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais e os equipamentos de segurança pública. Ao final, destaco as evidências cartográficas, em que mapeei aquilo que foi constatado no campo em termos de distribuição desses equipamentos pelo território.

1.1. Objetivos

Orientada pelas questões anunciadas acima, e a partir do referencial teórico descrito, o objetivo geral dessa pesquisa consiste em descrever e analisar a distribuição geográfica dos equipamentos públicos para práticas corporais junto com os equipamentos de segurança pública em dois lugares de Vitória, verificando se tal distribuição permite revelar conexões com os contextos socioeconômicos díspares desses lugares.

De forma mais específica, o objetivo foi problematizar e contextualizar os achados empíricos, à luz das premissas que fundamentam e justificam que as políticas de saúde deveriam ser produtoras de equidade.

2. CAMINHO METODOLÓGICO

Esta parte registra o caminho metodológico utilizado nessa dissertação, iniciando pelo “tipo de estudo”, que esclarece o porquê da abordagem utilizada. Logo após, apresento os “lugares da pesquisa”, parte onde teço considerações acerca de como foram escolhidos os bairros para serem pesquisados e de algumas características socioeconômicas que influenciaram nessa escolha. Logo após, destaco os “instrumentos e procedimentos” utilizados e teço considerações sobre as três etapas que constituem a pesquisa, sendo a primeira a exploração da temática das iniquidades em saúde a partir de uma revisão teórica e a definição das duas variáveis centrais para análise empírica: **equipamentos para práticas corporais** e **equipamentos de segurança pública (SP)**. A segunda etapa consistiu no levantamento e análise de dados sobre a existência e distribuição dos equipamentos para práticas corporais e os de SP em Vitória, além da seleção dos equipamentos possibilitando a construção de mapas para representar essa distribuição. A terceira etapa consistiu no estudo do campo, em que procurei entender os lugares da pesquisa e as diferenças existentes entre eles, quanto à distribuição de diversos equipamentos públicos, entre os quais, os de segurança pública e para práticas corporais.

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, que busca conhecer e trabalhar aspectos particulares do universo dos significados, valores e atitudes que compreendem o espaço das relações e fenômenos dos sujeitos (MINAYO, 2004). Essa abordagem permite a valorização dos modos de vida dos sujeitos, dos significados dos fatos envolvidos na vida dos atores sociais e explora a enorme dimensão das condições de vida desses e as características sociodemográficas e socioespaciais que influenciam a saúde.

Como busquei pensar o processo de adoecimento dos sujeitos a partir de uma abordagem qualitativa, que envolvesse as iniquidades sociosanitárias, utilizei algumas ferramentas que auxiliaram nessa leitura qualitativa, são elas: a fotografia e os diários de campo. Tais ferramentas podem ajudar a ver não apenas os “buracos” intraurbanos, mas a compreender como a gestão pública pode agir no sentido de reduzir ou aumentar as

iniquidades no espaço urbano. A cartografia foi a metodologia escolhida para representar graficamente essas diferenças.

2.2. A escolha dos lugares da pesquisa

Compõem o universo desse estudo três bairros de Vitória-ES: Jardim da Penha, São Benedito e Gurigica. Esses foram previamente selecionados através da análise do Índice de Qualidade Urbana (IQU)⁶ do município, que também serviu de parâmetro para outros estudos recentes. Num estudo prévio realizado por Vieira et al., (2011), buscando descrever a prevalência de infecção por HIV em gestantes e a taxa de transmissão segundo o perfil socioeconômico dos bairros de residência das mães, na cidade de Vitória, utilizaram o IQU como fonte de informações socioeconômicas dos bairros, e verificaram uma alta prevalência de HIV em gestantes residentes nos bairros com menores valores de IQU. Sampaio (2012), também utilizou o IQU para estudar a distribuição espacial dos casos novos de hanseníase, por bairros do município de Vitória e a correlação com os indicadores socioeconômicos no período de 2005 a 2009. Concluíram que, os bairros com baixo IQU possuíam maior índice de detecção de hanseníase do que os bairros com padrão elevado do IQU. Bagrichevsky et al., (2013), também já haviam utilizado esse Índice de forma comparativa, para mostrar a existência de um *status* de iniquidade na cidade. Nesse sentido, compararam a distribuição de um importante serviço de saúde no município, o Serviço de Orientação ao Exercício com os valores de IQU apresentados pelos bairros no ranqueamento e concluíram que: os dez melhores bairros concentravam o maior percentual de módulos desse serviço.

Esse índice, com características semelhantes ao IDH (escala métrica de 0 a 1), é composto pelas variáveis: renda, ambiente, habitação e escolaridade. Foi desenvolvido pelo Instituto Pólis⁷, em parceria com a prefeitura de Vitória, e as únicas versões disponíveis datam de 1990 e 2000. Embora não haja nova versão do IQU, este possibilita um conhecimento das diferenças existentes entre os lugares a serem analisados. Isso se explica pelo fato de que

⁶ É cabível salientar que este instrumento foi utilizado apenas para auxiliar nesta seleção, e por ainda representar um importante marcador das iniquidades presentes em Vitória mostrando algumas diferenças entre os lugares.

⁷ Esta é uma ONG (Organização Não Governamental) de atuação nacional e internacional, fundada em 1987. Seu objetivo é auxiliar na construção de cidades justas, sustentáveis e democráticas, por meio de pesquisas que resultem em mais políticas públicas e no avanço do desenvolvimento local.

mesmo diante das mudanças feitas buscando melhorias na infraestrutura urbana da cidade, estas não foram suficientes para equiparar os bairros Gurigica e São Benedito a Jardim da Penha, sobretudo no que tange à distribuição de diversos serviços públicos, tampouco para reduzir as desigualdades existentes entre eles, portanto, houve possibilidade de utilizar esse Índice a título de escolha desses lugares.

O IQU ranqueou os 79 bairros existentes até então em Vitória (hoje são 80 bairros). Nesse *ranking*, aquele que obteve o menor índice entre os bairros analisados foi São Benedito (IQU=0,20) sendo, portanto, o menos desenvolvido de toda a cidade. Outro que obteve um valor ínfimo foi Gurigica (IQU=0,36); ambos os bairros estão localizados muito próximos um do outro, e visualmente, parecem um bairro único por compartilharem algumas características. Jardim da Penha obteve a sexta colocação nesse *ranking*, com (IQU=0,79) considerado muito alto.

É importante frisar, que o IQU forneceu um aporte para que essa pesquisa partisse de uma priori sobre a existência de muitas iniquidades em Vitória. Nesse sentido, ao realizar a ida a campo, já sabíamos que os lugares pesquisados eram distintos em termos de renda, ambiente, habitação e escolaridade, portanto, uma distinção em termos de qualidade urbana, mas o que não sabíamos, e buscamos descrever e analisar, foi a distribuição geográfica dos equipamentos públicos para práticas corporais junto com os equipamentos de segurança pública nesses lugares, verificando se tal distribuição possui conexões com os contextos socioeconômicos díspares desses lugares.

É importante dizer que o fato de o IQU ter auxiliado na escolha dos lugares, através do valor apresentado pelo ranqueamento, não foi determinante para a escolha desses, sendo pertinentes outros motivos. Nesse sentido, Gurigica e São Benedito, foram escolhidos, pois além de apresentarem esse ínfimo valor de IQU, estão adstritos à Unidade Básica de Saúde de Consolação, que forneceu auxílio na ida a campo, sendo mais fácil o acesso ao lugar a partir dessa UBS. O bairro Jardim da Penha foi eleito, pois além de possuir um ótimo valor de IQU, é um bairro localizado muito próximo aos anteriores, sendo a distância de São Benedito: 2,476 km e de Gurigica: 2,760 km.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009), particularidades regionais relativas ao solo, à atividade econômica dominante, às relações comerciais, à afetividade e às nuances ecológicas configuram distâncias simbólicas que diferem das distâncias objetivas, metricamente aferidas. Desse modo, lugares distantes podem ser vistos como próximos e, do mesmo modo, espaços vizinhos podem ser percebidos como longínquos.

O fato de estarem tão próximos espacialmente, e ao mesmo tempo tão distantes, em relação às condições de vida, reforçou o interesse pelos lugares selecionados. A curta distância entre eles revela muitas contradições, as desigualdades são enormes, e a atuação do poder público se mostra diferente no que tange à oferta de serviços públicos, o que faz pensar que há um aumento, partindo da própria gestão pública, da iniquidade já existente. Exemplos dessas contradições serão mostrados no decorrer dos capítulos.

2.3. Instrumentos e procedimentos da pesquisa

Os procedimentos metodológicos para coleta de dados e construção dos conhecimentos ocorreram em três etapas. Inicialmente, para um melhor conhecimento do fenômeno investigado, foi necessário explorar a temática das iniquidades a partir de uma revisão teórica buscando compreender o alcance dessas sobre o “processo saúde-doença-cuidado”, e como a gestão pública lida com essa problemática imbricada historicamente no país.

Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico entre março de 2013 e agosto de 2015, sem a pretensão de esgotar o estado da arte, em que as fontes utilizadas foram: banco de dados eletrônicos, artigos científicos, livros, teses e dissertações, documentos e sites oficiais dos governos municipal e federal, que possibilitaram apresentar o contexto da pesquisa. Nesta etapa, foram definidas duas variáveis centrais para análise empírica e para a posterior cartografia: **equipamentos públicos para práticas corporais** e **equipamentos de segurança pública**. Embora o contexto socioeconômico dos lugares tenha tido especial importância, a escolha de tais variáveis foi uma forma didática de direcionar a análise para as diferenças existentes no espaço urbano de Vitória.

Quanto às teses, dissertações, e artigos científicos, as principais bases de dados que forneceram esses trabalhos foram o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (Capes) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionadas 10 dissertações e 1 tese, publicadas entre 2008 e 2014. Sobre os artigos científicos, foram selecionados 57 artigos, publicados entre 1992 e 2015.

Os descritores utilizados na busca foram: “saúde”, “iniquidades sociais”, “iniquidades em saúde”, “iniquidades socio sanitárias”, “desigualdades injustas”, “práticas corporais”, “atividades físicas”, “equipamentos públicos”, “segurança pública”, “cartografia”, “iniquidades intraurbanas”, “espaço intraurbano”, “políticas públicas”, “lugar social”, “território”, “Vitória/ES”, “políticas de saúde”, “geografia”. Esses termos foram utilizados tanto na busca das teses e dissertações, quanto na busca dos artigos científicos ou livros disponíveis em formato eletrônico.

Do resultado obtido nessa busca, foram selecionadas publicações de caráter conceitual sobre iniquidade, desigualdade, saúde e lugar social; e empírico, relacionados a serviços e políticas públicas de saúde, distribuição de equipamentos públicos, inclusive para práticas corporais, iniquidades intraurbanas e saúde, cartografia; e excluídos aqueles que se ocupavam exclusivamente das práticas corporais e da atividade física de modo hegemônico, comportamentalista ou com visão puramente biológica sobre a saúde. Como exemplo, aqueles que discutiam temas relacionados à “importância da atividade física para a saúde”, “efetividade de programas de atividade física”, “efeitos fisiológicos das atividades físicas”. Quanto às teses e dissertações, foram considerados apenas trabalhos de pós-graduação em senso estrito, ou seja, de doutorado ou mestrado (acadêmico e profissional), e excluídos trabalhos de conclusão de cursos e de especialização.

A maior parte dos trabalhos se concentra em duas áreas, a de Saúde Coletiva (incluindo aqui os de Saúde Pública) e a de Geografia. É importante dizer que o fato dessa pesquisa ter sido desenvolvida num mestrado em Educação Física não direcionou a busca aos periódicos dessa área, pois, a temática discutida aqui, permitiu uma ampliação do olhar para outros trabalhos que fundamentam essa discussão e que possuem relevância para o campo da saúde.

Quanto aos livros, as publicações datam de 1989 a 2013. Foram utilizados 29 livros no total, alguns antigos, porque são obras de referência na discussão do tema da saúde na perspectiva a que se propôs esse texto, e, por isso, não poderiam ser dispensados.

Os documentos e sites oficiais também auxiliaram na análise e discussão. Foram utilizados 16 no total, todos disponíveis em formato eletrônico. Desses, 6 estão contidos na

esfera municipal, e forneceram dados e indicadores importantes sobre políticas públicas e sobre o panorama socioeconômico da cidade de Vitória; e 10 estão contidos na esfera federal que também forneceram informações sobre políticas de saúde desenvolvidas no âmbito nacional.

A segunda etapa consistiu no levantamento, seleção e análise de dados sobre a existência e distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais e de equipamentos de segurança pública na cidade de Vitória. Utilizei, para tanto, dados secundários disponíveis no site da prefeitura municipal de Vitória. A prefeitura dispõe de um sistema de geoprocessamento desenvolvido pela equipe de analistas da Gerência de Geoprocessamento da Subsecretaria de Tecnologia da Informação. Posteriormente, esses dados foram transformados em representações cartográficas para o estudo.

Com a possibilidade de utilização desse sistema de dados, para expor as características da cidade, a prefeitura lançou o serviço GEOWEB Vitória, uma ferramenta institucional responsável pela geração de mapas e que reflete o banco de dados georreferenciados. Através da *home page* “geoweb.vitoria.es.gov.br”, é possível fazer downloads de diversos metadados georreferenciados de equipamentos urbanos presentes na cidade e visualizá-los espacialmente através do Google Earth (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015c). Esses equipamentos estão divididos por áreas como educação, assistência social, segurança urbana, turismo, trabalho e renda, cultura e entretenimento, cidadania e direitos humanos, meio ambiente, serviços urbanos, transportes, obras, saúde, esporte e lazer.

As técnicas de geoprocessamento permitem o mapeamento de condições de vida e a identificação das necessidades de grupos da população, o que abre campo para outros estudos (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008). Segundo a prefeitura de Vitória, o objetivo desse serviço é democratizar as informações georreferenciadas para o público que deseja encontrar a localização de diversas infraestruturas da cidade possibilitando também a tomada de decisões pela gestão pública (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015c). Através desse recurso disponível, foi possível indicar a localização geográfica de grande parte dos equipamentos urbanos da cidade, entre os quais se encontram aqueles incluídos nas categorias escolhidas para essa pesquisa.

Como o foco principal dessa pesquisa são os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública, foi preciso realizar uma triagem. Dentre equipamentos públicos e privados, incluindo todas as categorias acima citadas, há um total de 2.168 listados no site do sistema GeoWeb. Desses, 875 são públicos (municipais, estaduais e federais), 978 privados e 315 se enquadram na categoria “outro” composta pelas associações, ONGs e igrejas.

Foi selecionado para análise, um total de 47 equipamentos públicos para práticas corporais, distribuídos por toda a cidade, e que respeitavam as seguintes premissas estabelecidas: equipamentos direcionados para adultos, projetados especialmente para a prática corporal, implantados nos locais pelo poder público municipal (Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria de Esportes). São eles: 21 Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI), 3 Praças Saudáveis⁸, 16 Módulos do Serviço de Orientação ao Exercício, 7 Parques implantados (onde há pistas ou calçadas projetados para caminhada). A opção por serem públicos tem relação com um objetivo dessa pesquisa que também pretende contextualizar os achados empíricos, à luz das premissas que fundamentam e justificam as políticas de saúde (públicas) como produtoras de equidade. Foi excluído da análise um total de 174 equipamentos, por não atenderem às premissas justificadas acima.

Dentre os equipamentos de segurança pública, foi incluído para análise um total de 34, sendo eles representados pelas bases fixas da Polícia Militar, da Polícia Civil e da Guarda Municipal. Foi excluído um total de 42 equipamentos por estarem relacionados a outras corporações como corpo de bombeiros, setores administrativos, academias de polícia, corregedoria e superintendências. Entende-se, nessa pesquisa, que tais equipamentos não estão em contato direto com os cidadãos e não oferecem a proteção diária e ostensiva nas ruas da cidade, por isso, não representam a “segurança” cuja pesquisa se refere.

⁸ A “Praça Saudável” é uma iniciativa do Governo do Estado do ES, por meio da Secretaria de Estado de Esportes e Lazer (Sesport), em parceria com a Prefeitura de Vitória. São praças construídas nos tamanhos de 1.500, 2.000 e 2.500 m², de acordo com a área disponível. Possuem 17 equipamentos com sobrecarga (peso) que visam atender pessoas de todas as idades. Informação disponível na *home page*: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-12149>.

A partir daí, foram construídas duas planilhas com vista a organizar as análises, uma contendo os equipamentos para práticas corporais, e outra contendo os equipamentos de SP. Essas se encontram em forma de quadros, respectivamente, nos apêndices A e B e trazem informações como nome do equipamento, endereço, natureza (municipal, estadual, federal), tipo, área de atuação e bairro onde se encontra cada equipamento. Esses dados coletados e organizados em formato de planilhas foram utilizados para a posterior construção dos mapas.

Enquanto isso, o estudo foi direcionado para a terceira etapa, qual seja: o estudo do campo realizado nos bairros selecionados: Gurigica, São Benedito e Jardim da Penha, a fim de mapear, cotejar e desvelar similitudes e diferenças socio sanitárias entre os “lugares” da pesquisa. Como instrumentos para essa etapa, foram utilizados as fotografias e os diários de campo. Tais instrumentos foram escolhidos por estarem diretamente relacionados e adequados a esse tipo de pesquisa e com objetivo de chamar a atenção visual do leitor para as iniquidades existentes em diferentes lugares dentro de Vitória.

Através das fotografias, pude mostrar e comparar as limitações para a realização das práticas corporais em um lugar, e a facilidade disponível em outro lugar, fato que mostra como é a atuação da gestão pública nesses lugares. Através do diário de campo, pude reproduzir cuidadosamente os momentos vivenciados na captação da realidade, registrando as características dos lugares como: infraestrutura, condições socioeconômicas dos sujeitos, condições de vida e atuação da gestão municipal através da distribuição de serviços e equipamentos urbanos. Além disso, pude registrar os meus sentimentos quanto às experiências vivenciadas nesses lugares e as interpretações acerca das mesmas. Segundo Minayo (2004) os registros são importantes, pois compõem o quadro das representações sociais, ou seja, a categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a e justificando-a.

O fato de eu ir aos lugares e registrá-los fotograficamente em seus aspectos estruturais, bem como os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública, construindo diários de campo sobre o que foi visto, percebido e analisado, configura um cuidado ao tratar das diferenças entre eles, isso porque, não basta ver se os equipamentos existem ou não, ou qual lugar possui maior quantidade deles, é preciso ver também se estão

em boas condições de uso, e como é o entorno onde estão inseridos; elementos que quando se olha apenas um mapa não se consegue visualizar.

Sendo assim, o trabalho de campo foi direcionado para entender os lugares da pesquisa e as diferenças existentes entre eles, no que concerne à distribuição de diversos equipamentos públicos. Por isso, o contexto social que envolve os equipamentos em diferentes lugares ganhou uma importância grande, e também foi ressaltado como forma de mostrar outros elementos envolvidos na saúde dos sujeitos. Todavia, diante da impossibilidade de mostrar cartograficamente, nesse momento, o amplo contexto estrutural desses lugares, e da necessidade de focalizar a análise, buscou-se representar nos mapas, apenas a distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais e dos equipamentos de segurança pública.

A inserção no campo se deu de duas formas: no bairro Jardim da Penha tive autonomia de circular sozinho pelo lugar e não necessitei de auxílio para me inserir no campo, já nos bairros Gurigica e São Benedito tive a mediação das agentes comunitárias de saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Consolação que me aproximaram do lugar. Minha aproximação com a UBS e as agentes se deu de maneira informal, com o auxílio da educadora física desta UBS, que conversou com as agentes e possibilitou que eu as acompanhasse em suas visitas às microáreas.

É importante salientar, no que diz respeito à obtenção do material empírico obtido pelo trabalho de campo da pesquisa, que não foi realizado qualquer tipo de entrevista com pessoas. Lancei mão apenas de observação, anotação e registro fotográfico de lugares públicos e as respectivas informações produzidas a partir deles. Não obstante, aproveitei informações esporádicas fornecidas prévia e espontaneamente pelas ACS da Unidade Básica de Saúde de Consolação, sobre os bairros Gurigica e São Benedito, para enriquecer os diários de campo. Essas informações foram importantes, pois as ACS, além de trabalharem, residem nesse lugar e conhecem as suas características.

Para o estudo do campo utilizei como recursos, em ambos os lugares, uma máquina fotográfica Casio de 14.1 *Megapixels*, prancheta, caneta e papel; nos bairros São Benedito e Gurigica foi preciso o uso de jaleco para acompanhar as ACS. Isso para que os habitantes daquele lugar me reconhecessem como pessoa ligada ao profissional da saúde, tornando mais

fácil minha acessibilidade ao lugar. Essa acessibilidade é difícil, pois o lugar é dominado pelo narcotráfico e possui um “poder paralelo”, que comanda inclusive, as ações dos próprios moradores, algo que será exposto adiante nesse texto. Em Jardim da Penha, não tive necessidade do uso de jaleco, pois transitei livremente nas ruas do bairro como uma caminhante comum.

Foram realizadas duas visitas a Jardim da Penha, duas visitas a São Benedito e duas visitas a Gurigica. O fato de esses bairros possuírem uma pequena área territorial⁹ possibilitou a coleta dos dados nesse curto tempo. As poucas visitas aos lugares se devem também ao objetivo estabelecido nessa pesquisa, em que a preocupação foi não transcender a análise da distribuição geográfica dos equipamentos públicos para respeitar os aspectos éticos da pesquisa.

Após a incursão no campo, foi realizada a triagem das fotos, a legendagem de cada uma delas e a reformulação dos diários de campo, momento em que surgiram novas lembranças de fatos antes despercebidos. As imagens selecionadas, que ilustram parte do trabalho de campo, são também a tentativa de situar o leitor, que pode se perder diante da descrição dos lugares realizada nos próximos capítulos.

Com os equipamentos selecionados e a pesquisa de campo realizada, lancei mão de outra metodologia adequada aos objetivos dessa pesquisa: **a cartografia**. Optei por utilizar a metodologia cartográfica para analisar a proximidade e a densidade desses equipamentos em distintos lugares, e, de uma forma geral, também em Vitória.

O conceito de cartografia utilizado aqui é abordado por Acselrad e Coli (2008) para quem esta é uma forma de representação do território, um recorte da realidade, em que aquilo que é real num espaço é descrito simbolicamente através dos mapas. Desse modo, os mapas são sempre uma abstração do mundo, elaborada a partir de algum ponto de vista. Para Acselrad (2008) os mapas não deveriam ser essencialmente uma linguagem de “poder”, ou

⁹ Área territorial dos bairros segundo dados da Prefeitura de Vitória: Gurigica (0,52km²), São Benedito (0,20km²), Jardim da Penha (1,47km²).

seja, restrita a alguns estratos sociais, mas também de contestação, na medida em que mostram a realidade e as desigualdades existentes, sendo, portanto objetos de ação política. Para esse autor, cartografar um território, implica em mais do que representar onde os elementos se encontram no espaço, mas, sobretudo, representá-lo de forma subjetiva respeitando outros elementos intrínsecos nas relações humanas em comunidade, como a própria visão de mundo dos sujeitos e grupos quanto ao espaço ao qual pertencem. Por isso, a incursão no campo objetivando compreender como se organiza o lugar estudado e verificando o contexto de vida dos sujeitos, permanece sob tal perspectiva crítica enunciada por esse autor.

Nesse âmbito, Martinuci (2008) explica que a complexidade presente nos territórios imprime novas configurações e dinâmicas espaciais, para as quais é preciso encontrar formas apropriadas de representação que expressem de maneira adequada essa realidade, e, para isso, a cartografia é um importante instrumento, não como tentativa de “medir” o mundo, mas compreendê-lo. Nesse sentido, Vieira (2009) acrescenta que o mapa é uma representação da realidade empírica que possibilita-nos observá-la de forma mais ampla do que a observamos no dia a dia, além disso, permite-nos construir um conhecimento do espaço urbano das cidades que pode ser expresso a partir dos indicadores sociais representados nos cartogramas.

O mapa é um instrumento político eficaz para a compreensão dos fenômenos, mas também para expressar conflitos subjacentes, gerando inquietações a respeito da atuação da gestão pública, algo sempre bem vindo para as mudanças sociais (JOLIVEAU, 2008; ACSELRAD; COLI, 2008). A representação dos elementos geográficos, através dos mapas, coloca o processo de tomada de decisão não apenas no campo do conhecimento científico, mas envolve o domínio da linguagem apropriada aos problemas ambientais que são tratados de diferentes maneiras (GUIMARÃES; RIBEIRO, 2010).

A identificação de conglomerados de áreas homogêneas, ou mesmo de áreas isoladas quanto à determinada característica pode auxiliar no estabelecimento de prioridades em áreas carentes, onde as iniquidades são maiores e necessitam de ações dos serviços de saúde e também ações articuladas de diferentes setores e instituições públicas (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

Por não dominar as técnicas da cartografia, mas apenas conhecer essa metodologia, foi estabelecido uma parceria com o geógrafo Raul Borges Guimarães, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), que utilizou os dados georreferenciados e previamente selecionados disponíveis nas planilhas para a construção de mapas temáticos. Esses mapas foram criados a partir de um sistema de informação geográfica (SIG), que segundo Acsehrad e Coli (2008), é um sistema computadorizado projetado para coletar, armazenar, gerenciar e analisar as informações com referências sobre espaços geográficos e dados associados de atributo. Esses autores salientam a utilização, cada vez mais frequente, dessa tecnologia para explorar as questões de interesse das comunidades. Nesse processo, os dados locais com referências sobre espaços, bem como os dados não relacionados a espaços, são integrados e analisados para dar apoio aos processos de discussão e tomada de decisões.

Sheppard (2008, p.124) ressalta que “o SIG pode expor alguns aspectos da iniquidade ambiental e possivelmente, contribuir para a eficácia do movimento por justiça ambiental”, na medida em que possibilita aos atores sociais, até as comunidades desfavorecidas a identificarem as mazelas e se mobilizarem em prol da justiça ambiental.

Elegi para a montagem dos mapas, e repassei para que fossem cartografados, os seguintes equipamentos: Academias Populares da Pessoa Idosa, módulos do SOE, parques onde há pistas ou calçadões para caminhada, praças saudáveis, além dos equipamentos de SP. Com a utilização de SIG, foram criadas áreas de abrangência em torno dos pontos de localização dos equipamentos de segurança pública, tomando uma distância radial de 500mts, suficiente para se ter acesso sem necessidade de meios de transporte.

Todavia, é preciso apontar que não descartei da discussão teórica os demais equipamentos para práticas corporais identificados e fotografados no campo como, quadras, ciclovias e campos de futebol por comporem o cenário do estudo e fazerem parte do contexto social dos lugares.

Os mapas formulados nessa pesquisa compreenderam tanto a cidade de Vitória, quanto os dois lugares contrastantes previamente selecionados. Realizei a análise deles comparando com as informações que eu já havia coletado no campo, sendo assim, procurei mostrar a distribuição dos equipamentos para práticas corporais e de SP, bem como a cobertura dos

equipamentos de SP, tanto no espaço total da cidade, quanto especificamente nos lugares da pesquisa. Analisar inteiramente a cidade foi importante visto que há equipamentos que não estão nos limites territoriais de um bairro, mas no bairro vizinho, podendo também ser utilizados pelos moradores dos bairros selecionados. Isso evidencia que a possibilidade de acesso vai além desses bairros, mas envolve o entorno deles.

Foram produzidos um total de 4 mapas que encontram-se dispostos no capítulo 7 dessa dissertação, onde é realizada a análise e a discussão sobre eles. São eles:

- Mapa 1- **Vitória (ES)** - Equipamentos públicos para práticas corporais;
- Mapa 2 - **Vitória (ES)** - Equipamentos públicos para práticas corporais e equipamentos de segurança pública com cobertura da segurança pública;
- Mapa 3- **Jardim da Penha** - Equipamentos públicos para práticas corporais e equipamentos de segurança pública com cobertura da segurança pública;
- Mapa 4- **Gurigica e São Benedito** - Equipamentos públicos para práticas corporais e equipamentos de segurança pública com cobertura da segurança pública.

3. INIQUIDADES: CONCEITOS E CONTEXTOS

Discutir a saúde tendo como base as iniquidades sociais representa uma maneira de dizer que o contexto social e o modo como as pessoas vivem e se relacionam têm efeitos importantes sobre sua condição de saúde. Todavia, desenvolvê-la em profundidade exige, entre outras coisas, um cuidado semântico inicial que vise evidenciar as desigualdades consideradas injustas (ou iniquidades), na medida em que nem todas elas podem ser assim caracterizadas. Por isso, ressalto que o objetivo desse capítulo não é analisar, revisar e definir termos, do ponto de vista etimológico. E sim, ainda que de forma introdutória, explorar e problematizar o entendimento dos conceitos de iniquidade e desigualdade, bem como das suas dessemelhanças.

Para iniciar essa discussão, é pertinente fazer referência à Constituição Federal Brasileira que expõe um exemplo da generalização da “igualdade” ao proclamar no artigo 5º que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988). Ao postular isso, se desconsidera a oposição existente entre estratos sociais, que é histórica. Por isso, é importante dizer que as pessoas só são livres e iguais em tese, porque na verdade já nascem diferentes, a depender do estrato social ao qual pertencem, e das suas condições de vida.

Para Silva e Barros (2002), a qualidade de ser igual ou desigual não remete necessariamente a um juízo de valor sobre justiça ou injustiça. É nesse âmbito que surgem os conflitos conceituais que dificultam um esclarecimento sobre o tema, bem como a formulação de políticas condizentes com os objetivos que se deseja atingir.

Quanto ao conceito de “desigualdade”, também é necessário uma análise cuidadosa, pois as pessoas podem ser consideradas completamente desiguais, se comparadas por condição tão restritiva que resulte em uma quase individualização (SILVA; BARROS, 2002). Um exemplo disso, são as características fenotípicas que cada um possui, responsáveis por particularidades que podem ser visíveis fisicamente ou detectáveis nos diferentes sujeitos, porém, isso não significa injustiça.

Breilh (2010) aponta uma sobrevalorização do conceito de “desigualdade” e até uma “adoração” dos pesquisadores em relação a ele, de modo que é trazido à baila a todo o

momento. Contudo, o autor descarta uma criticidade, tampouco uma análise profunda dos problemas sociais existentes no mundo, haja visto que ele pode se aplicar a características individuais não remetendo necessariamente aos problemas estruturais da sociedade.

Almeida-Filho (2011) também relata uma banalização das desigualdades no mundo capitalista, sendo tratadas apenas como um agravante desse modo de produção, chegando a não despertar inquietação dos governos. Nessa vertente, podemos pensar o quanto esse discurso é supervalorizado no Brasil e nos demais países da América Latina, onde os problemas sociais existentes se transformam, quase sempre, em fatores geradores ou decorrentes das desigualdades sociais.

Para ser considerada uma desigualdade social injusta, é preciso que haja um julgamento de valor, encontrando-se melhor consubstanciada na noção de “iniquidade” (CAVALLI, 1992). É necessário que haja a sobrevalorização daquelas que contém esse predicativo, tornando-as ainda mais vergonhosas para que cheguem talvez a impactar na formulação de políticas públicas.

Almeida-Filho (1999) também propôs a utilização do conceito de “iniquidade” diferenciando-o de desigualdade social, sendo essa a ideia que fundamenta a pesquisa, considerando-se que o uso desse termo é o que melhor expressa o conjunto de desigualdades consideradas injustas socialmente.

O conceito de iniquidade foi sistematizado por Whitehead (1992, 2006) para quem esse também possui a moral e a ética como dimensões. Refere-se às diferenças (ou desigualdades sociais) que são desnecessárias e evitáveis, mas também consideradas abusivas, na medida em que são conhecidas pelos governos e, muitas vezes, até estimuladas de forma indireta com políticas iníquas.

Para que uma situação seja julgada e considerada iníqua é importante que haja uma análise criteriosa do contexto em que esteja ocorrendo tal injustiça, e da relação dessa situação com o restante da sociedade (WHITEHEAD, 1992, 2006). Isso forneceria subsídios para a compreensão das injustiças sociais apontando para os caminhos a serem traçados na redução dessas injustiças.

Segundo Whitehead (1992, 2006), a iniquidade possui como principal determinante as formas como se organiza a vida social, e as diferenças são injustas quando geradas e mantidas por uma organização social que também é injusta. Para a autora, uma organização social injusta é aquela caracterizada pelo desprezo às noções comuns de justiça, em que as relações de poder são desiguais, poucos detêm o poder econômico, educacional, cultural, em detrimento de muitos que sobrevivem em situações de miserabilidade.

Segundo Borde (2014), os debates em torno do tema das iniquidades têm se mostrado insuficientes na captação da complexidade inerente na determinação social do processo saúde-doença. As diversas contribuições ao debate se mostram precárias do ponto de vista teórico, infrutíferas no campo das políticas públicas e das transformações sociais e insuficientes na captação da complexidade inerente na determinação social do processo saúde-doença.

Percebe-se que as iniquidades também são amplamente conhecidas, e têm sido notadas e lamentadas socialmente pelos estudos, pelos governos, porém, na prática, poucas atitudes políticas de combate efetivo a elas têm sido produzidas com êxito, a ponto de reverter esse quadro estrutural. Estão sendo separadas dos processos sócio-históricos e das injustiças sociais no contexto em que surgem, fato que demanda análises mais problematizadoras.

Nessa conjuntura é necessário apresentar brevemente esse contexto, e dizer que tanto a ‘modernização’, quanto a ‘globalização’ têm grande participação na segregação socioespacial e na reprodução da iniquidade.

A “modernização”, que não está atrelada apenas ao desenvolvimento dos meios de produção (fábricas e equipamentos), abrange um conjunto de transformações que se processam na estrutura econômica, política e cultural de um lugar e nos grupos sociais que dele participam (HARVEY, 1993). Segundo Castilho (2010), esse processo envolve um conjunto de valores que se apresentam com forte caráter ideológico sobre os estratos sociais. Valores esses que não se encontram em consonância com a realidade dos estratos com menor poder aquisitivo, mas, mesmo assim, imperam inclusive nos discursos políticos do governo.

Harvey (1993, p.21) definiu modernização como “o capitalismo em ação por meio de suas classes hegemônicas, é o seu processo de expansão e territorialização pelos lugares”. Essa expansão capitalista não representa automaticamente benefícios para a saúde de grande

parcela da população mundial, que ainda sobrevive buscando estratégias para sobrepor o risco de adoecimento e morte iminente.

As diferenças produzidas socialmente, advindas dessa organização social trazem consequências nefastas para sujeitos e grupos sociais de estratos baixos, em que nem todos podem se beneficiar de uma boa saúde, ainda que isso seja biologicamente possível. De acordo com Sen (2001) as diferenças sociais influenciam nas capacidades que os sujeitos possuem para levar um tipo de vida ou outro, e escolherem dentre vidas possíveis sem serem privados de suas vontades, e das possibilidades de satisfação de suas necessidades no contexto social em que vivem. Assim, existem os sujeitos com possibilidades de escolherem onde morar, o que comer, o que vestir, o que praticar, em detrimento de outros, que não dispõem desse “privilégio”. Nesse contexto, o desenvolvimento de políticas de governo que privilegiam uma parcela da população gera desigualdades que são iníquas, logo moralmente inaceitáveis (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Segundo Sen (2010), um dos fatores mais desafiadores para que os governos dos países adotem medidas efetivas para promoção e manutenção da saúde e para o acesso e uso de bens essenciais para a vida é a falta de recursos, e, para ele, as consequências dessa falta, quando não são adoecimento e morte, se traduzem em segregação socioespacial.

Sob outro ponto de vista, Buss e Pellegrini-Filho (2006, p.2006) não atribuem o desafio de promover e manter a saúde à falta de recursos, pois muitas vezes, esses são abundantes em muitos lugares, porém, mal utilizados. Para eles, “o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui”.

A superação de um determinado limite de crescimento econômico de um país, bem como o crescimento adicional de riqueza que daí advém, são fatores que não se traduzem necessariamente em melhorias na saúde dos sujeitos e grupos (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006).

Prova disso é o Brasil, que em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) transita atualmente entre a sétima e a oitava maior economia do mundo (D'ERCOLE, 2014), chegando a ostentar, mesmo rapidamente no ano de 2011, o posto de sexta maior (COSTA,

2011), mas apesar desse apogeu econômico, o relatório sobre as cidades Latino-Americanas feito pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), publicado em 2012, demonstra um cenário nada alentador: o país é o quarto mais desigual da América Latina (entre 21 países) no quesito distribuição de renda, ficando atrás somente da Guatemala, Honduras e Colômbia (ONU, 2012).

Ainda nessa linha de raciocínio, Wilkinson e Pickett (2010), objetivando compreenderem por que a saúde dos sujeitos piora sempre que descem um degrau na escala social, desenvolveram um estudo analisando, nos países desenvolvidos, por que isso acontece. Esses autores concluíram que, mesmo nas sociedades desenvolvidas e ricas, o fator mais importante para explicar o estado de saúde da população não é a existência da riqueza, mas a maneira como esta se distribui entre os estratos sociais. Concluíram, então, que é nas sociedades mais igualitárias onde se vive melhor, e não nas mais ricas.

Os debates teóricos e políticos sobre as desigualdades e iniquidades, ainda que não despertem efetivamente o interesse dos governos pelas mudanças, em certa medida, servem como forma de contestação à organização dessa sociedade, cujo modo de produção imperante gera segregação socioespacial. E quanto a isso, é importante salientar que as tensões ocasionadas pelos debates, são sempre bem-vindas para fomentar mudanças sociais, mesmo que em longo prazo.

Diante da dificuldade de reversão das iniquidades, tendo em vista suas raízes históricas já comentadas, Silva (2010) advoga que para amenizá-las é necessário que os governantes se empenhem em oferecer, de fato, acesso a bens e serviços à população mais desprotegida, a fim de compensar, mesmo que parcialmente, as desigualdades oriundas da divisão social do trabalho, e da injusta apropriação de riqueza pelos estratos sociais altos.

O argumento desse autor representa um pilar para pensarmos em possíveis estratégias políticas de redução das iniquidades (SILVA, 2010). Isto é, num enfoque integral das ações voltado para a integração das políticas públicas em diversos setores, integrando também a dimensão da participação social na definição das prioridades.

Mas a despeito da importância dessas proposições, é necessário apontar desafios do mundo moderno que se contrapõem aos interesses sociais e representam empecilhos para a

redução das iniquidades. Um desses desafios é justamente o de definir qual a função social do Estado no que se refere à saúde das pessoas.

De fato, há uma contraposição sempre presente entre o poder do Estado, sustentando os interesses capitalistas, em detrimento dos interesses da população (TEIXEIRA; BRONZO, 2010). Isso se manifesta também como um desafio a ser enfrentado pelos diferentes atores sociais no mundo contemporâneo, considerando a força que o mercado capitalista tem na definição do que é prioritário ou necessário para o ser humano e daquilo que o Estado poderá homeopaticamente prover.

Tendo em vista esse desafio, Nunes et al., (2001, p.12) defendem que:

Diminuir desigualdades - diante da impossibilidade de eliminá-las - deve ser o objetivo central de toda política pública. Buscar essa redução é, também, requisito para que uma política pública possa ser considerada como social, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas porque se situa em setores sociais como saúde, educação, previdência e habitação (NUNES et al., 2001, p.12, grifo nosso).

Segundo Fleury e Ouverney (2013, p.15) “a política social se refere às políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social. [...] Esta abrange tanto os meios pelos quais se promove o bem-estar em cada sociedade quanto os determinantes do desenvolvimento social”.

Conforme argumentam ainda Fleury e Ouverney (2013), a política de saúde precisa ser tratada como uma política social, ou seja, uma política voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades, que objetive a promoção da equidade e do bem-estar, enfatizando os valores humanos, sociais e culturais de cada lugar e grupo social.

Nesse sentido, os autores acima mencionados salientam um aspecto importante, o de que as políticas sociais são sempre orientadas por valores, entre os quais estão a ética, a equidade, a liberdade, a cidadania e a solidariedade (FLEURY; OUVERNEY, 2013), ainda que, em muitos casos, não haja correlação entre o resultado final e os objetivos iniciais traçados com a criação da política.

É fato que a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, e nem sempre está voltada para melhorar as condições sanitárias de uma

população. Existem muitos interesses arraigados, como os de mercado, por exemplo, que também determinam os rumos e o formato dessas políticas (FLEURY; OUVÉRY, 2013).

Sob outra perspectiva, Cordeiro (1997) salienta que o conceito de políticas de saúde não se resume à política oficial ou institucional de saúde, dos aparelhos de Estado. Existem políticas de saúde formuladas por grupos de interesse, por grupos de pressão (movimentos populares), por grupos corporativos.

Diante dos desafios apontados, é importante que haja a mobilização social por políticas de saúde pública efetivas e equitativas, o que na concepção de Badziak e Moura (2010, p.69) poderia representar um “meio de assegurar à população o acesso à saúde e, por conseguinte, minimizar as iniquidades sociais”. Contudo, os mesmos autores ressaltam que somente tomando-se a saúde como um direito de todos, situada dentro de um contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, é o que dará possibilidades ao Estado para elaborar e executar tais políticas (BADZIAK; MOURA, 2010).

Tendo em vista que é importante não descartar a mobilização popular na formulação das políticas, e valorizar essa participação, essa dissertação se refere especialmente às políticas de saúde que não deixam de ser fruto dessa mobilização, e estão institucionalizadas como direito da população e como dever do Estado, ou seja, aquelas que estão instituídas em lei e são do pleno conhecimento dos poderes públicos.

Nesse sentido, a abordagem do próximo capítulo apresenta reflexões sobre o que a “saúde” significa e representa dentro de uma sociedade e para os diferentes sujeitos e estratos sociais. Além disso, estabelece uma relação entre iniquidade e saúde fornecendo possibilidades para repensarmos os valores éticos e morais envolvidos no desenvolvimento das ações, programas e políticas de saúde.

4. INIQUIDADES E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE

Tentar analisar o contexto em que se reproduzem as iniquidades é tarefa complexa; estabelecer uma relação com a saúde, mais ainda. Redundante dizer que as iniquidades existentes na sociedade prejudicam a saúde e demandam ação governamental impactante através de políticas sociais para redução delas. Examinar com rigor as iniquidades que afetam a saúde implica antes, “conceber” saúde como uma necessidade humana básica (mas, de caráter complexo), um direito (ao mesmo tempo individual e coletivo), sem a qual a vida se torna indigna aos sujeitos.

Silva e Barros (2002) argumentam que o conceito de iniquidades tem sido empregado em análises sobre desigualdades sociais para auxiliar no julgamento dos níveis de saúde de uma população, e no estabelecimento de uma linha divisória imaginária, como parâmetro do “justo” ou “injusto”.

Na acepção de Caponi (2003), existem diversas questões a serem consideradas na relação entre saúde e sociedade no momento da elaboração de políticas públicas, e das intervenções delas advindas:

Condições de vida impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo, ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes (CAPONI, 2003, p.126).

Nessa linha de pensamento é importante mencionar que as “iniquidades em saúde” relacionam-se às situações de adoecimento que não resultam da livre escolha dos sujeitos, como, por exemplo, as más condições de vida advindas de situações estruturais complexas que fogem ao seu controle, nesse sentido destaca-se a própria organização social capitalista, excludente *a priori* (WHITEHEAD, 1992, 2006).

A saúde como fenômeno social está amalgamada ao contexto cotidiano e à maneira como as pessoas vivem (ou sobrevivem). Por isso, é importante refletir como o “campo da saúde” se constituiu historicamente, e como sua acepção (ou noção do que seria) interfere politicamente no modo como o Estado atende (ou não) as necessidades de saúde de cada pessoa e dos grupos (CZERESNIA, 2003). Também parece insuficiente apenas considerar que

todos têm direito à saúde perante a Constituição Federal, sem discutir, de forma mais atenta, em que contexto social se constitui tal direito.

Em 1974, foi produzido no Canadá o Relatório Lalonde, documento oficial que lançou as bases de um movimento pela promoção da saúde no país, pensado numa perspectiva que ia além das intervenções sobre a biologia humana (SCLIAR, 2007). A ideia central considerava que as pessoas necessitam não apenas de mais longevidade (viverem mais anos de vida), mas, sobretudo, “viverem bem” (todos os seus anos de vida), tendo preservados e respeitados seus direitos à saúde, educação, moradia, trabalho, segurança pública, saneamento básico, como pressupostos básicos das políticas governamentais (SCLIAR, 2007).

O Relatório apresentava quatro eixos de interferência sobre a saúde humana (SCLIAR, 2007). Não há pretensão de problematizar cada eixo, pois isso foge aos limites dessa dissertação, tampouco estudá-los separadamente, pois os sujeitos possuem componentes individuais e coletivos que sofrem interferência do Estado, muitas vezes, de forma inadequada como nas campanhas públicas direcionadas à alimentação “saudável” ou antitabagismo por exemplo. Mas de forma geral, eles servem como exemplo didático de sistematização dos elementos que constituem o “campo da saúde” e auxiliam num direcionamento da busca pelo direito à saúde. Neste sentido temos:

- A biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento.
- O meio ambiente, que compreende o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho.
- O estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios físicos.
- A organização da assistência à saúde, que inclui assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos.

Segundo Granda e Breilh (1989), a vida social, e a saúde/doença como um de seus elementos, fazem parte de um universo de transformações e um conjunto de processos em ininterrupto desenvolvimento. Completando essa ideia, Czeresnia (2003) argumenta que, tanto a saúde, quanto o adoecer são formas pelas quais a vida do homem se manifesta, e na dimensão do cuidado esses fenômenos não podem ser pensados em separado, tampouco

desvinculados das experiências humanas, cuja vida em sociedade faz parte. Essas experiências são singulares e subjetivas para os sujeitos e os grupos sociais, e impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente através de palavras ou definições¹⁰ (CZERESNIA, 2003).

Sendo assim, a saúde, a doença e o cuidado podem ser considerados partes de um fenômeno complexo e conceitualmente chamado de “processo saúde-doença-cuidado” (CZERESNIA, 2003). As dimensões da vida envolvidas nesse processo incluem desde aspectos individuais e comportamentais como: genética, idade, sexo, hereditariedade até aspectos mais amplos como: fatores históricos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Segundo Palma (2000), se o processo saúde-doença-cuidado fosse apenas biológico, caberia ao sujeito alterar seus hábitos de saúde praticando, por exemplo, exercícios físicos ou regimes dietéticos para debelar as causas patológicas. Logo, essas atitudes o conduziriam à saúde, o que seria apenas sua responsabilidade. Todavia, por não ser assim, é essencial destacar o caráter social desse processo, que cautelosamente não pode se tornar um “determinismo”¹¹ social.

Laurell (1993, 1994) salienta que a saúde como um processo (também) social pode ser evidenciada nas atitudes da coletividade humana, no modo como adoecem e morrem os grupos humanos. Esses modos caracterizam uma realidade sanitária mais ou menos salutar, a depender também da disponibilidade e da possibilidade de acesso dos sujeitos aos serviços públicos de saúde (BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

¹⁰ A autora se refere à definição de saúde proposta pela OMS, em que a saúde é um “completo bem-estar físico e psicossocial”. Entretanto, na concepção da autora, essa necessita ser relativizada, e até criticada, na medida em que se apresenta insuficiente para explicar o que seria esse fenômeno chamado saúde.

¹¹ “Determinismo” é um conceito reducionista, e do ponto de vista filosófico refere que todo fenômeno está determinado necessariamente pelas circunstâncias ou condições em que se produz (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

“O processo saúde-doença é influenciado pelos modos como o homem se apropria da natureza, através dos processos de trabalho baseados em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (LAURELL, 1994, p. 157). Segundo Laurell (1993), não se trata de negar o fator biológico no homem, pois a doença existe como algo concreto, mas é fato que sofre a mediação do social. Nessa perspectiva, o modo de inserção na produção condicionará o processo saúde-doença, e os perfis de morbidade e mortalidade ou as possibilidades de morte prematura e longevidade serão distintas nos diferentes grupos sociais.

Nessa linha de pensamento, Laurell (1993) salienta que existem perfis patológicos criados por cada sociedade, e esses envolvem o tipo de patologia e a frequência com que essa ocorre em determinados grupos sociais e momentos históricos. Logo, as diferenças desses perfis nos grupos são consequências das transformações da sociedade.

Segundo Buss e Pellegrini-Filho (2006), muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade, e a situação de saúde de sua população.

Nesse âmbito, Possas (1989) preocupou-se em articular as diferentes dimensões que caracterizam a complexidade do processo saúde-doença-cuidado sistematizando a “Teoria dos modos de vida”. As dimensões presentes nessa teoria são as “condições de vida” e os “estilos de vida”.

Tanto “condições de vida”, quanto “estilos de vida” são dimensões fundamentais das condições de existência humana que caracterizam os modos de vida de sujeitos e populações. A primeira expressão representa um critério fundamental para identificar os fatores macro que influenciam a diversidade epidemiológica existente na sociedade. Relaciona-se à dimensão espacial de ocupação dos espaços, à densidade demográfica, às condições de alimentação, habitação, saneamento básico, transporte e meio ambiente. A segunda, por sua vez, constitui

formas sociais e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, hábitos¹² como tabagismo, alcoolismo e lazer (POSSAS, 1989).

Castiel (1999) critica a aplicação do conceito de “estilos de vida” tal como é abordado por programas governamentais de saúde, referentes ao incentivo às práticas corporais, boa alimentação ou higiene corporal. Para ele, pensar em estilos de vida em contextos de miséria e grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexistem é algo insensato, na medida em que muitas pessoas não podem eleger “estilos” para levarem suas vidas, pois para elas, não há opções disponíveis. Na verdade, nessas circunstâncias, o que há são estratégias de sobrevivência (CASTIEL, 1999).

Em suma, a abordagem desse processo a partir de um reducionismo da sua noção, isto é, centrando apenas no indivíduo e na biologia humana, limita o seu reconhecimento como um processo também mediado pelos fatores sociais. Em meio aos pressupostos anteriores, essa abordagem se torna insuficiente no mundo contemporâneo. Segundo Breilh (2010), é essencial a compreensão da complexidade social que medeia esse processo, reconhecendo-o como multidimensional e abrangendo os componentes de uma estrutura social ampla, os modos de vida dos diferentes estratos sociais.

A partir desse raciocínio, surgiu então o conceito da “determinação¹³ social da saúde/doença”. Na opinião de Costa (2009, p.444) esse conceito “é um potente caminho de consciência e de mobilização social na conquista do direito à saúde”, pois exige outro redimensionamento da luta pela saúde, que postule ao Estado a responsabilidade com os

¹² É importante relativizar esses hábitos, pois muitas vezes, não estão relacionados com escolhas próprias, por isso, não é tão simples imputar aos sujeitos a responsabilidade por seus atos. Os fatores sociais exercem forte influência disparadora do ato de fumar ou beber, mas é preciso considerar o fator químico que exerce influência na dependência psíquica e biológica dos sujeitos.

¹³ Há controvérsias em relação ao termo “determinantes”, pois quando um fator determinante exclui automaticamente todos os demais possíveis, isso se torna um “determinismo”. Por isso, mesmo que não traga escrito, prefiro entendê-lo como “condicionantes” ou “fatores influentes” da saúde.

direitos sociais, a promoção do desenvolvimento social, a coesão social e as políticas universais de proteção social.¹⁴

Na medida em que esse conceito pode politizar a saúde trazendo a consciência necessária para nutrir e impulsionar a demanda por esse direito, é oportuno citar Fleury (2009) que considera essa concepção como o fundamento científico da Reforma Sanitária Brasileira, movimento histórico, social e político que impulsionou a população brasileira na luta pelo direito à saúde no país.

O Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido a partir da década de 70, no Brasil, foi um marco histórico e político, que ampliou a luta popular por uma sociedade mais justa e solidária e um novo Estado com políticas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universalidade (PAIM, 2008). A “bandeira” desse movimento foi erguida por diferentes setores da sociedade civil, trabalhadores de diferentes áreas, trabalhadores da saúde, acadêmicos e organizações sindicais (PAIM, 2008).

Assim, a mobilização social e política na defesa da ampliação dos direitos sociais, ocorrida no âmbito do movimento de Reforma Sanitária conseguiu inscrever o direito à saúde no texto constitucional de 1988. Nesse texto encontra-se explícito no artigo 196 que “a saúde é um direito de todos” e obrigação do Estado conseguido através de “políticas sociais e econômicas” que dêem conta desse direito (BRASIL, 1988; BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Em consonância com o princípio constitucional referido no artigo 196, Luiz e Kayano (2010, p.118) contribuem dizendo que:

¹⁴ As políticas de proteção social são caracterizadas como políticas sociais, pois envolvem elementos como previdência social, assistência social, saneamento básico, e habitação, sem os quais dificilmente as pessoas podem sobreviver bem, ou seja, terem uma vida tranquila sem a preocupação com o adoecimento e morte (FLEURY; OUVENEY, 2013).

A saúde é um **direito social** vinculado à atividade prestadora do Estado, independente das possibilidades individuais. É o “**direito a não ficar doente**”, impondo atuação antecipada de serviços que garantam a salubridade pública. E ainda, representa o “**direito à cura, à prevenção** de doenças, a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, ao trabalho e à alimentação adequada” (LUIZ; KAYANO, 2010, p.118, grifos nossos).

Completando essa ideia, Dallari (2009, p.14) advoga que na sociedade contemporânea o direito à saúde exige:

A participação do Parlamento, legítimo representante dos interesses envolvidos tanto no processo de produzir e consumir quanto de controlar os riscos sanitários, como a **participação dos cidadãos** na elaboração e na implementação das normas e ações destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (DALLARI, 2009, p.14, grifo nosso).

A luta pelo direito à saúde no país, bem como a mobilização pela reforma do sistema de saúde desaguou no marco da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Em suas assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde e expandir a cobertura a todos os cidadãos constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Amparado por um conceito ampliado de saúde surgiu, em 1988, o SUS, como tentativa de consolidar esse direito. Em que pese as ingerências de várias gestões públicas ao longo do tempo, em diferentes esferas de governo, ainda assim, o SUS representa atualmente um grande exemplo de política social em vigência no país. Segundo Paim (2008), sua origem não se encontra no Estado nem nos governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais, emergida das necessidades e dos interesses da população brasileira, pela defesa da democratização da saúde.

Embora o “direito universal à saúde” esteja institucionalizado, é necessário admitir que nem esse, e nem tantos outros direitos sociais têm sido resguardados no Brasil, pela ação do Estado, que muitas vezes faz, paradoxalmente, um movimento contrário à defesa dessa conquista legal.

Essa idiossincrasia estatal revela-se, entre outras coisas, no incentivo fiscal às indústrias poluentes, como por exemplo, àquelas que utilizam agrotóxicos nos alimentos (MOREIRA et al., 2002), ou que exploram de modo nefasto a força de trabalho humano sem

que haja fiscalização governamental. Nesse âmbito, há a manutenção de um sistema de mercado exploratório, que prioriza interesses avessos aos sociais.

Tais interesses controversos são verificados inclusive no âmago do setor saúde, desde o momento em que o SUS passou a vigorar no país. De acordo com Paiva e Teixeira (2014), após a aprovação desse sistema e das Leis Orgânicas da Saúde (leis 8080 e 8142) em 1990, ocorreram mudanças econômicas e políticas na esfera pública que desfizeram o otimismo da população em relação à possibilidade de uma rápida e radical transformação da saúde brasileira.

Na mesma década, houve a tentativa de implantação, pelo governo brasileiro, de outras políticas macroeconômicas de proteção social (habitação, educação, previdência social) que foram suprimidas pelos interesses de acumulação capitalista e pelo ideário neoliberal (DACHS; BAMBAS; CASAS, 2005). Esse cerceamento levou o Estado brasileiro a se tornar um “estado mínimo”, ou seja, aquele que oferece uma cesta básica de serviços e abdica das políticas de proteção social (DACHS; BAMBAS; CASAS, 2005).

Às dificuldades em colocar em prática ações transformadoras, que entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados (grupos neoliberais), somava-se o desafio da implementação de um Sistema Único de Saúde em um país com grandes disparidades regionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O SUS encontrou, nesse contexto, um cenário estrutural de crise que fundamenta e justifica muitos de seus problemas atuais, e é importante referendá-lo como meio de entendermos as dificuldades do Sistema para lidar com as iniquidades em saúde¹⁵.

A existência de tais dificuldades no setor saúde não invalida os esforços feitos para ampliar o acesso a esses serviços àquelas parcelas normalmente excluídas de seus benefícios (BARATA, 2001). Não compete exclusivamente a esse setor a responsabilidade pela redução

¹⁵ Mesmo diante de todos os seus problemas e dificuldades, é importante referendar os avanços promovidos pelo SUS notáveis em todos os níveis de atenção principalmente no tocante a distribuição de infraestrutura de serviços e cobertura (COHN, 2009).

das iniquidades, pois os processos que condicionam a saúde e a doença, muitas vezes, ocorrem fora dele.

Na realidade, enquanto não houver uma ruptura com processos deletérios para a vida humana, a fiscalização efetiva e punitiva à exploração dos trabalhadores e à contaminação alimentar, a busca constante da redução dos níveis de pobreza no país, a melhora da distribuição de renda, a busca da alocação dos recursos públicos em áreas mais vulneráveis e a distribuição equitativa de serviços públicos, será difícil engendrar mudanças radicais nas condições de saúde dos sujeitos e grupos sociais, mesmo que exista um discurso imperante sobre a necessidade dos sujeitos levarem uma “vida saudável”.

Compreender o que está instituído como direito das pessoas, e discutir o que acontece de fato, é útil no enfrentamento às iniquidades em saúde, embora nem sempre essa compreensão se dê de forma pacífica e espontânea pelo Estado. Segundo Teixeira e Bronzo (2010) mesmo diante do fato de que o Estado se encontra envolto por interesses arraigados de mercado, isso não inviabiliza a busca pelo direito à saúde, que pode partir da própria população organizada em torno de um bem comum.

Para a ampliação do direito à saúde o Brasil, é essencial a participação da comunidade envolvida em nível local, pois se torna inviável pensar na extensão desse direito num país tão vasto como o Brasil. Diante da baixa atuação do Estado na defesa desse direito e de muitos outros, Smolentzov (2006) atribui à sociedade civil a capacidade de se organizar para tentar resolver seus problemas sociais mais urgentes e assumir seu papel no controle, fiscalização e administração da gestão pública.

Por isso, em certa medida, é a política que pode fornecer um ordenamento social, e a política nesse âmbito, não é de cunho partidarista, mas a força que a sociedade civil possui para requerer as mudanças sociais no campo das políticas públicas (TEIXEIRA; BRONZO, 2010). Nesse sentido, o aparecimento de novos atores sociais (movimentos sociais, associações, ONGs) para discutir o desenvolvimento social foi uma mudança positiva nas duas últimas décadas. Esses representam uma saudável novidade no embate econômico, na discussão e proposição de ações de desenvolvimento e inclusão social, e para uma visão mais

pluralista, que amplia a eficácia da política pública a serviço do interesse coletivo (NUNES, 2007).

Ao definirem política como a dimensão da decisão pública, ou seja, os fóruns e mecanismos da decisão instrumentalizada (como no caso dos conselhos de saúde) capazes de se fazer cumprir as leis, Teixeira e Bronzo (2010) reafirmam a esperança para que as iniquidades em saúde sejam reduzidas.

Por outro lado, um desafio é a supressão desses espaços de deliberação pública, e dos mecanismos institucionais de controle social, como conselhos e conferências de saúde, um problema que seria corrigido pela própria mobilização popular no requerimento do direito de participação nas decisões públicas (TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

É importante que não seja o poder governamental o possuidor da representatividade total nas decisões públicas, pois aqueles que mais conhecem os serviços públicos de que necessitam é a própria população (TEIXEIRA; BRONZO, 2010), porém, isso não implica descartar a importância da gestão governamental tanto na produção, quanto no fornecimento de bens à população.

4.1. Equidade em saúde

Nesse cenário de crise, em que o SUS vem tentando se consolidar, é importante que se faça jus aos princípios constitucionais (COHN, 2009), os quais podem estimular a busca popular pelo direito à saúde e pela redução das iniquidades na medida em que tais direitos são reconhecidos legalmente. Para Cohn (2009), mesmo diante dos limites e dificuldades que os processos históricos impõem ao SUS, é preciso que o Brasil avance na implementação dos princípios e diretrizes, em especial a equidade.

Escorel (2001) categorizou a equidade em saúde a partir de quatro dimensões essenciais que facilitam o entendimento desse princípio. Logo, essa pode ser abordada:

- Em relação às *condições de saúde* - quando se analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer, pois os vários perfis de doença não se distribuem igualmente pelas camadas das populações.

- Em relação ao *acesso e utilização dos serviços de saúde* - quando se analisa as possibilidades de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com “iguais necessidades de saúde”.
- Em relação à *institucionalidade do Sistema de Saúde* - dimensão em que podem ser analisados dois aspectos de grande impacto na implementação das políticas: a) o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua consequente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos munícipes; b) o processo decisório analisando a presença ou ausência de efetivo e representativo controle social.
- Em relação ao *princípio orientador das reformas* - que analise em que medida a equidade é o princípio preponderante na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações.

Para Ferraz e Vieira (2009), o reconhecimento de que a saúde possui uma múltipla influência, requer a formulação e a implementação, pelo Estado, de políticas abrangentes, que ultrapassem a garantia de acesso a serviços médicos e demais serviços de saúde¹⁶. Nesse âmbito, Luiz e Kayano (2010, p.118) salientam que o direito à saúde deve ser atribuído também a “uma vida qualificada pelo usufruto dos benefícios da cidade”, o que inclui o acesso e uso de diversos serviços públicos.

Diante deste entendimento, é imprescindível que o Estado adote critérios para a alocação eficiente e justa dos recursos em saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009), mas vinculada a essa idéia Campos (2006) expôs as seguintes questões imbricadas: uma política social seria equitativa quando atendesse a que critérios? O equitativo deveria atender necessidades coletivas, e, portanto, genéricas, ou a necessidades singulares, relativas a alguns sujeitos mais vulneráveis do que outros?

¹⁶ É importante salientar que não se pode descartar a importância desses serviços para a promoção e proteção da saúde, porém não são suficientes para melhorar o estado geral de saúde das pessoas, tendo em vista que o meio onde vivem os sujeitos possui uma forte influência, algo que já foi abordado em diversos estudos: Nogueira e Ribeiro (2009), Nogueira; Ribeiro e Cruz (2009), Santos e Augusto (2011), Marzari et al., (2013).

Diante de tais questões, Campos (2006) enfatiza que operacionalizar o conceito de “equidade” não é fácil, uma vez que isso exige uma sofisticação da política, da gestão e da própria organização social na definição de critérios avaliativos de equidade. Segundo Travassos et al., (2000) políticas voltadas para equidade deveriam ser pautadas em redistribuição desigual de recursos, por causa dos ajustes a serem efetuados em função de fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes.

Com relação às necessidades em saúde, Travassos et al., (2000) entende que quaisquer que sejam as formas de aferição de tais necessidades, sempre expressarão visões parciais, limitadas, tanto por problemas metodológicos, quanto por percepções e valores próprios, seja do indivíduo, seja do avaliador. Existem também dificuldades importantes com relação aos conceitos e às formas de operacionalização das variáveis referentes à condição social dos indivíduos.

As questões supramencionadas são pertinentes, mas ao mesmo tempo geram conflitos, tanto para os gestores, quanto para os estudiosos do tema. Afinal, como estabelecer que uma pessoa ou estrato social possuam maiores necessidades de saúde e devam receber mais recursos do Estado para sanar suas necessidades? Segundo Ferraz e Vieira (2009), por mais recursos que sejam destinados à saúde, dificilmente será possível atender às necessidades integrais de saúde de uma população, esteja ela em um país economicamente desenvolvido ou em um país em desenvolvimento, como o Brasil.

Ainda que haja o conhecimento dos governantes e gestores quanto às políticas eficazes para garantir a saúde da população, seria impossível implementá-las, isso porque as necessidades de saúde são muito variadas e praticamente inesgotáveis entre a população (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Por isso, refletir sobre modo como as necessidades são construídas socialmente seria um primeiro passo na tentativa de operacionalização da equidade (CAMPOS, 2006). Nesse sentido, existem forças sociais e interesses que influenciam em sua constituição, e há um monopólio dos estratos dominantes sobre os estratos vulneráveis, na definição dos critérios de julgamento daquilo que é ou não prioritário (CAMPOS, 2006).

As necessidades são individualmente sentidas, mas biologicamente e socialmente determinadas, e cada grupo, bem como cada sujeito, possui uma relação diferente com o que considera ser ou não uma necessidade (STOTZ, 2004). Por isso, essas não se traduzem da mesma forma em cada estrato social (CORDEIRO, 1997; BOLTANSKI, 2004).

O que se pode expressar como necessidade de saúde e se transformar numa ação qualquer para buscar cuidado de saúde não é idêntico entre as pessoas de um mesmo estrato social e nem entre estratos distintos. Essa distinta representação da necessidade repercute nos hábitos dos sujeitos e grupos, bem como na forma como esses se relacionam com os serviços de saúde, públicos ou privados (CORDEIRO, 1997; BOLTANSKI, 2004).

Diante dessa complexidade em se definir as necessidades, e em se operacionalizar a equidade, faz-se pertinente a discussão trazida por Stotz (2004). Esse autor tem um argumento que nos auxilia a compreender a importância do planejamento em saúde baseado nas políticas e programas equitativos. Para ele, nem sempre as pessoas podem assegurar, por si mesmas, uma condição saudável porque a situação socioeconômica, as identidades de gênero ou etnia condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa (STOTZ, 2004). “Quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade [...] tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos” (STOTZ, 2004, p.288).

A alocação de recursos públicos, a formulação de programas de saúde e a definição das prioridades de saúde expressam o modo como as necessidades têm sido entendidas pelos planejadores de saúde, muitas vezes de forma incompatível com as necessidades socialmente percebidas pela população (CORDEIRO, 1997).

Stotz (2004) objetivou entender como o conceito de necessidades de saúde poderia auxiliar no planejamento em saúde, e, em vista disso, defendeu que além de “dar voz” aos sujeitos possibilitando a participação da sociedade civil na definição das prioridades de saúde, seria importante que os gestores analisassem a inter-relação que há entre necessidades, demandas e serviços. O autor problematiza essa inter-relação da seguinte maneira: em razão das condições sociais, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas pelas pessoas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades e a oferta de serviços pode ou não atender às demandas (STOTZ,

2004). Fica claro que há um conjunto de condicionantes processuais, bastante dependentes um dos outros.

Considerando-se que as necessidades podem se transformar em demandas e que o Estado brasileiro precisa dar conta dessas demandas (STOTZ, 2004), é importante ressaltar alguns desafios referidos por Marques; Melo e Santos (2011), para que isso se efetive: a grande extensão territorial do Brasil, a alta densidade demográfica, a diversidade econômica, cultural, social e epidemiológica. Nesse sentido, é providencial indagar como se produziriam políticas efetivas, baseadas na equidade, num país tão profunda e historicamente injusto como o Brasil?

Para Campos (2006), a prática da equidade é algo complexo, que depende de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder entre os estratos sociais, do controle social do exercício desse poder, de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que julgam as necessidades.

Por isso, a concepção da equidade como um julgamento e uma intervenção situacional, ou seja, em acordo com a singularidade de cada caso, se explica pelo pressuposto de que não há estrutura, ou normas, ou sistema de leis ou de conhecimento perfeitos (CAMPOS, 2006). Segundo o mesmo autor, esse reconhecimento é importante, pois nenhum sistema tem a capacidade absoluta de, ao definir regras e valores gerais, contemplar a imensa variedade das situações singulares.

A estrutura social é importante preditor de necessidades em saúde, e o padrão de risco para adoecimentos observado mediante tais necessidades tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados (TRAVASSOS et al., 2000). A tentativa de concretizar ações para suprir as necessidades dos grupos sociais e das coletividades é um desafio para os governos na medida em que surgem confrontos com outros interesses hegemônicos que operam na subtração e na exploração desses grupos (COSTA, 2009). Segundo Costa (2009), na maioria das vezes, esses interesses conflitados são os responsáveis pela falta e pelas necessidades sentidas pelos sujeitos e grupos.

Os desafios apresentados, apesar de gerarem grandes transtornos para o governo brasileiro no âmbito do SUS, não representam a impossibilidade de ações equitativas. Para

isso, Stotz (2004) argumenta que a produção dos serviços de saúde teria que atender as necessidades de saúde reveladas pelos sujeitos e pela coletividade dos diferentes lugares, levando em consideração a determinação social do processo saúde-doença visando uma política pública pautada no direito à saúde.

Uma alternativa apontada por Luiz e Kayano (2010) é a possibilidade de se verificar diferenças nos níveis de saúde entre pessoas e grupos mesmo dentro dos municípios e agir sobre essas diferenças de modo mais pontual. Vinculado a isso, Escorel (2001) sugere que as ações executadas para reverter uma situação considerada injusta estejam pautadas no diagnóstico feito no nível mais próximo do cidadão (município, bairro, distrito, áreas de abrangência) e da participação dos interessados na definição das prioridades em saúde.

É preciso retomar a ideia da diversidade intrínseca da espécie humana e da diversidade regional e municipal num país com vastas dimensões geográficas e recuperar a ênfase em análises e informações que só podem ser obtidas e compreendidas no nível local (ESCOREL, 2001).

Mediante a esses pressupostos em relação à prática da equidade, é importante frisar que sua valorização nessa dissertação não significa afirmar que ela seja a solução ou o princípio que extinguirá as iniquidades sociais. Ela é apontada aqui por representar um princípio constitucional legitimado importante como orientador das reformas (políticas, programas e ações) governamentais a fim de que se chegue o mais próximo possível da atenção às demandas existentes no país.

Além disso, é preciso ratificar a primazia da intersectorialidade das políticas, pois como já mencionado, apenas o SUS não conseguirá atender a essas demandas. Como explica Costa (2009), ele está muito longe de, por si só, prover a totalidade e complexidade das necessidades requeridas com saúde, ainda que seja uma conquista nacional por cumprir parte da responsabilidade do Estado com a saúde, especialmente no que tange a assistência médico-sanitária.

Por isso, é importante compreender o contexto de multidimensionalidade dos fatores que influenciam a saúde/doença como um importante balizador da função do Estado na garantia do direito à saúde, requerendo a elaboração de políticas condizentes para o

enfrentamento dos complexos condicionantes socio sanitários. Nessa lógica, não é viável discutir saúde separadamente da maneira como se enfrentam os problemas de saúde no Brasil, e a orientação dos serviços de saúde à população é a expressão desse enfrentamento, bem como pode ser a expressão das iniquidades existentes nesse país.

Segundo Silva (2012), as políticas de saúde materializam as intervenções estatais dirigidas à satisfação das necessidades de saúde, e trazer essa discussão à tona possibilita apropriar-se do movimento histórico socialmente constituído para dar respostas a essas necessidades e, até certo ponto, perceber como, nesse movimento histórico, as mesmas têm se expressado.

É indubitável a necessidade de comprometimento governamental com as questões sociais propostas constitucionalmente, pela sociedade brasileira. Para tanto, reconhecer as necessidades em nível local e implementar políticas públicas equitativas direcionadas às singularidades desses locais representa uma das ações oficiais para tentativa de suprir tais necessidades, e de reduzir iniquidades.

Tendo em vista que uma ação política na tentativa de reduzir as iniquidades e operacionalizar a equidade, deveria se pautar também no conhecimento do contexto social e singular de cada lugar, como relatado previamente por alguns autores, o próximo capítulo pretende traçar um panorama dos lugares selecionados para a presente pesquisa, fornecendo uma noção das diferenças, tanto estruturais, quanto da própria distribuição dos serviços públicos pela gestão municipal de Vitória.

5. CARACTERIZAÇÃO DOS LUGARES DA PESQUISA

O conceito de “lugar” foi utilizado aqui, pois é o que melhor expressa a realidade socioespacial dos lugares pesquisados e as diferenças entre eles. O “lugar” é o espaço mais intensamente vivido pela população, e nesse sentido, Martinuci (2008, p.79, grifo do autor) afirma que “o ‘**lugar**’, enquanto categoria geográfica, é o espaço privilegiado da apropriação cotidiana, pois a vida e as relações interpessoais costumam se dar ali, de maneira mais intensa”. A partir desse entendimento, é cabível salientar que o lugar é dinâmico, e cada lugar adquire características diferenciadas de acordo com as relações sociais que ali se dão (MENEZES, 2000).

Sendo assim, o conceito de lugar é potente para problematizar a realidade, identificando problemas e auxiliando na formulação de soluções técnicas e políticas (ANDRÉ, 2009). É um conceito importante também na busca pelo fortalecimento das capacidades locais, a capacidade das pessoas construírem identidade em torno de um espaço, o que traz consigo um conjunto de outras implicações, como a necessidade de se respeitar o tempo das pessoas, o modo de levar a vida, assim como o respeito aos múltiplos saberes locais e sobre diferentes aspectos da realidade (ANDRÉ, 2009).

O lugar é o espaço da convivência, da coexistência por contiguidade, e, portanto dos embates e conflitos forjados no mundo do presente. Estudar o lugar é identificar e compreender os usos dos territórios numa coexistência dialética. O lugar é onde se realizam algumas possibilidades, e cada lugar condiciona a existência oferecendo diferentes embates para a realização dessas possibilidades dos usos do território (ALBUQUERQUE, 2006)

Segundo Guimarães e Ribeiro (2009), o lugar social possui essa conotação multidimensional tratada acima, envolvendo o espaço absoluto (onde está?), o espaço relativo (com quem?) e o espaço relacional (quem é?) do sujeito social. Sob tal perspectiva, é possível enquadrar os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito, bem como os sujeitos que neles residem. Esses espaços e sujeitos possuem um “lugar social” em Vitória, que é distinto, a depender das relações sociais que caracterizam cada um deles. Todavia, tais relações não foram problematizadas com afinco nessa dissertação, até porque, isso demandaria a realização de entrevistas com os sujeitos de cada lugar, procurando analisar como convivem nesse espaço, como o transformam e como usufruem dele, e este não foi o objetivo para o momento.

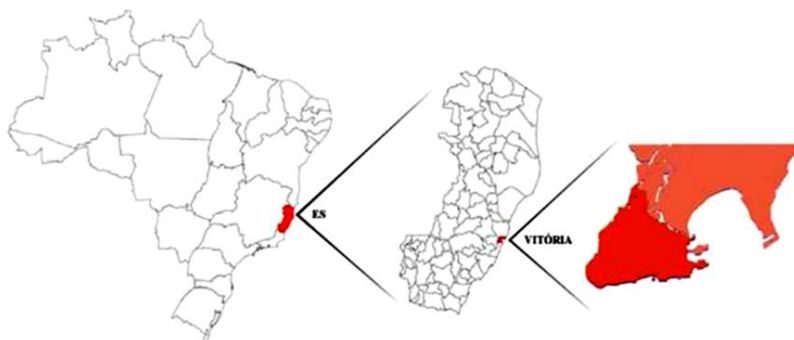
Diante das contribuições supramencionadas referentes ao “lugar”, tratar os bairros selecionados como lugares parece ser a maneira mais adequada, no âmbito dessa pesquisa, para compreender, mesmo que sucintamente, a cultura local de cada um, e como a gestão municipal lida com as diferenças culturais e socio sanitárias mediante a distribuição de um serviço de saúde.

Os bairros Gurigica e São Benedito, apesar de apresentarem delimitações geográficas (territoriais) que os fazem diferentes, não o são em relação às precariedades com que os sujeitos convivem. Os sujeitos, que ali residem, possuem características comuns como privação de direitos e de possibilidades para terem uma vida salutar. Por estarem submetidos às más condições de vida de forma conjunta, os sujeitos possuem uma identidade comunitária, fato que me permitiu considerar ambos os bairros um “lugar único” nessa pesquisa.

Trago tal questão, porque em diversos momentos no texto, esses bairros serão referidos como “lugar” segregado, como “lugar” de privações e precariedades, como “lugar” onde a política pública efetiva seus preceitos “sociais” com bem menos eficiência do que em bairros como Jardim da Penha, por exemplo. Assim, é preciso salientar que essa “fusão” entre o conceito de “lugar” e seus adjetivos empregados no texto é apenas simbólica, usada, sobretudo, para crítica à desatenção do Estado com essas realidades. Por outro lado, Jardim da Penha aparece no texto como o “lugar de opulência”, ou seja, aquele que apresenta boas possibilidades de moradia, de trabalho, de aquisição de renda, de educação, de lazer, além de uma ótima infraestrutura urbana e de serviços públicos.

5.1. O município de Vitória

Figura 1: Localização de Vitória nos contextos estadual e nacional.



Fonte: Casagrande (2011)

Vitória, capital do Espírito Santo, está situada na Região Sudeste do país. O município localiza-se na faixa litorânea desse Estado, e é constituído por uma ilha principal e várias ilhas menores no seu entorno, além das ilhas da Trindade e Martin Vaz distantes do continente, totalizando uma área de 98,194km². Vitória integra, juntamente com os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que possui cerca de 1.884.096 habitantes (estimativa populacional do IBGE para 2014)¹⁷. Em 2010, Vitória possuía uma população de 327.801 habitantes, já em 2014, a população estimada pelo IBGE foi de 352.104 habitantes (IBGE, 2010), divididos por 80 bairros.

Vitória foi a capital brasileira com maior PIB *per capita* do país em 2012, segundo estimativa do IBGE. Todavia, é preciso salientar que esse dado, apesar de ser um bom indício, não significa que as riquezas produzidas estejam sendo distribuídas igualmente entre as pessoas, mas foi apresentado como forma de expor o bom panorama socioeconômico da cidade. No *ranking* do IDHm, Vitória encontra-se em quarto lugar entre as cidades brasileiras com melhor desenvolvimento humano (IDHm=0,845) e qualidade de vida (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

Em estudo realizado pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (Pnud), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Fundação João Pinheiro¹⁸, construíram o Atlas do Desenvolvimento Humano das Regiões Metropolitanas Brasileiras publicado em 2014. Nesse, a RMGV (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha) foi destaque com o quinto melhor IDHm entre as regiões metropolitanas (RMs) brasileiras (IDHm= 0,772) ficando atrás de São Paulo (0,794); Brasília (0,792); Curitiba (0,783) e Belo horizonte (0,774) (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

Ao observarmos a RMGV, em que Vitória possui uma forte representatividade socioeconômica, é possível notar que, entre outras cidades, o maior IDHm também se mantém

¹⁷ Dado disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm

¹⁸ A Fundação João Pinheiro é uma instituição de pesquisa e ensino vinculada à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais.

em Vitória, especificamente nos bairros: Barro Vermelho (0,961), Santa Luíza (0,961), Mata da Praia (0,961), Praia do Canto (0,958), Ilha do Boi (0,958), Ilha do Frade (0,958), Enseada do Suá (0,958) e uma exceção é Praia da Costa em Vila Velha (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

É importante destacar que em toda a RMGV o maior IDH quanto à variável **longevidade** está nos bairros Praia do Canto, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Enseada do Suá (0,942); o maior IDH na variável **educação** está em Jardim da Penha (0,962) e o maior IDH na variável **renda** está em Barro Vermelho (1,000), Santa Luíza (1,000), Mata da Praia (1,000), Praia da Costa (1,000), Praia do Canto (1,000), Ilha do Boi (1,000), Ilha do Frade (1,000), Enseada do Suá (1,000) (PNUD, IPEA, FJP, 2014).

Muito desse apogeu econômico da cidade se deve à extração de petróleo pelo Estado do Espírito Santo, pela atividade mineradora e à presença de portos em seu território. Além disso, há grandes indústrias siderúrgicas (ArcelorMittal- Companhia Siderúrgica de Tubarão, Samarco) e de Celulose (Aracruz Celulose) adstritas ao seu território, que avultam sua economia.

Considerando o exposto e os indicadores de desenvolvimento econômico e humano, os quais figuram entre os mais altos do Brasil, se atribui a Vitória o posto de uma “cidade modelo”, com um dos melhores Índices de Bem-estar Urbano (IBEU)¹⁹ e “qualidade de vida²⁰”, e onde as oportunidades para se levar uma vida salutar são múltiplas e constituem uma preocupação da gestão pública. Todavia, Boni (2009) explica que assim como diversas cidades brasileiras e da América Latina, sobretudo as metropolitanas, Vitória teve seu

¹⁹ O Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) apontou Vitória como a **sexta melhor cidade** do país entre 298 municípios que participaram do levantamento. A pesquisa foi feita pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia e Observatório das Metrôpoles com base nos dados do Censo Demográfico de 2010 e levou em consideração cinco quesitos: mobilidade (tempo casa-trabalho), condições ambientais, condições habitacionais, serviços coletivos e infraestrutura. Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-12032>

²⁰ Pesquisa realizada em 2014, pela Associação Pro Teste, de São Paulo, mostrou que Vitória é a capital com melhor qualidade de vida. Segundo o levantamento, o município capixaba foi o mais bem conceituado pela população em habitação, saúde e segurança e ficou em segundo lugar nos quesitos educação e mobilidade. No quesito emprego, Vitória apareceu na quinta posição, considerada boa pela pesquisa. Esse dado está disponível na home *Page*: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-8938>. Todavia, é preciso apontar ambiguidades na pesquisa, na medida em que ouviu pessoas em todo o País, mas apenas por e-mail. A maioria dos participantes era formada por homens de 35 a 54 anos, casados, com **nível de escolaridade elevado** e de **classe média**, ou seja, outra parcela da população segregada não participou da pesquisa para dizer o que pensa sobre a cidade.

percurso evolutivo também marcado pela reprodução da desigualdade e por processos de segregação socioespacial.

Contraditoriamente aos indicadores sociais e econômicos, expressivamente altos, a cidade também possui elevado índice de Gini²¹, o qual cresceu no decorrer dos anos revelando a alta desigualdade econômica entre a população como mostra a tabela 1:

Tabela 1: Evolução do Índice de Gini em Vitória com base nos censos demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Município	1991	2000	2010
Vitória	0,5835	0,6083	0,6124

Fonte: IBGE (2010)

5.2. Os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito

Adentrar a realidade dos diferentes lugares foi exitoso não apenas para cumprir com o objetivo da pesquisa, mas para compreender o quão presente na vida das pessoas são as iniquidades socio sanitárias. É no campo que pude perceber concretamente o quanto é difícil para alguns sujeitos assumirem certos comportamentos quando o ambiente em volta deles não ajuda, e as suas condições de vida são precárias. Segundo Proietti et al., (2008), o acesso a serviços de saúde e fontes comerciais de alimentação saudável, assim como a serviços e equipamentos urbanos vêm sendo cada vez mais investigado como fator condicionante de hábitos e comportamentos que vão além das características individuais.

Convive-se, em Vitória, com grandes disparidades urbanas, por um lado áreas de baixo risco social e à saúde, com excelentes índices de qualidade urbana, habitadas por população de estratos médios e altos, mas por outro lado, áreas pobres, com baixos índices de qualidade urbana, e habitados pela população em extrema vulnerabilidade social expostas a situações de violência e ao narcotráfico.

²¹ O índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de renda entre os indivíduos. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).

Sendo assim, o que segue adiante é uma reflexão sobre as disparidades sociais existentes em Vitória, tendo como ponto de partida uma compreensão mais profunda dos lugares da pesquisa, cuja infraestrutura urbana e organização já evidenciam essas diferenças. Nesse sentido, Escorel (2001) salienta que é nos espaços citadinos onde as vidas tomam concretude e as necessidades de saúde dos sujeitos são reveladas. Nesses espaços nos deparamos com sujeitos, instituições e relações sociais que dão vida à problemática das iniquidades em saúde, por isso é essencial conhecê-los.

Os lugares da pesquisa, que compõem o cenário desse estudo, os quais tive a preocupação de compreender como se caracterizam são: Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito. As visitas realizadas a esses lugares permitiram analisar a organização espacial predominante por meio da organização da fisionomia da paisagem, o tamanho e a qualidade das residências e demais construções, a disponibilidade de elementos de infraestrutura e serviços públicos, e especialmente a existência ou não dos equipamentos para práticas corporais e de segurança pública, focos principais desse estudo. O primeiro bairro visitado e analisado foi Jardim da Penha, seguido dos bairros Gurigica e São Benedito.

5.2.1 Jardim da Penha: “opulência à vista”

Jardim da Penha está localizado na região continental da cidade de Vitória, na área compreendida entre a Av. Adalberto Simão Nader até o Canal de Camburi e da Av. Dante Michelini (trecho praia) até aonde se localiza a UFES. É um dos bairros mais populosos da cidade, e segundo dados do IBGE (2010) nele residem aproximadamente 48 mil habitantes, e muitos dos moradores são profissionais liberais, funcionários públicos e estudantes universitários, em virtude da proximidade com a UFES.

É um dos bairros onde os moradores possuem melhor poder aquisitivo em Vitória e no seu entorno, se encontram outros bairros referências por uma ótima estrutura urbana, e também onde estão os sujeitos e famílias mais abastados da cidade, como Mata da Praia, Jardim Camburi, Praia do Canto, Barro Vermelho e Santa Luíza. O bairro possui um índice de qualidade urbana (IQU) com valor elevado (0,79), estando posicionado em sexto lugar no *ranking* dos bairros de Vitória com melhor organização e qualidade urbana. Por isso, nos quesitos ambiente, educação, renda e habitação, se destaca como um dos melhores bairros para se viver na cidade, onde a população com alto poder aquisitivo desfruta de serviços

urbanos de qualidade e facilidades no que tange ao acesso à educação, cultura, esporte e lazer, entre outros serviços. Entre os fatores que explicam as localizações das camadas de alta renda nestes locais estão a busca desses sujeitos por conforto, status residencial elevado e maior acessibilidade aos locais privilegiados de lazer, trabalho e consumo.

A história do bairro disponível no site da prefeitura municipal diz o seguinte:

Era uma fazenda conhecida como Sítio Queiroz ou Fazenda Mata da Praia. A propriedade pertencia ao capitão Justiniano Azambuja Meyrelles, escriturada em 1891. O nome surgiu porque a região era uma área plana, toda verde, contendo vegetação de restinga e de Mata Atlântica. Era um jardim formado de bromélias, cajueiros, goiabeiras, palmeirinhas e orquídeas. De toda parte podia-se avistar o Convento da Penha, ampliando a visão para além do mar. Assim ficou conhecido o jardim da Penha (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

A idéia do loteamento e urbanização da área ganhou força na década de 50. A Empresa Capixaba de Engenharia e Comércio idealizou a área inspirada no traçado da cidade de Belo Horizonte, considerada, até então, modelo de modernidade. O projeto foi aprovado pela prefeitura dois anos depois. A região da Adalberto Simão Nader até o Canal de Camburi foi desenhada em largas avenidas diagonais, formando 13 quadras. Cada quadra era dividida em lotes de aproximadamente 400m². Os primeiros lotes vendidos foram os da região que hoje abriga o bairro Jardim da Penha. A alteração do traçado original, em algumas localidades, deu-se por causa das invasões que ocorreram na divisa com o canal e também a uma nova proposta da empresa Sena Engenharia que planejou outro traçado para o projeto Mata da Praia (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Como se vê, desde sua formação e urbanização, o bairro já foi pensado de forma organizada, fato que também justifica esse ser hoje um lugar privilegiado, na medida em que residem ali pessoas não apenas com alto poder aquisitivo, mas também com alto “poder simbólico”. Supõe-se que essa comunidade organizada por atores sociais, reunidos em associação comunitária, possua alta representatividade política influenciando a administração pública nas decisões e alocação dos recursos públicos. Ainda que exista o mecanismo governamental do orçamento participativo em que há representantes de todas as regiões administrativas de Vitória, inclusive dos bairros pobres, o que se percebe é cada vez mais investimentos feitos nesse bairro, com vistas a manter as ótimas condições de vida da população.

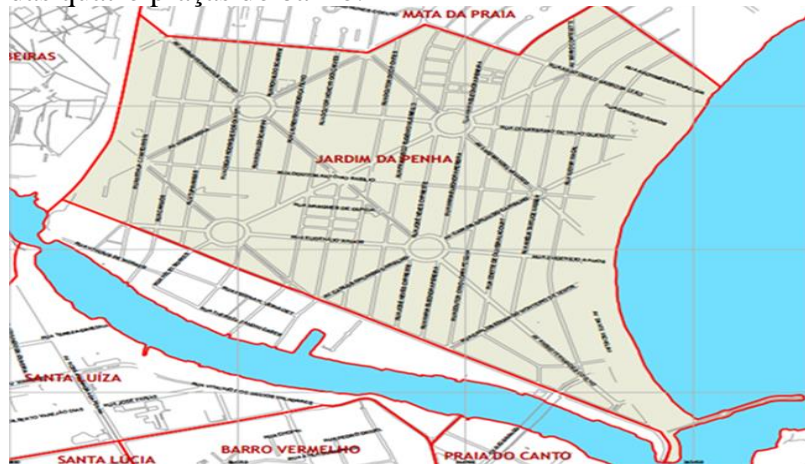
Nesse bairro, foram realizadas duas idas a campo, a primeira no dia 17 de maio de 2015, um domingo, e a segunda no dia 23 de maio de 2015, um sábado. Fui ao bairro sem auxílio ou mediação de qualquer instituição.

Nesses dois dias de visita tive impressões que merecem ser destacadas, mas que não significam ser exclusividade desse bairro, tendo em vista que a vitalidade percebida aqui pode estar presente em outras comunidades de Vitória, inclusive nos lugares mais precarizados. Ao passar pelo bairro notei um intenso burburinho, um vai e vem de pessoas e carros que circulam a todo o momento em uma rotatória. Notei também que grande parte dessas pessoas que andavam pelas ruas estava bem vestida, muitas com roupas estilo *fitness*, consumiam produtos e serviços, faziam compras no mercado ou na feira livre de sábado enchendo suas sacolas de produtos, a farmácia também estava cheia de pessoas e a praça estava bem movimentada. As pessoas caminhavam pelo bairro, ou passeando com seus animais, ou realizando práticas corporais, ou mesmo fazendo compras. Havia certa tranquilidade naqueles que caminhavam com os filhos ou idosos pelas largas calçadas do bairro. Os garis faziam seu serviço no sábado, mantendo a limpeza pública. A quantidade de carros era muito grande, às vezes percebi dificuldades das pessoas em estacionar seus carros particulares nos pontos mais movimentados próximo a mercados e lojas, porém, isso não é uma constante em dias de semana. Os taxistas não ficavam parados no ponto, a todo o momento chegavam e saíam.

No domingo, dia 17 de maio, cheguei ao bairro às 10hs. O dia estava chuvoso, porém, isso não impossibilitou meus registros e observações. A própria organização do bairro, com ruas, quarteirões e quadras planejadas facilitou a coleta de dados, sendo muito fácil identificar os locais por onde eu já havia passado e focar naqueles em que ainda não. Nesse bairro, consegui passar por todas as ruas, o que enriqueceu meu trabalho de campo. Por ter sido um bairro planejado geograficamente, as ruas são planas, as quadras e os quarteirões são bem divididos por avenidas largas. Além disso, há uma organização de placas identificando nome da rua, do bairro e código de endereçamento postal (CEP), que pude perceber estar presente em todas as ruas, algo que também facilitou o meu trabalho.

O bairro possui quatro grandes praças, são elas: Anibal Antero Martins, Wolghano Neto, Philogomiro Lannes, Regina Frigere Furno, todas interligadas por ruas e avenidas largas como mostra a figura 2. Além dessas, há outras três praças pequenas totalizando sete praças.

Figura 2: Mapa de Jardim da Penha mostrando a localização das quatro praças do bairro.



Fonte: Google imagens.

Ao percorrer as ruas e avenidas do bairro e no entorno dessas grandes praças, constatei uma infraestrutura urbana muito boa, com calçadas adaptadas para acesso a deficientes físicos e sinalizadas para tal, ruas muito bem asfaltadas, sem buracos e muito bem sinalizadas para organização do trânsito de veículos. Como no dia 17 de maio (domingo) estava chovendo, pude verificar o quão eficiente é a drenagem pluvial do bairro, as ruas estavam molhadas com poças rasas de água que não impediam a passagem de pedestres ou carros, mas não havia buracos profundos com poças de lama; os bueiros estavam limpos, sem lixo acumulado, não exalavam odor e recebiam bem a água da chuva.

Verifiquei no entorno das praças e demais ruas, faixas de pedestres bem pintadas, algumas pareciam pintadas recentemente, e com uma cor coral bem forte. Há em cada praça em média cinco faixas que dão acesso às avenidas largas, e é obrigatória a parada dos veículos para a passagem dos pedestres. Frequentemente há policiais militares ou guardas municipais parados próximo às faixas, e caso as pessoas não respeitem a passagem dos pedestres podem ser multadas. Percebi em muitas ruas, a presença de faixas pintadas no asfalto delimitando também espaços para estacionamento de veículos. Esses elementos indicam o quão organizado é o trânsito de veículos e de pedestres no bairro, e apesar da imensa quantidade de carros circulando, tudo funciona bem.

Quanto à arborização e paisagismo, o bairro surpreende pela beleza e cuidado com as ruas e avenidas, sobretudo pela presença de canteiros centrais com gramas, flores e árvores altas, proporcionando sombra e um ambiente agradável. Por todas as ruas onde passei percebi

essa característica, quando não há árvores, o que é raro no bairro, lá está os canteiros ou a grama enfeitando o ambiente. Grande parte das árvores é alta, mas estão bem podadas por funcionários da prefeitura, que, vez por outra, fazem esse serviço. Pude comprovar isso enquanto eu morava no bairro. Há também a regagem dos canteiros de plantas para que essas não morram, isso é feito com frequência utilizando-se caminhões pipa. A paisagem do bairro o torna além de agradável aos olhos, muito propício para sair de casa, passear com a família ou animais de estimação e praticar atividades físicas. As fotos 1, 2 e 3 mostram um pouco da beleza.

Foto 1: Av. Luiz Manoel Vellozo. Arborização e canteiros de flores.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 2: Av. Anísio Fernandes Coelho. Arborização e canteiros centrais.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 3: Arborização e paisagismo da Praça Wolgano Neto.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Essa paisagem é acompanhada por uma excelente iluminação pública nas ruas e praças, o que possibilita passeios e a prática de atividades, como caminhadas, também à noite. Em outros dias da semana, é frequente haver caminhões da companhia de energia fazendo reparos nos postes de luz.

Outra característica do bairro são as habitações, geralmente compostas por edificações verticalizadas de no máximo quatro andares, muitos condomínios e poucas casas. Em algumas ruas é possível notar a presença de residências com uma estrutura muito boa e de alto padrão arquitetônico, amplas, protegidas por muros altos, com um reforçado sistema de segurança e muito bem decoradas externamente. Verifiquei que há espaço entre uma construção e outra, não vi casas num mesmo quintal, ou casa de tijolos com telha de amianto, a não serem aqueles imóveis que ainda estavam em construção.

Quanto ao saneamento básico, à medida que caminhei pelas ruas adjacentes às praças, percebi cestos de lixo comum, e em todas as praças tambores para coleta seletiva. Os caminhões passam recolhendo geralmente à noite. Todos os dias da semana, exceto aos domingos, há garis que fazem a limpeza das ruas e praças, e cada um deles, fica responsável por uma determinada quantidade de ruas que devem manter sempre limpas e agradáveis, como de fato são. Todos os prédios, casas e lojas depositam o lixo em grandes latões de Policloreto de Vinil (PVC) que ficam à frente das residências, geralmente embutidos nos muros ou nas grades que cercam os condomínios, esses latões são fechados para que os odores não exalem e os bichos não tenham acesso ao lixo.

Por onde passei, não senti odor ruim e nem vi esgoto a céu aberto. Há muitas pessoas que passeiam com seus cães pelas ruas e praças, porém, raramente avistei fezes desses animais, isso porque além de muitos donos recolherem, ainda há os garis que se encarregam da limpeza diária.

A primeira praça do bairro por onde passei observando, tomando nota de tudo o que via e fotografando, foi a Anibal Antero Martins (Praça do SESI). Esse espaço é privilegiado, pois oferece boas opções de lazer aos seus frequentadores. O espaço em questão possui a Igreja Católica São Francisco de Assis que está sendo reformada e ampliada, uma banca de revistas instalada, latões de lixo comum, tambores para coleta seletiva, muitas árvores altas, canteiros de plantas, iluminação pública com postes decorativos, ponto de ônibus, faixas de pedestre que dão acesso à praça, ótimo calçamento, *playground* de areia cercado evitando contato com animais, banquinhos de madeira e de concreto conservados, bicicletário, elementos que as outras praças por onde passei também oferecem. Contudo, o que diferencia essa praça é uma ampla área de lazer contendo um campo de bocha. Essa área é pública, porém, existe uma associação que estabelece regras de uso para o local. No interior dessa área há ainda espaço para churrasco com mesas e cadeiras, um bar em funcionamento, banheiros, televisão, mesas de carteados e, inclusive no dia da visita em 17/05/2015, havia homens adultos e idosos jogando baralho e assistindo futebol (fotos 4 e 5).

Foto 4: Área de lazer com campo de bocha na Praça Anibal Antero Martins.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 5: Área de lazer na Praça Anibal Antero Martins. Homens jogando carteadado.



Outro elemento importante dessa praça é uma Academia Popular da Pessoa Idosa (APPI) que será apresentada no próximo capítulo. Ao redor da praça é possível encontrar outras estruturas como o SESI- Serviço Social da Indústria, que é uma entidade de direito privado, criada, mantida e administrada pelos empresários industriais. Essa instituição oferece opções para atividades físicas como academia, teatro, ginástica, jogos, formação esportiva, entre outros, aos trabalhadores da indústria, da construção civil, da comunicação, da pesca e aos seus dependentes. Possui uma ampla estrutura com piscina, ginásio, quadra e teatro.

Além do SESI, outras estruturas encontradas no entorno dessa praça são: uma clínica de Pilates privada, um laboratório de análises clínicas privado, uma escola pública, um bar e um lava-jato. Nas ruas adjacentes, há uma ampla rede de comércios, como restaurantes, farmácias, padarias, lojas em geral e salões de beleza. Há também a unidade de uma escola particular importante do município, o UP.

Em outras três praças de Jardim da Penha que visitei nesse dia, (Wolghano Neto, Philogomiro Lannes, Regina Frigere Furno) não há área de lazer ou APPI, porém, em todas elas percebi uma estrutura comum com bancas de revistas, telefones públicos, tambores para coleta seletiva de lixo, banquinhos de madeira bem conservados, *playground* para crianças cercado e limpo, ótima iluminação, ótimo calçamento, canteiros de flores e plantas, árvores altas, faixas de pedestres e pontos de ônibus.

Na Praça Philogomiro Lannes (chamada popularmente de praça da Flash Vídeo) verifiquei que além da ótima estrutura, há também um posto da Secretaria de Obras de Vitória (SEMOB regional nº 9), logo, nota-se uma aproximação e afinidade do poder público municipal com a população a nível mais local, e isso é um fator que facilita a manutenção da estrutura e a organização do bairro tendo em vista que as necessidades dos moradores podem ser percebidas facilmente.

A Praça Regina Frigere Furno (chamada popularmente de praça do supermercado EPA) é considerada um ponto gastronômico de Vitória, famosa por suas comidas de rua geralmente vendidas de quinta-feira a domingo à noite. A praça é bonita, bem cuidada, tem flores, árvores, bancos, boa iluminação e banheiros públicos. Ao redor dela, há um ponto de taxi que facilita o transporte e deslocamento das pessoas, três galerias, lojas de vários

segmentos, mercado, farmácias e banco. Do mesmo modo que a Praça Anibal Antero Martins, aqui é possível verificar uma rede de comércios e serviços nas ruas adjacentes, transformando-a em referência comercial no bairro. Nesse aspecto, conta com um rico comércio local de bolsas, calçados, roupas, restaurantes, farmácias, bancas de revista, escolas públicas, unidade de saúde, barraqueiros, super mercado e posto policial (a chamada Polícia Interativa).

Em ruas adjacentes próximas a essa praça existem mais duas pracinhas pequenas, porém, muito bem organizadas, locais de feiras livres e onde se encontram brinquedos infantis infláveis nos fins de semana à noite.

No centro dessa praça há uma quadra poliesportiva muito frequentada onde, jogam times de idades diferentes, e sempre há professores orientando e pais observando os jogos, são meninos e meninas do bairro. Essa quadra será mostrada no próximo capítulo ao tratarmos dos equipamentos para práticas corporais.

Em Jardim da Penha, a SP é mais um elemento que se soma à ótima estrutura do bairro, e isso foi constatado a partir de fatores contribuintes como a presença de uma base georreferenciada da Polícia Militar com viaturas que fazem a “Patrulha da Comunidade” (foto 6), um tipo de polícia interativa comunitária que faz um policiamento preventivo no bairro. Para além do que está georreferenciado, é comum verificar a presença desse policiamento ostensivo no bairro, também com policiais de bicicleta, a pé ou de carro fazendo rondas. Esse policiamento é importante porque além de dar visibilidade à população que se sente mais segura e reconhece a presença do Estado, inibe e desestimula a criminalidade. Nesse sentido, a vigilância ostensiva faz com que poucas pessoas em situação de rua se estabeleçam na região, e não é comum ver pessoas pedindo esmolas como se vê no centro da cidade, por exemplo.

Foto 6: Base e viaturas da Polícia Militar na Praça Regina Frigere Furno em Jardim da Penha.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 23/05/2015.

Segundo Bagrichevsky et al (2013), a segurança pública vem se destacando na avaliação das condições de vida e saúde populacionais, e assim como outros fatores intraurbanos, interfere na relação dos sujeitos e comunidades com as práticas corporais. Supõe-se que sair às ruas para realizar tais práticas podendo contar com a proteção do Estado resguardando os bens materiais e a vida seja melhor. Nesse sentido, em comunidades precarizadas as pessoas podem ter medo de ir às ruas realizar práticas corporais, tendo em vista o risco de se deparar com situações como tráfico de drogas, uso de entorpecentes, tiroteios ou balas perdidas em confrontos entre gangues e policiais, ou entre gangues rivais. O medo pode ser um forte impeditivo aos sujeitos para saírem de suas casas e usufruírem do pouco espaço livre e das ruas para realizar práticas corporais. Isso estaria relacionado à força de um poder paralelo nesses lugares, que amedronta e impede que as pessoas vivam e se apropriem dos espaços públicos.

Proietti et al., (2008) assumem que o local de moradia das pessoas, o qual chamaram de “Unidade de Contexto”, e a heterogeneidade do entorno físico e social desse local possui impacto sobre a saúde das pessoas para além das características individuais dos sujeitos que ali residem, ou do grupo social em que estão inseridos.

A área de moradia pode ser percebida como amigável, ou seja, onde se estabelecem boas relações sociais entre vizinhos, ou território a ser evitado. A partir dessa perspectiva a percepção dos sujeitos acerca da liberdade de ir e vir, de realizar práticas corporais, por exemplo, pode ser afetada pela violência urbana ou pela falta de segurança pública (PROIETTI et al., 2008)

Outros estudos constataram a importância da segurança pública no aumento da sensação de segurança nas cidades, e na sensação de segurança dos sujeitos, inclusive durante a realização de práticas corporais. Ainda que tenham um enfoque comportamentalista voltado para analisar “estilos de vida” desses sujeitos, algo não pretendido aqui, esses estudos conseguiram mostrar que a segurança pública é um entre muitos fatores sociais que interfere, de fato, a realização dessas práticas. Nesse âmbito destaca-se os estudos de Petroski et al., (2009), Salvador et al., (2011), Jesus e Jesus (2012), Pitanga et al., (2014).

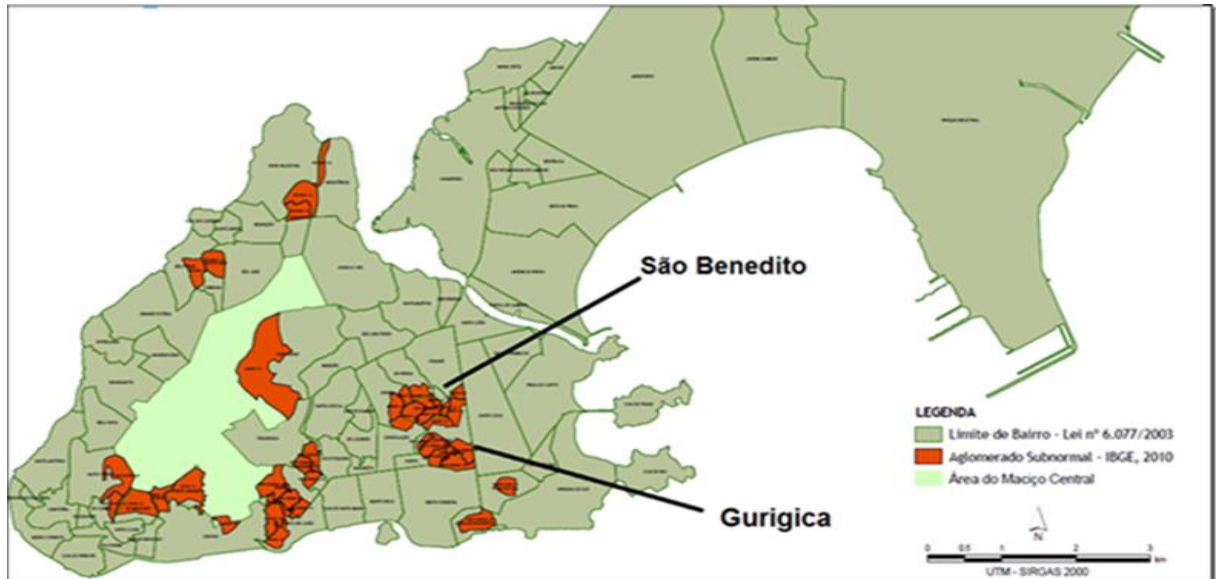
De acordo com Jesus e Jesus (2012, p.443) “a segurança pública pode ser fator estimulador ou inibidor da prática de atividades físicas, principalmente ao ar livre”. Petroski

et al., (2009, p.28) afirmam que “a falta de segurança no ambiente de lazer e no contexto que cerca o local, como nas ruas próximas e no bairro, são aspectos que impedem as pessoas de se exercitarem”. Salvador et al., (2011) e Pitanga et al., (2014) reforçam que antes dos órgãos públicos incitarem práticas corporais é necessário investir em segurança pública e na prevenção da violência, pois essa é uma necessidade emergencial, algo que vai além da construção de espaços públicos para práticas corporais e envolve um sistema de segurança e proteção da população.

Após passar por Jardim da Penha e confirmar o ótimo padrão de organização do lugar, parti para a visita dos outros lugares da pesquisa: Gurigica e São Benedito. Em minhas visitas ao lugar foi possível observar como as iniquidades socio sanitárias estão presentes na vida dos moradores. A realidade, aqui é marcada por precárias condições de vida e o Índice de Qualidade Urbana (IQU) aponta a região entre as dez piores do município em termos de infraestrutura e qualidade urbana, sobretudo quanto às variáveis: renda, habitação, ambiente e escolaridade.

Em estudo realizado por Marzari et al (2013), em que mapearam uma comunidade constituída por assentamento de famílias provenientes de diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Sul, analisaram a realidade sociopolítica, ambiental e de saúde dessas famílias e constataram que as condições sociais observadas poderiam ser caracterizadas, em geral, como limitadas e restritas pelo aglomeramento populacional, dificuldades de acesso, alto índice de desemprego, uso de drogas ilícitas, tráfico de crianças e outros agravantes sociais, que contribuem para que a população alvo fique cada vez mais à margem da sociedade. Ainda no escopo desse estudo, a fala dos entrevistados apontou para a inexistência de áreas ou espaços de lazer e convivência nesta comunidade, fato este que, segundo os autores, contribui para o isolamento social das famílias e, talvez, para o aumento do índice de usuários de drogas e da violência local.

Figura 3: Mapa dos aglomerados subnormais de Vitória com destaque para os bairros Gurigica e São Benedito. Feito com dados do IBGE (2010).



Fonte: Adaptado de Prefeitura de Vitória (2012).

Gurigica e São Benedito são áreas de aglomerados subnormais²², como é possível confirmar na figura 3, com famílias morando em péssimas condições sanitárias e ambientais. Caracterizados por terem as piores condições de habitabilidade de Vitória, apresentam em comum um traçado urbanístico irregular com poucas ruas ainda mal conservadas, muitos becos e escadarias para o deslocamento de pedestres, uma elevada densidade de ocupação em que num mesmo quintal moram várias famílias; casas em condições precárias, bastante vulneráveis ao deslizamento e desmoronamento, fato que se agrava com as encostas íngremes.

Essas constatações corroboram as evidências de Marzari et al., (2013), que ao analisarem as condições ambientais de uma comunidade vulnerável verificaram que as residências encontravam-se desordenadas e construídas muito próximas umas das outras, sem condições mínimas de conforto e segurança. Além de precárias, as casas ou “casebres” eram pequenos para o número de pessoas que nelas residiam. Verificaram, nas casas, a inexistência de forro, iluminação, ventilação e instalações hidráulicas. Segundo os autores, muitas famílias

²² O termo aglomerado subnormal é utilizado pelo IBGE para designar assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros (IBGE,2010).

agrupavam-se no mesmo terreno, a fim de otimizar o espaço físico e facilitar as interações entre os membros da família, as quais eram bastante intensas e afetuosas, na maioria dos casos.

Segundo Marzari et al., (2013) além das condições precárias das moradias, foram evidenciados problemas tais como: animais dentro das casas; saneamento básico ineficiente e inadequado; acondicionamento impróprio do lixo, o qual permanece a céu aberto; estradas em péssimas condições; circulação livre de animais nas ruas que, em muitos casos, contribuem na proliferação de doenças.

As evidências de Marzari et al., (2013) encontram-se em consonância com esse estudo, em que elementos básicos de infraestrutura urbana nos lugares pesquisados são deficitários, como saneamento básico por exemplo. Em Gurigica, segundo dados da Prefeitura, ainda há a presença de 218 domicílios com esgoto inadequado, como fossa rudimentar (3), lançado diretamente em rios ou lago (1), vala (207), domicílios sem banheiro ou sanitário (7). Em São Benedito, esse número é menor, são 28 domicílios. Desses, utilizam fossa rudimentar (22), vala (2), lançado em rio/lago (4) (PREFEITURA de VITÓRIA, 2013). Logo, esse quadro constitui ameaça à saúde dessas comunidades, necessitando da intervenção da gestão pública para sanar esse problema.

De fato, existe em Gurigica e São Benedito, uma violência estrutural, que se manifesta pelas condições adversas e injustas da comunidade expressa pelo quadro de precariedades, falta de condições mínimas para uma vida digna com acesso a moradia, saneamento básico, lazer, além da violação dos direitos humanos, fato que condiciona o modo de vida e o processo saúde-doença dessa população. As fotografias exibidas anteriormente mostram vários aspectos de configuração socioespacial destas localidades, as quais, em parte, já justificam as fortes iniquidades que atingem seus habitantes.

Somando-se a isso, outra violência, que também condiciona os modos de vida, e que esse lugar está submetido é aquela provinda do tráfico de drogas, que “alicia” o menor em favor da criminalidade. Bagrichevsky et al., (2013) estabeleceram uma relação entre o número de homicídios (que é um indicador de violência) de alguns bairros de Vitória e o valor de IQU que eles apresentavam. Mostraram que entre os dez piores bairros de Vitória, em valores de

IQU, Gurigica ocupou, em 2010, a terceira posição em número de homicídios de Vitória, com um total de 6 homicídios, considerando o local de ocorrência do fato violento. Nesse mesmo estudo, os autores buscaram mostrar, que em locais como Gurigica onde o número de homicídios foi alto, não havia um importante serviço de saúde de Vitória, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), o que configura iniquidade, sobretudo quando analisado os dez melhores bairros em valores de IQU, onde além de ter a presença do SOE, o número de homicídios foi menor.

Entre os dados apresentados pelos autores, Jardim da Penha totalizou 1 homicídio e São Benedito 0. Essa ausência de homicídios em São Benedito pode estar relacionada à presença de uma base da Polícia Militar no bairro, que pode ser um fator inibidor de fatos criminosos, ou, por outro lado, ao controle paralelo exercido pelos traficantes, que evitam a ocorrência desses fatos com o intuito de inibir ações policiais no bairro.

É importante salientar de antemão, que o sentido da pesquisa de campo não foi mostrar que um lugar é “melhor” e o outro é “pior”. Mostrar as iniquidades e diferenças em relação a Jardim da Penha não implica desqualificar o lugar precarizado, que também apresenta sua vertente de solidariedade, de felicidade e de identidade cultural, ou seja, ainda que existam dificuldades no contexto de vida dos sujeitos, há elementos que os identificam e dão vitalidade às relações sociais desenvolvidas ali.

5.2.2 Gurigica: “precariedade como característica marcante do lugar”

Gurigica está localizado nas mediações da Av. Marechal Campos em Vitória, próximo aos bairros São Benedito, Bairro da Penha e Horto. Dele fazem parte as comunidades de Constantino, Floresta e Jaburu. Segundo dados do IBGE (2010), possui uma população de 5.997 habitantes. A condição socioeconômica é considerada baixa, e o ínfimo valor de IQU (0,36) corrobora isso.

No site da prefeitura também está disponível a história do bairro, como segue resumidamente:

A trajetória da ocupação clandestina na região de Gurigica, anteriormente denominada de região de Jaburu iniciou a partir de 1945, quando ocorreu as primeiras invasões no morro, e em 1954, ano marcado pela ocupação efetiva. Esse período marca a época em que se processa a urbanização dos antigos mangues,

localizados onde hoje se encontram as Av. Vitória e Leitão da Silva. A expansão dos aterros e o avanço da urbanização começou a expulsar a população local que foi se deslocando para encostas da Fazenda Baixada da Égua, desencadeando as primeiras invasões na região onde hoje se localiza o Morro do Jaburu. As invasões aconteceram inicialmente nas regiões baixas por ser de melhor acesso e próximo ao grande centro da cidade. Posteriormente, com a ocupação já acentuada na parte baixa, as encostas foram dando lugar aos assentamentos. As ocupações aconteceram em sua maioria espontaneamente por famílias que viviam em dificuldades e não tinham onde morar (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Minhas idas a campo nesse lugar se deram por intermédio da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Consolação, que atende os bairros Gurigica, Consolação, São Benedito e Horto. A condição de becos e o intenso narcotráfico do lugar não me deram liberdade de caminhar sozinha, sendo essencial o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde (ACS) da UBS. Nesse lugar, não passei aleatoriamente pelos locais onde eu queria, mas acompanhei as agentes passando pelas microáreas onde elas atendiam. O território possui 30 microáreas, e pude passar por quase todas, com exceção de duas completamente dominadas pelo narcotráfico, locais que não possuem cobertura de ACS.

Algumas dificuldades estiveram presentes no estudo de campo desse lugar: o fato de eu não poder transitar sozinha pelo local gerou uma dependência das agentes, tornando minha observação limitada. Eu podia ir apenas aos locais onde elas podiam me levar e fotografar onde elas permitiam. Outra dificuldade foi não ter encontrado nenhum mapa completo que estivesse disponível para consulta e que mostrasse o nome de todas as ruas, becos e escadarias existentes a fim de me orientar no espaço. Essas dificuldades operacionais, que não ocorreram na visita a Jardim da Penha, mostram o quanto as iniquidades estão presentes na vida dessa comunidade desde a sua organização espacial.

De maneira semelhante a Jardim da Penha, meu objetivo com esta ida a campo foi observar o lugar buscando informações sobre a infraestrutura, e sobre os equipamentos públicos presentes nele, sobretudo os equipamentos para práticas corporais e os de segurança pública.

As idas a campo foram realizadas nos dias 19 de maio de 2015, uma terça-feira, e no dia 24 de julho de 2015, uma sexta-feira. Percebi, logo no início da subida ao morro, as dificuldades que a população (inclusive as ACS) tinha que enfrentar com relação à geografia física do bairro. Esse se encontra numa área de aclave, sendo composto por morros e ladeiras

altas, há poucas ruas, mas muitos becos e escadarias, por onde as pessoas transitam, sendo assim, a acessibilidade e o deslocamento se tornam prejudicados, incapacitando muitas pessoas como os doentes e idosos por exemplo. Muitos desses becos e escadarias não possuem identificação, como nomes, o que também dificultou o trabalho de campo.

Em se tratando da infraestrutura e de equipamentos públicos no lugar, as demandas são diversas, principalmente em questões básicas como renda, habitação, educação, saneamento, lazer, trabalho, entre outros. De fato, ali a população carece das condições básicas para uma vida salutar, algo que vai de encontro a muitos bairros abastados de Vitória.

A habitabilidade dos seus locais de moradia é imprópria. A qualidade das construções é baixa e a estrutura é precária, são pequenas (entre um e dois cômodos), sem reboco e cobertas com telhas de amianto. Num mesmo quintal residem várias famílias, e não há espaçamento entre as casas, ficando restrito o espaço para as crianças brincarem.

Grande parte das casas encontra-se em áreas de risco como barrancos e encostas, são ocupações irregulares resultado das precárias condições de vida e da segregação sócio-espacial da população. Nesse cenário, notei a existência de alguns barracos de madeira, como observado na foto 7, em que os moradores ainda residem em condições insalubres.

Foto 7: Casas e banheiros de madeira no bairro Gurigica.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Constatei que há muitos fios de eletricidade acessíveis e oferecendo perigo às pessoas, por estarem muito próximos às janelas, por se encontrarem baixos demais, ou por formarem um emaranhado amarrado de forma desorganizada possibilitando curtos elétricos. Há muitos postes de luz por todo o lugar, porém, devido à luz do dia, não pude confirmar se a iluminação pública é suficiente a fim de possibilitar aos moradores saírem às ruas no período noturno para realizarem práticas corporais.

Não há comércios bem estruturados, como mercados, padarias e lojas, mas apenas pequenos botequins feitos de madeira que vendem biscoitos, salgadinhos, cigarros e bebidas. Avistei duas igrejas evangélicas e percebi que na rádio comunitária tocavam hinos evangélicos. Isso evidencia a importância da existência de associações religiosas formando uma rede social como estratégia para ajudar os moradores a reivindicar e enfrentar os problemas locais. Muitas vezes, são a força que a população dispõe em momentos difíceis, assim como a própria união de moradores e vizinhos. Segundo Stotz (2003) as igrejas ocupam um lugar de “peso” no campo da assistência social, e têm um papel (muitas vezes exclusivo) de proteção à população que é altamente importante.

Não há escola ou creche, e os alunos, de todas as idades, têm que se deslocar até bairros vizinhos como Itararé ou bairro Da Penha para estudarem. Por outro lado, há equipamentos de assistência social importantes para crianças e adolescentes, como o Cajun (Projeto “Caminhando Juntos”), que oferece capoeira, dança, circo, coral, percussão, informática para crianças de 6 a 15 anos de idade. Há também o CRAS (Centro de Referência e Assistência Social), que atende famílias em risco psicossocial. A Assistência Social possui um papel fundamental aqui, e muitas vezes, é a área que “toma partido” de muitos problemas da comunidade, os quais necessitam também da atenção de outros setores como educação, esporte, lazer, cultura, saúde, infraestrutura ou saneamento, mas não basta ter a soberania da Assistência Social num lugar, sobretudo quando este é privado de tantas outras coisas.

Outro fato que despertou atenção foi que apesar de haver rede de esgoto e água, o saneamento básico ainda é deficitário no que tange à coleta de lixo, pois a quantidade de lixo pelas ruas e terrenos baldios é muito grande, as fotos 8 e 9 mostram um pouco dessa insalubridade que pode gerar doenças na população. É incompatível pensar que exista coleta seletiva nesse lugar, sendo que a própria coleta básica é deficitária. Muitos cachorros andam

soltos pelas escadarias e becos, espalhando fezes e rasgando as sacolas para comer o lixo, foi possível ver restos de alimentos espalhados pelo chão e muitas moscas sobre eles.

Foto 8: Lixo acumulado em terreno do bairro Gurigica.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Foto 9: Lixo acumulado em rua do bairro Gurigica.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Ao passar pelas ruas, pude perceber quintais de casas em condições ruins de higiene. O que vi, com frequência, foi um amontoado de coisas velhas e quebradas e muitos recipientes vazios como copos e garrafas jogados pelos cantos e acumulando água. Num dos quintais, além do lixo acumulado que contribuía para um odor ruim, havia pedaços de tecido rasgado, e como o quintal se encontrava molhado, as tábuas de madeira eram usadas para a passagem das pessoas (fotos 10 e 11).

Tendo em vista essa situação insalubre, é importante salientar que esse tipo de situação transcende o controle do Estado, o qual realiza ações de vigilância epidemiológica objetivando controlar certas doenças advindas dessa insalubridade. Mas também não se pode “culpar” exclusivamente os sujeitos por essa situação, que aparenta estar relacionada a outras privações no contexto de vida das pessoas, como uma educação básica deficitária, trabalho, renda e moradia também deficitários. Nesse âmbito, a boa ou má higiene não são questões culturais ou de uma simples escolha que compete a cada estrato social ou a cada sujeito assumirem, mas fazem parte de um contexto de precariedades imbricado na vida das pessoas e que, quase sempre, atravessa gerações.

Foto 10: Quintal de uma casa do bairro Gurigica em condições insalubres.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Foto 11: Lixo, recipientes vazios e risco para doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Essas más condições de higiene e saneamento do lugar são risco para muitas doenças, principalmente em crianças pequenas, bebês recém-nascidos e gera contaminação da água e proliferação de animais transmissores de doenças como ratos e mosquitos. Pude perceber esse risco quando cheguei a uma residência com a agente para que ela fizesse sua visita domiciliar; no momento a moradora procurava por uma ratazana que havia passado por ali, e as más condições do quintal da casa eram propícias para que isso acontecesse. Algo preocupante é que nessa casa havia um bebê com cerca de 1 ano de idade.

Percebi muitas escadas e becos molhados, como se houvesse vazamento de água em algum lugar, porém, eu não consegui identificar de onde vinha. Havia formação de limo em certas escadas, gerando riscos de escorregões principalmente para idosos que utilizam essas estruturas. Corrimões já foram colocados, pela gestão municipal, na maioria das escadas, com o intuito de facilitar a subida e a descida das pessoas, mas identifiquei algumas ainda sem a presença destes.

Juntando-se às más condições socioeconômicas do lugar notei muitas meninas, ainda novas, com corpo de criança, carregando filhos recém-nascidos nos braços ou grávidas.

Contei seis durante o os dois dias em que estive no bairro. Com algumas delas as agentes falaram sobre o pré-natal, e com outras, falaram sobre a vacinação contra a gripe que estava ocorrendo na UBS, para que elas levassem seus filhos.

Pude perceber ainda as vulnerabilidades ali presentes quando me deparei com um pino (recipiente) de cocaína vazio caído no chão. Próximo dali, vi jovens aparentando entre 15 e 20 anos comprando e vendendo drogas em uma escadaria, à luz do dia. A reação da agente que me acompanhava diante dessa cena foi a seguinte: ela abaixou a cabeça e sinalizou para que eu fizesse o mesmo ao passar pelo local. Suponho que encontrar pinos pelo chão, ou se deparar com cenas como essa, seja algo comum entre os moradores, e que isso gera uma sensação de insegurança na população.

Uma vez que a ação do narcotráfico é algo imperante no lugar, são constantes os conflitos entre grupos de traficantes rivais ou entre traficantes e policiais. Na foto 12, provinda de noticiários locais, é possível ter uma noção da realidade violenta que circunda esse lugar, trazendo medo aos moradores e de como os traficantes têm o “poder” (um poder paralelo) nessas comunidades.

Foto 12: Pichação na entrada do morro do Jaburu (Gurigica), feita em 2012 num confronto entre traficantes rivais.



Fonte: Tribuna Online. <https://www.youtube.com/watch?v=5PQdkyago>

Em Gurigica, não foi avistado qualquer equipamento de segurança pública, ou que indicasse a presença desse serviço, como viatura rondando, base de polícia ou policiais nas ruas, o que comprova a falta de segurança pública no lugar. O que há, segundo relatos da ACS, são ações pontuais e objetivas para conter o narcotráfico.

Ao contrário de Jardim da Penha, aqui não vi policiais nas ruas fazendo a “Patrulha da Comunidade”, e a questão que se coloca não é qual lugar precisa mais desse serviço de segurança pública, até porque Jardim da Penha também está sujeita às ações criminosas e ao tráfico de drogas, mas considerar que esse é um elemento fundamental e condicionante para a saúde das pessoas e, sobretudo, um direito da população a ser assegurado pela gestão pública.

5.2.3 São Benedito: “precariedades que se repetem”

São Benedito é o bairro que possui o índice de qualidade urbana (IQU) com o menor valor de toda a cidade de Vitória (0,20), inclusive se comparado ao bairro vizinho antes visitado (Gurigica), fato que se confirmou na minha visita ao lugar. Encontra-se localizado, entre os bairros Da Penha, Consolação, Bonfim e Itararé. Tem como limites as avenidas: ao norte, Maruípe, ao sul, Vitória, a leste, Leitão da Silva, e a oeste, Marechal Campos. Sua população, segundo o IBGE (2010), é de 2,789 habitantes.

Historicamente, assim como Gurigica, esse lugar também carrega as características de uma área ocupada clandestinamente. Igualmente, é uma área de aclave e não há nenhum planejamento de ruas e avenidas, as pessoas transitam por escadarias e becos. As casas são, em sua maioria, muito pequenas, sem reboco e cobertas com telhas de amianto.

No site da prefeitura de Vitória é possível encontrar um pouco da história do bairro como segue resumidamente:

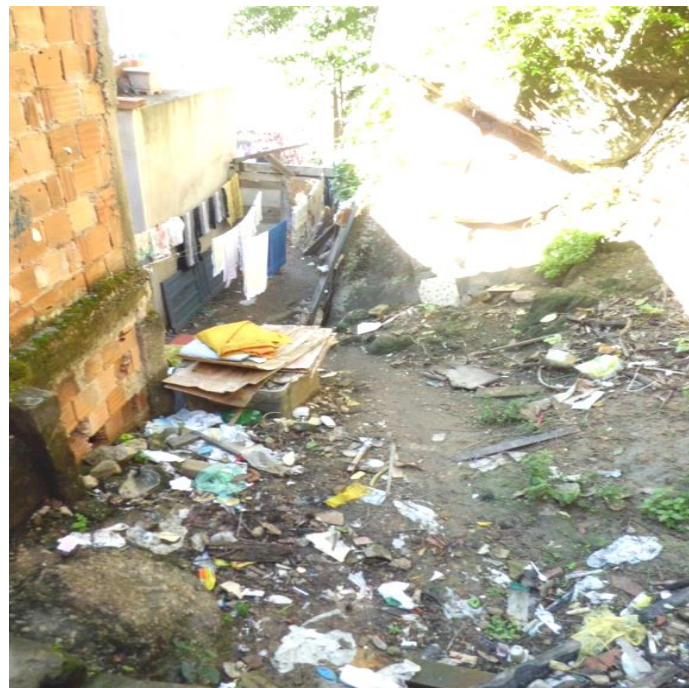
A ocupação no bairro ocorreu no início da década de 60, com a liderança do Sargento Carioca. Nesta área a tática de ocupação foi inicialmente o agrupamento de pessoas para iniciar os assentamentos. O Sargento Carioca reuniu um grupo de pessoas para iniciar a ocupação na área de São Benedito, onde existiam mato e lavoura de café e cana. As pessoas que podiam ir ao encontro do Sargento Carioca, para ajudar na derrubada das cercas, abertura de áreas na mata, demarcação dos lotes e construção dos barracos. Era o próprio Sargento Carioca que demarcava os lotes para as famílias, que participavam do processo de ocupação. O interessante é que ele não fazia isto para o comércio, e sim para organização da ocupação daqueles que não tinham onde morar (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Muitas dessas pessoas vieram em busca de um novo emprego, melhores condições de vida, saúde e educação para suas famílias. Em sua maioria, trabalhadores rurais expulsos do campo e atraídos pelo processo de modernização industrial que se desenvolvia na cidade de Vitória, principalmente com o surgimento da Companhia Siderúrgica de Tubarão – CST. Essa industrialização atraiu mão-de-obra proveniente de outros Estados, provocando uma ocupação desordenada nos morros, agravando os problemas urbanos do município (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Minhas idas a campo ocorreram em 25 de maio de 2015 e 27 de julho de 2015, ambas na segunda-feira, e também fui intermediada pelas ACS da Unidade Básica de Saúde de Consolação, responsáveis pelas microáreas desse bairro.

Constatei que há nesse lugar, muitos espaços vazios que ainda podem dar lugar a construções, habitações, ou até mesmo a espaços de lazer para a comunidade, são espaços arborizados, com uma linda vista para a baía de Vitória, mas que atualmente estão servindo como áreas para descarte de lixo e entulho. São descartados ali os mais diferentes tipos de móveis e eletrodomésticos como: cadeira, sofá, carcaça de geladeira e fogão. Mas não são apenas os terrenos baldios os locais de acúmulo de lixo, a sujeira pelos becos e quintais é ainda maior que no bairro vizinho, e o odor em certos locais é forte, e se assemelha a esgoto. As fotos 13 e 14 mostram um pouco dessa insalubridade.

Foto 13: Quintal de uma casa no bairro São Benedito, insalubridade e risco de doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Foto 14: Beco Dermival Andrade de Jesus. Lixo no chão e vazamento de água.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Notei que aqui é mais estruturado do que Gurigica, no sentido de haver comércio como, bares, armazéns, padaria, ponto de ônibus, igrejas, escola, mas todos os estabelecimentos com estrutura muito simples e pequenos. Há também um serviço social que atende as crianças, jovens e adultos da comunidade, é o Serviço de Engajamento Comunitário e Reestruturação Familiar (SECRI)²³, o qual pude visitar e observar a estrutura interna que se mostrou muito boa.

Visitei também a escola do bairro que oferece educação a jovens e adultos (supletivo) e ensino fundamental. A escola é muito pequena, possui apenas 4 salas de aula, o que é insuficiente para a quantidade total de alunos que recebe; possui 1 banheiro para todos os funcionários e 2 banheiros para as crianças, uma sala de professores muito pequena, uma sala da diretoria que também é a secretaria, não há refeitório e as crianças merendam na sala de

²³ Esta é uma entidade civil, filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos e realiza trabalhos sociais junto as famílias economicamente desfavorecidas das comunidades de São Benedito, bairro Da Penha, Itararé, Bonfim, Consolação, Floresta e Gurigica, bairros que pertencem a poligonal 1 da prefeitura municipal de Vitória. Fonte: secrri.org.br

aula, não há pátio onde as crianças possam correr e brincar, apenas uma varanda com um amontoado de mesas e cadeiras quebradas.

Aqui há uma pequena pracinha, calçada, e com apenas três mesas, e em cada uma havia quatro banquinhos de concreto. Essa estava cheia de pessoas, algumas esperando o ônibus, outras frequentando os mercadinhos em volta e alguns homens sentados sem camisa, bebendo, fumando e conversando numa mesa. Percebi que aquele ponto era considerado central no lugar, onde as pessoas se encontravam para conversarem e para acompanhar a movimentação no bairro.

Passei por uma propriedade com muito lixo no interior, paredes quebradas, as portas e janelas haviam sido arrancadas. Essa pertencia à prefeitura de Vitória, mas o local estava desprovido de cuidado, apresentando risco de focos de dengue entre os recipientes jogados pelo chão. Foi desapropriada para que por ali passe uma rua, porém, no momento não havia indícios de que a prefeitura houvesse realizado qualquer intervenção ou mesmo cuidado do local, como mostra a foto 15.

Foto 15: Casa desapropriada pela Prefeitura de Vitória, lixo e risco de doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Visitei uma extensa área do bairro que também pertence à administração pública. Esse terreno está destinado à construção de casas populares, inclusive há uma placa do Governo Federal em parceria com a Prefeitura Municipal indicando isso. Mas, como pude ver, as obras que estavam previstas para iniciar em 2011 ainda não haviam iniciado, tampouco havia prazo estipulado para o término (foto 16). Aqui também havia lixo, além de muito mato e poças grandes de uma lama preta, mal cheirosa e cheia de mosquitos (foto 17).

Foto 16: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares. Lixo acumulado, lama suja e risco de doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Foto 17: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

O tráfico de drogas também predomina por aqui, e envolve crianças e jovens desde muito cedo. O que despertou minha atenção nesse sentido foi a presença de uma escadaria alta onde observei ser um ponto comum de tráfico. Ao passar por ali, pude presenciar isso, quando vi um jovem sentado e usando o celular, ao mesmo tempo, abertos no chão, havia dois saquinhos plásticos com as bordas enroladas, e em cada saquinho buchinhas com cores diferentes que não identifiquei o que era. Em um, havia buchinhas escuras, e no outro, buchinhas brancas, então, supus que poderiam ser entorpecentes como crack, maconha, cocaína ou outras drogas; o que foi confirmado pela ACS que relatou a frequência diária dessas ações naquele local. Além disso, havia um montante de dinheiro ao lado das sacolas, era como se o rapaz sentado ali aguardasse os clientes para comprarem a droga, ao mesmo tempo, transitavam por aquela escadaria crianças de todas as idades, que já tinham contato próximo com a criminalidade.

Mais a frente, na mesma escadaria, foi possível observar um grupo de jovens conversando, vestidos com boas roupas, belos chinelos, e fumando. O som que vinha das casas ao lado era alto, e no estilo funk. Eu e a agente passamos por eles como se não estivéssemos vendo nada, e essa foi também a reação de outras pessoas que passavam por ali. Segundo a agente de saúde, ali é um ponto onde ocorrem frequentemente intervenções policiais com o objetivo de apreender armas e drogas, mas mesmo assim, o que presenciei ratifica a ideia de que tais intervenções não são suficientes para conter a criminalidade, e suscita conjecturas de que aqueles traficantes “zoam” com as leis, com a polícia e com a sociedade diante da tranquilidade que demonstraram ao praticar o crime.

A foto 18 é um desenho feito num muro, por um morador desse bairro, no ano de 2013, quando um confronto fervoroso entre bandidos e policiais movimentou o sistema de segurança de Vitória a fim de prender grandes traficantes na região. É possível constatar o medo da comunidade, que diante dessa violência, prefere ficar calada, ou melhor, “não ouvir e não ver nada”, bem como mostra a foto.

Tais atitudes se refletem de forma negativa sobre a saúde mental e física das pessoas, que têm sua liberdade no espaço público limitada diante das ações de certos grupos. Conseqüentemente, as opções por práticas salutares são restringidas nessas comunidades o que demanda ações de saúde pública direcionadas a esses contextos e a essas necessidades.

Foto 18: Desenho feito em 2013, por um morador do bairro São Benedito, num confronto entre policiais e bandidos. Representa o medo da comunidade diante da violência.



Fonte: <http://g1.globo.com/espirtosanto/noticia/2013/02/policia-do-es-e-recebida-tiros-em-comunidade-efuzil-eapreendido.html>

É necessário salientar que, o fato desse lugar precarizado apresentar facções organizadas que comandam o narcotráfico não anula as possibilidades de que Jardim da Penha também esteja sujeito a isso. Todavia, essa problemática é enfatizada aqui como uma característica marcante desse lugar, que condiciona o modo de vida e o comportamento da população, inclusive no que tange a realização de práticas corporais.

Em São Benedito, há uma base nova e desmontável da polícia militar, com uma viatura estacionada na garagem (foto 19). No entanto, ter a base não é um indicativo de proteção da população, pois, como visto na caracterização do bairro, o tráfico de drogas ainda é realizado sob a luz do dia. Se o policiamento estiver concentrado apenas às ações pontuais como batidas nas “bocas de fumo” para apreensão de armas e drogas, como parece acontecer, pouco será resolvido na segurança diária, aquela ostensiva, que inibe o tráfico e a criminalidade nas ruas. Esta pode ser uma estratégia inicial para que, em longo prazo, os resultados esperados apareçam, mas, por enquanto, a população do lugar ainda convive com a insegurança.

Foto 19: Base e viatura da Polícia Militar no bairro São Benedito.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Os “traços marcantes” que observei quanto às condições de vida nos diferentes lugares da pesquisa (Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito), “estampados” na paisagem urbana, como resultado da intervenção (ou ausência) das políticas das gestões públicas, mostra que, em Vitória, há uma disparidade social grande que tende a repelir as camadas mais empobrecidas para longe das localidades mais bem dotadas de bens e serviços públicos. Essas, por sua vez, são apropriadas pelos estratos abonados, que ao exercerem uma forte influência sobre a administração pública, atraem grande parte dos investimentos municipais e estaduais para o melhoramento contínuo de seu bairro. A esse respeito, Boni (2009) ressalta que, em Vitória, as políticas públicas tendem a privilegiar um estrato social dominante que concentra recursos e regalias, enquanto uma grande parcela da população encontra-se excluída dos acessos a serviços públicos e oportunidades.

Segundo Harvey (1980, p.48), “as decisões locacionais de investimentos é que conformam a estrutura urbana e têm intensa responsabilidade na qualidade de vida dos sujeitos, pois a renda real²⁴ destes se altera segundo os recursos disponíveis advindos dessas escolhas”.

²⁴ A **renda real** é definida por Harvey (1980, p.56) como o “domínio sobre os recursos”, exemplo disso é o uso dos espaços livres urbanos ou rurais para prática de esportes, cujo domínio pertence aos níveis médio e superior de renda.

Dessa forma, grupos situados em áreas urbanas com ofertas diferenciadas de bens e serviços públicos possuem diferentes possibilidades de ascensão social. Enquanto os sujeitos da área melhor servida possuem um adicional na renda real, aqueles que não possuem acesso aos bens e serviços estão mais sujeitos à vulnerabilidade social e agudização da pobreza (HARVEY, 1980). Isso demonstra que a distribuição desigual de benefícios gerada pela ação governamental repercute não apenas na valorização dos espaços, mas nas condições de vida dos sujeitos ali residentes.

Em Vitória percebe-se que os altos investimentos, tanto públicos, quanto privados, se concentram nas áreas nobres, gerando maior valorização dessas, e intensificando a acumulação de renda (BONI, 2009). A localização diferenciada, bem como a acessibilidade aos bens públicos e as facilidades influem diretamente na renda real e no conforto dos sujeitos, estando ligada ao “preço social que as pessoas pagam para terem acesso a certas facilidades” (HARVEY, 1980, p. 45).

Zanotelli et al., (2014) analisando a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e objetivando discorrerem sobre os processos de expansão urbana nessa região concluíram, entre outras coisas, que a forma como se expande essa Região, no que concerne aos empreendimentos imobiliários e ao vultuoso número de construções tem como efeito a busca da valorização das áreas onde se localizam os empreendimentos lançados pelas construtoras, os quais se destinam principalmente às camadas superiores dos estratos sociais.

Em outro estudo, analisando especificamente a cidade de Vitória, Zanotelli e Ferreira (2014, p.51) constataram que “nos bairros onde a atividade do capital imobiliário é mais intensa, verifica-se [...] **a ação do Estado na promoção de diversos equipamentos**” (grifo nosso). Do exposto, entende-se que há uma estreita relação entre a renda real e as decisões políticas, que tendem “a beneficiar o rico e a enfraquecer o pobre” (HARVEY, 1980, p. 60).

Para demonstrar essas contradições, Boni (2009) realizou um mapeamento da segregação socioespacial em Vitória através da síntese de diversos dados censitários de 2000. Sua análise pautou-se na distribuição de renda entre os responsáveis pelos domicílios da

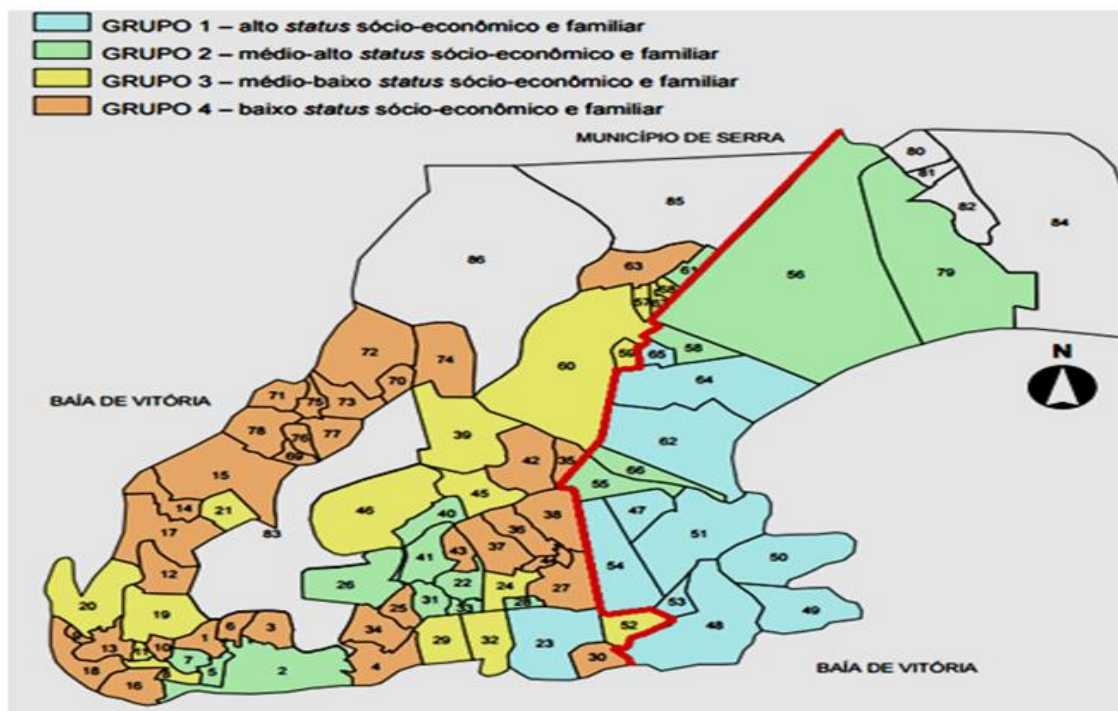
cidade, e a autora demonstrou que, de fato, existe uma linha imaginária que divide a cidade com uma considerável concentração de renda, onde os mais ricos (incluindo os grupos de Jardim da Penha) acumulam boa parte das riquezas, enquanto uma pequena parcela dessas é distribuída entre um grande contingente de população de menor poder aquisitivo (incluindo os grupos de Gurigica e São Benedito) como ilustrado na figura 4.

De acordo com Boni (2009, p.79):

Os grupos sociais de alto *status* se concentram na área leste de Vitória; a área oeste e os morros da cidade são ocupados fundamentalmente por grupos de baixo e médio-baixo *status*. Os grupos de médio-alto *status* estão localizados agrupadamente na região central e nas adjacências dos grupos de alto *status*.

A evolução urbana da cidade provê explicações para essa distribuição, que foi regida basicamente pelos planos de ocupação governamentais e pelo desenvolvimento do mercado imobiliário (BONI, 2009). Os problemas decorrentes do processo acelerado de urbanização não foram acompanhados de uma resposta política, o que resultou numa acentuada defasagem quanto à sua resolução (BONI, 2009).

Figura 4: Mapa com a conformação espacial dos grupos sociais na cidade de Vitória. Destaque para a "linha imaginária" que divide a cidade. Elaborado com dados do censo demográfico de 2000.



Fonte: Adaptado de Boni (2009).

A análise dos lugares provinda da minha pesquisa de campo, além de outras pesquisas realizadas recentemente como Bagrichevsky et al., (2013), Zanotelli e Ferreira (2014), dão indícios de que a iniquidade seja uma realidade forte em Vitória, e de que a imagem de uma “cidade partida”, como apresentada por Boni (2009), não se modificou com o tempo.

Pretende-se, no próximo capítulo, que é o derradeiro, apresentar as contradições existentes entre o que se proclama a nível governamental e as ações políticas instituídas no nível mais local, tendo como foco a cidade de Vitória/ES e seus diferentes lugares. Analiso nessa parte se as iniquidades sociais existentes nessa cidade exercem influência sobre o estado de saúde-doença da população, e se a destinação de programas de saúde pela gestão pública prioriza com equidade a singularidade desses lugares, inclusive no tocante às práticas corporais. Para tanto, após uma introdução sobre as práticas corporais e sua institucionalização no campo público, o capítulo se divide em duas partes, na primeira apresento as “evidências do campo” mostrando os equipamentos para práticas corporais presentes em ambos os lugares da pesquisa. Na segunda, o objetivo foi ressaltar as contradições encontradas através da cartografia, elemento que auxiliou a mostrar como se distribuem os equipamentos públicos para práticas corporais, e os de segurança pública, no espaço urbano de Vitória e nos lugares selecionados para a análise.

6. DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS PARA PRÁTICAS CORPORAIS EM VITÓRIA: INIQUIDADES OU NÃO?

As práticas corporais se tornaram cada vez mais alvo de atenção por parte da sociedade civil e no âmbito das políticas públicas, haja visto os discursos veiculados e os esforços demandados em seu incentivo. Mas a intenção, nessa pesquisa, foi analisá-las para além dos benefícios biológicos seguindo na contramão dos discursos prontos e incessantes. Nesse sentido, a discussão que se segue é importante para gerar reflexões a respeito do incentivo a essas práticas em comunidades precárias, e não se trata de negar os seus benefícios biológicos ou dizer que elas não deveriam ser incentivadas ou implementadas nesses lugares, aliás, como direito da população brasileira, necessitam ser estendidas aos diferentes estratos sociais nesse país. Mesmo sendo um direito, o que se percebe, é uma incongruência entre a legislação disponível no Brasil e a distribuição dos equipamentos para essas práticas em lugares segregados.

As práticas corporais estão envolvidas por um grande número de significados e podem ser analisadas de distintas maneiras pelos estudos científicos. A existência das iniquidades em saúde, tal como foi apresentado nos capítulos anteriores, suscita uma questão que merece ser pensada ao tratarmos das práticas corporais como um elemento requisitado, a nível governamental, para a promoção da saúde: em que circunstâncias tais práticas promovem saúde, bem estar e qualidade de vida?

Sem esgotar as diferentes possibilidades de análise, ou arriscar-me na amplitude temática relacionada às práticas corporais, a exposição prévia do que seria o bem-estar é fundamental no entendimento do significado dessas práticas em diferentes contextos de vida dos sujeitos e grupos sociais. A partir desse entendimento, é possível conjecturar que realizar uma prática corporal de modo prazeroso, tranquilo e preparado, nem sempre é possível, ainda mais se considerarmos os contextos iníquos.

O “bem-estar” almejado quando se propõe a promoção da saúde a partir da realização de práticas corporais, está intimamente relacionado com a definição de saúde da OMS promulgada em 1946, que traz a conotação de saúde como “completo bem estar físico, mental

e psicossocial” (WHO, 2009). Esse constitui o prisma sob o qual estão sendo criados os programas, e formuladas as ações referentes às práticas corporais no Brasil e no mundo.

Batistella (2007) faz um contraponto a essa definição, uma vez que se mostra insuficiente na abrangência do simbolismo, da subjetividade e dos condicionantes dos estados de saúde-doença das pessoas em diferentes contextos sociais. Para Caponi (1997), a tentativa de alcançar o bem-estar pode gerar nas pessoas expectativas de uma existência humana sem angústias ou conflitos. Todavia, esses são fatores inerentes à própria existência humana e de cada sociedade, e nem sempre estão sujeitos a intervenções.

O termo “qualidade de vida” é questionado por Minayo, Hartz e Buss (2000) com quem compartilhamos a ideia. Segundo os autores, ele não se aplica às diferentes dimensões da vida e aos grupos sociais da mesma forma, sendo empregado de forma genérica como se as pessoas necessitassem dos mesmos recursos para alcançar esse estado.

Esse termo possui uma dimensão da estratificação social relacionada aos desejos dos estratos sociais abastados, que se imbuem de “determinar” os elementos necessários para se alcançar a “qualidade de vida” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Por isso, é possível conjecturar que na sociedade contemporânea, a demanda por práticas corporais reflete, muitas vezes, as necessidades desses estratos, que diante de uma hegemonia determinam socialmente os hábitos considerados “saudáveis” e as formas para se “obter saúde”. Isso não significa que elas não sejam importantes do ponto de vista biológico, mas é preciso pensar em que contextos sociais têm sido aplicadas e incentivadas, e as formas como se dá esse incentivo.

A condição econômica influencia de forma diferenciada o comportamento dos sujeitos. A possibilidade restrita de escolha e de acesso aos serviços públicos, bem como a necessidade de cumprir com jornadas de trabalhos diários são fatores que exercem forte influência. A falta de tempo é algo recorrente, que acomete as pessoas no mundo contemporâneo, e o fato de o trabalho ocupar um lugar central na vida dos sujeitos restringindo seu tempo, representa uma grande dificuldade para a realização de práticas corporais, independente do desejo pessoal (PALMA, 2000).

Fatores como condições de transporte, de acesso aos equipamentos públicos, às novas tecnologias, à violência urbana, o processo e organização do trabalho, podem explicar melhor

essa não adesão às práticas corporais em certos contextos, ao invés da suposição por parte da mídia, ou mesmo pelos profissionais de saúde, de que existiria uma “má vontade” intrínseca aos sujeitos (WARSCHAUER, 2008; PALMA, 2009; MENDONÇA, 2012). Quanto a isso, essa pesquisa não objetivou analisar comportamentos, ou seja, se as pessoas estão realizando práticas corporais, sua frequência, tampouco, como estão realizando, é mais importante aqui conhecer os fatores que impossibilitam ou possibilitam essa realização em diferentes lugares num meio urbano, entre eles, a distribuição de equipamentos públicos.

A análise do contexto é importante para um melhor direcionamento dos programas e ações relacionados às práticas corporais. Tendo em vista que a saúde depende de um contexto amplo, como visto nos capítulos iniciais, implantar equipamentos em lugares onde o contexto é de miséria e violência e esperar que os sujeitos desse lugar utilizem tais equipamentos buscando o “bem-estar” e a “qualidade de vida”, pode não ser um modo sensato de se promover saúde. Segundo Palma (2001), reconhecer a vulnerabilidade dos grupos sociais e as iniquidades existentes num lugar é fundamental, uma vez que a promoção da saúde não pode se distanciar das condições de vida da sociedade. Por isso, respeitar o direito às práticas corporais valorizando outros setores públicos, para que os sujeitos tenham possibilidades de praticá-las, com prazer e liberdade, aparenta ser a melhor forma de ação nessa perspectiva.

Algumas ações governamentais revelam os investimentos envolvidos no incentivo às práticas corporais no Brasil. O Ministério da Saúde publicou portarias e fez modificações na lei orgânica da saúde (8080/90)²⁵ a fim de incluir essas práticas, mas também normatizar, assegurar, ampliar e intensificar os cuidados à saúde baseados na sua realização.

Mediante a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde as práticas corporais foram institucionalizadas como um compromisso político municipal, estadual e federal. Nesse âmbito, o que está contido na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratifica a função do Estado brasileiro em prover condições para essas práticas no Brasil. A elaboração dessa Política, em 2006, apresentou-se como “possibilidade de enfocar os aspectos

²⁵ Em 2013 foi aprovado o Projeto de Lei, que desde 2007 tramitava na Câmara dos Deputados em Brasília (PL 1266/2007) incluindo a atividade física como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, portanto uma mudança no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 2013).

que determinam o processo saúde-doença-cuidado [...]; potencializando formas mais amplas de intervir em saúde” (BRASIL, 2006, p.14).

Como um dos eixos prioritários, essa política prevê ações públicas que estimulem as práticas corporais na rede básica de saúde e na comunidade (BRASIL, 2006) e entre as ações estão:

- Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física (BRASIL, 2006).
- Construir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção à saúde) (BRASIL, 2006).
- Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos, criação de ciclovias e pistas de caminhadas, segurança para a prática, entre outros) (BRASIL, 2006).

Essa política postula que as práticas corporais sejam incentivadas pelos poderes públicos, pelos gestores, e fomentadas pelo Sistema Único de Saúde, por serem elementos capazes de promover (em tese) uma vida saudável às pessoas (BRASIL, 2006). Esse é o primeiro indício da importância que tem sido dada a essas práticas no Brasil, bem como a valorização ao ambiente onde porventura possam ser desenvolvidas.

Em 07 de Abril de 2011, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 719 autorizando o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal com o objetivo de manter, monitorar e fortalecer as ações destinadas às práticas corporais nos Estados e municípios contemplados com incentivo para construção de polos do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2014).

O Programa Academia da Saúde constitui um modelo de intervenção nacional em Promoção da Saúde, que tem as práticas corporais/atividades físicas como um eixo central de suas ações. Visa contribuir para a equidade no acesso a ações voltadas à produção do cuidado [...] em espaços qualificados, constituindo-se equipamento da atenção básica em saúde (BRASIL, 2014).

Como Vitória é a cidade alvo dessa pesquisa, algo interessante é o fato de ter sido uma das primeiras cidades brasileiras a implantar programas como esse, e mais interessante ainda é o fato de ter sido reconhecida por isso, e ter sua iniciativa expandida nacionalmente.

O Programa Academia da Saúde foi inspirado em experiências já existentes no país, relacionadas com práticas corporais, entre elas, está o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015b) desenvolvido pela prefeitura de Vitória, que utiliza essas práticas como estratégias de promoção da saúde.

O SOE está em pleno funcionamento, e oferece aulas gratuitas de alongamento, ioga, hidroginástica, ginástica localizada e voleibol master (para maiores de 40 anos), além de caminhada e dança. As aulas são ministradas por professores e estagiários de Educação Física em módulos instalados em parques, praças e outros espaços públicos de Vitória (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015b). Há atualmente um total de 16 módulos do SOE em funcionamento.

Esse serviço, criado em 1990, é o primeiro de incentivo à prática corporal vinculado ao sistema público de saúde de que se tem registro no país. Quanto a isso, Bagrichevsky et al., (2013) atentam para o fato de sua antecipação temporal antes mesmo da entrada em vigor do PSF (Programa de Saúde da Família)²⁶, em 1994. Fato que demarca a importância governamental dessas práticas dentro dos serviços de saúde.

Desse modo, o processo de reconhecimento e institucionalização das práticas corporais indica que essas têm sido consideradas pelo governo brasileiro como algo importante para a promoção da saúde, ainda que estejam sendo baseadas em objetivos um tanto quanto estigmatizantes como combater o sedentarismo, ou estimular “modos de vida saudáveis”. É importante atentar para o fato de que tanto o Programa Academia da Saúde, quanto o SOE, foram desenvolvidos por ações governamentais, revelando uma articulação forte das três esferas de governo para a promoção da saúde através dessas práticas.

²⁶ Hoje, nomeado de Estratégia de Saúde da Família, pois, segundo Paim (2013), constitui uma estratégia de mudança do modelo assistencial que foge à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, não é uma intervenção paralela e vertical às atividades dos serviços de saúde.

Serem asseguradas juridicamente, não é sinônimo de que as práticas corporais sejam garantidas como um direito social, e de que tenham sua prática democratizada. Todavia, independente da importância que tem sido dada a elas, a nível governamental, sua institucionalização implica num compromisso público, assumido nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), que traz para o SUS a responsabilidade de gerir ações de vigilância epidemiológica, ofertar equipamentos e fiscalizar os serviços em cada lugar para que nenhum saia em desvantagem em relação a outro.

Embora não seja prudente pensar em políticas públicas apenas na esfera do Estado, tendo em vista que a política não é restrita a essa instituição, é fato que, no Brasil, é ela a principal agente fomentadora. Sendo assim, o próprio governo que institui a lei, é o responsável por oferecer as condições necessárias para que isso se efetive na prática respeitando os diferentes contextos socioeconômicos.

6.1. As evidências empíricas obtidas em campo

Ao analisar Vitória, percebe-se que a prefeitura dissemina a imagem da “cidade modelo”, e da capital brasileira da “qualidade de vida”, onde mais pessoas realizam práticas corporais e onde se oferta possibilidades para isso. Neste sentido, a transformação do espaço público (em certos lugares) para fazer jus a esta imagem, foi, além de uma das ferramentas da modernização urbana, uma estratégia que deu visibilidade a certas ações políticas nessa cidade, entre elas, as que se relacionam a tais praticas. Todavia, é preciso mostrar as deficiências que cercam essas políticas públicas e as iniquidades que a própria gestão pública ocasiona.

Tendo em vista que essa pesquisa está pautada na análise de dois lugares contrastantes em Vitória, começo então mostrando, a partir do estudo do campo, as peculiaridades do bairro Jardim da Penha. Como visto antes, esse é um bairro com ótimo desenvolvimento humano, nele também se encontram instalados ótimos equipamentos para práticas corporais, entre eles, academias populares da pessoa idosa, módulos do SOE, pistas de caminhada, campos de futebol, quadras poliesportivas, entre outros. Esse bairro está entre aqueles onde as pessoas mais realizam essas práticas na cidade, levando em conta suas características socioeconômicas e as facilidades encontradas.

Entre as estruturas para práticas corporais presentes em Jardim da Penha estão as APPIs. Há uma instalada na Praça Anibal Antero Martins (Praça do SESI), que não se encontra georreferenciada pela prefeitura, e outra instalada na orla de Camburi, no trecho que pertence ao bairro Jardim da Penha, que se encontra georreferenciada. As Academias Populares da Pessoa Idosa (APPIs) são espaços para a prática de exercícios físicos, com aparelhos instalados ao ar livre. Essas são compostas geralmente por dez equipamentos, que servem para alongar, fortalecer, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica. Os aparelhos, de baixo impacto, simulam atividades do cotidiano das pessoas, como caminhadas, remada, alongador, são eles: rotação vertical (1), rotação inclinada (1), barra de três alturas (1), pressão de pernas (1), peitoral (1), puxada alta (1), remada sentada (1), simulador de escada (1), simulador de caminhada (1), simulador de esqui (1).

Os aparelhos encontrados nessas APPIs estão em perfeitas condições de uso, muito bem conservados como mostra a foto 20 e 21, não há qualquer impedimento à utilização, como horário de funcionamento ou necessidade de profissionais instruindo, por isso, qualquer pessoa pode praticar, e em qualquer horário, ressaltando a disponibilidade deles. Além disso, há uma placa contendo instruções de como fazer os exercícios. O fato de estar disponível às pessoas não implica descartar a importância dos profissionais qualificados na orientação dos exercícios, aliás, isso se apresenta como mais uma incongruência da gestão pública no que tange à promoção da saúde, mas tal importância não está em discussão no momento. A presença desta APPI no bairro reforça a idéia de que em algumas áreas de Vitória a oferta desse serviço público é ampla e vem se somar à excelente estrutura do bairro, o que possibilita a realização de práticas corporais num espaço plano e seguro.

Em dias de sol, é possível observar muitas pessoas utilizando os aparelhos das APPIs, e a que está presente na orla recebe um grande número de pessoas diariamente, também por se encontrar próxima a outras opções como campos de futebol, pista de caminhada e ciclismo e até mesmo o mar, que oferece aos praticantes a sua beleza, por isso, a diferença aqui está no prazer que se tem ao praticar o exercício físico aproveitando a brisa marítima.

Foto 20: Academia Popular da Pessoa Idosa na Praça Anibal Antero Martins. Local arborizado, limpo e aparelhos em ótimas condições de uso.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 21: Academia Popular da Pessoa Idosa. Ciclovía e calçadão à frente.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Quadras poliesportivas também estão presentes no bairro. Há duas disponíveis em importantes praças, uma na Praça Wolghano Neto (chamada popularmente de praça do supermercado Carone), e outra na Praça Regina Frigere Furno (chamada popularmente de praça do supermercado EPA).

A quadra da Praça Wolghano Neto se encontra em ótimo estado de conservação, bem pintada e demarcada, possui redes de futebol, cesta de basquete e um cercado alto evitando que a bola caia na rua (fotos 22 e 23). Frequentemente, há jovens jogando futebol ou basquete nessa quadra e no seu entorno uma vitalidade caracterizada por crianças brincando e passeando com os pais, pessoas levando seus cachorros para passear ou conversando nos banquinhos, é uma praça bem movimentada e ponto de referência para lazer no bairro.

A quadra da Praça Regina Frigere Furno, assim como a anterior possui uma ótima estrutura física (foto 24), e seu diferencial é a presença constante de professores ensinando crianças a jogar futebol (escolinha de futebol) até mesmo no período noturno. Enquanto as crianças jogam, seus cuidadores têm a opção de observá-las, sentados nos vários banquinhos, na pequena arquibancada da quadra, podem fazer compras tendo em vista a extensa rede de mercados e comércios ao redor, ou podem fazer um lanche, em uma das muitas lanchonetes existentes em seu entorno, pois esta praça também é um ponto gastronômico da cidade.

Foto 22: Estrutura externa da quadra poliesportiva na Praça Wolghano Neto.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 23: Estrutura interna da quadra poliesportiva na Praça Wolgano Neto.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 24: Estrutura da quadra poliesportiva na Praça Regina Frigere Furno.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

As ciclovias também estão presentes em Jardim da Penha, e sua qualidade, não se diferencia dos demais equipamentos. Há uma ciclovia paralela à Av. Fernando Ferrari (foto 25), e outra na orla de Camburi (foto 26), no trecho que pertence ao bairro Jardim da Penha. A ciclovia paralela à Av. Fernando Ferrari liga esta avenida e o bairro Jardim da Penha a outros dois bairros, Goiabeiras e Maria Ortiz. Encontra-se bem pintada, sinalizada e conservada e o movimento de ciclistas é grande principalmente porque melhorou a mobilidade urbana na região, e por se localizar em frente à UFES, tendo em vista que muitos estudantes que residem nestes bairros a utilizam para o deslocamento rápido e seguro até a universidade. Como um importante equipamento público, deu a oportunidade de a população usufruir melhor do espaço gerado, na medida em que também é utilizada por pessoas que almejam praticar o ciclismo como lazer.

A ciclovia presente na orla de Camburi é larga e muito bem pintada com uma cor coral forte, sinalizada com faixas também pintadas que orientam ciclistas e pedestres. Não avistei buracos nela, e percebi, ao visitar o local, que as pessoas respeitam o espaço do ciclista sendo possível um trajeto de bicicleta sem desvios. Unido a essa ciclovia há outro equipamento não georreferenciado, que é o calçadão. Esse é duplo, ou seja, possui um pavimento cinzento de concreto e outra parte tipo calçada portuguesa, é largo, com canteiros laterais e centrais, não possui buracos, e as pessoas podem caminhar com facilidade num amplo espaço sem se esbarrarem constantemente. A foto 26 mostra a excelência e o ótimo estado de conservação dessa pista de caminhada.



Foto 25: Ciclovia e calçadão paralelos à AV. Fernando Ferrari.

Fonte: Acervo Pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 26: Calçadão duplo e ciclovia na orla.



Fonte: Acervo Pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Aos domingos, um dos dias escolhidos para visitar o bairro, pude confirmar e registrar um fato sobre o qual eu já havia ouvido falar, que a prefeitura interdita uma pista da Av. Dante Michelini (orla) e a destina para a prática de atividades físicas, restando apenas um lado dessa avenida para o trânsito de veículos nos dois sentidos. Pela possibilidade de praticar caminhadas nesse espaço demarcado, ele foi considerado nessa pesquisa um equipamento para realização de práticas corporais, ainda que não conste nos dados georreferenciados. Talvez o não georreferenciamento se explique pelo fato de ser um equipamento “inconstante”, isto é, disponibilizado à população apenas aos domingos. Apesar disso, não deixa de ser mais um exemplo de que além dos equipamentos já existentes no bairro, ainda há o esforço da gestão pública para garantir que a população tenha ainda mais espaços destinados às práticas corporais nos fins de semana, reforçando a importância política dessa prática e desse lugar dentro da cidade. A foto 27 mostra claramente essa interdição e a divisão de uma pista através de cones para o trânsito de veículos.

Foto 27: Pista da AV. Dante Michelini (orla) interditada no domingo aumentando o espaço para as práticas corporais.



Fonte: Acervo Pessoal. foto tirada em 17/05/2015.

Confirmei, também na orla, a existência de um módulo do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), ao lado da APPI (foto 28). Esse é formado por um pequeno quiosque com paredes de metal e vidro, e um deck de madeira descoberto aonde as pessoas se exercitam. Estava fechado no momento da minha visita, mas pude perceber em seu interior colchonetes empilhados, halteres, barras, esfigmomanômetro (aparelho para aferir pressão), material voltado para a prática de exercícios e atendimento especializado às pessoas. As aulas ocorrem sempre sob supervisão de profissionais e em dias e horários pré-estabelecidos.

Foto 28: Módulo do Serviço de Orientação ao Exercício com deck de madeira onde as pessoas se exercitam.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Os campos de areia (foto 29) constituem mais um equipamento presente na orla. São em média quatro campos, um ao lado do outro, sendo três para futebol e uma quadra para vôlei de praia. Entre dois deles, há uma divisória de tela, que é alta e fixa, impedindo que a bola ultrapasse para o outro campo. Possuem traves com redes de futebol e vôlei e marcações na areia delimitando o espaço. Eles ficam à disposição de qualquer grupo que deseje jogar nesse espaço.

Foto 29: Campos de areia na praia.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

A figura 5 mostra a localização dos equipamentos supramencionados de acordo com a ferramenta Google Earth, e o que chama a atenção é a pouca distância entre eles formando um complexo para realização de práticas corporais bem estruturado nesse local.

A variedade de equipamentos presentes nesse local atende a diferentes gostos e idades. Ao passar pelo trecho, verifiquei que havia pessoas caminhando no calçadão, outras jogando bola no campo de areia, e pais passeando com seus filhos de bicicleta, mesmo num dia chuvoso. Isso mostra que o mal tempo não é impeditivo para muitas pessoas realizarem uma prática corporal quando se tem um ambiente propício. Em dias de sol, muitas pessoas realizam essas práticas de variadas formas, as atividades praticadas comumente são caminhadas, skatismo, ciclismo, patinação, corrida, futebol, vôlei e atividades nos equipamentos da APPI; sem contar com a extensa faixa de areia e o mar à frente, que também possibilitam alguns tipos de práticas corporais.

Figura 5: Localização dos equipamentos para atividade física de lazer no trecho da orla que corresponde ao bairro Jardim da Penha.



Fonte: Adaptado de Google Earth

A presença desses equipamentos em Jardim da Penha merece uma ressalva, o fato de haver uma concentração desses na orla marítima, pode estar relacionado ao incentivo turístico em Vitória, especialmente no local que é privilegiado em belezas naturais. Nesse sentido, a organização, infra-estrutura e limpeza podem ser fatores intencionais, como forma a agradar os visitantes. Nessa linha de pensamento é preciso considerar que muitas favelas também são pontos turísticos, como ocorre em grandes centros urbanos como Rio de Janeiro, por exemplo, mas nem por isso, as condições de vida dos sujeitos que ali residem podem ser comparáveis aos sujeitos residentes em bairros mais abastados em termos de serviços públicos.

Para além de um direcionamento turístico, o que se propõe é analisar a distribuição dos equipamentos para práticas corporais em diferentes contextos socioeconômicos, ou seja, considerando os benefícios para a população residente diariamente nesses lugares e não aquela itinerante. Sendo assim, o fato desses equipamentos estarem em maior quantidade num lugar, e em menor quantidade em outro, já configura uma iniquidade e um descompasso com os princípios constitucionais do SUS, pois, aparentemente, são os sujeitos possuidores de melhores condições de vida que estão sendo beneficiados diariamente com esse direcionamento político.

Os equipamentos de Jardim da Penha, mostrados acima, são o exemplo de que o contexto onde se vive faz toda a diferença sobre a saúde. Eles não estão instalados nos locais apenas por estarem, mas o conjunto estrutural urbano que os envolve os torna espaços propícios para as práticas corporais. Somando-se a isso, fatores como a manutenção dos equipamentos, a acessibilidade, a democratização (pelo menos para essa comunidade), os projetos sociais que estimulam a práticas corporais, as possibilidades que os sujeitos possuem para praticá-las, os gostos e a subjetividade são fortes estimuladores das práticas. Há que se considerar que os espaços ao ar livre, arborizados, adequadamente calçados, iluminados, seguros e organizados, como em Jardim da Penha, também influenciam grupos populacionais de maneira positiva favorecendo a saúde.

Tais elementos contribuem de modo potencial, para que os sujeitos tenham além do acesso aos equipamentos, a preocupação com a exercitação corporal. É preciso reforçar, por outro lado, que esses elementos não são determinantes de atitudes saudáveis, tampouco promotores da saúde dos sujeitos quando se vive num contexto iníquo. Faz-se necessário a proposição de espaços públicos articulados entre si, em que a adequação dos equipamentos respeite um diálogo com os contextos de vida dos sujeitos e suas necessidades primárias de saúde, algo que transcende a implantação de um equipamento para práticas corporais. Nesse sentido, as disparidades entre Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito são abismais.

Seguindo com a análise da distribuição dos equipamentos para práticas corporais, em outro extremo estão os outros lugares analisados: Gurigica e São Benedito. Esses lugares são a confirmação de que para ser uma “cidade modelo” no que tange à promoção da saúde, Vitória ainda precisa mudar muito, a começar pela destinação das suas políticas públicas.

Foi constatado nestes, a ausência de ações políticas objetivando uma infraestrutura urbana que possibilite a realização de práticas corporais, de forma agradável e prazerosa. Os espaços destinados para tal são reduzidos e não foram preparados, estruturados e organizados tal como em Jardim da Penha. Por mais que não sejam lugares turísticos na cidade, é fato a necessidade de investimentos principalmente para a população residente. O que vi foram apenas dois espaços, o primeiro está na parte baixa de Gurigica, na entrada do bairro, é um pouco menor do que um campo de futebol. É um campo murado, feito de areia, delimitado por pneus e possui duas traves. Não encontrei o espaço em boas condições de uso, pois

quando o vi estava cheio de água empossada, e, em grande parte, se encontrava lama e mato (foto 30).

Foto 30: Espaço do bairro Gurigica que é utilizado pelos moradores para prática de atividades físicas de lazer.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Esse espaço parece ser a maior referência de um local para práticas corporais que os habitantes desse lugar possuem, e é compartilhado tanto pelos moradores de Gurigica, quanto pelos moradores de São Benedito. A principal prática corporal desenvolvida ali é os jogos de futebol. Nesse aspecto, é utilizado especialmente pelos homens, logo, as questões de gênero se tornam um problema na comunidade, tendo em vista que esse não é um esporte comum entre as mulheres, e por isso, elas ficam limitadas à utilização do espaço.

De acordo com Goellner et al., (2009) é necessário que os gestores estejam atentos às questões de gênero no momento da elaboração de políticas públicas. As relações de gênero configuram espaços diferenciados para eles e para elas, e esse marcador identitário interfere na adesão e na permanência de homens e mulheres de formas distintas e desiguais. Essa também é uma questão política, e, como tal, merece ser amplamente discutida e referenciada.

Mais acima, no alto do morro em Gurigica, há um segundo espaço, uma mini-quadra muito pequena e em péssimas condições de uso. Esse espaço é cercado por tela, e não há elemento esportivo em seu interior, como redes para vôlei, futebol ou basquete, por exemplo. Foi construído pela prefeitura e fica anexo à Praça Romário Gouveia de Oliveira, e tanto a quadra, quanto a praça, necessitam de manutenção. Hoje, segundo informação da ACS, o local é utilizado por grupos que se reúnem para dançar funk ou como ponto de uso de drogas (fotos 31 e 32).

Foto 31: Mini-quadra do bairro Gurigica construída pela Prefeitura de Vitória. O espaço se encontra em péssimas condições de uso.



Fonte: Acervo pessoal. foto tirada em 24/07/2015.

Foto 32: Praça Romário Gouveia de Oliveira (Gurigica). Detalhe para a mini-quadra ao fundo.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 24/07/2015.

Os espaços supramencionados no bairro Gurigica são os únicos que se aproximam de locais para as práticas corporais, mas, como visto, se encontram em situação precária, e tais condições, somadas ao contexto do bairro, constituem fatores que inviabilizam as práticas e não despertam a atenção dos moradores em sua busca. Segundo Silva e Versiani (2011), a carência, fragilidade e/ou inexistência de espaços públicos de lazer inviabiliza o acesso de toda a população, especialmente daquela com precárias condições socioeconômicas, tidas comumente como em situação de risco e vulnerabilidade social, às condições necessárias para se viver bem.

No bairro São Benedito, assim com em Gurigica, não há nenhum espaço destinado às práticas corporais. Não possui SOE, APPI, praça saudável, pista de caminhada, quadras poliesportivas ou qualquer equipamento público parecido, ainda que não faltem espaços onde seria possível a construção. Ambos os bairros, são arborizados, possuem muitos terrenos grandes e vazios servindo apenas como depósito de lixo. Esses espaços poderiam servir como locais para instalação de equipamentos, desenvolvimento de ações no âmbito das práticas corporais, ou mesmo para a construção de casas para os moradores, algo que é uma

necessidade premente no lugar. Percebi que possibilidades para melhorar a vida dos moradores não faltam, mas sim ações políticas voltadas para reduzir a injustiça social.

Seguindo com a discussão sobre a presença dos equipamentos para práticas corporais em diferentes lugares de Vitória, é cabível tratar de certas questões imbricadas: os equipamentos que foram citados e mostrados quando tratei do bairro Jardim da Penha são públicos, mas quem pode utilizá-los para praticar as atividades físicas de lazer? Será que os moradores desse lugar precarizado poderiam usufruir daqueles equipamentos?

Teoricamente, qualquer pessoa que quisesse poderia utilizá-los por serem públicos, principalmente as APPIs, os campos, o calçadão que não possuem limitações como, horários de funcionamento ou necessidade de acompanhamento profissional como o SOE, por exemplo, mas a resposta não pode ser tão simplista assim. Compreender quem realmente pode utilizá-los demanda também colocar em evidência os diferentes estratos sociais, e analisar como as pessoas se preparam para praticar, seu vestuário, sua alimentação, o tempo disponível, o tipo de trabalho, a cultura, a subjetividade. Por isso, em tese, poderiam sim utilizar, mas, na prática, não é isso que ocorre.

Por mais que os sujeitos residentes no lugar precarizado se desloquem até Jardim da Penha para a utilização dos equipamentos, o acesso continua sendo um empecilho. Mesmo que isso ocorra, e uma parcela da população consiga desfrutar desses equipamentos (algo que não foi analisado nessa pesquisa), é preciso admitir que as possibilidades continuam restritas. Segundo Bagrichevsky et al., (2013) as pessoas que residem em regiões com menor cobertura das políticas públicas apresentam também menos chances de fazerem usos dos espaços públicos para atenderem integralmente suas demandas de saúde.

Nesse aspecto, é providencial considerar, por exemplo, aquelas pessoas que residem em lugares precários, saem de suas casas cedo para trabalhar em outros bairros, dependem de transporte coletivo, e possuem, muitas vezes, uma rotina estressante de trabalho, como parece ser a realidade de grande parte dos moradores dos lugares analisados, em vista disso, talvez não seja interessante para elas fazerem outro trajeto após sua jornada de trabalho para se exercitarem. Destaca-se os sujeitos com dificuldades de locomoção, como idosos, com problemas de saúde, como hipertensos e diabéticos, e as gestantes, casos que demandam

atenção especial dentro dos serviços de saúde. Ao tratar o tema das práticas corporais no serviço público, é importante considerar também a universalidade e a integralidade das ações, em que os sujeitos e grupos, independente de suas condições de vida, devem ter os mesmos direitos de acesso e uso desses serviços. Daí a importância de se ter acessibilidade aos equipamentos perto do local onde residem.

O campo oportunizou a compressão de alguns elementos que envolvem os sujeitos em cada lugar e podem influenciar os comportamentos, na medida em que a vida das pessoas que ali residem, é facilitada ou não pela estrutura socioespacial. Nesse aspecto, a rede de comércios e serviços disponíveis às pessoas também é um diferencial para aumentar as facilidades na vida diária.

É muito cômodo, por exemplo, se exercitar enquanto o filho brinca num *playground*, o marido assiste a um futebol num espaço de lazer e o carro está no lava jato. É cômodo também ter acesso rápido e fácil aos serviços oferecidos no entorno de uma APPI, de um SOE ou de um campo de futebol, pois o deslocamento é curto, agilizando as atividades diárias, logo, se exercitar após o trabalho é algo factível. Essa comodidade torna a vida mais fácil e agradável àqueles que residem, por exemplo, em Jardim da Penha, e nessas circunstâncias, praticar atividades físicas se torna um complemento prazeroso da vida. Por outro lado, é difícil demandar um tempo a essas práticas quando o ambiente e as condições de vida não ajudam.

Assim como a saúde é um direito, a cidade também é, e estão intimamente relacionados. No dizer de Lefebvre (2001), o “direito à cidade” não pressupõe apenas ter uma moradia, mas a possibilidade de vivenciar o espaço onde se vive com liberdade de transformá-lo e de desfrutar dos equipamentos urbanos, direitos cuja população segregada, muitas vezes, não possui, por diversos motivos relacionados às condições estruturais do lugar onde vivem. Nesse âmbito, a garantia do direito à cidade se traduz em forma de planejamento aliado ao contínuo processo de ação e decisão política.

Há avanços que se, por um lado representam garantias legais, por outro não estão tão visíveis nos diferentes lugares da cidade. Por isso, ainda que a institucionalização das práticas corporais tenha sido um passo importante na política pública de saúde, em Vitória, a realidade

mostra que certos bairros é que tem se beneficiado com a disponibilidade destes serviços. Não obstante, é importante mencionar que a disponibilidade desses equipamentos não se limita aos moradores de Jardim da Penha, outras pessoas residentes em bairros vizinhos também podem utilizá-los. Talvez, muitas pessoas se desloquem até esse bairro justamente com esse objetivo,

A sobrevalorização, pela gestão pública, de certas áreas da cidade é algo que se contrapõe à equidade. Nessa linha de pensamento, são importantes as contribuições de Bagrichevsky et al., (2013) que ao analisarem o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), um serviço de saúde público desenvolvido no município, desde 1990, e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória, perceberam que existe nessa cidade um *status* de iniquidade em relação à oferta deste serviço, que não atende às populações mais carentes de políticas públicas.

O estudo de Bagrichevsky et al., (2013) é singular nessa abordagem, até mesmo porque é o primeiro estudo desse cunho realizado no município, não havendo, entre a literatura pesquisada, nenhum indício de análise como esta em Vitória.

Ao citarem o exemplo do SOE, não pretenderam dizer que o serviço é ineficiente, e muito menos que não deveria existir, mas através dele, analisaram que parte da população não está sendo contemplada, e tendo em vista que é um serviço público não está em consonância com os princípios constitucionais do SUS (universalidade, equidade, integralidade) (BAGRICHEVSKY et al., 2013).

Esse serviço teve sua primeira unidade (ou módulo) inaugurada em Jardim Camburi (IQU=0,73), em 1990, e atualmente são 16 unidades permanentes funcionando na cidade (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015b). Nesse âmbito, Bagrichevsky et al., (2013, p.504, grifo dos autores) fazem uma ressalva: “o planejamento e as decisões institucionais acerca de **“por onde”** começar a oferta do SOE e ampliar sua rede não privilegia(r)am majoritariamente as localidades e populações de Vitória com as condições mais precárias para se viver”. Isso representa um contrassenso, na medida em que a “equidade” é um princípio constitucional importante na formulação e sustentação de políticas públicas de saúde.

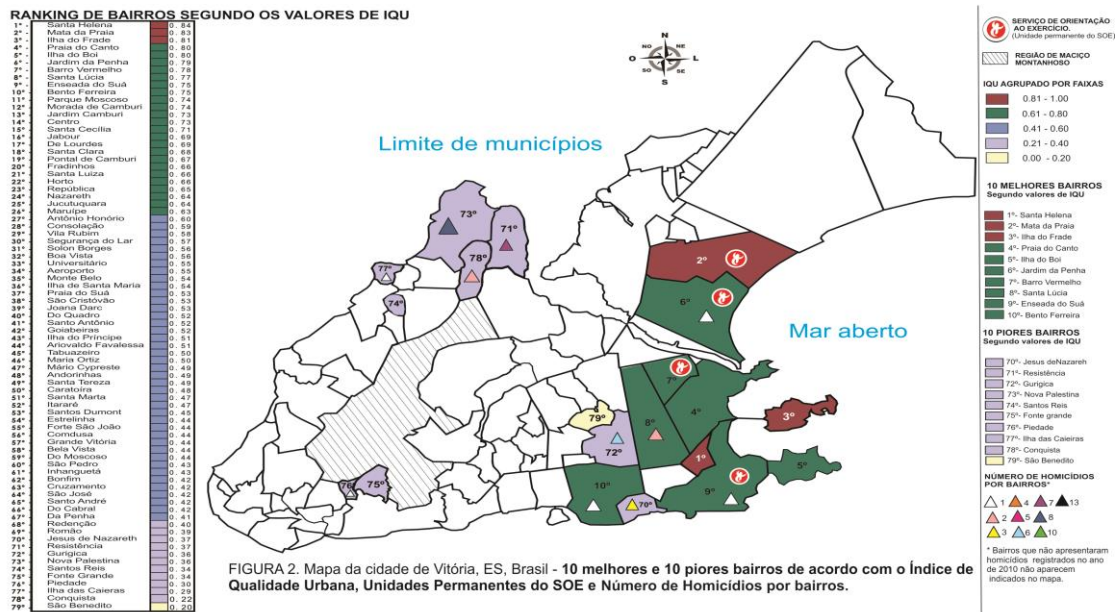
Exemplo desse contrassenso foi a escolha do bairro Jardim Camburi como o primeiro contemplado com uma unidade permanente do SOE, proporcionando o serviço principalmente

à população ali residente e de seu entorno. Além do alto valor de IQU, o bairro apresenta ampla infraestrutura urbana, com uma extensa orla marítima acompanhada por uma larga faixa de areia e um calçadão, onde podem ser realizadas diversas atividades, caminhadas, ciclismo, skatismo, futebol, vôlei, mas, além disso, conta atualmente com dois módulos desse serviço (BAGRICHEVSKY et al., 2013).

A comprovação de um *status* de iniquidade em relação à realização das práticas corporais no município fundamenta-se na seguinte explicação: dentre os dez bairros com melhores valores de IQU, há quatro módulos permanentes do SOE instalados (de um total de 16 existentes). Os bairros contemplados são: Mata da Praia, Jardim da Penha, Barro Vermelho e Enseada do Suá. Entre esses, o módulo de Barro Vermelho (IQU=0,78) foi o último a ter o módulo instalado, em 29 de junho de 2013. Por sua vez, em nenhum dos dez piores bairros (do 70º ao 79º) ranqueados a partir do IQU existe um módulo permanente do SOE.

BAGRICHEVSKY et al., (2013) encontraram uma proporção de 30% no estudo realizado em 2013, porém, essa porcentagem já subiu, e atualmente aproximadamente 40% do território mais bem organizado e com melhores condições para se viver em Vitória possuem unidades do serviço como mostrado na figura 6, adaptada de Bagrichevsky et al., (2013).

Figura 6: Mapa de Vitória, 10 melhores e 10 piores bairros com o Índice de Qualidade Urbana, unidades permanentes do SOE e número de homicídios por bairros.



Fonte: Adaptado do Bagrichevsky et al. (2013).

A partir do entendimento dessas iniquidades na distribuição de equipamentos públicos para práticas corporais em Vitória, é importante que o poder público municipal atue na perspectiva de ampliação da oferta desses serviços públicos a grupos socialmente desprivilegiados pelas políticas públicas. Mas, como visto, apenas a implantação desses equipamentos, não será suficiente para melhorar as condições de vida e promover a saúde da população, sendo esta uma utopia quando se tem o problema das iniquidades sociais nas cidades. Tais práticas, quando precedidas pela melhoria das condições infraestruturais urbanas e de outros serviços essenciais para a vida humana, são eficientes na redução dessas iniquidades em saúde (BAGRICHEVSKY et al., 2013),

Em suma, é possível afirmar que não bastam investimentos públicos nesses espaços, tampouco na instalação de equipamentos em lugares precarizados, e o objetivo dessa pesquisa não foi dizer isso, mas considerar que para promover saúde e respeitar esse direito constitucional é preciso avançar previamente em estratégias que melhorem o contexto de vida das pessoas, com geração de trabalho e renda, enfrentamento da violência, melhoria das condições gerais de vida e redução das iniquidades.

A promoção da saúde se faz necessária inclusive em lugares precarizados, contudo concretizando as políticas intersetoriais para a integração social e participação comunitária na vida social. Não me refiro a uma promoção da saúde verticalizada e normativa em que uns mandam e outros obedecem, mas àquela que une forças para justamente tentar reduzir as iniquidades existentes nesses lugares. Para isso, demandam-se maior conjugação de forças, provindas das políticas públicas, de maneira intersetorial e participativa, afinal, os sujeitos que ali residem sabem das suas necessidades e tem o direito de manifestá-las nos espaços de participação comunitária.

6.2. As evidências cartográficas

Embora o objetivo dessa pesquisa não seja elaborar políticas públicas, é importante mostrar elementos que possam ajudar os gestores e agentes responsáveis pela ação. Para tanto, a cartografia é um elemento importante na compreensão das iniquidades existentes na cidade,

sobretudo pela sua capacidade de mostrar os vazios urbanos, apontando áreas onde as necessidades de cobertura são maiores.

Joliveau (2008, p.51) relata que “o mapa é sempre lido em função de um conhecimento preexistente do território representado e produz modos de leitura múltiplos em função dos interesses e das situações divergentes”. Nesse aspecto, as intenções, quando são construídos, vão desde o esclarecimento das reais condições de vida de uma população, até o mascaramento dessas condições, e, portanto o mapa é um instrumento político “de peso” na sociedade, sobretudo por possuir tamanha influência no modo de interpretá-la. Algo importante a dizer, nesse sentido, é que o problema não está na metodologia cartográfica, mas no modo como esta é utilizada para representar aquilo que se deseja.

Alguns autores utilizaram a metodologia cartográfica de diferentes maneiras para representar as iniquidades na distribuição de equipamentos públicos e no acesso das pessoas a tais equipamentos. Entre eles estão Ribeiro (2005), Nunes (2007), Roma (2008), Gomes e Queiroz (2011).

Segundo Nunes (2007), a análise geográfica da inclusão/exclusão social a partir dos mapas temáticos permite identificar e analisar como a exclusão social e a desigualdade se expressam garantindo ações e respostas necessárias ao conhecimento e intervenção da realidade. Desta maneira, a metodologia de mapeamento da exclusão/inclusão social apresenta-se enquanto meio estratégico, sobretudo para a tomada de decisão municipal.

Nunes (2007) utilizou a metodologia do mapeamento temático para diagnosticar a precariedade territorial das áreas de exclusão social em Marília-SP e para localizar os equipamentos públicos desta cidade. Concluiu que as políticas públicas de educação e saúde da cidade de Marília-SP possuíam uma distribuição geográfica homogênea dos equipamentos públicos pelo território. No entanto, o estudo mostrou que a precariedade das áreas de exclusão social estaria relacionada à dificuldade de acesso aos equipamentos públicos e não à localização dos mesmos (NUNES, 2007). Segundo o autor, nesta perspectiva, a distribuição geográfica revelou a desigualdade, na medida em que os bairros mais pobres possuíam uma maior densidade populacional e concentravam a população de baixa escolaridade e renda, o que pressupõe também uma maior atenção estatal quanto à prestação de serviços públicos

(NUNES, 2007). Esse estudo é importante para nos fazer pensar que não basta ter os equipamentos urbanos instalados no lugar, é preciso que a pessoas, independentemente do lugar em que residam, tenham as mesmas possibilidades de acesso e uso dos serviços, isso representa a equidade tão discutida nos capítulos iniciais.

Ribeiro (2005) teve o objetivo de compreender a dinâmica que define a centralidade das Unidades Básicas de Saúde em Presidente Prudente, partindo-se da análise da localização das UBS em relação aos mapas de exclusão social, densidade populacional e além da aplicação de enquetes junto à população que utiliza esses equipamentos.

O estudo de Ribeiro (2005) mostrou que as Unidades Básicas de Saúde que apresentavam os maiores índices de consultas e atendimentos básicos estavam localizadas em áreas de exclusão social, mas isso não foi um preditor de equidade, tendo em vista que o número de médicos era pequeno para a demanda de áreas com grande densidade demográfica como essas.

Em outro estudo detalhado que levou em conta a segregação socioespacial em cidades pequenas, Roma (2008) utilizou o mapeamento para representar o processo de segregação, apontando suas características e em que se diferencia, quando ocorre em cidades de maior porte ou importância, como metrópoles e cidades médias. Uma constatação de Roma (2008) foi que diante dos indicadores presentes nos mapas e dos dados coletados em campo a desigualdade social presente na cidade de Osvaldo Cruz- SP (uma cidade pequena) foi marcante.

Roma (2008) encontrou na favela, ruas sinuosas e estreitas, casas pequenas, com pouca ventilação e iluminação, barracos, becos, falta de limpeza, drogas, violência. Nos condomínios, encontrou casas grandes, bonitas e arejadas, ruas largas, arborização, carros, área de lazer, *status*, guaritas controladas, tranquilidade, sensação de segurança, pessoas felizes.

Embora o estudo de Roma (2008) tenha sido realizado em cidades pequenas (Osvaldo Cruz e Mariápolis), corrobora esse, na medida em que ajuda a pensar o caso de Vitória. Seus ótimos indicadores apontam uma cidade que oferece ótimas possibilidades aos seus habitantes, porém, o estudo de campo realizado aqui mostrou muitas contradições

socioespaciais, confirmando que em certos lugares da cidade a realidade é bem diferente do que se prega.

Gomes e Queiroz (2011) objetivaram analisar a distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde na cidade de Birigui (SP). Segundo eles, o uso da cartografia serviu para identificar as carências e fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas capazes de distribuir de forma mais igualitária esses serviços, sendo uma valiosa ferramenta para a gestão da saúde em áreas urbanas.

Segundo Gomes e Queiroz (2011), o crescimento urbano, em muitas cidades, não foi acompanhado pela instalação de infra-estrutura adequada dos serviços de saúde, favorecendo a existência de desigualdades manifestadas pela localização destes equipamentos. Esta condição reflete a precariedade da prestação de muitos serviços públicos no país com uma grande parcela da população "desassistida" e com ausência destes atendimentos.

Os resultados apresentados por Gomes e Queiroz (2011) demonstraram uma concentração dos estabelecimentos públicos de saúde na área central da cidade de Birigui e bairros do entorno, o que conseqüentemente facilita o acesso da população. Em contrapartida, na periferia urbana desta cidade houve uma rarefação destes equipamentos comprometendo a acessibilidade da população e demandando aumento nos deslocamentos espaciais e temporais.

Os estudos apresentados acima vêm ao encontro deste, pois também constataram a existência das iniquidades intraurbanas e buscaram mostrar espacialmente como elas se distribuem analisando os equipamentos públicos. De maneira semelhante o mapeamento produzido aqui serviu para analisar a proximidade e a concentração de equipamentos no espaço urbano de Vitória. É preciso lembrar que os mapas apresentados nesse capítulo foram produzidos em parceria com o geógrafo Raul Borges Guimarães, com dados previamente georreferenciados pela Prefeitura de Vitória e disponíveis no programa GeoWeb Vitória.

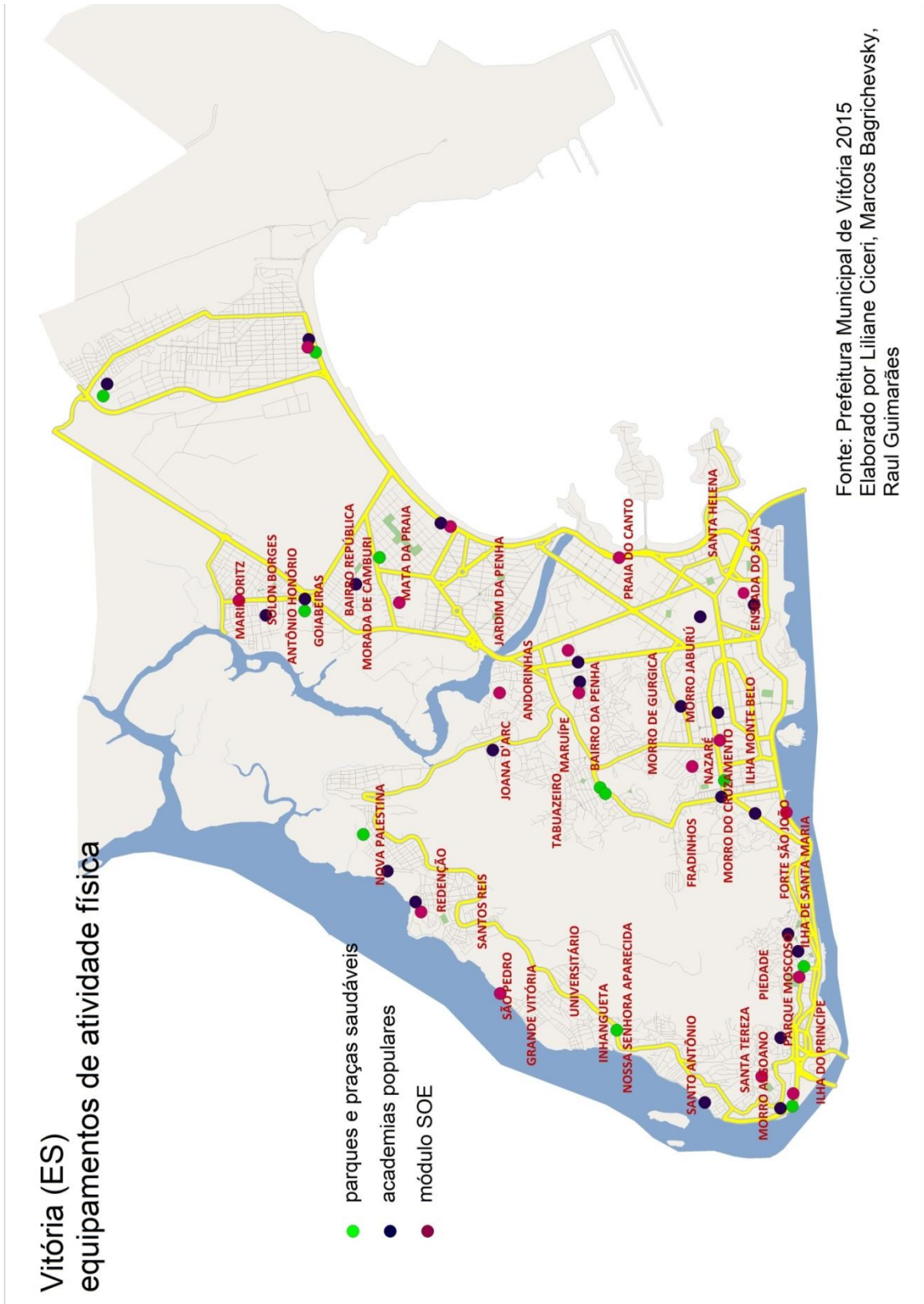
Através das informações e materiais obtidos tanto no programa GeoWeb, quanto no estudo do campo, foram desenvolvidos tais mapas para análise e discussão. Para a construção deles foram eleitas duas variáveis que direcionaram o olhar da pesquisa para uma iniquidade presente nessa cidade. São quatro mapas. O mapa 1 mostra os equipamentos públicos para

práticas corporais em toda a cidade de Vitória. O mapa 2 mostra os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública com destaque para a cobertura da segurança pública. O mapa 3 mostra os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública no bairro Jardim da Penha, com cobertura da segurança pública. O mapa 4 mostra os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública no bairro Gurigica e São Benedito, com a cobertura da SP.

Esses mapas dão uma dimensão do que ocorre nesse município, e mostram algumas diferenças existentes entre os lugares pesquisados. Todavia, é preciso salientar que há informações ocultas, tendo em vista que nem tudo o que foi visto e registrado no campo está georreferenciado pela prefeitura, e por isso, não se encontra representado nos mapas. Isso pressupõe a existência de iniquidades latentes em Vitória, pois os dados apresentados no âmbito gestor, e analisados nesse estudo, não são transparentes e divergem da realidade dos lugares.

Esses mapas serão apresentados na sequência, e logo após, a discussão sobre eles.

Mapa 1: Vitória (ES)- Equipamentos públicos para práticas corporais. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Vitória, 2015. **Elaborado por:** Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Borges Guimarães

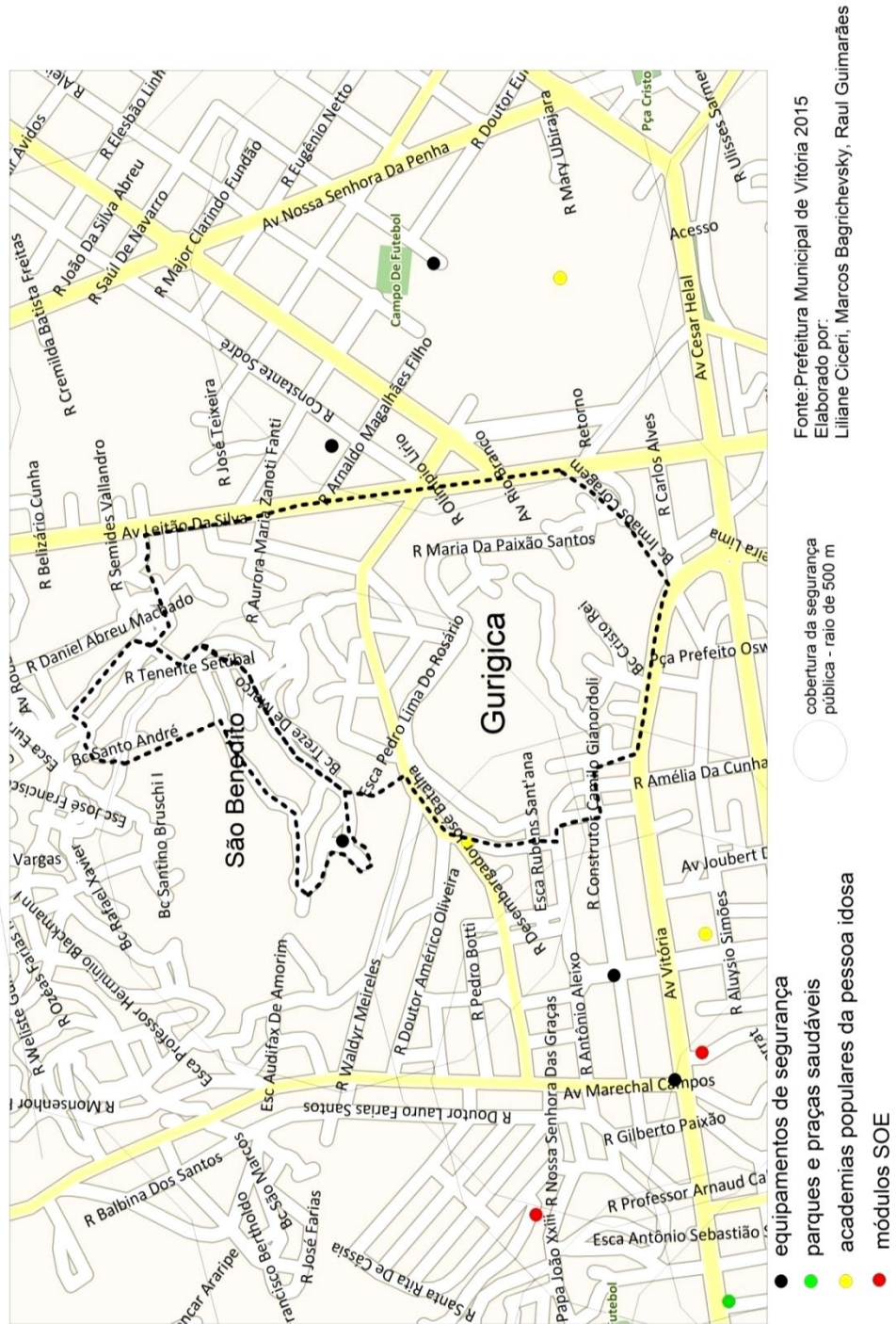


Mapa 3: Jardim da Penha- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Vitória, 2015. **Elaborado por:** Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Borges Guimarães.



Mapa 4: Gurigica e São Benedito- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Vitória, 2015. **Elaborado por:** Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Borges

Gurigica e São Benedito (Vitória - ES) - equipamentos de atividade física e de segurança pública



O mapa 1 (Vitória (ES)- Equipamentos públicos para práticas corporais) mostra a espacialização e quantidade de equipamentos para práticas corporais que atendem a toda a cidade de Vitória. Ele oferece um panorama geral dos equipamentos para práticas corporais eleitos para a análise e que se encontram georreferenciados pela prefeitura. Traz poucas informações para pensar nas iniquidades existentes em Vitória e para a tomada de decisões políticas e ações destinadas a redução desse problema. Verifica-se nele, a grande quantidade de APPIs, módulos do SOE, parques e praças saudáveis espalhados pelo território, confirmando os altos investimentos municipais demandados no incentivo às práticas corporais.

O mapa 2 (Vitória (ES)- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública) mostra a distribuição panorâmica dos equipamentos para práticas corporais e dos equipamentos de SP em toda a cidade de Vitória, e destaca a cobertura dos equipamentos de SP através dos raios de cobertura. Esse mapa, por ser mais elaborado e conter mais informações, dispõe de dados que tornam mais fácil a visualização das iniquidades. A partir dele é possível relacionar as áreas com melhor e pior distribuição dos equipamentos para práticas corporais e de SP em consonância com o estudo do campo realizado.

A distribuição espacial dos equipamentos de SP pode ser vista através da cobertura desses equipamentos em raios de 500 mts. Esses raios são importantes, pois conseguem mostrar um padrão de distribuição espacial dos equipamentos revelando as áreas onde há maior ou menor concentração desses. Sendo assim, o mapa mostrou que os equipamentos de SP se concentram mais nas partes leste e sul da cidade de Vitória. Nas partes norte e oeste é possível ver uma redução no número desses equipamentos, porém, não uma rarefação.

Analisando a cobertura da SP, é possível ver que essa é restrita principalmente nas regiões oeste e norte, que apresentam um menor número de equipamentos e raios. Ao contrário, nas regiões leste e sul há uma grande quantidade de equipamentos e raios e até a sobreposição de alguns desses raios, mostrando que em certas áreas há mais de 1 equipamento de SP e uma pequena distância entre eles. Exemplos dessa sobreposição de raios podem ser vistos aproximadamente nas áreas do Morro Algoano (Mário Cypreste), do Parque Moscoso, da Ilha de Monte Belo, Nazaré e Barro Vermelho.

Analisando ainda o mapa 2, percebe-se que não houve um planejamento na implantação dos equipamentos de SP, não há uma distância entre raios que seja referência, ou seja, há raios e equipamentos de SP muito próximos principalmente nas regiões leste e sul. As hipóteses são de que esta concentração esteja relacionada à violência urbana maior na área de abrangência desses raios, ou ao número total de habitantes que residem na região, pois se este for maior a demanda por esses equipamentos também será sendo assim, presume-se que a gestão pública esteja respeitando essa necessidade nessas áreas. Outro fator antes mencionado, que pode estar influenciando nessa distribuição é o poder aquisitivo e também simbólico dos moradores da região.

Os equipamentos para práticas corporais, apesar de não estarem destacados por raios, também podem ser analisados sob essa ótica, isso por que em algumas áreas, é possível ver um número maior de equipamentos para práticas corporais dentro de um mesmo raio da SP, isso pode ser visto, por exemplo, em algumas áreas nas regiões leste e sul como Jardim da Penha, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Nazaré, Parque Moscoso, Morro Algoano (Mário Cypreste). Isso mostra mais uma vez os altos investimentos nessa região e a sobrevalorização dos bairros situados nesse conjunto, enquanto as regiões norte e oeste continuam subvalorizadas nesse sentido.

Essa distribuição desigual pode estar relacionada a algo que já foi tratado em capítulo anterior, as partes leste e sul possuem uma concentração dos bairros mais bem organizados e com melhores condições de vida da cidade, e concentram a população mais abastada, fatos que explicam os altos investimentos em equipamentos urbanos nessas regiões. Já as partes oeste e norte, além de possuírem os bairros com menores valores de IQU e também aqueles mais precarizados em termos de infraestrutura urbana, possuem também uma grande quantidade de espaços inabitáveis onde estão presentes o aeroporto de Vitória e um parque industrial. Na região central da cidade há uma extensa área de maciço montanhoso que também é habitada e não possui equipamentos.

Numa análise mais específica sobre os lugares da pesquisa, apresento o mapa 3 (Jardim da Penha- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública). Nele, estão representados os equipamentos para práticas corporais (parques e praças saudáveis), APPIs, módulos do SOE, e os equipamentos de SP e

ainda há o destaque para a cobertura da SP em raios de 500 mts. Esse mapa mostra que há três raios de cobertura da SP em Jardim da Penha, e uma intersecção de dois desses raios, sendo que apenas um deles cobre grande parte do território.

Dentro de um desses raios, há a presença de dois equipamentos para práticas corporais. Apesar de serem poucos que estão representados nesse mapa, como visto no estudo do campo, existem muitos outros que se somam à excelente estrutura do bairro e estão ocultos, como uma APPI na Praça Anibal Antero Martins. Se essa estivesse representada nesse mapa, seria mais um elemento a avultar as constatações, ainda que a sua ausência cartográfica não permita esquecer que ela está lá, muito bem estruturada e servindo à população, isso se aplica aos outros equipamentos vistos, as quadras, os campos de futebol, as pistas de caminhada.

Essas evidências sinalizam a ótima cobertura da SP no lugar, algo que vai ao encontro das constatações feitas no estudo do campo. Verifica-se que nesse bairro é possível realizar práticas corporais de modo mais tranquilo, tendo em vista a proteção do Estado à população. É possível observar no mapa que em bairros próximos a Jardim da Penha, principalmente ao sul, também há uma excelente cobertura da SP, representando um fator de segurança que beneficia também a população desse bairro, na medida em que pode usufruir dessa segurança.

O mapa 4 (Gurigica e São Benedito- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública) é uma ampliação dos bairros Gurigica e São Benedito, os quais encontram-se demarcados por um pontilhado preto. Ele mostra que nesses bairros também há uma intersecção dos raios de cobertura da segurança pública, porém essa cobertura é menor se compararmos com o bairro Jardim da Penha. Em Gurigica e São Benedito há o destaque maior para um equipamento de SP no território e seu raio cobre cerca de metade do território, os outros equipamentos encontram-se em bairros vizinhos, e a área de cobertura desses sobre os bairros Gurigica e São Benedito é pequena.

Quanto aos equipamentos para práticas corporais, há apenas uma APPI georreferenciada no bairro vizinho (Consolação) que se encontra inclusive no raio de 500mts do equipamento de segurança de São Benedito. Esse é o equipamento prática corporal público, instalado pela gestão municipal mais próximo da população desses bairros precarizados. É

importante salientar que o fato do equipamento se encontrar no bairro vizinho não significa que não seja utilizado pelos moradores desses bairros.

As análises mostraram que, quanto aos equipamentos georreferenciados, existem diferenças na distribuição entre os territórios. Percebe-se que a área de cobertura dos equipamentos de SP, bem como a presença dos equipamentos para práticas corporais dentro dessas áreas é diferente se comparados as diferentes regiões da cidade e os dois lugares da pesquisa. Em Jardim da Penha a oferta de equipamentos para práticas corporais é maior e a cobertura da segurança pública também. Há nesse território, três raios com a cobertura da SP, quanto às práticas corporais há dois equipamentos georreferenciados que pertencem a um desses raios de abrangência (1 SOE e 1 APPI), e mais aqueles que não se encontram georreferenciados como visto anteriormente. Isso denota uma preocupação da gestão pública em proteger essa população tanto no seu dia a dia, quanto na realização de práticas corporais. Já em Gurigica e São Benedito a deficiência na quantidade de equipamentos para práticas corporais e a menor cobertura da SP favorecem a não adesão da população a essas práticas. Há nesse território, dois raios de cobertura da SP, sendo que um deles cobre uma pequena área. Quanto aos equipamentos práticas corporais a situação é pior, com apenas um equipamento georreferenciado (1 APPI) que não pertence aos bairros analisados, mas isso não significa que não seja usado pelos moradores.

Considerando os mapas desenvolvidos, pode-se afirmar que, por mais que Vitória possua um considerável número de equipamentos para práticas corporais e de SP, algumas regiões da cidade possuem uma reduzida quantidade e também influência desses equipamentos, se comparadas a outras regiões melhor servidas, algo evidenciado também no estudo do campo. Esse fato prejudica a população, pois enquanto a acessibilidade e possibilidades de usar certos equipamentos são maiores para alguns grupos, para outros, isso é um desafio.

Essa situação revela o quadro de iniquidades existentes no município, que também estão latentes, e confirma a tendência da gestão municipal em ofertar equipamentos públicos às populações de lugares nobres, como em Jardim da Penha, mas como já dito, isso não quer dizer que apenas a instalação desses equipamentos nos lugares precarizados irá sanar o problema das iniquidades, sobretudo quando faltam muitos outros equipamentos, mas é uma

estratégia que vai ao encontro do princípio da equidade do SUS, cuja importância se revela sobre a formulação e a implantação das políticas de saúde no município.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou problematizar questões relacionadas ao contexto socio sanitário, na cidade de Vitória/ES. O estudo permitiu analisar aspectos da distribuição espacial das iniquidades socio sanitárias citadinas articulada aos equipamentos públicos para práticas corporais, aos equipamentos de segurança pública e suas respectivas distribuições nesse município. Os objetivos pretendidos estiveram alicerçados à luz das premissas conceituais que justificam e fundamentam o SUS e todas as políticas públicas de saúde como produtoras de equidade, *a priori*.

Nessa perspectiva, a coleta de dados empíricos permitiu a triangulação das seguintes fontes: referencial teórico, dados (secundários) georreferenciados pela prefeitura e informações primárias obtidas a partir das incursões em campo. Feitas as análises, foi possível perceber a existência de um padrão socioespacial iniquo quanto à distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais, bem como dos equipamentos de segurança pública na cidade de Vitória/ES. A partir dessas variáveis foram produzidas representações cartográficas que deram concretude a tais questões.

A partir das análises dos dados coletados, percebi ainda que o modo de vida, em certos lugares de Vitória, é marcado por privações e iniquidades que tem persistido ao longo do tempo; e as diferenças territoriais condicionam a oferta pública de serviços priorizando certos segmentos da população abastada, e desprivilegiando as mais necessitadas, apesar da afronta aos princípios da equidade propalados na base conceitual da política de saúde, desde a existência do SUS.

Ora, as práticas corporais e seus equipamentos afins posicionados como estratégias claramente ligada às políticas governamentais de promoção da saúde, e repetidamente anunciadas pelo discurso oficial em todas as esferas de gestão pública, indicaram portanto, estarem de algum modo ‘afinados’ com o *status quo* das iniquidades existentes nessa cidade, pois a distribuição espacial mais privilegiada dos equipamentos para essas práticas pareceu proporcionalmente mais relacionada à menor segregação espacial socio sanitária e à sobrevalorização de certos lugares.

A presença de equipamentos para práticas corporais em Jardim da Penha, e a quase ausência destes em Gurigica e São Benedito, por exemplo, foi algo que passei a ver com um olhar bem emblemático, a partir do estudo de campo. A diferença, não apenas em relação à quantidade, mas à qualidade da distribuição dos equipamentos despertou minha atenção, me fazendo pensar também nos motivos que podem eventualmente influenciar os sujeitos a não se interessarem pelas práticas corporais, em função do contexto local disprivilegiado.

Nesse sentido, a representação cartográfica permitiu tal visualização ilustrativa, e fornecendo elementos concreto para refletir sobre o papel da gestão pública, no tocante às áreas da cidade que demandam maiores investimentos para os diversos equipamentos afins, destinados às práticas corporais e à segurança pública.

A maior ocorrência desses equipamentos (maior densidade) em certas regiões e lugares, e a escassez em outros, demonstrou o quão desequilibrada é a estrutura urbana de Vitória no que tange à sua distribuição. O mais curioso é que tal perfil vem se sustentando de modo similar há décadas, se olharmos desde o início, o processo de implantação progressiva desses equipamentos em Vitória. Foi possível verificar na incursão em campo, que o investimento na manutenção dos equipamentos, por exemplo, no bairro Jardim da Penha, (talvez, como uma estratégia para valorização turística do lugar), não significou a melhora da acessibilidade para os sujeitos e grupos de bairros mais pobres da própria cidade, na medida em que eles convivem com dificuldades existenciais diversas, incluindo o deslocamento até esses locais para usufruto dos equipamentos melhor conservados.

Outro fator intrigante é a incongruência existente entre a institucionalização das práticas corporais, o discurso político para que as pessoas se envolvam com tais práticas, e a escassez da oferta pública dos equipamentos nos lugares sociais menos favorecidos economicamente (e portanto, mais necessitados deles). Será que só a parcela mais abastada da população tem tais demandas de acesso? Mas longe de qualquer ironia uma coisa é certa: o discurso oficial que circula intensamente é dirigido a todos (pobres e ricos), mas nem todos têm as mesmas oportunidades nesse sentido. A possibilidade de vivenciar as práticas corporais ganha força quando há opções que atendam aos variados interesses e necessidades das pessoas, de forma que elas possam exercer mais livremente seu direito de escolher de que maneira preferem vivenciar essa esfera de suas vidas.

Outro aspecto analisado, juntamente com os equipamentos para práticas corporais, que também apresentou diferenças entre os lugares pesquisados, diz respeito aos equipamentos de segurança pública. Foram constatadas diferenças na distribuição de tais equipamentos nos diferentes lugares da pesquisa. Apesar da presença de bases de polícia nos dois territórios eleitos para a observação empírica, verifiquei que o modo como agem se distingue, em função de cada contexto: as ações policiais são norteadas para certos objetivos que não deixam de ser importantes, mas divergentes em função de cada realidade social. Em Gurigica e São Benedito, elas são insuficientes para “produzir segurança pública”. Nesse sentido, é sensato pensar que tal característica também influencia na saúde das pessoas, na medida em que se sentir seguro no local onde se vive é um aspecto condicionante do modo se produzir saúde.

A vivência no campo da pesquisa, tanto em Jardim da Penha, quanto em Gurigica e São Benedito, me permitiu identificar e analisar outros condicionantes sociais da saúde que estão presentes na vida dos sujeitos pertencentes a esses lugares. O cenário de estudo em Jardim da Penha revelou a existência de um espaço social importante para promover a saúde da população residente. Agora, não me refiro apenas a presença dos espaços físicos destinados às práticas corporais ou a presença de equipamento de SP, mas ao conjunto de equipamentos que conformam um ambiente harmonioso, limpo e seguro possibilitando a integração dos moradores daquele bairro. Por outro lado, o cenário em Gurigica e São Benedito revelou as assimetrias não apenas quanto à disponibilidade e distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais, mas quanto aos demais equipamentos urbanos. Sendo assim, diante de uma realidade de privações e escassez, e de um espaço social salutar, limpo e seguro pude perceber que há iniquidades presentes na cidade de Vitória sim, tendo em vista que os dois lugares analisados fazem parte de um mesmo município com situação socioeconômica favorável no cenário nacional.

Outra constatação foi que a segregação residencial, segundo estratos sociais, a distribuição desigual dos equipamentos urbanos, dos serviços, da renda e do bem estar social, foram fatores relevantes entendidos como reprodutores das iniquidades socio sanitárias nessa cidade. De um lado, os sujeitos pertencentes aos estratos sociais altos buscam a exclusividade residencial, de modo que concentram para si diversos serviços que a cidade e a gestão pública oferecem (inclusive os de saúde) evitando compartilhar a vida cotidiana com os estratos

sociais de menor poder aquisitivo. De outro, esses estratos sociais precarizados se encontram isolados e com suas possibilidades restritas.

Segundo Boni (2009), o poder governamental necessita ter plena clareza dos processos envolvidos na conformação das áreas urbanas, bem como das práticas sociais, além de obter um detalhamento das características sociais e dos sujeitos que compõem os grupos, pois as demandas variam de acordo com a situação socioespacial de cada lugar e seus respectivos grupos.

A má situação habitacional e sanitária de Gurigica e São Benedito é outro fator que me fez crer que existe alta demanda por investimento em política habitacional e urbana nesse lugar, algo que proporcionaria à população condições sanitárias e de habitabilidade mais adequadas às suas necessidades, melhorando as condições de vida dessa população. Nesse sentido, a promoção da saúde não é um modelo segmentado, ou seja, envolve todos os condicionantes da saúde de forma global e intersetorial para um bem comum, pois não faz sentido incentivar a prática de atividades físicas de lazer em ambientes insalubres. Para tanto, faz-se imprescindível a implantação de programas de intervenção pública que busquem a integração espacial e social do território urbano de Vitória

A pretensão nesta dissertação não foi ‘oferecer soluções’ para o dilema das iniquidades existentes, pois esse problema está relacionado a complexo contexto capitalista mundial, mas essa pesquisa pode ser um caminho possível para que os gestores locais respeitem o direito à saúde presente na Constituição levando em conta o contexto de vida precário da população de certos lugares da cidade. Isso é valorizar a equidade como norteadora das políticas públicas!

É certo que essa pesquisa apresenta limitações como, por exemplo, a ausência de um estudo empírico baseado em entrevistas, algo que a enriqueceria ainda mais. Todavia, essa não foi a proposta para o momento. Para um próximo estudo sobre a temática seria interessante visitar os lugares e investigar o que a população de cada um deles pensa a respeito das suas condições de vida, analisar como é o nível de envolvimento dos sujeitos com as práticas corporais em distintos lugares, e se esse nível é influenciado por essas iniquidades socio sanitárias encontradas.

8. REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H; COLI, L. R. Disputas territoriais e disputas cartográficas. In: Henri Acelrad. (Org.). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.168p.
- AKERMAN, M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos: “o chão contra o cifrão”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 115-123, 2000.
- ALBUQUERQUE, M.V. **Território usado e saúde. Respostas do Sistema único de saúde á situação geográfica de metropolização em campinas- SP**. 2006, 153p. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Programa de pós-graduação em Geografia Humana. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R.P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 11-36.
- ALMEIDA-FILHO, N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. **Organização Pan-Americana da Saúde/ Coordenação de Pesquisas, Divisão da saúde e desenvolvimento humano**, 1999. 145 p.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p.
- ANDRÉ, S.A. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**, Mérida, v. 50, n. 1, p. 159-172, 2009.
- BADZIAK, R.P.F; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
- BAGRICHEVSKY, M; SANTOS-JÚNIOR, V. J; ESTEVÃO, A; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 497-510, 2013.
- BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.51, p.138-145, 2001.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F; CORBO, A. M.D'.A (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.25-50.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONI, M.P. **Desigualdade socioespacial e distribuição dos recursos públicos na cidade de Vitória (ES)**. 2009.128.f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) - Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2009.

BORDE, E.M.S. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cartilha informativa Academia da Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf. Acesso em: 03 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**, Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.2005-2008, 2006.

BUSS, P.M; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.23-33, 2006.

CAPONI, S. ‘Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud’. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.287-307, 1997.

CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. (Orgs.) **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 115-136.

CARVALHO, Y.M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Curitiba, v.22, n.2, p.9-21, 2001.

CARVALHO, Y.M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, A.B; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CASAGRANDE, B. **Novo Arrebalde: conservação e ocupação urbana na concepção do projeto de expansão da cidade de Vitória**. 2011.187f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CASTILHO, D. Os sentidos da modernização. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiânia, v.30, n.2, p.125-140, 2010.

CAVALLI, A. Classe. In: BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO G. (Orgs.). **Dicionário de política**, v.1. 4.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1992. p.169-175.

CHIESA, A.M; WESTPHAL, M.F; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.55-69, 2008.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1614-1619, 2009.

CORDEIRO, H.A. Saúde: concepções e políticas públicas. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO-FILHO, A; MOREIRA, M.C.G.B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.138 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>

COSTA, A. L.M. C. Brasil: sexta economia do mundo. **Carta Capital** [online], São Paulo, 09 de Nov. 2011. Economia. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/economia/brasil-sexta-economia-do-mundo/> Acesso em: 3 de maio de 2014.

COSTA, A.M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.429-442, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

D'ERCOLE, R. Brasil tem 7ª maior economia, mas alta do PIB perde para emergentes. **O Globo** [online], Rio de Janeiro, 28 de fevereiro. 2014. Economia. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/economia/brasil-tem-7-maior-economia-mas-alta-do-pib-perde-para-emergentes-11743675> Acesso em: 3 de maio de 2014.

DACHS, J.N.W; BAMBAS, A; CASAS, J.A. Determinantes sociais e econômicos de desigualdades em saúde na América Latina e no Brasil In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA J.

R. (Orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 708 p.

DALLARI, S.G.A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.3, p.9-34, 2009.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2013.

FARIA, R.M; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RAÍE GA**, Curitiba, n.17, p.31-41, 2009. [online]. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf

FERRAZ, O.L.M; VIEIRA, F.S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.223-251, 2009.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.156-164, 2009.

FLEURY, S; OUVERNEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.23-64.

GOELLNER, S.V; FIGUEIRA, M. L.M; DERÓS, C de C; OLIVEIRA, C.C. Lazer e gênero: considerações iniciais a partir da experiência do Programa Esporte e Lazer na Cidade. In: FRAGA, A.B; ZARPELLON, J; STIGGER, M.P; GOELLNER, S.V. (Orgs.). **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

GOMES, M. F; QUEIRÓZ, D.R.E. O emprego de sistema de informação geográfica e da cartografia temática no estudo da distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde na cidade de Birigui (SP). **Revista Geografia**, Londrina, v.20, n.3, p.155-170, 2011.

GRANDA, E; BREILH, J. **Saúde na sociedade**. 2.ed. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

GUIMARÃES, R.B; RIBEIRO, E.A.W. Plano Nacional de Saúde e o lugar social em disputa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.609-619, 2009.

GUIMARÃES, R.B; RIBEIRO, H. O tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p.577-586, 2010.

HARVEY, D. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

JESUS, G.M; JESUS, E.F.A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 34, n.2, p. 433-448, 2012.

JOLIVEAU, T. O lugar do mapa nas abordagens participativas. In: ACSELRAD, H. (Org.). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1993. p.133-58.

LAURELL, A.C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. In: WASHINGTON, D.C. (Org.). Organización Panamericana de La salud. **Lo biológico y lo social: su articulación em la formación del personal de salud**, 1994. p.1-12.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

LUIZ, O.C; KAYANO, J. Saúde e direitos: princípios para ação. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Desigualdades e iniquidades em saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v.12, n.2, p.115-121, 2010.

MARQUES, O.R.A.; MELO, M.B.; SANTOS, A.P.S. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v.12, n.1, p.41-66, 2011.

MARTINUCI, O.S. **Circuitos e modelos da desigualdade social intra-urbana**. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente- SP, 2008.

MARZARI, C.K; BACKES, D.S; BACKES, M.S; MARCHIORI, M.T; SOUZA, M.T; CARPES, A.D. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.77-84, 2013.

MENDONÇA, A.M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2012. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

MENEZES, M. Do espaço ao lugar. Do lugar às remodelações sócio-espaciais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.6, n.13, p. 155-175, 2000.

MINAYO, G.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, p.7-18, 2000.

MOREIRA, J.C; JACOB, S.C; PERES, F; LIMA, J.S; MEYER, A; SILVA, J.J.O; SARCINELLI, P.N; BATISTA, D.F; EGLER, M; FARIA, M.V.C; ARAÚJO, A.J; KUBOTA, A.H; SOARES, M.O; ALVES, S.R; MOURA, C.M; CURI, R. Avaliação integrada do impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 299-311, 2002.

NUNES, A; SANTOS, J.R. S; BARATA, R.B; VIANNA, S.M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. 224p.

ONU- Organização das Nações Unidas- **Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos** (ONU-Habitat). Rio de Janeiro, Agosto de 2012.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.625-644, 2008.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 547-573.

PAIVA, C.H.A, TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.14, n.1, p.97-106, 2000.

PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001.

PALMA, A. Exercício físico e saúde; sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e moralidade. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 1, p. 185-191, 2009.

PETROSKI, E.L; SILVA, D. A. S; REIS, R. S; PELEGRINI, A. Estágios de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. **Motricidade**, Vila Real, v.5, n.2, p.17-31, 2009.

PITANGA, F.G; BECK, C.C; PITANGA, C.P.S; FREITAS, M. M; ALMEIDA, L.A.B. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, Vila Real, v.10, n.1, p.3-13, 2014.

PNUD, IPEA, FJP. **Atlas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014. 120 p.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria de Gestão Estratégica- Gerência de Informações Municipais. **Histórico dos bairros**. Vitória, 2015a. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/historia_bairros.asp. Acesso em: 22 de maio de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria de Gestão Estratégica- Gerência de Informações Municipais. **Aglomerados subnormais**. Vitória, 2012. Disponível em: legado.vitoria.es.gov.br/.../Mapas/Aglomerados_Subnormais_2010.pdf. Acesso em: 29 de maio de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica- SEGES- **Vitória bairro a bairro**, 2013. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria_bairro_bairro/Vit%C3%B3ria_bairro_%20a_bairro.pdf. Acesso em 29 de maio de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientação ao Exercício**. Vitória, 2015b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/orientacao-ao-exercicios>. Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Subsecretaria de Tecnologia da Informação. **GeoWeb Vitória**. Vitória, 2015c. Disponível em: <http://geoweb.vitoria.es.gov.br/>. Acesso em: 28 de novembro de 2014.

PREFEITURA DE VITÓRIA- Secretaria de Gestão Estratégica. **Perfil socioeconômico**. Vitória, 2015 d. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/perfil.asp>. Acesso em: 25 de setembro de 2015.

PROIETTI, F.A; OLIVEIRA, C. DI L; FERREIRA, F. R; FERREIRA, A. D; CAIAFFA, W. T. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 469-482, 2008.

SALVADOR, E.P; FLORINDO, A.A; REIS, R.S. GUIMARÃES, V.V. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.2, p.302-10, 2011.

SAMPAIO, P.B. **Análise Espacial dos casos novos de hanseníase e a detecção de áreas de maior risco de adoecimento no Município de Vitória, ES no período de 2005 a 2009**. 2012. 82.f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, S.L; AUGUSTO, L.G.S. Modelo multidimensional para o controle da dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.177-196, 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SHEPPARD, E. Produção de conhecimento através do sistema de informação geográfica (SIG) crítico: genealogia e perspectivas. In: ACSELRAD, H (Org). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.168 p.

SILVA, G.P; VERSIANI, I. V.L. Brasil: Espaço público de lazer no ambiente urbano: ampliação das possibilidades de convivência, socialização e mudança de cenários violentos. **Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano**, Bogotá, n. 74, p.1-20, 2011.

SILVA, J.B; BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v.12, n.6, p.375-383, 2002.

SILVA, J.V. **Necessidades de saúde: subsídios à crítica do pensar/fazer saúde**. 2012. 217 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, L.M.V. Saúde e espaço social. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.180-200.

SMOLENTZOV, V.M.N. Topografia da desigualdade social e da saúde. **Revista Economia e Pesquisa**, Araçatuba, v.8, n.8, p. 54-71, 2006.

STOTZ, E.N. Ações de Solidariedade na Saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. In: GOLDENBERG, P; MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, M.H.A. (Orgs). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 444 p.

STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: **Brasil - Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [on line]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

TAMBELLINI, A. T; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p. 371-379, 2009.

TEIXEIRA, P.F; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.37-59.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; FERNANDES, C; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, 2000.

VIEIRA, A.B. **Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da Geografia Econômica com a Geografia Política**. 2009. 194 f. Tese (Doutorado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente- SP, 2009.

VIEIRA, A. C. B. C; MIRANDA, A. E; VARGAS, P. R. M; MACIEL, E. L. N. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. **Revista de Saúde Pública** [online], v.45, n.4, p. 644-651, 2011.

WARSCHAUER, M. **Lazer e Saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, Thousand Oaks, v.22, n.3, p. 429-445, 1992.

WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. **World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health**, 2006.

WHO (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). **Documentos Básicos**. 47.ed. Ginebra: OMS, 2009.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Washington, 1978. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf. Acesso em: 13 de abril de 2014.

WILKINSON, R; PICKETT, K. **“O Espírito da Igualdade: porque razão sociedades mais igualitárias funcionam quase sempre melhor”**. Lisboa: Editorial Presença, 2010, 350 p.

ZANOTELLI, C.L; FERREIRA, F.C. O espaço urbano e a renda da terra. **GeoTextos**, Salvador, v.10, n.1, p.35-58, 2014.

ZANOTELLI, C.L; FERREIRA, F.C; ANTÔNIO, L.M; BERGAMASCHI, R.B. A renda da terra na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES – Brasil. **Confins** [Online], n.21, 2014. Disponível em: <http://confins.revues.org/9738#quotation>. Acesso em: 19 de fevereiro 2015.

APÊNDICE A- Quadro dos equipamentos públicos de atividade física de lazer selecionados para a construção dos mapas

EQUIPAMENTOS DE ATIVIDADE FÍSICA PÚBLICOS (SELECIONADOS)							
NOME UNIDADE, C, 100	NOME LOCAL, C,100	ENDEREÇO, C, 108	NATUREZA, C, 15	TIPO, C, 100	ÁREA DE ATUAÇÃO, C, 60	BAIRRO, C, 80	MÓDULO DO SOE INTEGRADO
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - BAÍA NOROESTE	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - BAÍA NOROESTE	RUA DA CORAGEM, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	REDENÇÃO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CENTRO (PRAÇA UBALDO RAMALHETE)	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CENTRO (PRAÇA UBALDO RAMALHETE)	PC UBALDO RAMALHETE MAIA, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	CENTRO	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CONSOLAÇÃO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CONSOLAÇÃO	RUA DESEMBARGADOR JOSÉ BATALHA, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	CONSOLAÇÃO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - DO QUADRO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - DO QUADRO	PC DOUTOR ATHAYDE, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	DO QUADRO	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - GOIABEIRAS	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - GOIABEIRAS	PC DARCY JOSÉ DE SÁ FILHO, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	GOIABEIRAS	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - HORTO DE MARUÍPE	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - HORTO DE MARUÍPE	AV MARUÍPE, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	DA PENHA	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ILHA DE MONTE BELO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ILHA DE MONTE BELO	RUA AUGUSTA MENDES, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	MONTE BELO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM	AV DANTE MICHELINI, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	JARDIM	

CAMBURI - EM FRENTE POSTO ATLÂNTICO	CAMBURI - EM FRENTE POSTO ATLÂNTICO		AL		LAZER	CAMBURI	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM CAMBURI (PRAÇA MARIO ELIAS DA SILVA)	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM CAMBURI (PRAÇA MARIO ELIAS DA SILVA)	PC MÁRIO ELIAS DA SILVA, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JARDIM CAMBURI	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JUCUTUQUARA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JUCUTUQUARA	PC ASDRUBAL SOARES, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JUCUTUQU ARA	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - MARIA ORTIZ - ORLA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - MARIA ORTIZ - ORLA	RUA CIRO VIEIRA DA CUNHA, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	MARIA ORTIZ	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - NOVA PALESTINA - ORLA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - NOVA PALESTINA - ORLA	RUA PEDRO BANDEIRA, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	NOVA PALESTINA	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE BARREIROS	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE BARREIROS	ROD SERAFIM DERENZI, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JOANA D'ARC	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE MOSCOSO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE MOSCOSO	AV CLETO NUNES, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	PARQUE MOSCOSO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAÇA DOS DESEJOS	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAÇA DOS DESEJOS	AV AMÉRICO BUAIZ, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	ENSEADA DO SUÁ	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DE CAMBURI - EM FRENTE SORVETERIA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DE CAMBURI - EM FRENTE SORVETERIA	AV DANTE MICHELINI, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JARDIM DA PENHA	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DO SUÁ	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DO SUÁ	PC JOSÉ FRANCISCO ARRUELA MAIO, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	PRAIA DO SUÁ	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - REPÚBLICA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - REPÚBLICA	PC THEREZINHA GRECCHI, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	REPÚBLICA	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ROMÃO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ROMÃO	RUA ORMANDO DE AGUIAR, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	ROMÃO	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - SANTO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - SANTO	PC ESTELA COIMBRA, S/N	MUNICIP	APPI	ESPORTE E	SANTO	Possui módulo do

ANTÔNIO	ANTÔNIO		AL		LAZER	ANTÔNIO	SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - TANCREDO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - TANCREDO	RUA ROSILDA FALCÃO DOS ANJOS, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	MÁRIO CYPRESTE	Possui módulo do SOE
MÓDULO SOE - BAIÁ NOROESTE	MÓDULO SOE - BAIÁ NOROESTE	RUA DA CORAGEM,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	SANTO ANDRÉ	
MÓDULO SOE - BAIRRO DE LOURDES	MÓDULO SOE - BAIRRO DE LOURDES	PC ALTEMAR DUTRA,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	DE LOURDES	Não possui pista para caminhada
MÓDULO SOE - BARREIROS	MÓDULO SOE - BARREIROS	ROD SERAFIM DERENZI, S/N	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	SANTA MARTHA	
MÓDULO SOE - BEIRA MAR	MÓDULO SOE - BEIRA MAR	AV MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	FORTE SÃO JOÃO	
MÓDULO SOE - GOIABEIRAS	MÓDULO SOE - GOIABEIRAS	AV PROFESSOR FERNANDO DUARTE RABELO,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MARIA ORTIZ	Não possui pista para caminhada
MÓDULO SOE - HORTO DE MARUÍPE	MÓDULO SOE - HORTO DE MARUÍPE	AV MARUÍPE, S/N	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	DA PENHA	
MÓDULO SOE - ILHA DE MONTE BELO	MÓDULO SOE - ILHA DE MONTE BELO	RUA AUGUSTA MENDES, s/n	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MONTE BELO	Não possui pista para caminhada
MÓDULO SOE - JARDIM CAMBURI	MÓDULO SOE - JARDIM CAMBURI	AV DANTE MICHELINI,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	JARDIM CAMBURI	
MÓDULO SOE - PARQUE CHÁCARA PARAÍSO	MÓDULO SOE - PARQUE CHÁCARA PARAÍSO	RUA CHAPOT PRESVOT, s/n	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	BARRO VERMELHO	
MÓDULO SOE - PARQUE MOSCOSO	MÓDULO SOE - PARQUE MOSCOSO	AV CLETO NUNES,	MUNICIP	SOE	SAÚDE	CENTRO	

				AL				
MÓDULO SOE - PEDRA DA CEBOLA	MÓDULO SOE - PEDRA DA CEBOLA	RUA JOÃO BAPTISTA CELESTINO,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MATA DA PRAIA		
MÓDULO SOE - PRAÇA DOS DESEJOS	MÓDULO SOE - PRAÇA DOS DESEJOS	AV AMÉRICO BUAIZ,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	ENSEADA DO SUÁ		
MÓDULO SOE - PRAIA DE CAMBURI	MÓDULO SOE - PRAIA DE CAMBURI	AV DANTE MICHELINI,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	JARDIM DA PENHA		
MÓDULO SOE - PRAINHA DE STO ANTÔNIO	MÓDULO SOE - PRAINHA DE STO ANTÔNIO	AV DÁRIO LOURENÃO DE SOUZA,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MÁRIO CYPRESTE		
MÓDULO SOE - SÃO PEDRO I	MÓDULO SOE - SÃO PEDRO I	PC DOM JOÃO BATISTA, S/N	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	SÃO PEDRO		
MÓDULO SOE - TANCREDÃO	MÓDULO SOE - TANCREDÃO	RUA ROSILDA FALCÃO DOS ANJOS, s/n	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MÁRIO CYPRESTE		
PARQUE BARREIROS	PARQUE BARREIROS	ROD SERAFIM DERENZI, 10505	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	SANTA MARTHA	Possui módulo do SOE	
PARQUE FAZENDINHA	PARQUE FAZENDINHA	AV SANTOS EVANGELISTA, 15	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	JARDIM CAMBURI		
PARQUE HORTO DE MARUÍPE	PARQUE HORTO DE MARUÍPE	AV MARUÍPE, 1750	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	DA PENHA	Possui módulo do SOE	
PARQUE MANGUE SECO	PARQUE MANGUE SECO	RUA DA INTEGRAÇÃO, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD	MEIO AMBIENTE	SANTA MARTHA		

O							
PARQUE MOSCOSO	PARQUE MOSCOSO	AV CLETO NUNES, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	PARQUE MOSCOSO	Possui módulo do SOE
PARQUE PADRE ALFONSO PASTORE	PARQUE PADRE ALFONSO PASTORE	RUA JOÃO HONORATO RODRIGUES, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	MATA DA PRAIA	
PARQUE PEDRA DA CEBOLA	PARQUE PEDRA DA CEBOLA	RUA JOÃO BAPTISTA CELESTINO, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	MATA DA PRAIA	Possui módulo do SOE
PRAÇA SAUDÁVEL EM GOIABEIRAS	PRAÇA SAUDÁVEL EM GOIABEIRAS	RUA DESEMBARGADOR CASSIANO CASTELO, S/N	MUNICIP AL	PRAÇA SAUDÁVEL	ESPORTE E LAZER	GOIABEIRAS	
PRAÇA SAUDÁVEL NA ILHA DE SANTA MARIA	PRAÇA SAUDÁVEL NA ILHA DE SANTA MARIA	RUA GUIDO PRATTI, s/n	MUNICIP AL	PRAÇA SAUDÁVEL	ESPORTE E LAZER	ILHA DE SANTA MARIA	Possui módulo do SOE
PRAÇA SAUDÁVEL NO TANCREDÃO	CENTRO ESPORTIVO TANCREDO DE ALMEIDA NEVES - TANCREDÃO	AV DÁRIO LOURENÇO DE SOUZA, s/n	MUNICIP AL	PRAÇA SAUDÁVEL	ESPORTE E LAZER	MÁRIO CYPRESTE	Possui módulo do SOE

APÊNDICE B- Quadro dos equipamentos de segurança pública selecionados para a construção dos mapas

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA PÚBLICA (selecionados)

NOME UNIDADE	NOME LOCAL	ENDEREÇO	NATUREZA	TIPO	ÁREA DE ATUAÇÃO	BAIRRO	DIAS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO	OBSERVAÇÃO
POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DE CAMBURI	POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DE CAMBURI	AV DANTE MICHELINI, s/n	MUNICIPAL	GUARDA MUNICIPAL	SEGURANÇA URBANA	JARDIM CAMBURI	2ª A 6ª DE 6 ÀS 19HS	
1º DISTRITO POLICIAL	DELEGACIA DE CRIMES CONTRA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	ESCADARIA MARIA ORTIZ, 28, ED. VALIA 1º andar	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	CENTRO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
DPM ILHA DE SANTA MARIA	DPM ILHA DE SANTA MARIA	RUA HERMES CURRY CARNEIRO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	ILHA DE SANTA MARIA	24 HORAS	
1º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª CIA DA POLÍCIA MILITAR- 1º BPM	1º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª CIA DA POLÍCIA MILITAR- 1º BPM	AV DÁRIO LOURENÇO DE SOUZA, 1275	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	MÁRIO CYPRESTE	24 HORAS	
DIVISÃO DE REPRESSÃO CONTRA O PATRIMÔNIO	DIVISÃO DE REPRESSÃO CONTRA O PATRIMÔNIO	AV MARECHAL CAMPOS, 492	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	CONSOLAÇÃO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
QUARTEL DO COMANDO GERAL DA POLICIA MILITAR	QUARTEL DO COMANDO GERAL DA POLICIA MILITAR	AV MARUÍPE, 2111	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO CRISTÓVÃO	24 HORAS	

1º BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR	1º BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR	AV MARUÍPE, 2115	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	ITARARÉ	24 HORAS	
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA	SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA	AV NOSSA SENHORA DA PENHA, 2270	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	SANTA LUÍZA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	POSSUI 15 DELEGACIAS ANEXAS
DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - GOIABEIRAS	DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - GOIABEIRAS	AV PROFESSOR FERNANDO DUARTE RABELO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	MARIA ORTIZ	24 HORAS	
DELEGACIA DE COSTUMES E DIVERSÕES - 1º DP DO CENTRO	DELEGACIA DE COSTUMES E DIVERSÕES - 1º DP DO CENTRO	R. BELMIRO TEIXEIRA PIMENTA,S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	Jardim Camburi	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
2º DISTRITO POLICIAL	2º DISTRITO POLICIAL	AV SANTO ANTÔNIO, 1370	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	ARIOVALDO FAVALESSA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - JARDIM DA PENHA	DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - JARDIM DA PENHA	PC REGINA FRIGERI FURNO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	JARDIM DA PENHA	24 HORAS	
2º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 3ª Cia da Polícia Militar - 1º BPM	2º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 3ª Cia da Polícia Militar - 1º BPM	PC SÃO JOSÉ OPERÁRIO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	MARUÍPE	24 HORAS	
BATALHÃO DE MISSÕES ESPECIAIS	BATALHÃO DE MISSÕES ESPECIAIS	ROD SERAFIM DERENZI, 11240	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO CRISTÓVÃO	24 HORAS	
7º DISTRITO POLICIAL	7º DISTRITO POLICIAL	ROD SERAFIM DERENZI, 4206	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	SANTOS REIS	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
5ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	5ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	ROD SERAFIM DERENZI, 4570	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO JOSÉ	24 HORAS	

DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª Cia da Polícia Militar - 1º BPM - Santo Antônio	DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - SANTO ANTÔNIO	ROD SERAFIM DERENZI, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	BELA VISTA	NÃO É 24 HORAS TEM MOMENTOS QUE FICA FECHADA SEM AGENTES
POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DO SUÁ	POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DOSUÁ	RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ, S/N	MUNICIPAL	GUARDA MUNICIPAL	SEGURANÇA URBANA	PRAIA DO SUÁ	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
6º DISTRITO POLICIAL	6º DISTRITO POLICIAL	RUA BELMIRO TEIXEIRA PIMENTA, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	JARDIM CAMBURI	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO	BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO	RUA BERNARDINO MONTEIRO, 77	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	PARQUE MOSCOSO	24 HORAS
DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER - VITÓRIA	DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER - VITÓRIA	R. CÂNDIDO PORTINARI ,S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	SANTA LUÍZA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
5º DISTRITO POLICIAL	5º DISTRITO POLICIAL	RUA CELSO CALMON, 173	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	PRAIA DO CANTO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA - VITÓRIA	DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA - VITÓRIA	RUA CONSTRUTOR CAMILO GIANORDOLI, 553	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	HORTO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DELEGACIA DE CRIMES CONTRA A VIDA - VITÓRIA	DELEGACIA DE CRIMES CONTRA A VIDA - VITÓRIA	RUA DOUTOR JOÃO CARLOS DE SOUZA, 89	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	BARRO VERMELHO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
3ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	3ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	RUA FORTUNATO RAMOS, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SANTA LÚCIA	24 HORAS
DELEGACIA DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI	DELEGACIA DO ADOLESCENTE em CONFLITO COM a LEI	RUA HERMES CURRY CARNEIRO, 350	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	ILHA DE SANTA MARIA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS

2° PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 1ª Cia da Polícia Militar - 1° BPM	2° PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 1ª Cia da Polícia Militar - 1° BPM	RUA JAIR ANDRADE, 65	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	VILA RUBIM	24 HORAS
8° DISTRITO POLICIAL	8° DISTRITO POLICIAL	RUA LEOPOLDO GOMES DE SALLES, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	GOIABEIRAS	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
3° DISTRITO POLICIAL	3° DISTRITO POLICIAL	RUA LISANDRO NICOLETTI, 95	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	JUCUTUQUA RA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
3ª COMPANHIA DO BATALHÃO DA POLÍCIA DE TRÂNSITO- Posto 9	3ª COMPANHIA DO BATALHÃO DA POLÍCIA DE TRÂNSITO- Posto 9	R. Mª AUXILIADORA GOMES SALOMÃO,63	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	JARDIM CAMBURI	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DELEGACIA DE FURTOS E ROUBOS DE VEÍCULOS	DELEGACIA DE FURTOS E ROUBOS DE VEÍCULOS	RUA MARIA DE LOURDES GARCIA, 50	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	ILHA DE SANTA MARIA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DPM SÃO BENEDITO	DPM SÃO BENEDITO	R. TENENTE SETUBAL,	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO BENEDITO	24 HORAS
DPM FRADINHOS	DPM FRADINHOS	R. TEOTÊNIO VILLELA, 534	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	FRADINHOS	24 HORAS
POSTO DA GUARDA CENTRO	POSTO DA GUARDA CENTRO	RUA THIERS VELLOSO,10	MUNICIPAL	GUARDA MUNICIPAL	SEGURANÇA URBANA	CENTRO	ESTE EM ESPECÍFICO É 24 HORAS

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Ciceri, Liliane Ferreira Sant'Anna Bianchini, 1982-
C568i Iniquidades socio sanitárias, práticas corporais e lugar
social : um estudo em Vitória/ES / Liliane Ferreira Sant'Anna
Bianchini Ciceri. – 2015.
161 f. : il.

Orientador: Marcos Bagrichevsky.
Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e
Desportos.

1. Saúde. 2. Políticas públicas. 3. Espaços públicos. 4.
Práticas corporais. I. Souza, Marcos Bagrichevky de. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Educação
Física e Desportos. III. Título.

CDU: 796

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

LILIANE FERREIRA SANT'ANNA BIANCHINI CICERI

**INIQUIDADES SOCIOSSANITÁRIAS, PRÁTICAS CORPORAIS E LUGAR
SOCIAL: UM ESTUDO EM VITÓRIA/ES**

VITÓRIA

2015

LILIANE FERREIRA SANT'ANNA BIANCHINI CICERI

**INIQUIDADES SOCIOSSANITÁRIAS, PRÁTICAS CORPORAIS E LUGAR
SOCIAL: UM ESTUDO EM VITÓRIA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física, na área de concentração “Educação física, movimento corporal humano e saúde”, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky.

VITÓRIA

2015

LILIANE FERREIRA SANT'ANNA BIANCHINI CICERI

**INIQUIDADES SOCIOSSANITÁRIAS, PRÁTICAS CORPORAIS E LUGAR
SOCIAL: UM ESTUDO EM VITÓRIA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Física, do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Orientador

Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães
Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Prof. Dr. William Waissmann
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

A minha mãe

Edith (*in memoriam*),

Por ter sido tão carinhosa, dedicada e ter me amado intensamente enquanto se fazia presente. Te amarei eternamente mãe querida!

A minha avó/mãe

Dona Célia,

Por todo amor demandado a mim e pela dedicação e esforço que sempre fez, trabalhando “duro” para que eu chegasse até aqui. Você é minha guerreira, meu exemplo de vida! Te amo mãe!

Ao meu marido

Anderson,

Pelo seu amor, amizade e companheirismo, por ter resistido a distância e me apoiado nessa trajetória torcendo a cada segundo pela minha vitória. Te amo muito vida!

Ao Meu filho Antonio, que está no meu ventre,

Pela felicidade e encantamento que me trouxe ao saber que você viria. Te amo muito!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida e por ter me permitido chegar até aqui.

A minha irmã **Ediana**, sobrinhos **Guilherme** e **Cristiano** e cunhado **Carlos Eduardo**, por me apoiarem e torcerem sempre pela minha felicidade. Amo Vocês!

A toda **minha família**, de perto ou de longe, por me amar, me encorajar, ser paciente e compreender que essa escolha é um sonho que está se realizando em minha vida.

Ao meu orientador, Prof Dr^o. **Marcos Bagrichevsky**, por ter me acolhido como orientanda, pelos seus ricos ensinamentos, inclusive sobre a docência, pela paciência nos momentos de “angústia” durante o processo, e pela confiança que depositou em mim todo esse tempo acreditando que eu conseguiria fazer uma boa pesquisa.

A **todos os amigos**, que demonstraram preocupação com a minha caminhada, sempre me perguntando sobre ela e torcendo pela minha vitória.

Aos meus amigos, **Rochelli** e **Lúcio**, por sempre me encorajarem e me incentivarem não apenas no mestrado, mas na vida. E pelo conforto que me proporcionaram com as “caronas”.

A **Vivian**, pois lá no início, quando ingressar no mestrado ainda era um sonho, você me encorajou, apoiou e auxiliou revisando meu pré-projeto. Mas também pela prestatividade em me ajudar durante toda a trajetória do mestrado.

Aos membros da banca, Prof. Dr. **William Waissmann**, Prof. Dr. **Raul Borges Guimarães**, Prof. Dr. **Ivan Marcelo Gomes**, Prof. Dr. **Cláudio Luiz Zanotelli**, por aceitarem participar desse momento, e pelas ricas contribuições que me deram na qualificação.

À Profa. Dra. **Adriana Estevão** que em alguns momentos do mestrado me proporcionou oportunidades únicas para aprimorar meus conhecimentos como futura docente. As experiências foram ótimas!

Ao Prof. Dr. **Raul Borges Guimarães** (UNESP-SP), que mesmo diante de muitos compromissos me ajudou a dar um salto qualitativo na pesquisa, tornando-a ainda mais interessante. Obrigada de coração!

Aos meus amigos do Núcleo de Pesquisa SALUS, **Graziela e Moisés**, pela preocupação, pelo apoio, e por terem investido tempo me auxiliando em tarefas da pesquisa.

À Profa. **Analice Alcântara**, da Unidade Básica de Saúde de Consolação, pelo apoio e disponibilidade em me ajudar no trabalho de campo. Sua ajuda foi essencial para a qualidade da pesquisa.

À Profa. **Elaine Hoffman**, da SEMUS, pelo apoio e ajuda mais que especiais numa etapa importante da pesquisa, me “doando” seus valiosos conhecimentos sobre a cidade de Vitória.

Aos **colegas de turma**, pelos almoços no RU, pelas risadas, pela troca de experiências e compartilhamento de aflições e alegrias durante o mestrado. Desejo a vocês, muito sucesso!

À **Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)**, em especial ao **CEFD** e aos **seus funcionários**, por terem me acolhido como aluna do Programa de Pós-Graduação e me auxiliado quando necessário.

A todos vocês minha eterna gratidão!

Só aqueles que conseguem
continuar se esforçando,
avançando passo a passo é que
têm chance de atingir um
objetivo. Muitos teriam
alcançado seu objetivo se
perseverassem um pouco mais,
mas fracassaram porque
fracquejaram no último
momento. Livro: Leve Avante
Sua Vida, pág. 61 - Masaharu
Taniguchi

RESUMO

Apesar de Vitória (ES) apresentar um dos maiores acúmulos de produção de riquezas no cenário nacional contemporâneo, ao mesmo tempo, é possível verificar, no interior de sua geografia citadina, a presença de um conjunto de contrastes socioeconômicos perversos, que vem persistindo ao longo dos anos. O quadro vigente de iniquidades encontrado nos lugares dessa capital sugere relação com certas políticas estatais do município, instituintes, desde a década de 1990, da oferta de ‘equipamentos permanentes’ destinados às práticas corporais (PC), em espaços públicos, e ‘considerados’ (pela gestão pública) elementos capazes de propiciar práticas saudáveis à população da cidade capixaba. A partir de tais premissas, minha pesquisa objetivou descrever e analisar a distribuição geográfica desses equipamentos (PC), junto com os equipamentos de segurança pública, em dois lugares de Vitória, selecionados por suas notórias disparidades socio sanitárias. Tentei verificar se o contexto comparativo dos equipamentos permitia revelar conexões com os contextos socioeconômicos díspares desses dois lugares. A pesquisa, de cunho qualitativo, utilizou subsídios metodológicos da cartografia, a partir dos quais foram situados os achados do estudo e discutidas as respectivas inferências analíticas. A processo de concretização o trabalho se expressa, fundamentalmente, em três etapas a seguir descritas: (1) elaboração de recorte teórico sistemático, não exaustivo, a partir do vasto e denso aporte conceitual disponível sobre “iniquidades” e sobre o “processo saúde-doença-cuidado”, na perspectiva de articular os temas, e contextualizá-los como fenômenos ‘representativos da paradoxal realidade socioeconômica e política de nosso país, em permanente tensão no Estado Brasileiro ao longo de sua história; (2) levantamento, seleção, organização e análise comparativa de informações secundárias referentes à presença e à distribuição de equipamentos públicos de PC, e de equipamentos de segurança pública georreferenciados na capital capixaba, posteriormente transformadas em representações cartográficas para o estudo; (3) ida à campo, nos dois lugares selecionados (Jardim da Penha, e Gurigica/São Benedito), para realização de registros fotográficos e anotações em diários de campo, com o objetivo de mapear, cotejar e desvelar similitudes e diferenças socio sanitárias entre os dois “lugares” da pesquisa, bem como discutir esses achados, à luz das representações cartográficas dos equipamentos analisados. Os resultados do estudo permitem argumentar que, embora haja certo tipo de institucionalização pública dos equipamentos de PC, em Vitória, advogados como elementos importantes no contexto da saúde populacional pela gestão pública, por outro lado, a distribuição geográfica iníqua dos referidos

equipamentos e o significado disso em termos de possibilidades de acesso/uso popular, podem ser correlacionados à segregação socioespacial, às desigualdades injustas e à subvalorização de certos lugares no município, elemento revelador das iniquidades existentes. Também foram percebidas disparidades importantes quanto à presença e distribuição espacial dos equipamentos de segurança pública nos dois lugares da pesquisa, algo que pode interferir na possibilidade das pessoas realizarem práticas corporais.

Palavras-chave: Saúde; Iniquidades; Práticas corporais; Cartografia, políticas públicas.

ABSTRACT

Although Vitória (ES) presents one of the largest accumulations of wealth production in the contemporary national scene, at the same time, you can verify the inside of your its city geography, the presence of a set of wicked socioeconomic contrasts that has persisted over the years. The existing framework of inequities found in intra-urban territories of this capital, suggests a relationship with to the implementation and maintenance of certain State policies of the county, instituting, since the 1990s, the supply of 'permanent equipment ' for the leisure body practices (PC), in public spaces, and 'considered' (by the public management) elements able to provide healthy practices to the population of this “capixaba “ city. From these premises, my research aimed to describe and analyze the geographical distribution of these devices (PC) along with the public safety equipment in two areas of Vitoria, selected for their notorious socio-sanitary disparities. I tried to verify that the comparative context of equipment allowed reveal connections with diverse socio-economic contexts of these two territories. The research, of a qualitative approach nature, used methodological elements of cartography, from which the findings of the study were situated and discussed their analytical inferences. The process of implementation of the work is expressed mainly in three steps described below: (1) preparation of systematic theoretical framework, not exhaustive, from the vast and dense conceptual contribution available on "inequities" and the "health- disease-care process "with a view to articulate the issues, and contextualize them as representative phenomena of paradoxical socio-economic and political reality of our country, in constant tension in the Brazilian State throughout its history; (2) survey, selection, organization and comparative analysis of secondary information regarding the presence and distribution of public facilities of PC, and geo-referenced public safety equipment in the state capital, later transformed into cartographic representations for the study; (3) return to the field, in two selected territories (Jardim da Penha, and Gurigica / São Benedito), to perform photographic records and notes in field diaries, with the aim of mapping, collate and reveal similarities and sociosanitary differences between the two "places" of the survey and also discuss these findings under the of cartographic representations of the analyzed equipment. The results of the study allow us to argue that, although there is some kind of public institutionalization of PC equipment in Victoria, lawyers as important elements in the context of population health by the public administration, on the other hand, the wicked geographic distribution of such equipment and what that means in terms of possibilities of access / popular use, can be correlated to socio-

spatial segregation, the unfair inequalities and the undervaluation of certain places in the city, revealing element of existing inequities. Also significant differences were noted for the presence and spatial distribution of public safety equipment in both places of the research, which can interfere with the ability of people to do body practices.

Keywords: Health; Iniquities; Body practices; Social mapping, public policy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APPI	Academia Popular da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAJUN	Projeto “Caminhando Juntos”
CEP	Código de Endereçamento Postal
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FJP	Fundação João Pinheiro
IBEU	Índice de Bem-estar Urbano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHm	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQU	Índice de Qualidade Urbana
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAHO	Pan American Health Organization
PC	Prática Corporal
PIB <i>per capita</i>	Produto Interno Bruto – (por pessoa)
PIB	Produto Interno Bruto

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF Programa de Saúde da Família

RM Região Metropolitana

RMGV Região Metropolitana da Grande Vitória

RMs Regiões Metropolitanas

SECRI Serviço de Engajamento Comunitário

SEMOB Secretaria Municipal de Obras

SESI Serviço Social da Indústria

SOE Serviço de Orientação ao Exercício

SP Segurança Pública

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UFES Universidade Federal do Espírito Santo

UNESP Universidade Estadual Paulista

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO World Health Organization (OMS)

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1: Av. Luiz Manoel Vellozo. Arborização e canteiros de flores	73
Foto 2: Av. Anísio Fernandes Coelho. Arborização e canteiros centrais	74
Foto 3: Arborização e paisagismo da Praça Wolgano Neto	74
Foto 4: Área de lazer com campo de bocha na Praça Anibal Antero Martins.....	76
Foto 5: Área de lazer na Praça Anibal Antero Martins. Homens jogando carteados	76
Foto 6: Base e viaturas da Polícia Militar na Praça Regina Frigere Furno em Jardim da Penha.....	78
Foto 7: Casas e banheiros de madeira no bairro Gurigica.....	85
Foto 8: Lixo acumulado em terreno do bairro Gurigica.....	87
Foto 9: Lixo acumulado em rua do bairro Gurigica.....	87
Foto 10: Quintal de uma casa do bairro Gurigica em condições insalubres.....	88
Foto 11: Lixo, recipientes vazios e risco para doenças	89
Foto 12: Pichação na entrada do morro do Jaburu (Gurigica), feita em 2012 num confronto entre traficantes rivais	90
Foto 13: Quintal de casa do bairro São Benedito, insalubridade e risco de doenças....	92
Foto 14: Beco Dermival Andrade de Jesus. Lixo no chão e vazamento de água	93
Foto 15: Casa desapropriada pela Prefeitura de Vitória, lixo e risco de doenças	94
Foto 16: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares	95
Foto 17: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares. Lixo acumulado, lama suja e risco de doenças	95
Foto 18: Desenho feito em 2013 por um morador do bairro São Benedito, num confronto entre policiais e bandidos. Representa o medo da comunidade diante da violência	97
Foto 19: Base e viatura da Polícia Militar no bairro São Benedito.....	98
Foto 20: Academia Popular da Pessoa Idosa na Praça Anibal Antero Martins. Local arborizado, limpo e aparelhos em ótimas condições de uso.....	109
Foto 21: Academia Popular da Pessoa Idosa. Ciclovias e calçadas à frente	109

Foto 22: Estrutura externa da quadra poliesportiva na Praça Wolgano Neto.....	110
Foto 13: Estrutura interna da quadra poliesportiva na Praça Wolgano Neto	111
Foto 24: Estrutura da quadra poliesportiva na Praça Regina Frigere Furno	111
Foto 25: Ciclovía e calçada paralelos à AV. Fernando Ferrari	112
Foto 26: Calçada duplo e ciclovía na orla	113
Foto 27: Pista da AV. Dante Micheliní interdítada no domingo aumentando o espaço para as atividades físicas	114
Foto 28: Módulo do Serviço de Orientação ao Exercício com deck de madeira onde as pessoas se exercitam	114
Foto 29: Campos de areia na praia	115
Foto 30: Espaço do bairro Gurigica que é utilizado pelos moradores para prática de atividades físicas de lazer	118
Foto 31: Mini-quadra do bairro Gurigica construída pela Prefeitura de Vitória. O espaço se encontra em péssimas condições de uso	119
Foto 32: Praça Romário Gouveia de Oliveira (Gurigica). Detalhe para a mini-quadra ao fundo.....	120

LISTA DE MAPAS

- MAPA 1-** Vitória (ES)- Equipamentos para práticas corporais e de segurança pública.....130
- MAPA 2-** Vitória (ES)- Equipamentos para práticas corporais e segurança pública, com cobertura da segurança pública.....131
- MAPA 3-** Jardim da Penha- Equipamentos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública.....132
- MAPA 4-** Gurigica e São Benedito- Equipamentos para práticas corporais e segurança pública, com cobertura da segurança pública.....133

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Localização de Vitória no contexto estadual e nacional.....	65
FIGURA 2: Mapa de Jardim da Penha mostrando as quatro praças do bairro	72
FIGURA 3: Mapa dos aglomerados subnormais de Vitória. Feito com base nos dados do IBGE (2010).....	81
FIGURA 4: Mapa com a conformação espacial dos grupos sociais na cidade de Vitória. Elaborado com dados do censo demográfico 2000	100
FIGURA 5: Localização dos equipamentos de atividade física no trecho da orla que corresponde ao bairro Jardim da Penha	116
FIGURA 6: Mapa de Vitória, 10 melhores e 10 piores bairros de acordo com o Índice de Qualidade Urbana, unidades permanentes do SOE e número de homicídios por bairros.....	124

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Evolução do Índice de Gini em Vitória com base nos censos demográficos de 1991, 2000, 2010.....	68
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Objetivos	27
2	CAMINHO METODOLÓGICO	28
2.1	Tipo de estudo	28
2.2	A escolha dos lugares da pesquisa.....	29
2.3	Instrumentos e procedimentos da pesquisa	31
3	INIQUIDADES: CONCEITOS E CONTEXTOS	41
4	INIQUIDADES E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE	48
4.1	Equidade em saúde	57
5	CARACTERIZAÇÃO DOS LUGARES DA PESQUISA	64
5.1	O município de Vitória	65
5.2	Os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito	68
5.2.1	Jardim da Penha: “opulência à vista”.....	69
5.2.2	Gurigica: “precariedade como característica marcante do lugar”	83
5.2.3	São Benedito: “precariedades que se repetem”.	91
6	DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS PARA PRÁTICAS CORPORAIS EM VITÓRIA: INIQUIDADES OU NÃO?	102
6.1	As evidências empíricas obtidas em campo.....	107
6.2	As evidências cartográficas	125
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
8	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICE A	152
	APÊNDICE B	157

1. INTRODUÇÃO

A minha aproximação com o tema das iniquidades sociais e das práticas corporais aconteceu ao ser selecionada para o Programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na linha de pesquisa “Educação Física, Sociedade e Saúde”. Ao participar das discussões teóricas no Núcleo de Estudos e Pesquisa *Salus*¹ me deparei com uma abordagem temática que até então eu desconhecia no campo da saúde. Em minha formação universitária, em Fisioterapia, não havia tido contato com qualquer visão problematizadora da saúde (como produto de relações sociais). Ao longo de minha trajetória na graduação, predominavam conhecimentos sobre saúde resumidos a um extenso cabedal de técnicas, que me foram ensinadas a partir de uma perspectiva reducionista: aplicá-las terapêuticamente para bem-estar do paciente.

Fiquei surpresa ao tomar contato com discussões filosóficas, antropológicas e sociológicas, que fomentavam maneiras de interpretar a “saúde” como um fenômeno processual e indissociável do binômio “doença-cuidado”. Aprendi a reconhecer a saúde também como um fenômeno coletivo, influenciado por fatores culturais, subjetivos, socioeconômicos, educacionais, entre outros. De acordo com Barata (2009) e Possas (1989), a saúde está fortemente atrelada à organização política e econômica das sociedades contemporâneas, refletindo o grau de iniquidade existente em cada uma delas.

Desse modo, fui percebendo que o “cuidado” em saúde, elemento constituinte desse processo, não depende apenas das práticas profissionais com aplicação individualizada de técnicas ou utilização de equipamentos médicos, mas também de ações políticas cuja responsabilidade precisa envolver diferentes atores sociais e a iniciativa do Estado fomentando as ações.

A partir de tais entendimentos, comecei a incorporar a escolha de um direcionamento teórico que me permitisse extrapolar o predomínio dos aspectos biofisiológicos vinculados à relação causal entre saúde e doença. Percebi a necessidade de explicar como os condicionantes sociais do processo saúde-doença, produtores de condições iníquas de vida,

¹ SALUS- Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Cultura e Sociedade.

poderiam interferir substancialmente no acesso, utilização e distribuição de serviços públicos, sobretudo os de saúde.

Nesse sentido, a primeira Conferência Internacional sobre “Cuidados Primários em Saúde” realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga capital do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) trouxe à tona discussões inovadoras sobre o processo saúde-doença das coletividades humanas, e sua relação com as “desigualdades sociais injustas” (iniquidades).

Como um importante movimento político dirigido a todos os governos e povos do mundo, reconheceu a importância do estabelecimento de metas para a diminuição das desigualdades entre os países e dentro de cada país (WHO, 1978), e ressaltou o papel do Estado na redução do panorama dessas desigualdades.

A Declaração de Alma-Ata (documento oficial dessa conferência) enfatizava que a “chocante desigualdade” existente no estado de saúde dos povos é política, social e economicamente inaceitável devendo ser objeto da preocupação comum de todos os países, na medida em que a saúde é um direito humano fundamental, ou seja, vital para o ser humano (WHO, 1978).

As desigualdades no estado de saúde dos sujeitos podem ser observadas entre diferentes países, Estados e cidades, e, segundo Akerman (2000), até mesmo em diferentes lugares dentro de um mesmo município. Elas impactam a organização espacial das cidades, e contribuem para a formação de espaços segregados, onde, por um lado, há a aglomeração de grupos vulneráveis com baixa capacidade socioeconômica, mas, por outro, há a vivência de grupos desfrutando de boa infraestrutura urbana (HARVEY, 1980).

Desse modo, têm-se de um lado as cidades divididas em zonas ricas com harmonia de formas, localizações privilegiadas, com atenção constante dos poderes governamentais e concentração de benefícios e equipamentos públicos, e, do outro lado, encontram-se subúrbios e periferias, carentes de infraestrutura, de recursos, de serviços e de equipamentos públicos, visivelmente abandonados, fragmentados e desgastados (SILVA; VERSIANI, 2011). Para além da conformação espacial das cidades, BUSS; PELLEGRINI-FILHO (2007) apontam uma relação direta entre um maior estrato social, e maiores benefícios advindos dos

investimentos governamentais em equipamentos comunitários de distintos setores: educação, transporte, saneamento, lazer, habitação, cultura, entre outros.

As disparidades sociais existentes no âmbito das cidades precisam ser trazidas à tona não apenas com o objetivo de apontar áreas onde o problema se encontra, mas como tentativa de implicar os governantes na busca de uma nova articulação entre espaços distintos (AKERMAN, 2000), uma vez que a existência da segregação é algo conhecido por muitos governos, porém não desperta efetivamente o interesse governamental na busca de soluções.

Nessa vertente, é preciso destacar a importância do acesso e uso dos serviços públicos pelos distintos sujeitos e grupos sociais e ressaltar as suas necessidades socio sanitárias. Segundo Sanchez e Ciconelli, (2012, p.261), uma dimensão do acesso é definida como “disponibilidade” e constitui-se na “representação da existência, ou não, do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário”.

As autoras explicam que tal dimensão engloba fatores como a relação geográfica entre o equipamento físico de saúde e o sujeito que dele necessita, a distância, as opções de transporte, o horário de funcionamento (especialmente para adultos que trabalham), o tipo, a abrangência, a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nessa lógica, quando certos os serviços de saúde são implementados em lugares onde os sujeitos já possuam maior acesso e possibilidade de uma vida salutar, ou seja, menor necessidade, isso configura um padrão de injustiça ou “iniquidade em saúde” (BARATA, 2009). Essa diferença na oferta de serviços públicos entre os lugares pode determinar também os estados de saúde e doença de sujeitos e grupos, bem como o envolvimento desses com práticas saudáveis (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Recentemente, é notável o quanto os poderes governamentais envidam esforços e investimentos em campanhas e programas específicos de incentivo às **práticas corporais**²,

² Neste texto utilizei a expressão “**práticas corporais**”, por acreditar que a utilização de “atividade física” geraria ambiguidades na interpretação do que pretendo dizer, tendo em vista que esses termos não são sinônimos. Segundo Carvalho (2007), como manifestações da cultura corporal de determinado grupo, as práticas corporais carregam os significados que as pessoas lhes atribuem, e contemplam as vivências lúdicas e fatores

até mesmo em lugares segregados, carentes de condições básicas de vida. Isso se tornou mais evidente, e, sobretudo “financiado”, a partir do ano de 2013, quando a atividade física foi incluída como um condicionante da saúde e inserida na Constituição Brasileira como um direito de todos. Todavia, desconsidera-se com esse incentivo o componente das iniquidades socio sanitárias³ que está presente em muitos contextos sociais.

Concomitante ao discurso vigente sobre a necessidade das práticas corporais até mesmo em lugares segregados, em muitos casos, não há a contrapartida da oferta, visto que nem todos os lugares dentro de uma cidade dispõem das mesmas possibilidades nesse sentido. O que se nota é uma incompatibilidade entre o discurso produzido e a oferta dos equipamentos públicos destinados às práticas corporais. Por mais que esse seja um direito previsto na Constituição Federal, enfrenta muitas dificuldades para ser considerado, de fato, um direito social, presente e legitimado.

Pensando nessas questões imbricadas, toda a discussão realizada aqui se baseia na seguinte questão norteadora: A distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais respeita o componente das iniquidades socio sanitárias presentes em Vitória?

Por entender que o processo saúde-doença-cuidado é amplo como abordado inicialmente, foi pertinente tentar compreender essa distribuição a partir do contexto social dos lugares onde os equipamentos para práticas corporais estão inseridos. Dito isto, não bastou, nessa pesquisa, olhar apenas para esses equipamentos em si, mas ver o todo, ou seja, como estão os outros equipamentos urbanos relacionados à saúde, educação, esporte, infraestrutura, cultura, habitação, lazer, saneamento, sobretudo nos lugares selecionados para análise. Essa visão global evitou pensar que apenas a instalação de espaços como academias, quadras ou pistas de caminhada reduzirá as iniquidades em lugares segregados, algo que dificilmente será alcançado com políticas desarticuladas. Carvalho (2001) salienta que mais do que apenas incentivar práticas saudáveis é necessário que haja um entendimento dos

sociais, culturais e subjetivos dos sujeitos. Por isso, ao usar o termo falo das atividades físicas que dão prazer, que as pessoas se preparam e escolhem fazer e não daquelas deletérias à saúde e praticadas no uso do corpo como força de trabalho.

³ Esse termo possui o mesmo sentido de “iniquidades sociais em saúde”, ou de modo mais simplificado “iniquidades em saúde”.

poderes públicos de que a saúde está diretamente relacionada com a capacidade de viver dignamente, e isso muitas vezes, não depende apenas da vontade dos sujeitos, mas de uma extensão de políticas públicas em diversos setores.

Vitória possui peculiaridades interessantes que justificam a relevância de um estudo como esse. Foi escolhida por ser a cidade sede da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), local onde foi desenvolvida a pesquisa, mas, além disso, considero intrigante o fato de essa cidade estar entre as capitais brasileiras com melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm)⁴ e maior valor do PIB *per capita* do Brasil, portanto, se desenvolvendo economicamente de modo que (supostamente) ofereça grandes benefícios no que tange a destinação de serviços públicos à população (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015d).

Todavia, sob essa perspectiva, é preciso considerar que a riqueza de uma cidade nem sempre vem acompanhada de um melhor nível de saúde de toda a população, isso porque uma vez superado um determinado nível de PIB *per capita*, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um lugar não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006; BARATA, 2009; WILKINSON; PICKETT, 2010).

Assim como evidenciado em diversas cidades brasileiras, em Vitória, o aumento populacional e a expansão da malha urbana não foram acompanhados pela instalação adequada e suficiente de infraestrutura e oferta de serviços em todos os lugares. Dessa forma, paralelamente à urbanização crescente, há o surgimento de vários problemas na cidade, que se refletem na vida principalmente dos habitantes de certos bairros periféricos (BONI, 2009).

Ainda que seja uma cidade “rica”, seu Índice de Gini⁵ subiu com o passar dos anos, passando de 0,5835, em 1991, para 0,6124, em 2010 (IBGE, 2010). Isso revela a alta

⁴ Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano para o Brasil 2013, esse é um índice que possui as mesmas dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Global (IDH), longevidade, educação e renda, porém, os indicadores que o formam são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Esta informação está disponível na *home page*: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/

⁵ O índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de renda entre os indivíduos. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a

concentração de renda da cidade, o que contribui para suas características de segregação socioespacial. Outro fator contribuinte para essa segregação, e que possui forte influência na distribuição de serviços públicos, foi citado por Zanotelli e Ferreira (2014): a valorização imobiliária no município, que também cresceu muito nos últimos anos, sobretudo com o incentivo governamental valorizando certas áreas abastadas da cidade.

Os lugares da investigação empírica foram os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito; a diminuta distância entre eles (menos de 3km), somada as suas características socioespaciais, econômicas e demográficas contrastantes constituiu mais um fator de relevância para a análise. Nota-se a presença de dois complexos muito próximos e bem definidos dentro do mesmo município: um complexo de precariedade nos modos de vida, que condiciona as condutas dos sujeitos que dele fazem parte; e outro complexo de opulência, que também condiciona tais condutas, porém, de modo mais salutar.

O que gera inquietação nesse cenário contraditório, e que também incitou a curiosidade e a pretensão em fazer tal estudo, é a construção da imagem de Vitória como uma “cidade modelo”, exemplo nacional de saúde e “qualidade de vida”, e, nesse âmbito, as práticas corporais representam um importante elemento utilizado pela prefeitura para tentar consolidar tal imagem. Isto posto, esse estudo pretendeu seguir na contramão dos discursos prontos sobre a cidade, mas de forma fundamentada, pautada na Constituição Brasileira e no estudo do campo, que mostrou como são concretamente os lugares da pesquisa.

Metodologicamente, associou um referencial teórico e conceitual sobre as iniquidades socio sanitárias a um esforço empírico no sentido de construir uma representação cartográfica das iniquidades socio sanitárias em Vitória.

O texto da dissertação está estruturado em quatro partes, a saber: na primeira, intitulada “**iniquidades conceitos e contextos**” objetivei apresentar aspectos conceituais relacionados às iniquidades (também nomeadas de “desigualdades sociais injustas”), tratando

desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).

do panorama histórico e socioeconômico em que se reproduzem. Tal discussão serviu como “pano de fundo” para analisar posteriormente como as iniquidades afetam a saúde dos sujeitos.

Na segunda parte, intitulada **“Iniquidades e suas relações com a saúde”**, pretendi enfatizar a saúde mais como um constructo social e coletivo, apesar de reconhecer a indiscutível importância das questões biológicas e individuais a ela relacionadas. A partir de algumas teorias explicativas, desenvolvi argumentos sobre essa importante relação, caracterizando sinteticamente o campo da saúde, e tratando da dimensão do processo saúde-doença-cuidado, o qual engloba de forma plural, aspectos biológicos, sociais, culturais, simbólicos, subjetivos implícitos na vida dos sujeitos e dos coletivos populacionais. Nessa parte, procurei também enfatizar que a iniquidade pode ser reduzida (porém não extinguida) desde que a gestão pública aja com base no princípio da “Equidade”, que em tese, deveria nortear as políticas de saúde no Brasil.

Na terceira parte, intitulada **“Caracterização dos lugares da pesquisa”**, começo explanando sobre o “lugar social” a que se refere o título dessa dissertação, e justifico o porquê da utilização desse conceito. Destaco Vitória como uma cidade que possui ótimos indicadores socioeconômicos, suscitando conjecturas de uma “cidade modelo” em termos de saúde e boas condições de vida, mas que, por outro lado, possui lugares diferenciados e contraditórios no seu espaço citadino. Sendo assim, apresento também o panorama socioeconômico e socioespacial dos lugares selecionados para o estudo empírico, em que prevalece a opulência de um e a precariedade do outro.

Na quarta parte, a derradeira, intitulada **“distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais em Vitória: iniquidades ou não?”** apresento os resultados e a discussão da pesquisa. Abordo o tema das práticas corporais como algo institucionalizado e de importância na promoção da saúde, e analiso onde essas têm sido implementadas com afinco, pela gestão pública, na cidade de Vitória. Trago aqui as evidências empíricas coletadas nos lugares pesquisados (Jardim da Penha, Gurigica/São Benedito), no que tange à distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais e os equipamentos de segurança pública. Ao final, destaco as evidências cartográficas, em que mapeei aquilo que foi constatado no campo em termos de distribuição desses equipamentos pelo território.

1.1. Objetivos

Orientada pelas questões anunciadas acima, e a partir do referencial teórico descrito, o objetivo geral dessa pesquisa consiste em descrever e analisar a distribuição geográfica dos equipamentos públicos para práticas corporais junto com os equipamentos de segurança pública em dois lugares de Vitória, verificando se tal distribuição permite revelar conexões com os contextos socioeconômicos díspares desses lugares.

De forma mais específica, o objetivo foi problematizar e contextualizar os achados empíricos, à luz das premissas que fundamentam e justificam que as políticas de saúde deveriam ser produtoras de equidade.

2. CAMINHO METODOLÓGICO

Esta parte registra o caminho metodológico utilizado nessa dissertação, iniciando pelo “tipo de estudo”, que esclarece o porquê da abordagem utilizada. Logo após, apresento os “lugares da pesquisa”, parte onde teço considerações acerca de como foram escolhidos os bairros para serem pesquisados e de algumas características socioeconômicas que influenciaram nessa escolha. Logo após, destaco os “instrumentos e procedimentos” utilizados e teço considerações sobre as três etapas que constituem a pesquisa, sendo a primeira a exploração da temática das iniquidades em saúde a partir de uma revisão teórica e a definição das duas variáveis centrais para análise empírica: **equipamentos para práticas corporais** e **equipamentos de segurança pública (SP)**. A segunda etapa consistiu no levantamento e análise de dados sobre a existência e distribuição dos equipamentos para práticas corporais e os de SP em Vitória, além da seleção dos equipamentos possibilitando a construção de mapas para representar essa distribuição. A terceira etapa consistiu no estudo do campo, em que procurei entender os lugares da pesquisa e as diferenças existentes entre eles, quanto à distribuição de diversos equipamentos públicos, entre os quais, os de segurança pública e para práticas corporais.

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, que busca conhecer e trabalhar aspectos particulares do universo dos significados, valores e atitudes que compreendem o espaço das relações e fenômenos dos sujeitos (MINAYO, 2004). Essa abordagem permite a valorização dos modos de vida dos sujeitos, dos significados dos fatos envolvidos na vida dos atores sociais e explora a enorme dimensão das condições de vida desses e as características sociodemográficas e socioespaciais que influenciam a saúde.

Como busquei pensar o processo de adoecimento dos sujeitos a partir de uma abordagem qualitativa, que envolvesse as iniquidades sociosanitárias, utilizei algumas ferramentas que auxiliaram nessa leitura qualitativa, são elas: a fotografia e os diários de campo. Tais ferramentas podem ajudar a ver não apenas os “buracos” intraurbanos, mas a compreender como a gestão pública pode agir no sentido de reduzir ou aumentar as

iniquidades no espaço urbano. A cartografia foi a metodologia escolhida para representar graficamente essas diferenças.

2.2. A escolha dos lugares da pesquisa

Compõem o universo desse estudo três bairros de Vitória-ES: Jardim da Penha, São Benedito e Gurigica. Esses foram previamente selecionados através da análise do Índice de Qualidade Urbana (IQU)⁶ do município, que também serviu de parâmetro para outros estudos recentes. Num estudo prévio realizado por Vieira et al., (2011), buscando descrever a prevalência de infecção por HIV em gestantes e a taxa de transmissão segundo o perfil socioeconômico dos bairros de residência das mães, na cidade de Vitória, utilizaram o IQU como fonte de informações socioeconômicas dos bairros, e verificaram uma alta prevalência de HIV em gestantes residentes nos bairros com menores valores de IQU. Sampaio (2012), também utilizou o IQU para estudar a distribuição espacial dos casos novos de hanseníase, por bairros do município de Vitória e a correlação com os indicadores socioeconômicos no período de 2005 a 2009. Concluíram que, os bairros com baixo IQU possuíam maior índice de detecção de hanseníase do que os bairros com padrão elevado do IQU. Bagrichevsky et al., (2013), também já haviam utilizado esse Índice de forma comparativa, para mostrar a existência de um *status* de iniquidade na cidade. Nesse sentido, compararam a distribuição de um importante serviço de saúde no município, o Serviço de Orientação ao Exercício com os valores de IQU apresentados pelos bairros no ranqueamento e concluíram que: os dez melhores bairros concentravam o maior percentual de módulos desse serviço.

Esse índice, com características semelhantes ao IDH (escala métrica de 0 a 1), é composto pelas variáveis: renda, ambiente, habitação e escolaridade. Foi desenvolvido pelo Instituto Pólis⁷, em parceria com a prefeitura de Vitória, e as únicas versões disponíveis datam de 1990 e 2000. Embora não haja nova versão do IQU, este possibilita um conhecimento das diferenças existentes entre os lugares a serem analisados. Isso se explica pelo fato de que

⁶ É cabível salientar que este instrumento foi utilizado apenas para auxiliar nesta seleção, e por ainda representar um importante marcador das iniquidades presentes em Vitória mostrando algumas diferenças entre os lugares.

⁷ Esta é uma ONG (Organização Não Governamental) de atuação nacional e internacional, fundada em 1987. Seu objetivo é auxiliar na construção de cidades justas, sustentáveis e democráticas, por meio de pesquisas que resultem em mais políticas públicas e no avanço do desenvolvimento local.

mesmo diante das mudanças feitas buscando melhorias na infraestrutura urbana da cidade, estas não foram suficientes para equiparar os bairros Gurigica e São Benedito a Jardim da Penha, sobretudo no que tange à distribuição de diversos serviços públicos, tampouco para reduzir as desigualdades existentes entre eles, portanto, houve possibilidade de utilizar esse Índice a título de escolha desses lugares.

O IQU ranqueou os 79 bairros existentes até então em Vitória (hoje são 80 bairros). Nesse *ranking*, aquele que obteve o menor índice entre os bairros analisados foi São Benedito (IQU=0,20) sendo, portanto, o menos desenvolvido de toda a cidade. Outro que obteve um valor ínfimo foi Gurigica (IQU=0,36); ambos os bairros estão localizados muito próximos um do outro, e visualmente, parecem um bairro único por compartilharem algumas características. Jardim da Penha obteve a sexta colocação nesse *ranking*, com (IQU=0,79) considerado muito alto.

É importante frisar, que o IQU forneceu um aporte para que essa pesquisa partisse de uma priori sobre a existência de muitas iniquidades em Vitória. Nesse sentido, ao realizar a ida a campo, já sabíamos que os lugares pesquisados eram distintos em termos de renda, ambiente, habitação e escolaridade, portanto, uma distinção em termos de qualidade urbana, mas o que não sabíamos, e buscamos descrever e analisar, foi a distribuição geográfica dos equipamentos públicos para práticas corporais junto com os equipamentos de segurança pública nesses lugares, verificando se tal distribuição possui conexões com os contextos socioeconômicos díspares desses lugares.

É importante dizer que o fato de o IQU ter auxiliado na escolha dos lugares, através do valor apresentado pelo ranqueamento, não foi determinante para a escolha desses, sendo pertinentes outros motivos. Nesse sentido, Gurigica e São Benedito, foram escolhidos, pois além de apresentarem esse ínfimo valor de IQU, estão adstritos à Unidade Básica de Saúde de Consolação, que forneceu auxílio na ida a campo, sendo mais fácil o acesso ao lugar a partir dessa UBS. O bairro Jardim da Penha foi eleito, pois além de possuir um ótimo valor de IQU, é um bairro localizado muito próximo aos anteriores, sendo a distância de São Benedito: 2,476 km e de Gurigica: 2,760 km.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009), particularidades regionais relativas ao solo, à atividade econômica dominante, às relações comerciais, à afetividade e às nuances ecológicas configuram distâncias simbólicas que diferem das distâncias objetivas, metricamente aferidas. Desse modo, lugares distantes podem ser vistos como próximos e, do mesmo modo, espaços vizinhos podem ser percebidos como longínquos.

O fato de estarem tão próximos espacialmente, e ao mesmo tempo tão distantes, em relação às condições de vida, reforçou o interesse pelos lugares selecionados. A curta distância entre eles revela muitas contradições, as desigualdades são enormes, e a atuação do poder público se mostra diferente no que tange à oferta de serviços públicos, o que faz pensar que há um aumento, partindo da própria gestão pública, da iniquidade já existente. Exemplos dessas contradições serão mostrados no decorrer dos capítulos.

2.3. Instrumentos e procedimentos da pesquisa

Os procedimentos metodológicos para coleta de dados e construção dos conhecimentos ocorreram em três etapas. Inicialmente, para um melhor conhecimento do fenômeno investigado, foi necessário explorar a temática das iniquidades a partir de uma revisão teórica buscando compreender o alcance dessas sobre o “processo saúde-doença-cuidado”, e como a gestão pública lida com essa problemática imbricada historicamente no país.

Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico entre março de 2013 e agosto de 2015, sem a pretensão de esgotar o estado da arte, em que as fontes utilizadas foram: banco de dados eletrônicos, artigos científicos, livros, teses e dissertações, documentos e sites oficiais dos governos municipal e federal, que possibilitaram apresentar o contexto da pesquisa. Nesta etapa, foram definidas duas variáveis centrais para análise empírica e para a posterior cartografia: **equipamentos públicos para práticas corporais** e **equipamentos de segurança pública**. Embora o contexto socioeconômico dos lugares tenha tido especial importância, a escolha de tais variáveis foi uma forma didática de direcionar a análise para as diferenças existentes no espaço urbano de Vitória.

Quanto às teses, dissertações, e artigos científicos, as principais bases de dados que forneceram esses trabalhos foram o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (Capes) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionadas 10 dissertações e 1 tese, publicadas entre 2008 e 2014. Sobre os artigos científicos, foram selecionados 57 artigos, publicados entre 1992 e 2015.

Os descritores utilizados na busca foram: “saúde”, “iniquidades sociais”, “iniquidades em saúde”, “iniquidades socio sanitárias”, “desigualdades injustas”, “práticas corporais”, “atividades físicas”, “equipamentos públicos”, “segurança pública”, “cartografia”, “iniquidades intraurbanas”, “espaço intraurbano”, “políticas públicas”, “lugar social”, “território”, “Vitória/ES”, “políticas de saúde”, “geografia”. Esses termos foram utilizados tanto na busca das teses e dissertações, quanto na busca dos artigos científicos ou livros disponíveis em formato eletrônico.

Do resultado obtido nessa busca, foram selecionadas publicações de caráter conceitual sobre iniquidade, desigualdade, saúde e lugar social; e empírico, relacionados a serviços e políticas públicas de saúde, distribuição de equipamentos públicos, inclusive para práticas corporais, iniquidades intraurbanas e saúde, cartografia; e excluídos aqueles que se ocupavam exclusivamente das práticas corporais e da atividade física de modo hegemônico, comportamentalista ou com visão puramente biológica sobre a saúde. Como exemplo, aqueles que discutiam temas relacionados à “importância da atividade física para a saúde”, “efetividade de programas de atividade física”, “efeitos fisiológicos das atividades físicas”. Quanto às teses e dissertações, foram considerados apenas trabalhos de pós-graduação em senso estrito, ou seja, de doutorado ou mestrado (acadêmico e profissional), e excluídos trabalhos de conclusão de cursos e de especialização.

A maior parte dos trabalhos se concentra em duas áreas, a de Saúde Coletiva (incluindo aqui os de Saúde Pública) e a de Geografia. É importante dizer que o fato dessa pesquisa ter sido desenvolvida num mestrado em Educação Física não direcionou a busca aos periódicos dessa área, pois, a temática discutida aqui, permitiu uma ampliação do olhar para outros trabalhos que fundamentam essa discussão e que possuem relevância para o campo da saúde.

Quanto aos livros, as publicações datam de 1989 a 2013. Foram utilizados 29 livros no total, alguns antigos, porque são obras de referência na discussão do tema da saúde na perspectiva a que se propôs esse texto, e, por isso, não poderiam ser dispensados.

Os documentos e sites oficiais também auxiliaram na análise e discussão. Foram utilizados 16 no total, todos disponíveis em formato eletrônico. Desses, 6 estão contidos na

esfera municipal, e forneceram dados e indicadores importantes sobre políticas públicas e sobre o panorama socioeconômico da cidade de Vitória; e 10 estão contidos na esfera federal que também forneceram informações sobre políticas de saúde desenvolvidas no âmbito nacional.

A segunda etapa consistiu no levantamento, seleção e análise de dados sobre a existência e distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais e de equipamentos de segurança pública na cidade de Vitória. Utilizei, para tanto, dados secundários disponíveis no site da prefeitura municipal de Vitória. A prefeitura dispõe de um sistema de geoprocessamento desenvolvido pela equipe de analistas da Gerência de Geoprocessamento da Subsecretaria de Tecnologia da Informação. Posteriormente, esses dados foram transformados em representações cartográficas para o estudo.

Com a possibilidade de utilização desse sistema de dados, para expor as características da cidade, a prefeitura lançou o serviço GEOWEB Vitória, uma ferramenta institucional responsável pela geração de mapas e que reflete o banco de dados georreferenciados. Através da *home page* “geoweb.vitoria.es.gov.br”, é possível fazer downloads de diversos metadados georreferenciados de equipamentos urbanos presentes na cidade e visualizá-los espacialmente através do Google Earth (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015c). Esses equipamentos estão divididos por áreas como educação, assistência social, segurança urbana, turismo, trabalho e renda, cultura e entretenimento, cidadania e direitos humanos, meio ambiente, serviços urbanos, transportes, obras, saúde, esporte e lazer.

As técnicas de geoprocessamento permitem o mapeamento de condições de vida e a identificação das necessidades de grupos da população, o que abre campo para outros estudos (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008). Segundo a prefeitura de Vitória, o objetivo desse serviço é democratizar as informações georreferenciadas para o público que deseja encontrar a localização de diversas infraestruturas da cidade possibilitando também a tomada de decisões pela gestão pública (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015c). Através desse recurso disponível, foi possível indicar a localização geográfica de grande parte dos equipamentos urbanos da cidade, entre os quais se encontram aqueles incluídos nas categorias escolhidas para essa pesquisa.

Como o foco principal dessa pesquisa são os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública, foi preciso realizar uma triagem. Dentre equipamentos públicos e privados, incluindo todas as categorias acima citadas, há um total de 2.168 listados no site do sistema GeoWeb. Desses, 875 são públicos (municipais, estaduais e federais), 978 privados e 315 se enquadram na categoria “outro” composta pelas associações, ONGs e igrejas.

Foi selecionado para análise, um total de 47 equipamentos públicos para práticas corporais, distribuídos por toda a cidade, e que respeitavam as seguintes premissas estabelecidas: equipamentos direcionados para adultos, projetados especialmente para a prática corporal, implantados nos locais pelo poder público municipal (Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria de Esportes). São eles: 21 Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI), 3 Praças Saudáveis⁸, 16 Módulos do Serviço de Orientação ao Exercício, 7 Parques implantados (onde há pistas ou calçadas projetados para caminhada). A opção por serem públicos tem relação com um objetivo dessa pesquisa que também pretende contextualizar os achados empíricos, à luz das premissas que fundamentam e justificam as políticas de saúde (públicas) como produtoras de equidade. Foi excluído da análise um total de 174 equipamentos, por não atenderem às premissas justificadas acima.

Dentre os equipamentos de segurança pública, foi incluído para análise um total de 34, sendo eles representados pelas bases fixas da Polícia Militar, da Polícia Civil e da Guarda Municipal. Foi excluído um total de 42 equipamentos por estarem relacionados a outras corporações como corpo de bombeiros, setores administrativos, academias de polícia, corregedoria e superintendências. Entende-se, nessa pesquisa, que tais equipamentos não estão em contato direto com os cidadãos e não oferecem a proteção diária e ostensiva nas ruas da cidade, por isso, não representam a “segurança” cuja pesquisa se refere.

⁸ A “Praça Saudável” é uma iniciativa do Governo do Estado do ES, por meio da Secretaria de Estado de Esportes e Lazer (Sesport), em parceria com a Prefeitura de Vitória. São praças construídas nos tamanhos de 1.500, 2.000 e 2.500 m², de acordo com a área disponível. Possuem 17 equipamentos com sobrecarga (peso) que visam atender pessoas de todas as idades. Informação disponível na *home page*: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-12149>.

A partir daí, foram construídas duas planilhas com vista a organizar as análises, uma contendo os equipamentos para práticas corporais, e outra contendo os equipamentos de SP. Essas se encontram em forma de quadros, respectivamente, nos apêndices A e B e trazem informações como nome do equipamento, endereço, natureza (municipal, estadual, federal), tipo, área de atuação e bairro onde se encontra cada equipamento. Esses dados coletados e organizados em formato de planilhas foram utilizados para a posterior construção dos mapas.

Enquanto isso, o estudo foi direcionado para a terceira etapa, qual seja: o estudo do campo realizado nos bairros selecionados: Gurigica, São Benedito e Jardim da Penha, a fim de mapear, cotejar e desvelar similitudes e diferenças socio sanitárias entre os “lugares” da pesquisa. Como instrumentos para essa etapa, foram utilizados as fotografias e os diários de campo. Tais instrumentos foram escolhidos por estarem diretamente relacionados e adequados a esse tipo de pesquisa e com objetivo de chamar a atenção visual do leitor para as iniquidades existentes em diferentes lugares dentro de Vitória.

Através das fotografias, pude mostrar e comparar as limitações para a realização das práticas corporais em um lugar, e a facilidade disponível em outro lugar, fato que mostra como é a atuação da gestão pública nesses lugares. Através do diário de campo, pude reproduzir cuidadosamente os momentos vivenciados na captação da realidade, registrando as características dos lugares como: infraestrutura, condições socioeconômicas dos sujeitos, condições de vida e atuação da gestão municipal através da distribuição de serviços e equipamentos urbanos. Além disso, pude registrar os meus sentimentos quanto às experiências vivenciadas nesses lugares e as interpretações acerca das mesmas. Segundo Minayo (2004) os registros são importantes, pois compõem o quadro das representações sociais, ou seja, a categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a e justificando-a.

O fato de eu ir aos lugares e registrá-los fotograficamente em seus aspectos estruturais, bem como os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública, construindo diários de campo sobre o que foi visto, percebido e analisado, configura um cuidado ao tratar das diferenças entre eles, isso porque, não basta ver se os equipamentos existem ou não, ou qual lugar possui maior quantidade deles, é preciso ver também se estão

em boas condições de uso, e como é o entorno onde estão inseridos; elementos que quando se olha apenas um mapa não se consegue visualizar.

Sendo assim, o trabalho de campo foi direcionado para entender os lugares da pesquisa e as diferenças existentes entre eles, no que concerne à distribuição de diversos equipamentos públicos. Por isso, o contexto social que envolve os equipamentos em diferentes lugares ganhou uma importância grande, e também foi ressaltado como forma de mostrar outros elementos envolvidos na saúde dos sujeitos. Todavia, diante da impossibilidade de mostrar cartograficamente, nesse momento, o amplo contexto estrutural desses lugares, e da necessidade de focalizar a análise, buscou-se representar nos mapas, apenas a distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais e dos equipamentos de segurança pública.

A inserção no campo se deu de duas formas: no bairro Jardim da Penha tive autonomia de circular sozinho pelo lugar e não necessitei de auxílio para me inserir no campo, já nos bairros Gurigica e São Benedito tive a mediação das agentes comunitárias de saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Consolação que me aproximaram do lugar. Minha aproximação com a UBS e as agentes se deu de maneira informal, com o auxílio da educadora física desta UBS, que conversou com as agentes e possibilitou que eu as acompanhasse em suas visitas às microáreas.

É importante salientar, no que diz respeito à obtenção do material empírico obtido pelo trabalho de campo da pesquisa, que não foi realizado qualquer tipo de entrevista com pessoas. Lancei mão apenas de observação, anotação e registro fotográfico de lugares públicos e as respectivas informações produzidas a partir deles. Não obstante, aproveitei informações esporádicas fornecidas prévia e espontaneamente pelas ACS da Unidade Básica de Saúde de Consolação, sobre os bairros Gurigica e São Benedito, para enriquecer os diários de campo. Essas informações foram importantes, pois as ACS, além de trabalharem, residem nesse lugar e conhecem as suas características.

Para o estudo do campo utilizei como recursos, em ambos os lugares, uma máquina fotográfica Casio de 14.1 *Megapixels*, prancheta, caneta e papel; nos bairros São Benedito e Gurigica foi preciso o uso de jaleco para acompanhar as ACS. Isso para que os habitantes daquele lugar me reconhecessem como pessoa ligada ao profissional da saúde, tornando mais

fácil minha acessibilidade ao lugar. Essa acessibilidade é difícil, pois o lugar é dominado pelo narcotráfico e possui um “poder paralelo”, que comanda inclusive, as ações dos próprios moradores, algo que será exposto adiante nesse texto. Em Jardim da Penha, não tive necessidade do uso de jaleco, pois transitei livremente nas ruas do bairro como uma caminhante comum.

Foram realizadas duas visitas a Jardim da Penha, duas visitas a São Benedito e duas visitas a Gurigica. O fato de esses bairros possuírem uma pequena área territorial⁹ possibilitou a coleta dos dados nesse curto tempo. As poucas visitas aos lugares se devem também ao objetivo estabelecido nessa pesquisa, em que a preocupação foi não transcender a análise da distribuição geográfica dos equipamentos públicos para respeitar os aspectos éticos da pesquisa.

Após a incursão no campo, foi realizada a triagem das fotos, a legendagem de cada uma delas e a reformulação dos diários de campo, momento em que surgiram novas lembranças de fatos antes despercebidos. As imagens selecionadas, que ilustram parte do trabalho de campo, são também a tentativa de situar o leitor, que pode se perder diante da descrição dos lugares realizada nos próximos capítulos.

Com os equipamentos selecionados e a pesquisa de campo realizada, lancei mão de outra metodologia adequada aos objetivos dessa pesquisa: **a cartografia**. Optei por utilizar a metodologia cartográfica para analisar a proximidade e a densidade desses equipamentos em distintos lugares, e, de uma forma geral, também em Vitória.

O conceito de cartografia utilizado aqui é abordado por Acselrad e Coli (2008) para quem esta é uma forma de representação do território, um recorte da realidade, em que aquilo que é real num espaço é descrito simbolicamente através dos mapas. Desse modo, os mapas são sempre uma abstração do mundo, elaborada a partir de algum ponto de vista. Para Acselrad (2008) os mapas não deveriam ser essencialmente uma linguagem de “poder”, ou

⁹ Área territorial dos bairros segundo dados da Prefeitura de Vitória: Gurigica (0,52km²), São Benedito (0,20km²), Jardim da Penha (1,47km²).

seja, restrita a alguns estratos sociais, mas também de contestação, na medida em que mostram a realidade e as desigualdades existentes, sendo, portanto objetos de ação política. Para esse autor, cartografar um território, implica em mais do que representar onde os elementos se encontram no espaço, mas, sobretudo, representá-lo de forma subjetiva respeitando outros elementos intrínsecos nas relações humanas em comunidade, como a própria visão de mundo dos sujeitos e grupos quanto ao espaço ao qual pertencem. Por isso, a incursão no campo objetivando compreender como se organiza o lugar estudado e verificando o contexto de vida dos sujeitos, permanece sob tal perspectiva crítica enunciada por esse autor.

Nesse âmbito, Martinuci (2008) explica que a complexidade presente nos territórios imprime novas configurações e dinâmicas espaciais, para as quais é preciso encontrar formas apropriadas de representação que expressem de maneira adequada essa realidade, e, para isso, a cartografia é um importante instrumento, não como tentativa de “medir” o mundo, mas compreendê-lo. Nesse sentido, Vieira (2009) acrescenta que o mapa é uma representação da realidade empírica que possibilita-nos observá-la de forma mais ampla do que a observamos no dia a dia, além disso, permite-nos construir um conhecimento do espaço urbano das cidades que pode ser expresso a partir dos indicadores sociais representados nos cartogramas.

O mapa é um instrumento político eficaz para a compreensão dos fenômenos, mas também para expressar conflitos subjacentes, gerando inquietações a respeito da atuação da gestão pública, algo sempre bem vindo para as mudanças sociais (JOLIVEAU, 2008; ACSELRAD; COLI, 2008). A representação dos elementos geográficos, através dos mapas, coloca o processo de tomada de decisão não apenas no campo do conhecimento científico, mas envolve o domínio da linguagem apropriada aos problemas ambientais que são tratados de diferentes maneiras (GUIMARÃES; RIBEIRO, 2010).

A identificação de conglomerados de áreas homogêneas, ou mesmo de áreas isoladas quanto à determinada característica pode auxiliar no estabelecimento de prioridades em áreas carentes, onde as iniquidades são maiores e necessitam de ações dos serviços de saúde e também ações articuladas de diferentes setores e instituições públicas (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

Por não dominar as técnicas da cartografia, mas apenas conhecer essa metodologia, foi estabelecido uma parceria com o geógrafo Raul Borges Guimarães, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), que utilizou os dados georreferenciados e previamente selecionados disponíveis nas planilhas para a construção de mapas temáticos. Esses mapas foram criados a partir de um sistema de informação geográfica (SIG), que segundo Acselrad e Coli (2008), é um sistema computadorizado projetado para coletar, armazenar, gerenciar e analisar as informações com referências sobre espaços geográficos e dados associados de atributo. Esses autores salientam a utilização, cada vez mais frequente, dessa tecnologia para explorar as questões de interesse das comunidades. Nesse processo, os dados locais com referências sobre espaços, bem como os dados não relacionados a espaços, são integrados e analisados para dar apoio aos processos de discussão e tomada de decisões.

Sheppard (2008, p.124) ressalta que “o SIG pode expor alguns aspectos da iniquidade ambiental e possivelmente, contribuir para a eficácia do movimento por justiça ambiental”, na medida em que possibilita aos atores sociais, até as comunidades desfavorecidas a identificarem as mazelas e se mobilizarem em prol da justiça ambiental.

Elegi para a montagem dos mapas, e repassei para que fossem cartografados, os seguintes equipamentos: Academias Populares da Pessoa Idosa, módulos do SOE, parques onde há pistas ou calçadões para caminhada, praças saudáveis, além dos equipamentos de SP. Com a utilização de SIG, foram criadas áreas de abrangência em torno dos pontos de localização dos equipamentos de segurança pública, tomando uma distância radial de 500mts, suficiente para se ter acesso sem necessidade de meios de transporte.

Todavia, é preciso apontar que não descartei da discussão teórica os demais equipamentos para práticas corporais identificados e fotografados no campo como, quadras, ciclovias e campos de futebol por comporem o cenário do estudo e fazerem parte do contexto social dos lugares.

Os mapas formulados nessa pesquisa compreenderam tanto a cidade de Vitória, quanto os dois lugares contrastantes previamente selecionados. Realizei a análise deles comparando com as informações que eu já havia coletado no campo, sendo assim, procurei mostrar a distribuição dos equipamentos para práticas corporais e de SP, bem como a cobertura dos

equipamentos de SP, tanto no espaço total da cidade, quanto especificamente nos lugares da pesquisa. Analisar inteiramente a cidade foi importante visto que há equipamentos que não estão nos limites territoriais de um bairro, mas no bairro vizinho, podendo também ser utilizados pelos moradores dos bairros selecionados. Isso evidencia que a possibilidade de acesso vai além desses bairros, mas envolve o entorno deles.

Foram produzidos um total de 4 mapas que encontram-se dispostos no capítulo 7 dessa dissertação, onde é realizada a análise e a discussão sobre eles. São eles:

- Mapa 1- **Vitória (ES)** - Equipamentos públicos para práticas corporais;
- Mapa 2 - **Vitória (ES)** - Equipamentos públicos para práticas corporais e equipamentos de segurança pública com cobertura da segurança pública;
- Mapa 3- **Jardim da Penha** - Equipamentos públicos para práticas corporais e equipamentos de segurança pública com cobertura da segurança pública;
- Mapa 4- **Gurigica e São Benedito** - Equipamentos públicos para práticas corporais e equipamentos de segurança pública com cobertura da segurança pública.

3. INIQUIDADES: CONCEITOS E CONTEXTOS

Discutir a saúde tendo como base as iniquidades sociais representa uma maneira de dizer que o contexto social e o modo como as pessoas vivem e se relacionam têm efeitos importantes sobre sua condição de saúde. Todavia, desenvolvê-la em profundidade exige, entre outras coisas, um cuidado semântico inicial que vise evidenciar as desigualdades consideradas injustas (ou iniquidades), na medida em que nem todas elas podem ser assim caracterizadas. Por isso, ressalto que o objetivo desse capítulo não é analisar, revisar e definir termos, do ponto de vista etimológico. E sim, ainda que de forma introdutória, explorar e problematizar o entendimento dos conceitos de iniquidade e desigualdade, bem como das suas dessemelhanças.

Para iniciar essa discussão, é pertinente fazer referência à Constituição Federal Brasileira que expõe um exemplo da generalização da “igualdade” ao proclamar no artigo 5º que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988). Ao postular isso, se desconsidera a oposição existente entre estratos sociais, que é histórica. Por isso, é importante dizer que as pessoas só são livres e iguais em tese, porque na verdade já nascem diferentes, a depender do estrato social ao qual pertencem, e das suas condições de vida.

Para Silva e Barros (2002), a qualidade de ser igual ou desigual não remete necessariamente a um juízo de valor sobre justiça ou injustiça. É nesse âmbito que surgem os conflitos conceituais que dificultam um esclarecimento sobre o tema, bem como a formulação de políticas condizentes com os objetivos que se deseja atingir.

Quanto ao conceito de “desigualdade”, também é necessário uma análise cuidadosa, pois as pessoas podem ser consideradas completamente desiguais, se comparadas por condição tão restritiva que resulte em uma quase individualização (SILVA; BARROS, 2002). Um exemplo disso, são as características fenotípicas que cada um possui, responsáveis por particularidades que podem ser visíveis fisicamente ou detectáveis nos diferentes sujeitos, porém, isso não significa injustiça.

Breilh (2010) aponta uma sobrevalorização do conceito de “desigualdade” e até uma “adoração” dos pesquisadores em relação a ele, de modo que é trazido à baila a todo o

momento. Contudo, o autor descarta uma criticidade, tampouco uma análise profunda dos problemas sociais existentes no mundo, haja visto que ele pode se aplicar a características individuais não remetendo necessariamente aos problemas estruturais da sociedade.

Almeida-Filho (2011) também relata uma banalização das desigualdades no mundo capitalista, sendo tratadas apenas como um agravante desse modo de produção, chegando a não despertar inquietação dos governos. Nessa vertente, podemos pensar o quanto esse discurso é supervalorizado no Brasil e nos demais países da América Latina, onde os problemas sociais existentes se transformam, quase sempre, em fatores geradores ou decorrentes das desigualdades sociais.

Para ser considerada uma desigualdade social injusta, é preciso que haja um julgamento de valor, encontrando-se melhor consubstanciada na noção de “iniquidade” (CAVALLI, 1992). É necessário que haja a sobrevalorização daquelas que contém esse predicativo, tornando-as ainda mais vergonhosas para que cheguem talvez a impactar na formulação de políticas públicas.

Almeida-Filho (1999) também propôs a utilização do conceito de “iniquidade” diferenciando-o de desigualdade social, sendo essa a ideia que fundamenta a pesquisa, considerando-se que o uso desse termo é o que melhor expressa o conjunto de desigualdades consideradas injustas socialmente.

O conceito de iniquidade foi sistematizado por Whitehead (1992, 2006) para quem esse também possui a moral e a ética como dimensões. Refere-se às diferenças (ou desigualdades sociais) que são desnecessárias e evitáveis, mas também consideradas abusivas, na medida em que são conhecidas pelos governos e, muitas vezes, até estimuladas de forma indireta com políticas iníquas.

Para que uma situação seja julgada e considerada iníqua é importante que haja uma análise criteriosa do contexto em que esteja ocorrendo tal injustiça, e da relação dessa situação com o restante da sociedade (WHITEHEAD, 1992, 2006). Isso forneceria subsídios para a compreensão das injustiças sociais apontando para os caminhos a serem traçados na redução dessas injustiças.

Segundo Whitehead (1992, 2006), a iniquidade possui como principal determinante as formas como se organiza a vida social, e as diferenças são injustas quando geradas e mantidas por uma organização social que também é injusta. Para a autora, uma organização social injusta é aquela caracterizada pelo desprezo às noções comuns de justiça, em que as relações de poder são desiguais, poucos detêm o poder econômico, educacional, cultural, em detrimento de muitos que sobrevivem em situações de miserabilidade.

Segundo Borde (2014), os debates em torno do tema das iniquidades têm se mostrado insuficientes na captação da complexidade inerente na determinação social do processo saúde-doença. As diversas contribuições ao debate se mostram precárias do ponto de vista teórico, infrutíferas no campo das políticas públicas e das transformações sociais e insuficientes na captação da complexidade inerente na determinação social do processo saúde-doença.

Percebe-se que as iniquidades também são amplamente conhecidas, e têm sido notadas e lamentadas socialmente pelos estudos, pelos governos, porém, na prática, poucas atitudes políticas de combate efetivo a elas têm sido produzidas com êxito, a ponto de reverter esse quadro estrutural. Estão sendo separadas dos processos sócio-históricos e das injustiças sociais no contexto em que surgem, fato que demanda análises mais problematizadoras.

Nessa conjuntura é necessário apresentar brevemente esse contexto, e dizer que tanto a ‘modernização’, quanto a ‘globalização’ têm grande participação na segregação socioespacial e na reprodução da iniquidade.

A “modernização”, que não está atrelada apenas ao desenvolvimento dos meios de produção (fábricas e equipamentos), abrange um conjunto de transformações que se processam na estrutura econômica, política e cultural de um lugar e nos grupos sociais que dele participam (HARVEY, 1993). Segundo Castilho (2010), esse processo envolve um conjunto de valores que se apresentam com forte caráter ideológico sobre os estratos sociais. Valores esses que não se encontram em consonância com a realidade dos estratos com menor poder aquisitivo, mas, mesmo assim, imperam inclusive nos discursos políticos do governo.

Harvey (1993, p.21) definiu modernização como “o capitalismo em ação por meio de suas classes hegemônicas, é o seu processo de expansão e territorialização pelos lugares”. Essa expansão capitalista não representa automaticamente benefícios para a saúde de grande

parcela da população mundial, que ainda sobrevive buscando estratégias para sobrepor o risco de adoecimento e morte iminente.

As diferenças produzidas socialmente, advindas dessa organização social trazem consequências nefastas para sujeitos e grupos sociais de estratos baixos, em que nem todos podem se beneficiar de uma boa saúde, ainda que isso seja biologicamente possível. De acordo com Sen (2001) as diferenças sociais influenciam nas capacidades que os sujeitos possuem para levar um tipo de vida ou outro, e escolherem dentre vidas possíveis sem serem privados de suas vontades, e das possibilidades de satisfação de suas necessidades no contexto social em que vivem. Assim, existem os sujeitos com possibilidades de escolherem onde morar, o que comer, o que vestir, o que praticar, em detrimento de outros, que não dispõem desse “privilégio”. Nesse contexto, o desenvolvimento de políticas de governo que privilegiam uma parcela da população gera desigualdades que são iníquas, logo moralmente inaceitáveis (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Segundo Sen (2010), um dos fatores mais desafiadores para que os governos dos países adotem medidas efetivas para promoção e manutenção da saúde e para o acesso e uso de bens essenciais para a vida é a falta de recursos, e, para ele, as consequências dessa falta, quando não são adoecimento e morte, se traduzem em segregação socioespacial.

Sob outro ponto de vista, Buss e Pellegrini-Filho (2006, p.2006) não atribuem o desafio de promover e manter a saúde à falta de recursos, pois muitas vezes, esses são abundantes em muitos lugares, porém, mal utilizados. Para eles, “o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui”.

A superação de um determinado limite de crescimento econômico de um país, bem como o crescimento adicional de riqueza que daí advém, são fatores que não se traduzem necessariamente em melhorias na saúde dos sujeitos e grupos (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006).

Prova disso é o Brasil, que em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) transita atualmente entre a sétima e a oitava maior economia do mundo (D'ERCOLE, 2014), chegando a ostentar, mesmo rapidamente no ano de 2011, o posto de sexta maior (COSTA,

2011), mas apesar desse apogeu econômico, o relatório sobre as cidades Latino-Americanas feito pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), publicado em 2012, demonstra um cenário nada alentador: o país é o quarto mais desigual da América Latina (entre 21 países) no quesito distribuição de renda, ficando atrás somente da Guatemala, Honduras e Colômbia (ONU, 2012).

Ainda nessa linha de raciocínio, Wilkinson e Pickett (2010), objetivando compreenderem por que a saúde dos sujeitos piora sempre que descem um degrau na escala social, desenvolveram um estudo analisando, nos países desenvolvidos, por que isso acontece. Esses autores concluíram que, mesmo nas sociedades desenvolvidas e ricas, o fator mais importante para explicar o estado de saúde da população não é a existência da riqueza, mas a maneira como esta se distribui entre os estratos sociais. Concluíram, então, que é nas sociedades mais igualitárias onde se vive melhor, e não nas mais ricas.

Os debates teóricos e políticos sobre as desigualdades e iniquidades, ainda que não despertem efetivamente o interesse dos governos pelas mudanças, em certa medida, servem como forma de contestação à organização dessa sociedade, cujo modo de produção imperante gera segregação socioespacial. E quanto a isso, é importante salientar que as tensões ocasionadas pelos debates, são sempre bem-vindas para fomentar mudanças sociais, mesmo que em longo prazo.

Diante da dificuldade de reversão das iniquidades, tendo em vista suas raízes históricas já comentadas, Silva (2010) advoga que para amenizá-las é necessário que os governantes se empenhem em oferecer, de fato, acesso a bens e serviços à população mais desprotegida, a fim de compensar, mesmo que parcialmente, as desigualdades oriundas da divisão social do trabalho, e da injusta apropriação de riqueza pelos estratos sociais altos.

O argumento desse autor representa um pilar para pensarmos em possíveis estratégias políticas de redução das iniquidades (SILVA, 2010). Isto é, num enfoque integral das ações voltado para a integração das políticas públicas em diversos setores, integrando também a dimensão da participação social na definição das prioridades.

Mas a despeito da importância dessas proposições, é necessário apontar desafios do mundo moderno que se contrapõem aos interesses sociais e representam empecilhos para a

redução das iniquidades. Um desses desafios é justamente o de definir qual a função social do Estado no que se refere à saúde das pessoas.

De fato, há uma contraposição sempre presente entre o poder do Estado, sustentando os interesses capitalistas, em detrimento dos interesses da população (TEIXEIRA; BRONZO, 2010). Isso se manifesta também como um desafio a ser enfrentado pelos diferentes atores sociais no mundo contemporâneo, considerando a força que o mercado capitalista tem na definição do que é prioritário ou necessário para o ser humano e daquilo que o Estado poderá homeopaticamente prover.

Tendo em vista esse desafio, Nunes et al., (2001, p.12) defendem que:

Diminuir desigualdades - diante da impossibilidade de eliminá-las - deve ser o objetivo central de toda política pública. Buscar essa redução é, também, requisito para que uma política pública possa ser considerada como social, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas porque se situa em setores sociais como saúde, educação, previdência e habitação (NUNES et al., 2001, p.12, grifo nosso).

Segundo Fleury e Ouverney (2013, p.15) “a política social se refere às políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social. [...] Esta abrange tanto os meios pelos quais se promove o bem-estar em cada sociedade quanto os determinantes do desenvolvimento social”.

Conforme argumentam ainda Fleury e Ouverney (2013), a política de saúde precisa ser tratada como uma política social, ou seja, uma política voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades, que objetive a promoção da equidade e do bem-estar, enfatizando os valores humanos, sociais e culturais de cada lugar e grupo social.

Nesse sentido, os autores acima mencionados salientam um aspecto importante, o de que as políticas sociais são sempre orientadas por valores, entre os quais estão a ética, a equidade, a liberdade, a cidadania e a solidariedade (FLEURY; OUVERNEY, 2013), ainda que, em muitos casos, não haja correlação entre o resultado final e os objetivos iniciais traçados com a criação da política.

É fato que a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, e nem sempre está voltada para melhorar as condições sanitárias de uma

população. Existem muitos interesses arraigados, como os de mercado, por exemplo, que também determinam os rumos e o formato dessas políticas (FLEURY; OUVÉNEY, 2013).

Sob outra perspectiva, Cordeiro (1997) salienta que o conceito de políticas de saúde não se resume à política oficial ou institucional de saúde, dos aparelhos de Estado. Existem políticas de saúde formuladas por grupos de interesse, por grupos de pressão (movimentos populares), por grupos corporativos.

Diante dos desafios apontados, é importante que haja a mobilização social por políticas de saúde pública efetivas e equitativas, o que na concepção de Badziak e Moura (2010, p.69) poderia representar um “meio de assegurar à população o acesso à saúde e, por conseguinte, minimizar as iniquidades sociais”. Contudo, os mesmos autores ressaltam que somente tomando-se a saúde como um direito de todos, situada dentro de um contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, é o que dará possibilidades ao Estado para elaborar e executar tais políticas (BADZIAK; MOURA, 2010).

Tendo em vista que é importante não descartar a mobilização popular na formulação das políticas, e valorizar essa participação, essa dissertação se refere especialmente às políticas de saúde que não deixam de ser fruto dessa mobilização, e estão institucionalizadas como direito da população e como dever do Estado, ou seja, aquelas que estão instituídas em lei e são do pleno conhecimento dos poderes públicos.

Nesse sentido, a abordagem do próximo capítulo apresenta reflexões sobre o que a “saúde” significa e representa dentro de uma sociedade e para os diferentes sujeitos e estratos sociais. Além disso, estabelece uma relação entre iniquidade e saúde fornecendo possibilidades para repensarmos os valores éticos e morais envolvidos no desenvolvimento das ações, programas e políticas de saúde.

4. INIQUIDADES E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE

Tentar analisar o contexto em que se reproduzem as iniquidades é tarefa complexa; estabelecer uma relação com a saúde, mais ainda. Redundante dizer que as iniquidades existentes na sociedade prejudicam a saúde e demandam ação governamental impactante através de políticas sociais para redução delas. Examinar com rigor as iniquidades que afetam a saúde implica antes, “conceber” saúde como uma necessidade humana básica (mas, de caráter complexo), um direito (ao mesmo tempo individual e coletivo), sem a qual a vida se torna indigna aos sujeitos.

Silva e Barros (2002) argumentam que o conceito de iniquidades tem sido empregado em análises sobre desigualdades sociais para auxiliar no julgamento dos níveis de saúde de uma população, e no estabelecimento de uma linha divisória imaginária, como parâmetro do “justo” ou “injusto”.

Na acepção de Caponi (2003), existem diversas questões a serem consideradas na relação entre saúde e sociedade no momento da elaboração de políticas públicas, e das intervenções delas advindas:

Condições de vida impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo, ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes (CAPONI, 2003, p.126).

Nessa linha de pensamento é importante mencionar que as “iniquidades em saúde” relacionam-se às situações de adoecimento que não resultam da livre escolha dos sujeitos, como, por exemplo, as más condições de vida advindas de situações estruturais complexas que fogem ao seu controle, nesse sentido destaca-se a própria organização social capitalista, excludente *a priori* (WHITEHEAD, 1992, 2006).

A saúde como fenômeno social está amalgamada ao contexto cotidiano e à maneira como as pessoas vivem (ou sobrevivem). Por isso, é importante refletir como o “campo da saúde” se constituiu historicamente, e como sua acepção (ou noção do que seria) interfere politicamente no modo como o Estado atende (ou não) as necessidades de saúde de cada pessoa e dos grupos (CZERESNIA, 2003). Também parece insuficiente apenas considerar que

todos têm direito à saúde perante a Constituição Federal, sem discutir, de forma mais atenta, em que contexto social se constitui tal direito.

Em 1974, foi produzido no Canadá o Relatório Lalonde, documento oficial que lançou as bases de um movimento pela promoção da saúde no país, pensado numa perspectiva que ia além das intervenções sobre a biologia humana (SCLIAR, 2007). A ideia central considerava que as pessoas necessitam não apenas de mais longevidade (viverem mais anos de vida), mas, sobretudo, “viverem bem” (todos os seus anos de vida), tendo preservados e respeitados seus direitos à saúde, educação, moradia, trabalho, segurança pública, saneamento básico, como pressupostos básicos das políticas governamentais (SCLIAR, 2007).

O Relatório apresentava quatro eixos de interferência sobre a saúde humana (SCLIAR, 2007). Não há pretensão de problematizar cada eixo, pois isso foge aos limites dessa dissertação, tampouco estudá-los separadamente, pois os sujeitos possuem componentes individuais e coletivos que sofrem interferência do Estado, muitas vezes, de forma inadequada como nas campanhas públicas direcionadas à alimentação “saudável” ou antitabagismo por exemplo. Mas de forma geral, eles servem como exemplo didático de sistematização dos elementos que constituem o “campo da saúde” e auxiliam num direcionamento da busca pelo direito à saúde. Neste sentido temos:

- A biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento.
- O meio ambiente, que compreende o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho.
- O estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios físicos.
- A organização da assistência à saúde, que inclui assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos.

Segundo Granda e Breilh (1989), a vida social, e a saúde/doença como um de seus elementos, fazem parte de um universo de transformações e um conjunto de processos em ininterrupto desenvolvimento. Completando essa ideia, Czeresnia (2003) argumenta que, tanto a saúde, quanto o adoecer são formas pelas quais a vida do homem se manifesta, e na dimensão do cuidado esses fenômenos não podem ser pensados em separado, tampouco

desvinculados das experiências humanas, cuja vida em sociedade faz parte. Essas experiências são singulares e subjetivas para os sujeitos e os grupos sociais, e impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente através de palavras ou definições¹⁰ (CZERESNIA, 2003).

Sendo assim, a saúde, a doença e o cuidado podem ser considerados partes de um fenômeno complexo e conceitualmente chamado de “processo saúde-doença-cuidado” (CZERESNIA, 2003). As dimensões da vida envolvidas nesse processo incluem desde aspectos individuais e comportamentais como: genética, idade, sexo, hereditariedade até aspectos mais amplos como: fatores históricos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Segundo Palma (2000), se o processo saúde-doença-cuidado fosse apenas biológico, caberia ao sujeito alterar seus hábitos de saúde praticando, por exemplo, exercícios físicos ou regimes dietéticos para debelar as causas patológicas. Logo, essas atitudes o conduziriam à saúde, o que seria apenas sua responsabilidade. Todavia, por não ser assim, é essencial destacar o caráter social desse processo, que cautelosamente não pode se tornar um “determinismo”¹¹ social.

Laurell (1993, 1994) salienta que a saúde como um processo (também) social pode ser evidenciada nas atitudes da coletividade humana, no modo como adoecem e morrem os grupos humanos. Esses modos caracterizam uma realidade sanitária mais ou menos salutar, a depender também da disponibilidade e da possibilidade de acesso dos sujeitos aos serviços públicos de saúde (BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

¹⁰ A autora se refere à definição de saúde proposta pela OMS, em que a saúde é um “completo bem-estar físico e psicossocial”. Entretanto, na concepção da autora, essa necessita ser relativizada, e até criticada, na medida em que se apresenta insuficiente para explicar o que seria esse fenômeno chamado saúde.

¹¹ “Determinismo” é um conceito reducionista, e do ponto de vista filosófico refere que todo fenômeno está determinado necessariamente pelas circunstâncias ou condições em que se produz (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

“O processo saúde-doença é influenciado pelos modos como o homem se apropria da natureza, através dos processos de trabalho baseados em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (LAURELL, 1994, p. 157). Segundo Laurell (1993), não se trata de negar o fator biológico no homem, pois a doença existe como algo concreto, mas é fato que sofre a mediação do social. Nessa perspectiva, o modo de inserção na produção condicionará o processo saúde-doença, e os perfis de morbidade e mortalidade ou as possibilidades de morte prematura e longevidade serão distintas nos diferentes grupos sociais.

Nessa linha de pensamento, Laurell (1993) salienta que existem perfis patológicos criados por cada sociedade, e esses envolvem o tipo de patologia e a frequência com que essa ocorre em determinados grupos sociais e momentos históricos. Logo, as diferenças desses perfis nos grupos são consequências das transformações da sociedade.

Segundo Buss e Pellegrini-Filho (2006), muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade, e a situação de saúde de sua população.

Nesse âmbito, Possas (1989) preocupou-se em articular as diferentes dimensões que caracterizam a complexidade do processo saúde-doença-cuidado sistematizando a “Teoria dos modos de vida”. As dimensões presentes nessa teoria são as “condições de vida” e os “estilos de vida”.

Tanto “condições de vida”, quanto “estilos de vida” são dimensões fundamentais das condições de existência humana que caracterizam os modos de vida de sujeitos e populações. A primeira expressão representa um critério fundamental para identificar os fatores macro que influenciam a diversidade epidemiológica existente na sociedade. Relaciona-se à dimensão espacial de ocupação dos espaços, à densidade demográfica, às condições de alimentação, habitação, saneamento básico, transporte e meio ambiente. A segunda, por sua vez, constitui

formas sociais e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, hábitos¹² como tabagismo, alcoolismo e lazer (POSSAS, 1989).

Castiel (1999) critica a aplicação do conceito de “estilos de vida” tal como é abordado por programas governamentais de saúde, referentes ao incentivo às práticas corporais, boa alimentação ou higiene corporal. Para ele, pensar em estilos de vida em contextos de miséria e grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexitem é algo insensato, na medida em que muitas pessoas não podem eleger “estilos” para levarem suas vidas, pois para elas, não há opções disponíveis. Na verdade, nessas circunstâncias, o que há são estratégias de sobrevivência (CASTIEL, 1999).

Em suma, a abordagem desse processo a partir de um reducionismo da sua noção, isto é, centrando apenas no indivíduo e na biologia humana, limita o seu reconhecimento como um processo também mediado pelos fatores sociais. Em meio aos pressupostos anteriores, essa abordagem se torna insuficiente no mundo contemporâneo. Segundo Breilh (2010), é essencial a compreensão da complexidade social que medeia esse processo, reconhecendo-o como multidimensional e abrangendo os componentes de uma estrutura social ampla, os modos de vida dos diferentes estratos sociais.

A partir desse raciocínio, surgiu então o conceito da “determinação¹³ social da saúde/doença”. Na opinião de Costa (2009, p.444) esse conceito “é um potente caminho de consciência e de mobilização social na conquista do direito à saúde”, pois exige outro redimensionamento da luta pela saúde, que postule ao Estado a responsabilidade com os

¹² É importante relativizar esses hábitos, pois muitas vezes, não estão relacionados com escolhas próprias, por isso, não é tão simples imputar aos sujeitos a responsabilidade por seus atos. Os fatores sociais exercem forte influência disparadora do ato de fumar ou beber, mas é preciso considerar o fator químico que exerce influência na dependência psíquica e biológica dos sujeitos.

¹³ Há controvérsias em relação ao termo “determinantes”, pois quando um fator determinante exclui automaticamente todos os demais possíveis, isso se torna um “determinismo”. Por isso, mesmo que não traga escrito, prefiro entendê-lo como “condicionantes” ou “fatores influentes” da saúde.

direitos sociais, a promoção do desenvolvimento social, a coesão social e as políticas universais de proteção social.¹⁴

Na medida em que esse conceito pode politizar a saúde trazendo a consciência necessária para nutrir e impulsionar a demanda por esse direito, é oportuno citar Fleury (2009) que considera essa concepção como o fundamento científico da Reforma Sanitária Brasileira, movimento histórico, social e político que impulsionou a população brasileira na luta pelo direito à saúde no país.

O Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido a partir da década de 70, no Brasil, foi um marco histórico e político, que ampliou a luta popular por uma sociedade mais justa e solidária e um novo Estado com políticas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universalidade (PAIM, 2008). A “bandeira” desse movimento foi erguida por diferentes setores da sociedade civil, trabalhadores de diferentes áreas, trabalhadores da saúde, acadêmicos e organizações sindicais (PAIM, 2008).

Assim, a mobilização social e política na defesa da ampliação dos direitos sociais, ocorrida no âmbito do movimento de Reforma Sanitária conseguiu inscrever o direito à saúde no texto constitucional de 1988. Nesse texto encontra-se explícito no artigo 196 que “a saúde é um direito de todos” e obrigação do Estado conseguido através de “políticas sociais e econômicas” que dêem conta desse direito (BRASIL, 1988; BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Em consonância com o princípio constitucional referido no artigo 196, Luiz e Kayano (2010, p.118) contribuem dizendo que:

¹⁴ As políticas de proteção social são caracterizadas como políticas sociais, pois envolvem elementos como previdência social, assistência social, saneamento básico, e habitação, sem os quais dificilmente as pessoas podem sobreviver bem, ou seja, terem uma vida tranquila sem a preocupação com o adoecimento e morte (FLEURY; OUVENEY, 2013).

A saúde é um **direito social** vinculado à atividade prestadora do Estado, independente das possibilidades individuais. É o “**direito a não ficar doente**”, impondo atuação antecipada de serviços que garantam a salubridade pública. E ainda, representa o “**direito à cura, à prevenção** de doenças, a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, ao trabalho e à alimentação adequada” (LUIZ; KAYANO, 2010, p.118, grifos nossos).

Completando essa ideia, Dallari (2009, p.14) advoga que na sociedade contemporânea o direito à saúde exige:

A participação do Parlamento, legítimo representante dos interesses envolvidos tanto no processo de produzir e consumir quanto de controlar os riscos sanitários, como a **participação dos cidadãos** na elaboração e na implementação das normas e ações destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (DALLARI, 2009, p.14, grifo nosso).

A luta pelo direito à saúde no país, bem como a mobilização pela reforma do sistema de saúde desaguou no marco da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Em suas assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde e expandir a cobertura a todos os cidadãos constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Amparado por um conceito ampliado de saúde surgiu, em 1988, o SUS, como tentativa de consolidar esse direito. Em que pese as ingerências de várias gestões públicas ao longo do tempo, em diferentes esferas de governo, ainda assim, o SUS representa atualmente um grande exemplo de política social em vigência no país. Segundo Paim (2008), sua origem não se encontra no Estado nem nos governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais, emergida das necessidades e dos interesses da população brasileira, pela defesa da democratização da saúde.

Embora o “direito universal à saúde” esteja institucionalizado, é necessário admitir que nem esse, e nem tantos outros direitos sociais têm sido resguardados no Brasil, pela ação do Estado, que muitas vezes faz, paradoxalmente, um movimento contrário à defesa dessa conquista legal.

Essa idiossincrasia estatal revela-se, entre outras coisas, no incentivo fiscal às indústrias poluentes, como por exemplo, àquelas que utilizam agrotóxicos nos alimentos (MOREIRA et al., 2002), ou que exploram de modo nefasto a força de trabalho humano sem

que haja fiscalização governamental. Nesse âmbito, há a manutenção de um sistema de mercado exploratório, que prioriza interesses avessos aos sociais.

Tais interesses controversos são verificados inclusive no âmago do setor saúde, desde o momento em que o SUS passou a vigorar no país. De acordo com Paiva e Teixeira (2014), após a aprovação desse sistema e das Leis Orgânicas da Saúde (leis 8080 e 8142) em 1990, ocorreram mudanças econômicas e políticas na esfera pública que desfizeram o otimismo da população em relação à possibilidade de uma rápida e radical transformação da saúde brasileira.

Na mesma década, houve a tentativa de implantação, pelo governo brasileiro, de outras políticas macroeconômicas de proteção social (habitação, educação, previdência social) que foram suprimidas pelos interesses de acumulação capitalista e pelo ideário neoliberal (DACHS; BAMBAS; CASAS, 2005). Esse cerceamento levou o Estado brasileiro a se tornar um “estado mínimo”, ou seja, aquele que oferece uma cesta básica de serviços e abdica das políticas de proteção social (DACHS; BAMBAS; CASAS, 2005).

Às dificuldades em colocar em prática ações transformadoras, que entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados (grupos neoliberais), somava-se o desafio da implementação de um Sistema Único de Saúde em um país com grandes disparidades regionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O SUS encontrou, nesse contexto, um cenário estrutural de crise que fundamenta e justifica muitos de seus problemas atuais, e é importante referendá-lo como meio de entendermos as dificuldades do Sistema para lidar com as iniquidades em saúde¹⁵.

A existência de tais dificuldades no setor saúde não invalida os esforços feitos para ampliar o acesso a esses serviços àquelas parcelas normalmente excluídas de seus benefícios (BARATA, 2001). Não compete exclusivamente a esse setor a responsabilidade pela redução

¹⁵ Mesmo diante de todos os seus problemas e dificuldades, é importante referendar os avanços promovidos pelo SUS notáveis em todos os níveis de atenção principalmente no tocante a distribuição de infraestrutura de serviços e cobertura (COHN, 2009).

das iniquidades, pois os processos que condicionam a saúde e a doença, muitas vezes, ocorrem fora dele.

Na realidade, enquanto não houver uma ruptura com processos deletérios para a vida humana, a fiscalização efetiva e punitiva à exploração dos trabalhadores e à contaminação alimentar, a busca constante da redução dos níveis de pobreza no país, a melhora da distribuição de renda, a busca da alocação dos recursos públicos em áreas mais vulneráveis e a distribuição equitativa de serviços públicos, será difícil engendrar mudanças radicais nas condições de saúde dos sujeitos e grupos sociais, mesmo que exista um discurso imperante sobre a necessidade dos sujeitos levarem uma “vida saudável”.

Compreender o que está instituído como direito das pessoas, e discutir o que acontece de fato, é útil no enfrentamento às iniquidades em saúde, embora nem sempre essa compreensão se dê de forma pacífica e espontânea pelo Estado. Segundo Teixeira e Bronzo (2010) mesmo diante do fato de que o Estado se encontra envolto por interesses arraigados de mercado, isso não inviabiliza a busca pelo direito à saúde, que pode partir da própria população organizada em torno de um bem comum.

Para a ampliação do direito à saúde o Brasil, é essencial a participação da comunidade envolvida em nível local, pois se torna inviável pensar na extensão desse direito num país tão vasto como o Brasil. Diante da baixa atuação do Estado na defesa desse direito e de muitos outros, Smolentzov (2006) atribui à sociedade civil a capacidade de se organizar para tentar resolver seus problemas sociais mais urgentes e assumir seu papel no controle, fiscalização e administração da gestão pública.

Por isso, em certa medida, é a política que pode fornecer um ordenamento social, e a política nesse âmbito, não é de cunho partidarista, mas a força que a sociedade civil possui para requerer as mudanças sociais no campo das políticas públicas (TEIXEIRA; BRONZO, 2010). Nesse sentido, o aparecimento de novos atores sociais (movimentos sociais, associações, ONGs) para discutir o desenvolvimento social foi uma mudança positiva nas duas últimas décadas. Esses representam uma saudável novidade no embate econômico, na discussão e proposição de ações de desenvolvimento e inclusão social, e para uma visão mais

pluralista, que amplia a eficácia da política pública a serviço do interesse coletivo (NUNES, 2007).

Ao definirem política como a dimensão da decisão pública, ou seja, os fóruns e mecanismos da decisão instrumentalizada (como no caso dos conselhos de saúde) capazes de se fazer cumprir as leis, Teixeira e Bronzo (2010) reafirmam a esperança para que as iniquidades em saúde sejam reduzidas.

Por outro lado, um desafio é a supressão desses espaços de deliberação pública, e dos mecanismos institucionais de controle social, como conselhos e conferências de saúde, um problema que seria corrigido pela própria mobilização popular no requerimento do direito de participação nas decisões públicas (TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

É importante que não seja o poder governamental o possuidor da representatividade total nas decisões públicas, pois aqueles que mais conhecem os serviços públicos de que necessitam é a própria população (TEIXEIRA; BRONZO, 2010), porém, isso não implica descartar a importância da gestão governamental tanto na produção, quanto no fornecimento de bens à população.

4.1. Equidade em saúde

Nesse cenário de crise, em que o SUS vem tentando se consolidar, é importante que se faça jus aos princípios constitucionais (COHN, 2009), os quais podem estimular a busca popular pelo direito à saúde e pela redução das iniquidades na medida em que tais direitos são reconhecidos legalmente. Para Cohn (2009), mesmo diante dos limites e dificuldades que os processos históricos impõem ao SUS, é preciso que o Brasil avance na implementação dos princípios e diretrizes, em especial a equidade.

Escorel (2001) categorizou a equidade em saúde a partir de quatro dimensões essenciais que facilitam o entendimento desse princípio. Logo, essa pode ser abordada:

- Em relação às *condições de saúde* - quando se analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer, pois os vários perfis de doença não se distribuem igualmente pelas camadas das populações.

- Em relação ao *acesso e utilização dos serviços de saúde* - quando se analisa as possibilidades de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com “iguais necessidades de saúde”.
- Em relação à *institucionalidade do Sistema de Saúde* - dimensão em que podem ser analisados dois aspectos de grande impacto na implementação das políticas: a) o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua consequente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos munícipes; b) o processo decisório analisando a presença ou ausência de efetivo e representativo controle social.
- Em relação ao *princípio orientador das reformas* - que analise em que medida a equidade é o princípio preponderante na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações.

Para Ferraz e Vieira (2009), o reconhecimento de que a saúde possui uma múltipla influência, requer a formulação e a implementação, pelo Estado, de políticas abrangentes, que ultrapassem a garantia de acesso a serviços médicos e demais serviços de saúde¹⁶. Nesse âmbito, Luiz e Kayano (2010, p.118) salientam que o direito à saúde deve ser atribuído também a “uma vida qualificada pelo usufruto dos benefícios da cidade”, o que inclui o acesso e uso de diversos serviços públicos.

Diante deste entendimento, é imprescindível que o Estado adote critérios para a alocação eficiente e justa dos recursos em saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009), mas vinculada a essa idéia Campos (2006) expôs as seguintes questões imbricadas: uma política social seria equitativa quando atendesse a que critérios? O equitativo deveria atender necessidades coletivas, e, portanto, genéricas, ou a necessidades singulares, relativas a alguns sujeitos mais vulneráveis do que outros?

¹⁶ É importante salientar que não se pode descartar a importância desses serviços para a promoção e proteção da saúde, porém não são suficientes para melhorar o estado geral de saúde das pessoas, tendo em vista que o meio onde vivem os sujeitos possui uma forte influência, algo que já foi abordado em diversos estudos: Nogueira e Ribeiro (2009), Nogueira; Ribeiro e Cruz (2009), Santos e Augusto (2011), Marzari et al., (2013).

Diante de tais questões, Campos (2006) enfatiza que operacionalizar o conceito de “equidade” não é fácil, uma vez que isso exige uma sofisticação da política, da gestão e da própria organização social na definição de critérios avaliativos de equidade. Segundo Travassos et al., (2000) políticas voltadas para equidade deveriam ser pautadas em redistribuição desigual de recursos, por causa dos ajustes a serem efetuados em função de fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes.

Com relação às necessidades em saúde, Travassos et al., (2000) entende que quaisquer que sejam as formas de aferição de tais necessidades, sempre expressarão visões parciais, limitadas, tanto por problemas metodológicos, quanto por percepções e valores próprios, seja do indivíduo, seja do avaliador. Existem também dificuldades importantes com relação aos conceitos e às formas de operacionalização das variáveis referentes à condição social dos indivíduos.

As questões supramencionadas são pertinentes, mas ao mesmo tempo geram conflitos, tanto para os gestores, quanto para os estudiosos do tema. Afinal, como estabelecer que uma pessoa ou estrato social possuam maiores necessidades de saúde e devam receber mais recursos do Estado para sanar suas necessidades? Segundo Ferraz e Vieira (2009), por mais recursos que sejam destinados à saúde, dificilmente será possível atender às necessidades integrais de saúde de uma população, esteja ela em um país economicamente desenvolvido ou em um país em desenvolvimento, como o Brasil.

Ainda que haja o conhecimento dos governantes e gestores quanto às políticas eficazes para garantir a saúde da população, seria impossível implementá-las, isso porque as necessidades de saúde são muito variadas e praticamente inesgotáveis entre a população (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Por isso, refletir sobre modo como as necessidades são construídas socialmente seria um primeiro passo na tentativa de operacionalização da equidade (CAMPOS, 2006). Nesse sentido, existem forças sociais e interesses que influenciam em sua constituição, e há um monopólio dos estratos dominantes sobre os estratos vulneráveis, na definição dos critérios de julgamento daquilo que é ou não prioritário (CAMPOS, 2006).

As necessidades são individualmente sentidas, mas biologicamente e socialmente determinadas, e cada grupo, bem como cada sujeito, possui uma relação diferente com o que considera ser ou não uma necessidade (STOTZ, 2004). Por isso, essas não se traduzem da mesma forma em cada estrato social (CORDEIRO, 1997; BOLTANSKI, 2004).

O que se pode expressar como necessidade de saúde e se transformar numa ação qualquer para buscar cuidado de saúde não é idêntico entre as pessoas de um mesmo estrato social e nem entre estratos distintos. Essa distinta representação da necessidade repercute nos hábitos dos sujeitos e grupos, bem como na forma como esses se relacionam com os serviços de saúde, públicos ou privados (CORDEIRO, 1997; BOLTANSKI, 2004).

Diante dessa complexidade em se definir as necessidades, e em se operacionalizar a equidade, faz-se pertinente a discussão trazida por Stotz (2004). Esse autor tem um argumento que nos auxilia a compreender a importância do planejamento em saúde baseado nas políticas e programas equitativos. Para ele, nem sempre as pessoas podem assegurar, por si mesmas, uma condição saudável porque a situação socioeconômica, as identidades de gênero ou etnia condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa (STOTZ, 2004). “Quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade [...] tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos” (STOTZ, 2004, p.288).

A alocação de recursos públicos, a formulação de programas de saúde e a definição das prioridades de saúde expressam o modo como as necessidades têm sido entendidas pelos planejadores de saúde, muitas vezes de forma incompatível com as necessidades socialmente percebidas pela população (CORDEIRO, 1997).

Stotz (2004) objetivou entender como o conceito de necessidades de saúde poderia auxiliar no planejamento em saúde, e, em vista disso, defendeu que além de “dar voz” aos sujeitos possibilitando a participação da sociedade civil na definição das prioridades de saúde, seria importante que os gestores analisassem a inter-relação que há entre necessidades, demandas e serviços. O autor problematiza essa inter-relação da seguinte maneira: em razão das condições sociais, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas pelas pessoas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades e a oferta de serviços pode ou não atender às demandas (STOTZ,

2004). Fica claro que há um conjunto de condicionantes processuais, bastante dependentes um dos outros.

Considerando-se que as necessidades podem se transformar em demandas e que o Estado brasileiro precisa dar conta dessas demandas (STOTZ, 2004), é importante ressaltar alguns desafios referidos por Marques; Melo e Santos (2011), para que isso se efetive: a grande extensão territorial do Brasil, a alta densidade demográfica, a diversidade econômica, cultural, social e epidemiológica. Nesse sentido, é providencial indagar como se produziriam políticas efetivas, baseadas na equidade, num país tão profunda e historicamente injusto como o Brasil?

Para Campos (2006), a prática da equidade é algo complexo, que depende de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder entre os estratos sociais, do controle social do exercício desse poder, de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que julgam as necessidades.

Por isso, a concepção da equidade como um julgamento e uma intervenção situacional, ou seja, em acordo com a singularidade de cada caso, se explica pelo pressuposto de que não há estrutura, ou normas, ou sistema de leis ou de conhecimento perfeitos (CAMPOS, 2006). Segundo o mesmo autor, esse reconhecimento é importante, pois nenhum sistema tem a capacidade absoluta de, ao definir regras e valores gerais, contemplar a imensa variedade das situações singulares.

A estrutura social é importante preditor de necessidades em saúde, e o padrão de risco para adoecimentos observado mediante tais necessidades tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados (TRAVASSOS et al., 2000). A tentativa de concretizar ações para suprir as necessidades dos grupos sociais e das coletividades é um desafio para os governos na medida em que surgem confrontos com outros interesses hegemônicos que operam na subtração e na exploração desses grupos (COSTA, 2009). Segundo Costa (2009), na maioria das vezes, esses interesses conflitados são os responsáveis pela falta e pelas necessidades sentidas pelos sujeitos e grupos.

Os desafios apresentados, apesar de gerarem grandes transtornos para o governo brasileiro no âmbito do SUS, não representam a impossibilidade de ações equitativas. Para

isso, Stotz (2004) argumenta que a produção dos serviços de saúde teria que atender as necessidades de saúde reveladas pelos sujeitos e pela coletividade dos diferentes lugares, levando em consideração a determinação social do processo saúde-doença visando uma política pública pautada no direito à saúde.

Uma alternativa apontada por Luiz e Kayano (2010) é a possibilidade de se verificar diferenças nos níveis de saúde entre pessoas e grupos mesmo dentro dos municípios e agir sobre essas diferenças de modo mais pontual. Vinculado a isso, Escorel (2001) sugere que as ações executadas para reverter uma situação considerada injusta estejam pautadas no diagnóstico feito no nível mais próximo do cidadão (município, bairro, distrito, áreas de abrangência) e da participação dos interessados na definição das prioridades em saúde.

É preciso retomar a ideia da diversidade intrínseca da espécie humana e da diversidade regional e municipal num país com vastas dimensões geográficas e recuperar a ênfase em análises e informações que só podem ser obtidas e compreendidas no nível local (ESCOREL, 2001).

Mediante a esses pressupostos em relação à prática da equidade, é importante frisar que sua valorização nessa dissertação não significa afirmar que ela seja a solução ou o princípio que extinguirá as iniquidades sociais. Ela é apontada aqui por representar um princípio constitucional legitimado importante como orientador das reformas (políticas, programas e ações) governamentais a fim de que se chegue o mais próximo possível da atenção às demandas existentes no país.

Além disso, é preciso ratificar a primazia da intersectorialidade das políticas, pois como já mencionado, apenas o SUS não conseguirá atender a essas demandas. Como explica Costa (2009), ele está muito longe de, por si só, prover a totalidade e complexidade das necessidades requeridas com saúde, ainda que seja uma conquista nacional por cumprir parte da responsabilidade do Estado com a saúde, especialmente no que tange a assistência médico-sanitária.

Por isso, é importante compreender o contexto de multidimensionalidade dos fatores que influenciam a saúde/doença como um importante balizador da função do Estado na garantia do direito à saúde, requerendo a elaboração de políticas condizentes para o

enfrentamento dos complexos condicionantes socio sanitários. Nessa lógica, não é viável discutir saúde separadamente da maneira como se enfrentam os problemas de saúde no Brasil, e a orientação dos serviços de saúde à população é a expressão desse enfrentamento, bem como pode ser a expressão das iniquidades existentes nesse país.

Segundo Silva (2012), as políticas de saúde materializam as intervenções estatais dirigidas à satisfação das necessidades de saúde, e trazer essa discussão à tona possibilita apropriar-se do movimento histórico socialmente constituído para dar respostas a essas necessidades e, até certo ponto, perceber como, nesse movimento histórico, as mesmas têm se expressado.

É indubitável a necessidade de comprometimento governamental com as questões sociais propostas constitucionalmente, pela sociedade brasileira. Para tanto, reconhecer as necessidades em nível local e implementar políticas públicas equitativas direcionadas às singularidades desses locais representa uma das ações oficiais para tentativa de suprir tais necessidades, e de reduzir iniquidades.

Tendo em vista que uma ação política na tentativa de reduzir as iniquidades e operacionalizar a equidade, deveria se pautar também no conhecimento do contexto social e singular de cada lugar, como relatado previamente por alguns autores, o próximo capítulo pretende traçar um panorama dos lugares selecionados para a presente pesquisa, fornecendo uma noção das diferenças, tanto estruturais, quanto da própria distribuição dos serviços públicos pela gestão municipal de Vitória.

5. CARACTERIZAÇÃO DOS LUGARES DA PESQUISA

O conceito de “lugar” foi utilizado aqui, pois é o que melhor expressa a realidade socioespacial dos lugares pesquisados e as diferenças entre eles. O “lugar” é o espaço mais intensamente vivido pela população, e nesse sentido, Martinuci (2008, p.79, grifo do autor) afirma que “o ‘**lugar**’, enquanto categoria geográfica, é o espaço privilegiado da apropriação cotidiana, pois a vida e as relações interpessoais costumam se dar ali, de maneira mais intensa”. A partir desse entendimento, é cabível salientar que o lugar é dinâmico, e cada lugar adquire características diferenciadas de acordo com as relações sociais que ali se dão (MENEZES, 2000).

Sendo assim, o conceito de lugar é potente para problematizar a realidade, identificando problemas e auxiliando na formulação de soluções técnicas e políticas (ANDRÉ, 2009). É um conceito importante também na busca pelo fortalecimento das capacidades locais, a capacidade das pessoas construírem identidade em torno de um espaço, o que traz consigo um conjunto de outras implicações, como a necessidade de se respeitar o tempo das pessoas, o modo de levar a vida, assim como o respeito aos múltiplos saberes locais e sobre diferentes aspectos da realidade (ANDRÉ, 2009).

O lugar é o espaço da convivência, da coexistência por contiguidade, e, portanto dos embates e conflitos forjados no mundo do presente. Estudar o lugar é identificar e compreender os usos dos territórios numa coexistência dialética. O lugar é onde se realizam algumas possibilidades, e cada lugar condiciona a existência oferecendo diferentes embates para a realização dessas possibilidades dos usos do território (ALBUQUERQUE, 2006)

Segundo Guimarães e Ribeiro (2009), o lugar social possui essa conotação multidimensional tratada acima, envolvendo o espaço absoluto (onde está?), o espaço relativo (com quem?) e o espaço relacional (quem é?) do sujeito social. Sob tal perspectiva, é possível enquadrar os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito, bem como os sujeitos que neles residem. Esses espaços e sujeitos possuem um “lugar social” em Vitória, que é distinto, a depender das relações sociais que caracterizam cada um deles. Todavia, tais relações não foram problematizadas com afinco nessa dissertação, até porque, isso demandaria a realização de entrevistas com os sujeitos de cada lugar, procurando analisar como convivem nesse espaço, como o transformam e como usufruem dele, e este não foi o objetivo para o momento.

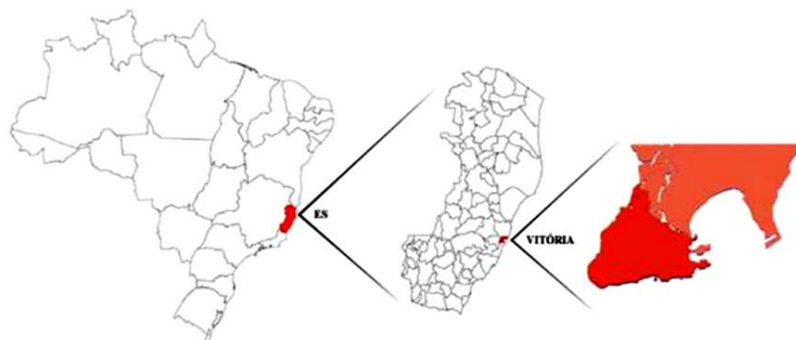
Diante das contribuições supramencionadas referentes ao “lugar”, tratar os bairros selecionados como lugares parece ser a maneira mais adequada, no âmbito dessa pesquisa, para compreender, mesmo que sucintamente, a cultura local de cada um, e como a gestão municipal lida com as diferenças culturais e socio sanitárias mediante a distribuição de um serviço de saúde.

Os bairros Gurigica e São Benedito, apesar de apresentarem delimitações geográficas (territoriais) que os fazem diferentes, não o são em relação às precariedades com que os sujeitos convivem. Os sujeitos, que ali residem, possuem características comuns como privação de direitos e de possibilidades para terem uma vida salutar. Por estarem submetidos às más condições de vida de forma conjunta, os sujeitos possuem uma identidade comunitária, fato que me permitiu considerar ambos os bairros um “lugar único” nessa pesquisa.

Trago tal questão, porque em diversos momentos no texto, esses bairros serão referidos como “lugar” segregado, como “lugar” de privações e precariedades, como “lugar” onde a política pública efetiva seus preceitos “sociais” com bem menos eficiência do que em bairros como Jardim da Penha, por exemplo. Assim, é preciso salientar que essa “fusão” entre o conceito de “lugar” e seus adjetivos empregados no texto é apenas simbólica, usada, sobretudo, para crítica à desatenção do Estado com essas realidades. Por outro lado, Jardim da Penha aparece no texto como o “lugar de opulência”, ou seja, aquele que apresenta boas possibilidades de moradia, de trabalho, de aquisição de renda, de educação, de lazer, além de uma ótima infraestrutura urbana e de serviços públicos.

5.1. O município de Vitória

Figura 1: Localização de Vitória nos contextos estadual e nacional.



Fonte: Casagrande (2011)

Vitória, capital do Espírito Santo, está situada na Região Sudeste do país. O município localiza-se na faixa litorânea desse Estado, e é constituído por uma ilha principal e várias ilhas menores no seu entorno, além das ilhas da Trindade e Martin Vaz distantes do continente, totalizando uma área de 98,194km². Vitória integra, juntamente com os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que possui cerca de 1.884.096 habitantes (estimativa populacional do IBGE para 2014)¹⁷. Em 2010, Vitória possuía uma população de 327.801 habitantes, já em 2014, a população estimada pelo IBGE foi de 352.104 habitantes (IBGE, 2010), divididos por 80 bairros.

Vitória foi a capital brasileira com maior PIB *per capita* do país em 2012, segundo estimativa do IBGE. Todavia, é preciso salientar que esse dado, apesar de ser um bom indício, não significa que as riquezas produzidas estejam sendo distribuídas igualmente entre as pessoas, mas foi apresentado como forma de expor o bom panorama socioeconômico da cidade. No *ranking* do IDHm, Vitória encontra-se em quarto lugar entre as cidades brasileiras com melhor desenvolvimento humano (IDHm=0,845) e qualidade de vida (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

Em estudo realizado pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (Pnud), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Fundação João Pinheiro¹⁸, construíram o Atlas do Desenvolvimento Humano das Regiões Metropolitanas Brasileiras publicado em 2014. Nesse, a RMGV (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha) foi destaque com o quinto melhor IDHm entre as regiões metropolitanas (RMs) brasileiras (IDHm= 0,772) ficando atrás de São Paulo (0,794); Brasília (0,792); Curitiba (0,783) e Belo horizonte (0,774) (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

Ao observarmos a RMGV, em que Vitória possui uma forte representatividade socioeconômica, é possível notar que, entre outras cidades, o maior IDHm também se mantém

¹⁷ Dado disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm

¹⁸ A Fundação João Pinheiro é uma instituição de pesquisa e ensino vinculada à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais.

em Vitória, especificamente nos bairros: Barro Vermelho (0,961), Santa Luíza (0,961), Mata da Praia (0,961), Praia do Canto (0,958), Ilha do Boi (0,958), Ilha do Frade (0,958), Enseada do Suá (0,958) e uma exceção é Praia da Costa em Vila Velha (PNUD; IPEA; FJP, 2014).

É importante destacar que em toda a RMGV o maior IDH quanto à variável **longevidade** está nos bairros Praia do Canto, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Enseada do Suá (0,942); o maior IDH na variável **educação** está em Jardim da Penha (0,962) e o maior IDH na variável **renda** está em Barro Vermelho (1,000), Santa Luíza (1,000), Mata da Praia (1,000), Praia da Costa (1,000), Praia do Canto (1,000), Ilha do Boi (1,000), Ilha do Frade (1,000), Enseada do Suá (1,000) (PNUD, IPEA, FJP, 2014).

Muito desse apogeu econômico da cidade se deve à extração de petróleo pelo Estado do Espírito Santo, pela atividade mineradora e à presença de portos em seu território. Além disso, há grandes indústrias siderúrgicas (ArcelorMittal- Companhia Siderúrgica de Tubarão, Samarco) e de Celulose (Aracruz Celulose) adstritas ao seu território, que avultam sua economia.

Considerando o exposto e os indicadores de desenvolvimento econômico e humano, os quais figuram entre os mais altos do Brasil, se atribui a Vitória o posto de uma “cidade modelo”, com um dos melhores Índices de Bem-estar Urbano (IBEU)¹⁹ e “qualidade de vida²⁰”, e onde as oportunidades para se levar uma vida salutar são múltiplas e constituem uma preocupação da gestão pública. Todavia, Boni (2009) explica que assim como diversas cidades brasileiras e da América Latina, sobretudo as metropolitanas, Vitória teve seu

¹⁹ O Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) apontou Vitória como a **sexta melhor cidade** do país entre 298 municípios que participaram do levantamento. A pesquisa foi feita pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia e Observatório das Metrôpoles com base nos dados do Censo Demográfico de 2010 e levou em consideração cinco quesitos: mobilidade (tempo casa-trabalho), condições ambientais, condições habitacionais, serviços coletivos e infraestrutura. Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-12032>

²⁰ Pesquisa realizada em 2014, pela Associação Pro Teste, de São Paulo, mostrou que Vitória é a capital com melhor qualidade de vida. Segundo o levantamento, o município capixaba foi o mais bem conceituado pela população em habitação, saúde e segurança e ficou em segundo lugar nos quesitos educação e mobilidade. No quesito emprego, Vitória apareceu na quinta posição, considerada boa pela pesquisa. Esse dado está disponível na home *Page*: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-8938>. Todavia, é preciso apontar ambiguidades na pesquisa, na medida em que ouviu pessoas em todo o País, mas apenas por e-mail. A maioria dos participantes era formada por homens de 35 a 54 anos, casados, com **nível de escolaridade elevado** e de **classe média**, ou seja, outra parcela da população segregada não participou da pesquisa para dizer o que pensa sobre a cidade.

percurso evolutivo também marcado pela reprodução da desigualdade e por processos de segregação socioespacial.

Contraditoriamente aos indicadores sociais e econômicos, expressivamente altos, a cidade também possui elevado índice de Gini²¹, o qual cresceu no decorrer dos anos revelando a alta desigualdade econômica entre a população como mostra a tabela 1:

Tabela 1: Evolução do Índice de Gini em Vitória com base nos censos demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Município	1991	2000	2010
Vitória	0,5835	0,6083	0,6124

Fonte: IBGE (2010)

5.2. Os bairros Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito

Adentrar a realidade dos diferentes lugares foi exitoso não apenas para cumprir com o objetivo da pesquisa, mas para compreender o quão presente na vida das pessoas são as iniquidades socio sanitárias. É no campo que pude perceber concretamente o quanto é difícil para alguns sujeitos assumirem certos comportamentos quando o ambiente em volta deles não ajuda, e as suas condições de vida são precárias. Segundo Proietti et al., (2008), o acesso a serviços de saúde e fontes comerciais de alimentação saudável, assim como a serviços e equipamentos urbanos vêm sendo cada vez mais investigado como fator condicionante de hábitos e comportamentos que vão além das características individuais.

Convive-se, em Vitória, com grandes disparidades urbanas, por um lado áreas de baixo risco social e à saúde, com excelentes índices de qualidade urbana, habitadas por população de estratos médios e altos, mas por outro lado, áreas pobres, com baixos índices de qualidade urbana, e habitados pela população em extrema vulnerabilidade social expostas a situações de violência e ao narcotráfico.

²¹ O índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de renda entre os indivíduos. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).

Sendo assim, o que segue adiante é uma reflexão sobre as disparidades sociais existentes em Vitória, tendo como ponto de partida uma compreensão mais profunda dos lugares da pesquisa, cuja infraestrutura urbana e organização já evidenciam essas diferenças. Nesse sentido, Escorel (2001) salienta que é nos espaços citadinos onde as vidas tomam concretude e as necessidades de saúde dos sujeitos são reveladas. Nesses espaços nos deparamos com sujeitos, instituições e relações sociais que dão vida à problemática das iniquidades em saúde, por isso é essencial conhecê-los.

Os lugares da pesquisa, que compõem o cenário desse estudo, os quais tive a preocupação de compreender como se caracterizam são: Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito. As visitas realizadas a esses lugares permitiram analisar a organização espacial predominante por meio da organização da fisionomia da paisagem, o tamanho e a qualidade das residências e demais construções, a disponibilidade de elementos de infraestrutura e serviços públicos, e especialmente a existência ou não dos equipamentos para práticas corporais e de segurança pública, focos principais desse estudo. O primeiro bairro visitado e analisado foi Jardim da Penha, seguido dos bairros Gurigica e São Benedito.

5.2.1 Jardim da Penha: “opulência à vista”

Jardim da Penha está localizado na região continental da cidade de Vitória, na área compreendida entre a Av. Adalberto Simão Nader até o Canal de Camburi e da Av. Dante Michelini (trecho praia) até aonde se localiza a UFES. É um dos bairros mais populosos da cidade, e segundo dados do IBGE (2010) nele residem aproximadamente 48 mil habitantes, e muitos dos moradores são profissionais liberais, funcionários públicos e estudantes universitários, em virtude da proximidade com a UFES.

É um dos bairros onde os moradores possuem melhor poder aquisitivo em Vitória e no seu entorno, se encontram outros bairros referências por uma ótima estrutura urbana, e também onde estão os sujeitos e famílias mais abastados da cidade, como Mata da Praia, Jardim Camburi, Praia do Canto, Barro Vermelho e Santa Luíza. O bairro possui um índice de qualidade urbana (IQU) com valor elevado (0,79), estando posicionado em sexto lugar no *ranking* dos bairros de Vitória com melhor organização e qualidade urbana. Por isso, nos quesitos ambiente, educação, renda e habitação, se destaca como um dos melhores bairros para se viver na cidade, onde a população com alto poder aquisitivo desfruta de serviços

urbanos de qualidade e facilidades no que tange ao acesso à educação, cultura, esporte e lazer, entre outros serviços. Entre os fatores que explicam as localizações das camadas de alta renda nestes locais estão a busca desses sujeitos por conforto, status residencial elevado e maior acessibilidade aos locais privilegiados de lazer, trabalho e consumo.

A história do bairro disponível no site da prefeitura municipal diz o seguinte:

Era uma fazenda conhecida como Sítio Queiroz ou Fazenda Mata da Praia. A propriedade pertencia ao capitão Justiniano Azambuja Meyrelles, escriturada em 1891. O nome surgiu porque a região era uma área plana, toda verde, contendo vegetação de restinga e de Mata Atlântica. Era um jardim formado de bromélias, cajueiros, goiabeiras, palmeirinhas e orquídeas. De toda parte podia-se avistar o Convento da Penha, ampliando a visão para além do mar. Assim ficou conhecido o jardim da Penha (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

A idéia do loteamento e urbanização da área ganhou força na década de 50. A Empresa Capixaba de Engenharia e Comércio idealizou a área inspirada no traçado da cidade de Belo Horizonte, considerada, até então, modelo de modernidade. O projeto foi aprovado pela prefeitura dois anos depois. A região da Adalberto Simão Nader até o Canal de Camburi foi desenhada em largas avenidas diagonais, formando 13 quadras. Cada quadra era dividida em lotes de aproximadamente 400m². Os primeiros lotes vendidos foram os da região que hoje abriga o bairro Jardim da Penha. A alteração do traçado original, em algumas localidades, deu-se por causa das invasões que ocorreram na divisa com o canal e também a uma nova proposta da empresa Sena Engenharia que planejou outro traçado para o projeto Mata da Praia (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Como se vê, desde sua formação e urbanização, o bairro já foi pensado de forma organizada, fato que também justifica esse ser hoje um lugar privilegiado, na medida em que residem ali pessoas não apenas com alto poder aquisitivo, mas também com alto “poder simbólico”. Supõe-se que essa comunidade organizada por atores sociais, reunidos em associação comunitária, possua alta representatividade política influenciando a administração pública nas decisões e alocação dos recursos públicos. Ainda que exista o mecanismo governamental do orçamento participativo em que há representantes de todas as regiões administrativas de Vitória, inclusive dos bairros pobres, o que se percebe é cada vez mais investimentos feitos nesse bairro, com vistas a manter as ótimas condições de vida da população.

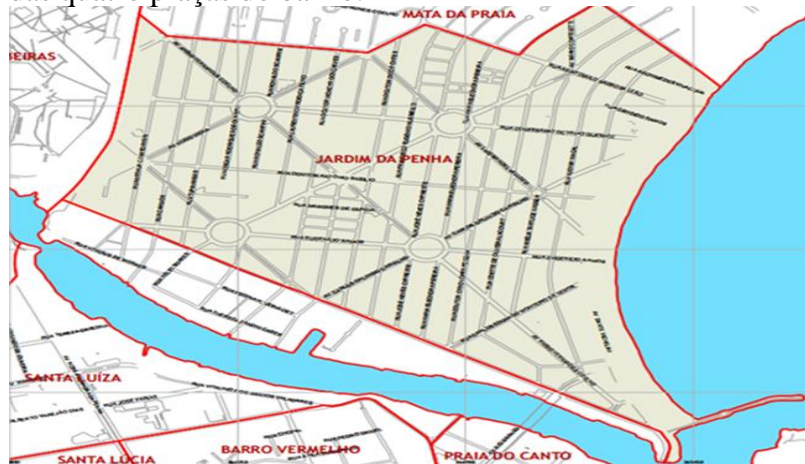
Nesse bairro, foram realizadas duas idas a campo, a primeira no dia 17 de maio de 2015, um domingo, e a segunda no dia 23 de maio de 2015, um sábado. Fui ao bairro sem auxílio ou mediação de qualquer instituição.

Nesses dois dias de visita tive impressões que merecem ser destacadas, mas que não significam ser exclusividade desse bairro, tendo em vista que a vitalidade percebida aqui pode estar presente em outras comunidades de Vitória, inclusive nos lugares mais precarizados. Ao passar pelo bairro notei um intenso burburinho, um vai e vem de pessoas e carros que circulam a todo o momento em uma rotatória. Notei também que grande parte dessas pessoas que andavam pelas ruas estava bem vestida, muitas com roupas estilo *fitness*, consumiam produtos e serviços, faziam compras no mercado ou na feira livre de sábado enchendo suas sacolas de produtos, a farmácia também estava cheia de pessoas e a praça estava bem movimentada. As pessoas caminhavam pelo bairro, ou passeando com seus animais, ou realizando práticas corporais, ou mesmo fazendo compras. Havia certa tranquilidade naqueles que caminhavam com os filhos ou idosos pelas largas calçadas do bairro. Os garis faziam seu serviço no sábado, mantendo a limpeza pública. A quantidade de carros era muito grande, às vezes percebi dificuldades das pessoas em estacionar seus carros particulares nos pontos mais movimentados próximo a mercados e lojas, porém, isso não é uma constante em dias de semana. Os taxistas não ficavam parados no ponto, a todo o momento chegavam e saíam.

No domingo, dia 17 de maio, cheguei ao bairro às 10hs. O dia estava chuvoso, porém, isso não impossibilitou meus registros e observações. A própria organização do bairro, com ruas, quarteirões e quadras planejadas facilitou a coleta de dados, sendo muito fácil identificar os locais por onde eu já havia passado e focar naqueles em que ainda não. Nesse bairro, consegui passar por todas as ruas, o que enriqueceu meu trabalho de campo. Por ter sido um bairro planejado geograficamente, as ruas são planas, as quadras e os quarteirões são bem divididos por avenidas largas. Além disso, há uma organização de placas identificando nome da rua, do bairro e código de endereçamento postal (CEP), que pude perceber estar presente em todas as ruas, algo que também facilitou o meu trabalho.

O bairro possui quatro grandes praças, são elas: Anibal Antero Martins, Wolghano Neto, Philogomiro Lannes, Regina Frigere Furno, todas interligadas por ruas e avenidas largas como mostra a figura 2. Além dessas, há outras três praças pequenas totalizando sete praças.

Figura 2: Mapa de Jardim da Penha mostrando a localização das quatro praças do bairro.



Fonte: Google imagens.

Ao percorrer as ruas e avenidas do bairro e no entorno dessas grandes praças, constatei uma infraestrutura urbana muito boa, com calçadas adaptadas para acesso a deficientes físicos e sinalizadas para tal, ruas muito bem asfaltadas, sem buracos e muito bem sinalizadas para organização do trânsito de veículos. Como no dia 17 de maio (domingo) estava chovendo, pude verificar o quão eficiente é a drenagem pluvial do bairro, as ruas estavam molhadas com poças rasas de água que não impediam a passagem de pedestres ou carros, mas não havia buracos profundos com poças de lama; os bueiros estavam limpos, sem lixo acumulado, não exalavam odor e recebiam bem a água da chuva.

Verifiquei no entorno das praças e demais ruas, faixas de pedestres bem pintadas, algumas pareciam pintadas recentemente, e com uma cor coral bem forte. Há em cada praça em média cinco faixas que dão acesso às avenidas largas, e é obrigatória a parada dos veículos para a passagem dos pedestres. Frequentemente há policiais militares ou guardas municipais parados próximo às faixas, e caso as pessoas não respeitem a passagem dos pedestres podem ser multadas. Percebi em muitas ruas, a presença de faixas pintadas no asfalto delimitando também espaços para estacionamento de veículos. Esses elementos indicam o quão organizado é o trânsito de veículos e de pedestres no bairro, e apesar da imensa quantidade de carros circulando, tudo funciona bem.

Quanto à arborização e paisagismo, o bairro surpreende pela beleza e cuidado com as ruas e avenidas, sobretudo pela presença de canteiros centrais com gramas, flores e árvores altas, proporcionando sombra e um ambiente agradável. Por todas as ruas onde passei percebi

essa característica, quando não há árvores, o que é raro no bairro, lá está os canteiros ou a grama enfeitando o ambiente. Grande parte das árvores é alta, mas estão bem podadas por funcionários da prefeitura, que, vez por outra, fazem esse serviço. Pude comprovar isso enquanto eu morava no bairro. Há também a regagem dos canteiros de plantas para que essas não morram, isso é feito com frequência utilizando-se caminhões pipa. A paisagem do bairro o torna além de agradável aos olhos, muito propício para sair de casa, passear com a família ou animais de estimação e praticar atividades físicas. As fotos 1, 2 e 3 mostram um pouco da beleza.

Foto 1: Av. Luiz Manoel Vellozo. Arborização e canteiros de flores.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 2: Av. Anísio Fernandes Coelho. Arborização e canteiros centrais.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 3: Arborização e paisagismo da Praça Wolgano Neto.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Essa paisagem é acompanhada por uma excelente iluminação pública nas ruas e praças, o que possibilita passeios e a prática de atividades, como caminhadas, também à noite. Em outros dias da semana, é frequente haver caminhões da companhia de energia fazendo reparos nos postes de luz.

Outra característica do bairro são as habitações, geralmente compostas por edificações verticalizadas de no máximo quatro andares, muitos condomínios e poucas casas. Em algumas ruas é possível notar a presença de residências com uma estrutura muito boa e de alto padrão arquitetônico, amplas, protegidas por muros altos, com um reforçado sistema de segurança e muito bem decoradas externamente. Verifiquei que há espaço entre uma construção e outra, não vi casas num mesmo quintal, ou casa de tijolos com telha de amianto, a não serem aqueles imóveis que ainda estavam em construção.

Quanto ao saneamento básico, à medida que caminhei pelas ruas adjacentes às praças, percebi cestos de lixo comum, e em todas as praças tambores para coleta seletiva. Os caminhões passam recolhendo geralmente à noite. Todos os dias da semana, exceto aos domingos, há garis que fazem a limpeza das ruas e praças, e cada um deles, fica responsável por uma determinada quantidade de ruas que devem manter sempre limpas e agradáveis, como de fato são. Todos os prédios, casas e lojas depositam o lixo em grandes latões de Policloreto de Vinil (PVC) que ficam à frente das residências, geralmente embutidos nos muros ou nas grades que cercam os condomínios, esses latões são fechados para que os odores não exalem e os bichos não tenham acesso ao lixo.

Por onde passei, não senti odor ruim e nem vi esgoto a céu aberto. Há muitas pessoas que passeiam com seus cães pelas ruas e praças, porém, raramente avistei fezes desses animais, isso porque além de muitos donos recolherem, ainda há os garis que se encarregam da limpeza diária.

A primeira praça do bairro por onde passei observando, tomando nota de tudo o que via e fotografando, foi a Anibal Antero Martins (Praça do SESI). Esse espaço é privilegiado, pois oferece boas opções de lazer aos seus frequentadores. O espaço em questão possui a Igreja Católica São Francisco de Assis que está sendo reformada e ampliada, uma banca de revistas instalada, latões de lixo comum, tambores para coleta seletiva, muitas árvores altas, canteiros de plantas, iluminação pública com postes decorativos, ponto de ônibus, faixas de pedestre que dão acesso à praça, ótimo calçamento, *playground* de areia cercado evitando contato com animais, banquinhos de madeira e de concreto conservados, bicicletário, elementos que as outras praças por onde passei também oferecem. Contudo, o que diferencia essa praça é uma ampla área de lazer contendo um campo de bocha. Essa área é pública, porém, existe uma associação que estabelece regras de uso para o local. No interior dessa área há ainda espaço para churrasco com mesas e cadeiras, um bar em funcionamento, banheiros, televisão, mesas de carteados e, inclusive no dia da visita em 17/05/2015, havia homens adultos e idosos jogando baralho e assistindo futebol (fotos 4 e 5).

Foto 4: Área de lazer com campo de bocha na Praça Anibal Antero Martins.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 5: Área de lazer na Praça Anibal Antero Martins. Homens jogando carteadado.



Outro elemento importante dessa praça é uma Academia Popular da Pessoa Idosa (APPI) que será apresentada no próximo capítulo. Ao redor da praça é possível encontrar outras estruturas como o SESI- Serviço Social da Indústria, que é uma entidade de direito privado, criada, mantida e administrada pelos empresários industriais. Essa instituição oferece opções para atividades físicas como academia, teatro, ginástica, jogos, formação esportiva, entre outros, aos trabalhadores da indústria, da construção civil, da comunicação, da pesca e aos seus dependentes. Possui uma ampla estrutura com piscina, ginásio, quadra e teatro.

Além do SESI, outras estruturas encontradas no entorno dessa praça são: uma clínica de Pilates privada, um laboratório de análises clínicas privado, uma escola pública, um bar e um lava-jato. Nas ruas adjacentes, há uma ampla rede de comércios, como restaurantes, farmácias, padarias, lojas em geral e salões de beleza. Há também a unidade de uma escola particular importante do município, o UP.

Em outras três praças de Jardim da Penha que visitei nesse dia, (Wolghano Neto, Philogomiro Lannes, Regina Frigere Furno) não há área de lazer ou APPI, porém, em todas elas percebi uma estrutura comum com bancas de revistas, telefones públicos, tambores para coleta seletiva de lixo, banquinhos de madeira bem conservados, *playground* para crianças cercado e limpo, ótima iluminação, ótimo calçamento, canteiros de flores e plantas, árvores altas, faixas de pedestres e pontos de ônibus.

Na Praça Philogomiro Lannes (chamada popularmente de praça da Flash Vídeo) verifiquei que além da ótima estrutura, há também um posto da Secretaria de Obras de Vitória (SEMOB regional nº 9), logo, nota-se uma aproximação e afinidade do poder público municipal com a população a nível mais local, e isso é um fator que facilita a manutenção da estrutura e a organização do bairro tendo em vista que as necessidades dos moradores podem ser percebidas facilmente.

A Praça Regina Frigere Furno (chamada popularmente de praça do supermercado EPA) é considerada um ponto gastronômico de Vitória, famosa por suas comidas de rua geralmente vendidas de quinta-feira a domingo à noite. A praça é bonita, bem cuidada, tem flores, árvores, bancos, boa iluminação e banheiros públicos. Ao redor dela, há um ponto de taxi que facilita o transporte e deslocamento das pessoas, três galerias, lojas de vários

segmentos, mercado, farmácias e banco. Do mesmo modo que a Praça Anibal Antero Martins, aqui é possível verificar uma rede de comércios e serviços nas ruas adjacentes, transformando-a em referência comercial no bairro. Nesse aspecto, conta com um rico comércio local de bolsas, calçados, roupas, restaurantes, farmácias, bancas de revista, escolas públicas, unidade de saúde, barraqueiros, super mercado e posto policial (a chamada Polícia Interativa).

Em ruas adjacentes próximas a essa praça existem mais duas pracinhas pequenas, porém, muito bem organizadas, locais de feiras livres e onde se encontram brinquedos infantis infláveis nos fins de semana à noite.

No centro dessa praça há uma quadra poliesportiva muito frequentada onde, jogam times de idades diferentes, e sempre há professores orientando e pais observando os jogos, são meninos e meninas do bairro. Essa quadra será mostrada no próximo capítulo ao tratarmos dos equipamentos para práticas corporais.

Em Jardim da Penha, a SP é mais um elemento que se soma à ótima estrutura do bairro, e isso foi constatado a partir de fatores contribuintes como a presença de uma base georreferenciada da Polícia Militar com viaturas que fazem a “Patrulha da Comunidade” (foto 6), um tipo de polícia interativa comunitária que faz um policiamento preventivo no bairro. Para além do que está georreferenciado, é comum verificar a presença desse policiamento ostensivo no bairro, também com policiais de bicicleta, a pé ou de carro fazendo rondas. Esse policiamento é importante porque além de dar visibilidade à população que se sente mais segura e reconhece a presença do Estado, inibe e desestimula a criminalidade. Nesse sentido, a vigilância ostensiva faz com que poucas pessoas em situação de rua se estabeleçam na região, e não é comum ver pessoas pedindo esmolas como se vê no centro da cidade, por exemplo.

Foto 6: Base e viaturas da Polícia Militar na Praça Regina Frigere Furno em Jardim da Penha.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 23/05/2015.

Segundo Bagrichevsky et al (2013), a segurança pública vem se destacando na avaliação das condições de vida e saúde populacionais, e assim como outros fatores intraurbanos, interfere na relação dos sujeitos e comunidades com as práticas corporais. Supõe-se que sair às ruas para realizar tais práticas podendo contar com a proteção do Estado resguardando os bens materiais e a vida seja melhor. Nesse sentido, em comunidades precarizadas as pessoas podem ter medo de ir às ruas realizar práticas corporais, tendo em vista o risco de se deparar com situações como tráfico de drogas, uso de entorpecentes, tiroteios ou balas perdidas em confrontos entre gangues e policiais, ou entre gangues rivais. O medo pode ser um forte impeditivo aos sujeitos para saírem de suas casas e usufruírem do pouco espaço livre e das ruas para realizar práticas corporais. Isso estaria relacionado à força de um poder paralelo nesses lugares, que amedronta e impede que as pessoas vivam e se apropriem dos espaços públicos.

Proietti et al., (2008) assumem que o local de moradia das pessoas, o qual chamaram de “Unidade de Contexto”, e a heterogeneidade do entorno físico e social desse local possui impacto sobre a saúde das pessoas para além das características individuais dos sujeitos que ali residem, ou do grupo social em que estão inseridos.

A área de moradia pode ser percebida como amigável, ou seja, onde se estabelecem boas relações sociais entre vizinhos, ou território a ser evitado. A partir dessa perspectiva a percepção dos sujeitos acerca da liberdade de ir e vir, de realizar práticas corporais, por exemplo, pode ser afetada pela violência urbana ou pela falta de segurança pública (PROIETTI et al., 2008)

Outros estudos constataram a importância da segurança pública no aumento da sensação de segurança nas cidades, e na sensação de segurança dos sujeitos, inclusive durante a realização de práticas corporais. Ainda que tenham um enfoque comportamentalista voltado para analisar “estilos de vida” desses sujeitos, algo não pretendido aqui, esses estudos conseguiram mostrar que a segurança pública é um entre muitos fatores sociais que interfere, de fato, a realização dessas práticas. Nesse âmbito destaca-se os estudos de Petroski et al., (2009), Salvador et al., (2011), Jesus e Jesus (2012), Pitanga et al., (2014).

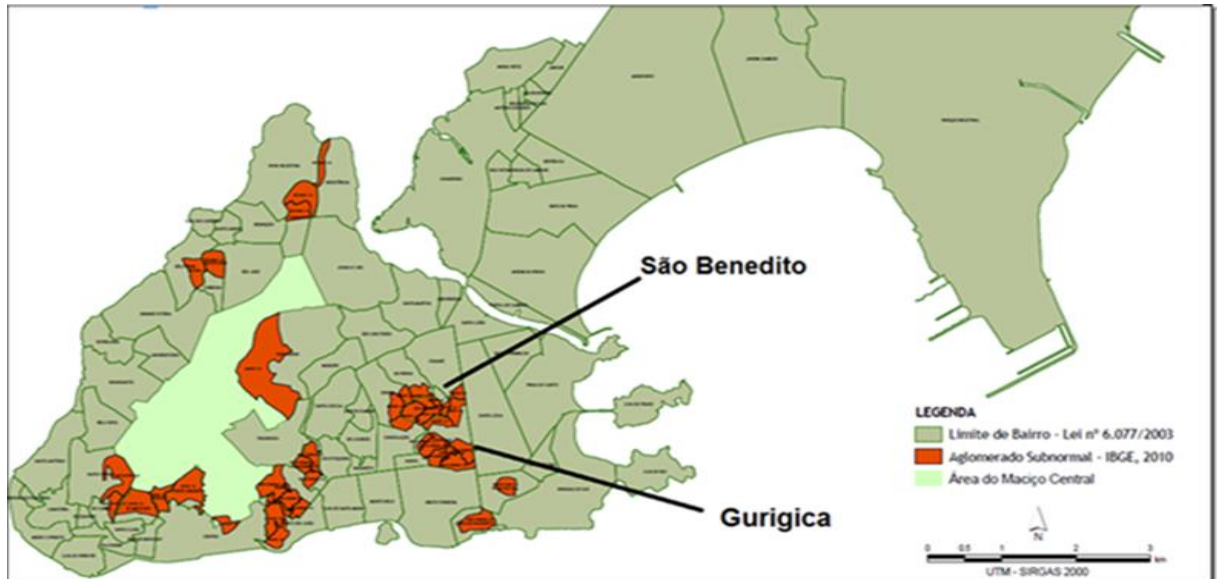
De acordo com Jesus e Jesus (2012, p.443) “a segurança pública pode ser fator estimulador ou inibidor da prática de atividades físicas, principalmente ao ar livre”. Petroski

et al., (2009, p.28) afirmam que “a falta de segurança no ambiente de lazer e no contexto que cerca o local, como nas ruas próximas e no bairro, são aspectos que impedem as pessoas de se exercitarem”. Salvador et al., (2011) e Pitanga et al., (2014) reforçam que antes dos órgãos públicos incitarem práticas corporais é necessário investir em segurança pública e na prevenção da violência, pois essa é uma necessidade emergencial, algo que vai além da construção de espaços públicos para práticas corporais e envolve um sistema de segurança e proteção da população.

Após passar por Jardim da Penha e confirmar o ótimo padrão de organização do lugar, parti para a visita dos outros lugares da pesquisa: Gurigica e São Benedito. Em minhas visitas ao lugar foi possível observar como as iniquidades socio sanitárias estão presentes na vida dos moradores. A realidade, aqui é marcada por precárias condições de vida e o Índice de Qualidade Urbana (IQU) aponta a região entre as dez piores do município em termos de infraestrutura e qualidade urbana, sobretudo quanto às variáveis: renda, habitação, ambiente e escolaridade.

Em estudo realizado por Marzari et al (2013), em que mapearam uma comunidade constituída por assentamento de famílias provenientes de diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Sul, analisaram a realidade sociopolítica, ambiental e de saúde dessas famílias e constataram que as condições sociais observadas poderiam ser caracterizadas, em geral, como limitadas e restritas pelo aglomeramento populacional, dificuldades de acesso, alto índice de desemprego, uso de drogas ilícitas, tráfico de crianças e outros agravantes sociais, que contribuem para que a população alvo fique cada vez mais à margem da sociedade. Ainda no escopo desse estudo, a fala dos entrevistados apontou para a inexistência de áreas ou espaços de lazer e convivência nesta comunidade, fato este que, segundo os autores, contribui para o isolamento social das famílias e, talvez, para o aumento do índice de usuários de drogas e da violência local.

Figura 3: Mapa dos aglomerados subnormais de Vitória com destaque para os bairros Gurigica e São Benedito. Feito com dados do IBGE (2010).



Fonte: Adaptado de Prefeitura de Vitória (2012).

Gurigica e São Benedito são áreas de aglomerados subnormais²², como é possível confirmar na figura 3, com famílias morando em péssimas condições sanitárias e ambientais. Caracterizados por terem as piores condições de habitabilidade de Vitória, apresentam em comum um traçado urbanístico irregular com poucas ruas ainda mal conservadas, muitos becos e escadarias para o deslocamento de pedestres, uma elevada densidade de ocupação em que num mesmo quintal moram várias famílias; casas em condições precárias, bastante vulneráveis ao deslizamento e desmoronamento, fato que se agrava com as encostas íngremes.

Essas constatações corroboram as evidências de Marzari et al., (2013), que ao analisarem as condições ambientais de uma comunidade vulnerável verificaram que as residências encontravam-se desordenadas e construídas muito próximas umas das outras, sem condições mínimas de conforto e segurança. Além de precárias, as casas ou “casebres” eram pequenos para o número de pessoas que nelas residiam. Verificaram, nas casas, a inexistência de forro, iluminação, ventilação e instalações hidráulicas. Segundo os autores, muitas famílias

²² O termo aglomerado subnormal é utilizado pelo IBGE para designar assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros (IBGE,2010).

agrupavam-se no mesmo terreno, a fim de otimizar o espaço físico e facilitar as interações entre os membros da família, as quais eram bastante intensas e afetuosas, na maioria dos casos.

Segundo Marzari et al., (2013) além das condições precárias das moradias, foram evidenciados problemas tais como: animais dentro das casas; saneamento básico ineficiente e inadequado; acondicionamento impróprio do lixo, o qual permanece a céu aberto; estradas em péssimas condições; circulação livre de animais nas ruas que, em muitos casos, contribuem na proliferação de doenças.

As evidências de Marzari et al., (2013) encontram-se em consonância com esse estudo, em que elementos básicos de infraestrutura urbana nos lugares pesquisados são deficitários, como saneamento básico por exemplo. Em Gurigica, segundo dados da Prefeitura, ainda há a presença de 218 domicílios com esgoto inadequado, como fossa rudimentar (3), lançado diretamente em rios ou lago (1), vala (207), domicílios sem banheiro ou sanitário (7). Em São Benedito, esse número é menor, são 28 domicílios. Desses, utilizam fossa rudimentar (22), vala (2), lançado em rio/lago (4) (PREFEITURA de VITÓRIA, 2013). Logo, esse quadro constitui ameaça à saúde dessas comunidades, necessitando da intervenção da gestão pública para sanar esse problema.

De fato, existe em Gurigica e São Benedito, uma violência estrutural, que se manifesta pelas condições adversas e injustas da comunidade expressa pelo quadro de precariedades, falta de condições mínimas para uma vida digna com acesso a moradia, saneamento básico, lazer, além da violação dos direitos humanos, fato que condiciona o modo de vida e o processo saúde-doença dessa população. As fotografias exibidas anteriormente mostram vários aspectos de configuração socioespacial destas localidades, as quais, em parte, já justificam as fortes iniquidades que atingem seus habitantes.

Somando-se a isso, outra violência, que também condiciona os modos de vida, e que esse lugar está submetido é aquela provinda do tráfico de drogas, que “alicia” o menor em favor da criminalidade. Bagrichevsky et al., (2013) estabeleceram uma relação entre o número de homicídios (que é um indicador de violência) de alguns bairros de Vitória e o valor de IQU que eles apresentavam. Mostraram que entre os dez piores bairros de Vitória, em valores de

IQU, Gurigica ocupou, em 2010, a terceira posição em número de homicídios de Vitória, com um total de 6 homicídios, considerando o local de ocorrência do fato violento. Nesse mesmo estudo, os autores buscaram mostrar, que em locais como Gurigica onde o número de homicídios foi alto, não havia um importante serviço de saúde de Vitória, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), o que configura iniquidade, sobretudo quando analisado os dez melhores bairros em valores de IQU, onde além de ter a presença do SOE, o número de homicídios foi menor.

Entre os dados apresentados pelos autores, Jardim da Penha totalizou 1 homicídio e São Benedito 0. Essa ausência de homicídios em São Benedito pode estar relacionada à presença de uma base da Polícia Militar no bairro, que pode ser um fator inibidor de fatos criminosos, ou, por outro lado, ao controle paralelo exercido pelos traficantes, que evitam a ocorrência desses fatos com o intuito de inibir ações policiais no bairro.

É importante salientar de antemão, que o sentido da pesquisa de campo não foi mostrar que um lugar é “melhor” e o outro é “pior”. Mostrar as iniquidades e diferenças em relação a Jardim da Penha não implica desqualificar o lugar precarizado, que também apresenta sua vertente de solidariedade, de felicidade e de identidade cultural, ou seja, ainda que existam dificuldades no contexto de vida dos sujeitos, há elementos que os identificam e dão vitalidade às relações sociais desenvolvidas ali.

5.2.2 Gurigica: “precariedade como característica marcante do lugar”

Gurigica está localizado nas mediações da Av. Marechal Campos em Vitória, próximo aos bairros São Benedito, Bairro da Penha e Horto. Dele fazem parte as comunidades de Constantino, Floresta e Jaburu. Segundo dados do IBGE (2010), possui uma população de 5.997 habitantes. A condição socioeconômica é considerada baixa, e o ínfimo valor de IQU (0,36) corrobora isso.

No site da prefeitura também está disponível a história do bairro, como segue resumidamente:

A trajetória da ocupação clandestina na região de Gurigica, anteriormente denominada de região de Jaburu iniciou a partir de 1945, quando ocorreu as primeiras invasões no morro, e em 1954, ano marcado pela ocupação efetiva. Esse período marca a época em que se processa a urbanização dos antigos mangues,

localizados onde hoje se encontram as Av. Vitória e Leitão da Silva. A expansão dos aterros e o avanço da urbanização começou a expulsar a população local que foi se deslocando para encostas da Fazenda Baixada da Égua, desencadeando as primeiras invasões na região onde hoje se localiza o Morro do Jaburu. As invasões aconteceram inicialmente nas regiões baixas por ser de melhor acesso e próximo ao grande centro da cidade. Posteriormente, com a ocupação já acentuada na parte baixa, as encostas foram dando lugar aos assentamentos. As ocupações aconteceram em sua maioria espontaneamente por famílias que viviam em dificuldades e não tinham onde morar (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Minhas idas a campo nesse lugar se deram por intermédio da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Consolação, que atende os bairros Gurigica, Consolação, São Benedito e Horto. A condição de becos e o intenso narcotráfico do lugar não me deram liberdade de caminhar sozinha, sendo essencial o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde (ACS) da UBS. Nesse lugar, não passei aleatoriamente pelos locais onde eu queria, mas acompanhei as agentes passando pelas microáreas onde elas atendiam. O território possui 30 microáreas, e pude passar por quase todas, com exceção de duas completamente dominadas pelo narcotráfico, locais que não possuem cobertura de ACS.

Algumas dificuldades estiveram presentes no estudo de campo desse lugar: o fato de eu não poder transitar sozinha pelo local gerou uma dependência das agentes, tornando minha observação limitada. Eu podia ir apenas aos locais onde elas podiam me levar e fotografar onde elas permitiam. Outra dificuldade foi não ter encontrado nenhum mapa completo que estivesse disponível para consulta e que mostrasse o nome de todas as ruas, becos e escadarias existentes a fim de me orientar no espaço. Essas dificuldades operacionais, que não ocorreram na visita a Jardim da Penha, mostram o quanto as iniquidades estão presentes na vida dessa comunidade desde a sua organização espacial.

De maneira semelhante a Jardim da Penha, meu objetivo com esta ida a campo foi observar o lugar buscando informações sobre a infraestrutura, e sobre os equipamentos públicos presentes nele, sobretudo os equipamentos para práticas corporais e os de segurança pública.

As idas a campo foram realizadas nos dias 19 de maio de 2015, uma terça-feira, e no dia 24 de julho de 2015, uma sexta-feira. Percebi, logo no início da subida ao morro, as dificuldades que a população (inclusive as ACS) tinha que enfrentar com relação à geografia física do bairro. Esse se encontra numa área de aclave, sendo composto por morros e ladeiras

altas, há poucas ruas, mas muitos becos e escadarias, por onde as pessoas transitam, sendo assim, a acessibilidade e o deslocamento se tornam prejudicados, incapacitando muitas pessoas como os doentes e idosos por exemplo. Muitos desses becos e escadarias não possuem identificação, como nomes, o que também dificultou o trabalho de campo.

Em se tratando da infraestrutura e de equipamentos públicos no lugar, as demandas são diversas, principalmente em questões básicas como renda, habitação, educação, saneamento, lazer, trabalho, entre outros. De fato, ali a população carece das condições básicas para uma vida salutar, algo que vai de encontro a muitos bairros abastados de Vitória.

A habitabilidade dos seus locais de moradia é imprópria. A qualidade das construções é baixa e a estrutura é precária, são pequenas (entre um e dois cômodos), sem reboco e cobertas com telhas de amianto. Num mesmo quintal residem várias famílias, e não há espaçamento entre as casas, ficando restrito o espaço para as crianças brincarem.

Grande parte das casas encontra-se em áreas de risco como barrancos e encostas, são ocupações irregulares resultado das precárias condições de vida e da segregação sócio-espacial da população. Nesse cenário, notei a existência de alguns barracos de madeira, como observado na foto 7, em que os moradores ainda residem em condições insalubres.

Foto 7: Casas e banheiros de madeira no bairro Gurigica.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Constatei que há muitos fios de eletricidade acessíveis e oferecendo perigo às pessoas, por estarem muito próximos às janelas, por se encontrarem baixos demais, ou por formarem um emaranhado amarrado de forma desorganizada possibilitando curtos elétricos. Há muitos postes de luz por todo o lugar, porém, devido à luz do dia, não pude confirmar se a iluminação pública é suficiente a fim de possibilitar aos moradores saírem às ruas no período noturno para realizarem práticas corporais.

Não há comércios bem estruturados, como mercados, padarias e lojas, mas apenas pequenos botequins feitos de madeira que vendem biscoitos, salgadinhos, cigarros e bebidas. Avistei duas igrejas evangélicas e percebi que na rádio comunitária tocavam hinos evangélicos. Isso evidencia a importância da existência de associações religiosas formando uma rede social como estratégia para ajudar os moradores a reivindicar e enfrentar os problemas locais. Muitas vezes, são a força que a população dispõe em momentos difíceis, assim como a própria união de moradores e vizinhos. Segundo Stotz (2003) as igrejas ocupam um lugar de “peso” no campo da assistência social, e têm um papel (muitas vezes exclusivo) de proteção à população que é altamente importante.

Não há escola ou creche, e os alunos, de todas as idades, têm que se deslocar até bairros vizinhos como Itararé ou bairro Da Penha para estudarem. Por outro lado, há equipamentos de assistência social importantes para crianças e adolescentes, como o Cajun (Projeto “Caminhando Juntos”), que oferece capoeira, dança, circo, coral, percussão, informática para crianças de 6 a 15 anos de idade. Há também o CRAS (Centro de Referência e Assistência Social), que atende famílias em risco psicossocial. A Assistência Social possui um papel fundamental aqui, e muitas vezes, é a área que “toma partido” de muitos problemas da comunidade, os quais necessitam também da atenção de outros setores como educação, esporte, lazer, cultura, saúde, infraestrutura ou saneamento, mas não basta ter a soberania da Assistência Social num lugar, sobretudo quando este é privado de tantas outras coisas.

Outro fato que despertou atenção foi que apesar de haver rede de esgoto e água, o saneamento básico ainda é deficitário no que tange à coleta de lixo, pois a quantidade de lixo pelas ruas e terrenos baldios é muito grande, as fotos 8 e 9 mostram um pouco dessa insalubridade que pode gerar doenças na população. É incompatível pensar que exista coleta seletiva nesse lugar, sendo que a própria coleta básica é deficitária. Muitos cachorros andam

soltos pelas escadarias e becos, espalhando fezes e rasgando as sacolas para comer o lixo, foi possível ver restos de alimentos espalhados pelo chão e muitas moscas sobre eles.

Foto 8: Lixo acumulado em terreno do bairro Gurigica.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Foto 9: Lixo acumulado em rua do bairro Gurigica.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Ao passar pelas ruas, pude perceber quintais de casas em condições ruins de higiene. O que vi, com frequência, foi um amontoado de coisas velhas e quebradas e muitos recipientes vazios como copos e garrafas jogados pelos cantos e acumulando água. Num dos quintais, além do lixo acumulado que contribuía para um odor ruim, havia pedaços de tecido rasgado, e como o quintal se encontrava molhado, as tábuas de madeira eram usadas para a passagem das pessoas (fotos 10 e 11).

Tendo em vista essa situação insalubre, é importante salientar que esse tipo de situação transcende o controle do Estado, o qual realiza ações de vigilância epidemiológica objetivando controlar certas doenças advindas dessa insalubridade. Mas também não se pode “culpar” exclusivamente os sujeitos por essa situação, que aparenta estar relacionada a outras privações no contexto de vida das pessoas, como uma educação básica deficitária, trabalho, renda e moradia também deficitários. Nesse âmbito, a boa ou má higiene não são questões culturais ou de uma simples escolha que compete a cada estrato social ou a cada sujeito assumirem, mas fazem parte de um contexto de precariedades imbricado na vida das pessoas e que, quase sempre, atravessa gerações.

Foto 10: Quintal de uma casa do bairro Gurigica em condições insalubres.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Foto 11: Lixo, recipientes vazios e risco para doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Essas más condições de higiene e saneamento do lugar são risco para muitas doenças, principalmente em crianças pequenas, bebês recém-nascidos e gera contaminação da água e proliferação de animais transmissores de doenças como ratos e mosquitos. Pude perceber esse risco quando cheguei a uma residência com a agente para que ela fizesse sua visita domiciliar; no momento a moradora procurava por uma ratazana que havia passado por ali, e as más condições do quintal da casa eram propícias para que isso acontecesse. Algo preocupante é que nessa casa havia um bebê com cerca de 1 ano de idade.

Percebi muitas escadas e becos molhados, como se houvesse vazamento de água em algum lugar, porém, eu não consegui identificar de onde vinha. Havia formação de limo em certas escadas, gerando riscos de escorregões principalmente para idosos que utilizam essas estruturas. Corrimões já foram colocados, pela gestão municipal, na maioria das escadas, com o intuito de facilitar a subida e a descida das pessoas, mas identifiquei algumas ainda sem a presença destes.

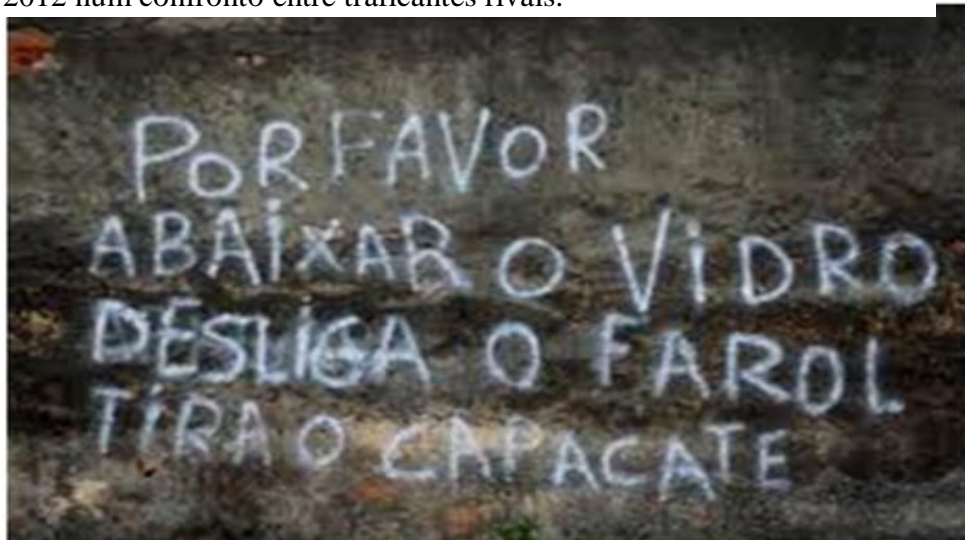
Juntando-se às más condições socioeconômicas do lugar notei muitas meninas, ainda novas, com corpo de criança, carregando filhos recém-nascidos nos braços ou grávidas.

Contei seis durante o os dois dias em que estive no bairro. Com algumas delas as agentes falaram sobre o pré-natal, e com outras, falaram sobre a vacinação contra a gripe que estava ocorrendo na UBS, para que elas levassem seus filhos.

Pude perceber ainda as vulnerabilidades ali presentes quando me deparei com um pino (recipiente) de cocaína vazio caído no chão. Próximo dali, vi jovens aparentando entre 15 e 20 anos comprando e vendendo drogas em uma escadaria, à luz do dia. A reação da agente que me acompanhava diante dessa cena foi a seguinte: ela abaixou a cabeça e sinalizou para que eu fizesse o mesmo ao passar pelo local. Suponho que encontrar pinos pelo chão, ou se deparar com cenas como essa, seja algo comum entre os moradores, e que isso gera uma sensação de insegurança na população.

Uma vez que a ação do narcotráfico é algo imperante no lugar, são constantes os conflitos entre grupos de traficantes rivais ou entre traficantes e policiais. Na foto 12, provinda de noticiários locais, é possível ter uma noção da realidade violenta que circunda esse lugar, trazendo medo aos moradores e de como os traficantes têm o “poder” (um poder paralelo) nessas comunidades.

Foto 12: Pichação na entrada do morro do Jaburu (Gurigica), feita em 2012 num confronto entre traficantes rivais.



Fonte: Tribuna Online. <https://www.youtube.com/watch?v=5PQdkyxago>

Em Gurigica, não foi avistado qualquer equipamento de segurança pública, ou que indicasse a presença desse serviço, como viatura rondando, base de polícia ou policiais nas ruas, o que comprova a falta de segurança pública no lugar. O que há, segundo relatos da ACS, são ações pontuais e objetivas para conter o narcotráfico.

Ao contrário de Jardim da Penha, aqui não vi policiais nas ruas fazendo a “Patrulha da Comunidade”, e a questão que se coloca não é qual lugar precisa mais desse serviço de segurança pública, até porque Jardim da Penha também está sujeita às ações criminosas e ao tráfico de drogas, mas considerar que esse é um elemento fundamental e condicionante para a saúde das pessoas e, sobretudo, um direito da população a ser assegurado pela gestão pública.

5.2.3 São Benedito: “precariedades que se repetem”

São Benedito é o bairro que possui o índice de qualidade urbana (IQU) com o menor valor de toda a cidade de Vitória (0,20), inclusive se comparado ao bairro vizinho antes visitado (Gurigica), fato que se confirmou na minha visita ao lugar. Encontra-se localizado, entre os bairros Da Penha, Consolação, Bonfim e Itararé. Tem como limites as avenidas: ao norte, Maruípe, ao sul, Vitória, a leste, Leitão da Silva, e a oeste, Marechal Campos. Sua população, segundo o IBGE (2010), é de 2,789 habitantes.

Historicamente, assim como Gurigica, esse lugar também carrega as características de uma área ocupada clandestinamente. Igualmente, é uma área de aclave e não há nenhum planejamento de ruas e avenidas, as pessoas transitam por escadarias e becos. As casas são, em sua maioria, muito pequenas, sem reboco e cobertas com telhas de amianto.

No site da prefeitura de Vitória é possível encontrar um pouco da história do bairro como segue resumidamente:

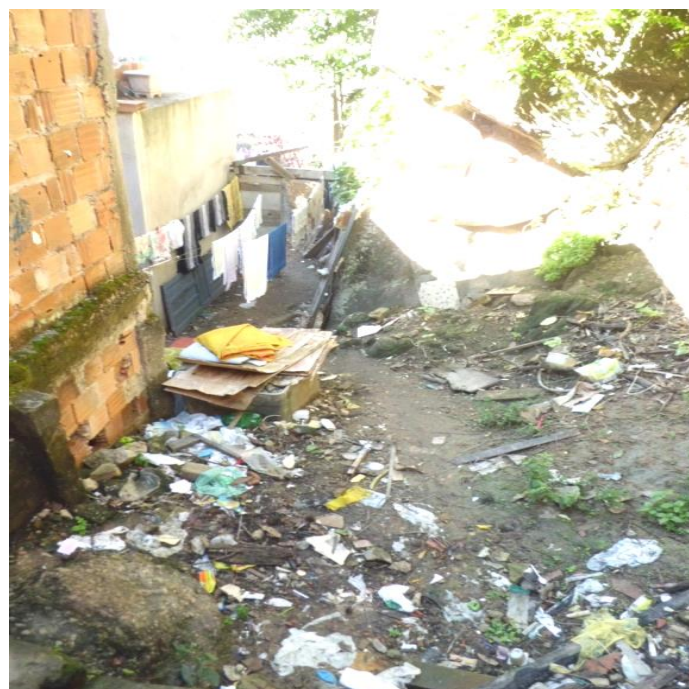
A ocupação no bairro ocorreu no início da década de 60, com a liderança do Sargento Carioca. Nesta área a tática de ocupação foi inicialmente o agrupamento de pessoas para iniciar os assentamentos. O Sargento Carioca reuniu um grupo de pessoas para iniciar a ocupação na área de São Benedito, onde existiam mato e lavoura de café e cana. As pessoas que podiam ir ao encontro do Sargento Carioca, para ajudar na derrubada das cercas, abertura de áreas na mata, demarcação dos lotes e construção dos barracos. Era o próprio Sargento Carioca que demarcava os lotes para as famílias, que participavam do processo de ocupação. O interessante é que ele não fazia isto para o comércio, e sim para organização da ocupação daqueles que não tinham onde morar (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Muitas dessas pessoas vieram em busca de um novo emprego, melhores condições de vida, saúde e educação para suas famílias. Em sua maioria, trabalhadores rurais expulsos do campo e atraídos pelo processo de modernização industrial que se desenvolvia na cidade de Vitória, principalmente com o surgimento da Companhia Siderúrgica de Tubarão – CST. Essa industrialização atraiu mão-de-obra proveniente de outros Estados, provocando uma ocupação desordenada nos morros, agravando os problemas urbanos do município (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2015a).

Minhas idas a campo ocorreram em 25 de maio de 2015 e 27 de julho de 2015, ambas na segunda-feira, e também fui intermediada pelas ACS da Unidade Básica de Saúde de Consolação, responsáveis pelas microáreas desse bairro.

Constatei que há nesse lugar, muitos espaços vazios que ainda podem dar lugar a construções, habitações, ou até mesmo a espaços de lazer para a comunidade, são espaços arborizados, com uma linda vista para a baía de Vitória, mas que atualmente estão servindo como áreas para descarte de lixo e entulho. São descartados ali os mais diferentes tipos de móveis e eletrodomésticos como: cadeira, sofá, carcaça de geladeira e fogão. Mas não são apenas os terrenos baldios os locais de acúmulo de lixo, a sujeira pelos becos e quintais é ainda maior que no bairro vizinho, e o odor em certos locais é forte, e se assemelha a esgoto. As fotos 13 e 14 mostram um pouco dessa insalubridade.

Foto 13: Quintal de uma casa no bairro São Benedito, insalubridade e risco de doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Foto 14: Beco Dermival Andrade de Jesus. Lixo no chão e vazamento de água.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Notei que aqui é mais estruturado do que Gurigica, no sentido de haver comércio como, bares, armazéns, padaria, ponto de ônibus, igrejas, escola, mas todos os estabelecimentos com estrutura muito simples e pequenos. Há também um serviço social que atende as crianças, jovens e adultos da comunidade, é o Serviço de Engajamento Comunitário e Reestruturação Familiar (SECRI)²³, o qual pude visitar e observar a estrutura interna que se mostrou muito boa.

Visitei também a escola do bairro que oferece educação a jovens e adultos (supletivo) e ensino fundamental. A escola é muito pequena, possui apenas 4 salas de aula, o que é insuficiente para a quantidade total de alunos que recebe; possui 1 banheiro para todos os funcionários e 2 banheiros para as crianças, uma sala de professores muito pequena, uma sala da diretoria que também é a secretaria, não há refeitório e as crianças merendam na sala de

²³ Esta é uma entidade civil, filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos e realiza trabalhos sociais junto as famílias economicamente desfavorecidas das comunidades de São Benedito, bairro Da Penha, Itararé, Bonfim, Consolação, Floresta e Gurigica, bairros que pertencem a poligonal 1 da prefeitura municipal de Vitória. Fonte: secrri.org.br

aula, não há pátio onde as crianças possam correr e brincar, apenas uma varanda com um amontoado de mesas e cadeiras quebradas.

Aqui há uma pequena pracinha, calçada, e com apenas três mesas, e em cada uma havia quatro banquinhos de concreto. Essa estava cheia de pessoas, algumas esperando o ônibus, outras frequentando os mercadinhos em volta e alguns homens sentados sem camisa, bebendo, fumando e conversando numa mesa. Percebi que aquele ponto era considerado central no lugar, onde as pessoas se encontravam para conversarem e para acompanhar a movimentação no bairro.

Passei por uma propriedade com muito lixo no interior, paredes quebradas, as portas e janelas haviam sido arrancadas. Essa pertencia à prefeitura de Vitória, mas o local estava desprovido de cuidado, apresentando risco de focos de dengue entre os recipientes jogados pelo chão. Foi desapropriada para que por ali passe uma rua, porém, no momento não havia indícios de que a prefeitura houvesse realizado qualquer intervenção ou mesmo cuidado do local, como mostra a foto 15.

Foto 15: Casa desapropriada pela Prefeitura de Vitória, lixo e risco de doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Visitei uma extensa área do bairro que também pertence à administração pública. Esse terreno está destinado à construção de casas populares, inclusive há uma placa do Governo Federal em parceria com a Prefeitura Municipal indicando isso. Mas, como pude ver, as obras que estavam previstas para iniciar em 2011 ainda não haviam iniciado, tampouco havia prazo estipulado para o término (foto 16). Aqui também havia lixo, além de muito mato e poças grandes de uma lama preta, mal cheirosa e cheia de mosquitos (foto 17).

Foto 16: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares. Lixo acumulado, lama suja e risco de doenças.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Foto 17: Área do bairro São Benedito destinada à construção de casas populares.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

O tráfico de drogas também predomina por aqui, e envolve crianças e jovens desde muito cedo. O que despertou minha atenção nesse sentido foi a presença de uma escadaria alta onde observei ser um ponto comum de tráfico. Ao passar por ali, pude presenciar isso, quando vi um jovem sentado e usando o celular, ao mesmo tempo, abertos no chão, havia dois saquinhos plásticos com as bordas enroladas, e em cada saquinho buchinhas com cores diferentes que não identifiquei o que era. Em um, havia buchinhas escuras, e no outro, buchinhas brancas, então, supus que poderiam ser entorpecentes como crack, maconha, cocaína ou outras drogas; o que foi confirmado pela ACS que relatou a frequência diária dessas ações naquele local. Além disso, havia um montante de dinheiro ao lado das sacolas, era como se o rapaz sentado ali aguardasse os clientes para comprarem a droga, ao mesmo tempo, transitavam por aquela escadaria crianças de todas as idades, que já tinham contato próximo com a criminalidade.

Mais a frente, na mesma escadaria, foi possível observar um grupo de jovens conversando, vestidos com boas roupas, belos chinelos, e fumando. O som que vinha das casas ao lado era alto, e no estilo funk. Eu e a agente passamos por eles como se não estivéssemos vendo nada, e essa foi também a reação de outras pessoas que passavam por ali. Segundo a agente de saúde, ali é um ponto onde ocorrem frequentemente intervenções policiais com o objetivo de apreender armas e drogas, mas mesmo assim, o que presenciei ratifica a ideia de que tais intervenções não são suficientes para conter a criminalidade, e suscita conjecturas de que aqueles traficantes “zoam” com as leis, com a polícia e com a sociedade diante da tranquilidade que demonstraram ao praticar o crime.

A foto 18 é um desenho feito num muro, por um morador desse bairro, no ano de 2013, quando um confronto fervoroso entre bandidos e policiais movimentou o sistema de segurança de Vitória a fim de prender grandes traficantes na região. É possível constatar o medo da comunidade, que diante dessa violência, prefere ficar calada, ou melhor, “não ouvir e não ver nada”, bem como mostra a foto.

Tais atitudes se refletem de forma negativa sobre a saúde mental e física das pessoas, que têm sua liberdade no espaço público limitada diante das ações de certos grupos. Conseqüentemente, as opções por práticas salutares são restringidas nessas comunidades o que demanda ações de saúde pública direcionadas a esses contextos e a essas necessidades.

Foto 18: Desenho feito em 2013, por um morador do bairro São Benedito, num confronto entre policiais e bandidos. Representa o medo da comunidade diante da violência.



Fonte: <http://g1.globo.com/espirtosanto/noticia/2013/02/policia-do-es-e-recebida-tiros-em-comunidade-efuzil-eapreendido.html>

É necessário salientar que, o fato desse lugar precarizado apresentar facções organizadas que comandam o narcotráfico não anula as possibilidades de que Jardim da Penha também esteja sujeito a isso. Todavia, essa problemática é enfatizada aqui como uma característica marcante desse lugar, que condiciona o modo de vida e o comportamento da população, inclusive no que tange a realização de práticas corporais.

Em São Benedito, há uma base nova e desmontável da polícia militar, com uma viatura estacionada na garagem (foto 19). No entanto, ter a base não é um indicativo de proteção da população, pois, como visto na caracterização do bairro, o tráfico de drogas ainda é realizado sob a luz do dia. Se o policiamento estiver concentrado apenas às ações pontuais como batidas nas “bocas de fumo” para apreensão de armas e drogas, como parece acontecer, pouco será resolvido na segurança diária, aquela ostensiva, que inibe o tráfico e a criminalidade nas ruas. Esta pode ser uma estratégia inicial para que, em longo prazo, os resultados esperados apareçam, mas, por enquanto, a população do lugar ainda convive com a insegurança.

Foto 19: Base e viatura da Polícia Militar no bairro São Benedito.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 25/05/2015.

Os “traços marcantes” que observei quanto às condições de vida nos diferentes lugares da pesquisa (Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito), “estampados” na paisagem urbana, como resultado da intervenção (ou ausência) das políticas das gestões públicas, mostra que, em Vitória, há uma disparidade social grande que tende a repelir as camadas mais empobrecidas para longe das localidades mais bem dotadas de bens e serviços públicos. Essas, por sua vez, são apropriadas pelos estratos abonados, que ao exercerem uma forte influência sobre a administração pública, atraem grande parte dos investimentos municipais e estaduais para o melhoramento contínuo de seu bairro. A esse respeito, Boni (2009) ressalta que, em Vitória, as políticas públicas tendem a privilegiar um estrato social dominante que concentra recursos e regalias, enquanto uma grande parcela da população encontra-se excluída dos acessos a serviços públicos e oportunidades.

Segundo Harvey (1980, p.48), “as decisões locacionais de investimentos é que conformam a estrutura urbana e têm intensa responsabilidade na qualidade de vida dos sujeitos, pois a renda real²⁴ destes se altera segundo os recursos disponíveis advindos dessas escolhas”.

²⁴ A **renda real** é definida por Harvey (1980, p.56) como o “domínio sobre os recursos”, exemplo disso é o uso dos espaços livres urbanos ou rurais para prática de esportes, cujo domínio pertence aos níveis médio e superior de renda.

Dessa forma, grupos situados em áreas urbanas com ofertas diferenciadas de bens e serviços públicos possuem diferentes possibilidades de ascensão social. Enquanto os sujeitos da área melhor servida possuem um adicional na renda real, aqueles que não possuem acesso aos bens e serviços estão mais sujeitos à vulnerabilidade social e agudização da pobreza (HARVEY, 1980). Isso demonstra que a distribuição desigual de benefícios gerada pela ação governamental repercute não apenas na valorização dos espaços, mas nas condições de vida dos sujeitos ali residentes.

Em Vitória percebe-se que os altos investimentos, tanto públicos, quanto privados, se concentram nas áreas nobres, gerando maior valorização dessas, e intensificando a acumulação de renda (BONI, 2009). A localização diferenciada, bem como a acessibilidade aos bens públicos e as facilidades influem diretamente na renda real e no conforto dos sujeitos, estando ligada ao “preço social que as pessoas pagam para terem acesso a certas facilidades” (HARVEY, 1980, p. 45).

Zanotelli et al., (2014) analisando a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e objetivando discorrerem sobre os processos de expansão urbana nessa região concluíram, entre outras coisas, que a forma como se expande essa Região, no que concerne aos empreendimentos imobiliários e ao vultuoso número de construções tem como efeito a busca da valorização das áreas onde se localizam os empreendimentos lançados pelas construtoras, os quais se destinam principalmente às camadas superiores dos estratos sociais.

Em outro estudo, analisando especificamente a cidade de Vitória, Zanotelli e Ferreira (2014, p.51) constataram que “nos bairros onde a atividade do capital imobiliário é mais intensa, verifica-se [...] **a ação do Estado na promoção de diversos equipamentos**” (grifo nosso). Do exposto, entende-se que há uma estreita relação entre a renda real e as decisões políticas, que tendem “a beneficiar o rico e a enfraquecer o pobre” (HARVEY, 1980, p. 60).

Para demonstrar essas contradições, Boni (2009) realizou um mapeamento da segregação socioespacial em Vitória através da síntese de diversos dados censitários de 2000. Sua análise pautou-se na distribuição de renda entre os responsáveis pelos domicílios da

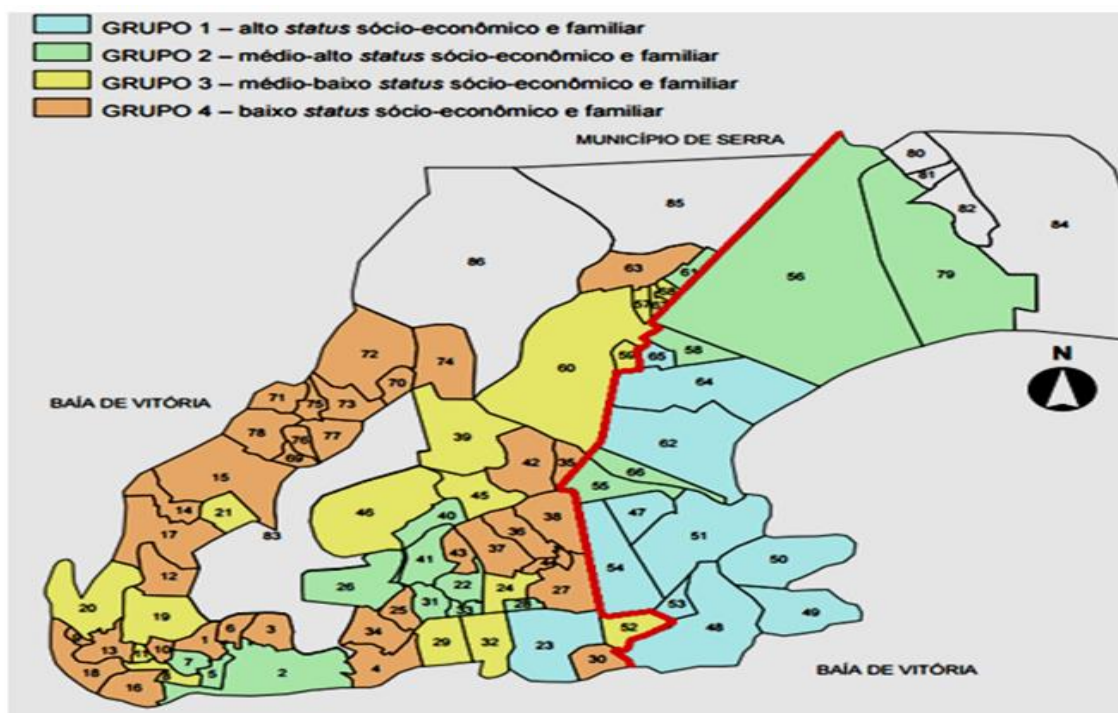
cidade, e a autora demonstrou que, de fato, existe uma linha imaginária que divide a cidade com uma considerável concentração de renda, onde os mais ricos (incluindo os grupos de Jardim da Penha) acumulam boa parte das riquezas, enquanto uma pequena parcela dessas é distribuída entre um grande contingente de população de menor poder aquisitivo (incluindo os grupos de Gurigica e São Benedito) como ilustrado na figura 4.

De acordo com Boni (2009, p.79):

Os grupos sociais de alto *status* se concentram na área leste de Vitória; a área oeste e os morros da cidade são ocupados fundamentalmente por grupos de baixo e médio-baixo *status*. Os grupos de médio-alto *status* estão localizados agrupadamente na região central e nas adjacências dos grupos de alto *status*.

A evolução urbana da cidade provê explicações para essa distribuição, que foi regida basicamente pelos planos de ocupação governamentais e pelo desenvolvimento do mercado imobiliário (BONI, 2009). Os problemas decorrentes do processo acelerado de urbanização não foram acompanhados de uma resposta política, o que resultou numa acentuada defasagem quanto à sua resolução (BONI, 2009).

Figura 4: Mapa com a conformação espacial dos grupos sociais na cidade de Vitória. Destaque para a "linha imaginária" que divide a cidade. Elaborado com dados do censo demográfico de 2000.



Fonte: Adaptado de Boni (2009).

A análise dos lugares provinda da minha pesquisa de campo, além de outras pesquisas realizadas recentemente como Bagrichevsky et al., (2013), Zanotelli e Ferreira (2014), dão indícios de que a iniquidade seja uma realidade forte em Vitória, e de que a imagem de uma “cidade partida”, como apresentada por Boni (2009), não se modificou com o tempo.

Pretende-se, no próximo capítulo, que é o derradeiro, apresentar as contradições existentes entre o que se proclama a nível governamental e as ações políticas instituídas no nível mais local, tendo como foco a cidade de Vitória/ES e seus diferentes lugares. Analiso nessa parte se as iniquidades sociais existentes nessa cidade exercem influência sobre o estado de saúde-doença da população, e se a destinação de programas de saúde pela gestão pública prioriza com equidade a singularidade desses lugares, inclusive no tocante às práticas corporais. Para tanto, após uma introdução sobre as práticas corporais e sua institucionalização no campo público, o capítulo se divide em duas partes, na primeira apresento as “evidências do campo” mostrando os equipamentos para práticas corporais presentes em ambos os lugares da pesquisa. Na segunda, o objetivo foi ressaltar as contradições encontradas através da cartografia, elemento que auxiliou a mostrar como se distribuem os equipamentos públicos para práticas corporais, e os de segurança pública, no espaço urbano de Vitória e nos lugares selecionados para a análise.

6. DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS PARA PRÁTICAS CORPORAIS EM VITÓRIA: INIQUIDADES OU NÃO?

As práticas corporais se tornaram cada vez mais alvo de atenção por parte da sociedade civil e no âmbito das políticas públicas, haja visto os discursos veiculados e os esforços demandados em seu incentivo. Mas a intenção, nessa pesquisa, foi analisá-las para além dos benefícios biológicos seguindo na contramão dos discursos prontos e incessantes. Nesse sentido, a discussão que se segue é importante para gerar reflexões a respeito do incentivo a essas práticas em comunidades precárias, e não se trata de negar os seus benefícios biológicos ou dizer que elas não deveriam ser incentivadas ou implementadas nesses lugares, aliás, como direito da população brasileira, necessitam ser estendidas aos diferentes estratos sociais nesse país. Mesmo sendo um direito, o que se percebe, é uma incongruência entre a legislação disponível no Brasil e a distribuição dos equipamentos para essas práticas em lugares segregados.

As práticas corporais estão envolvidas por um grande número de significados e podem ser analisadas de distintas maneiras pelos estudos científicos. A existência das iniquidades em saúde, tal como foi apresentado nos capítulos anteriores, suscita uma questão que merece ser pensada ao tratarmos das práticas corporais como um elemento requisitado, a nível governamental, para a promoção da saúde: em que circunstâncias tais práticas promovem saúde, bem estar e qualidade de vida?

Sem esgotar as diferentes possibilidades de análise, ou arriscar-me na amplitude temática relacionada às práticas corporais, a exposição prévia do que seria o bem-estar é fundamental no entendimento do significado dessas práticas em diferentes contextos de vida dos sujeitos e grupos sociais. A partir desse entendimento, é possível conjecturar que realizar uma prática corporal de modo prazeroso, tranquilo e preparado, nem sempre é possível, ainda mais se considerarmos os contextos iníquos.

O “bem-estar” almejado quando se propõe a promoção da saúde a partir da realização de práticas corporais, está intimamente relacionado com a definição de saúde da OMS promulgada em 1946, que traz a conotação de saúde como “completo bem estar físico, mental

e psicossocial” (WHO, 2009). Esse constitui o prisma sob o qual estão sendo criados os programas, e formuladas as ações referentes às práticas corporais no Brasil e no mundo.

Batistella (2007) faz um contraponto a essa definição, uma vez que se mostra insuficiente na abrangência do simbolismo, da subjetividade e dos condicionantes dos estados de saúde-doença das pessoas em diferentes contextos sociais. Para Caponi (1997), a tentativa de alcançar o bem-estar pode gerar nas pessoas expectativas de uma existência humana sem angústias ou conflitos. Todavia, esses são fatores inerentes à própria existência humana e de cada sociedade, e nem sempre estão sujeitos a intervenções.

O termo “qualidade de vida” é questionado por Minayo, Hartz e Buss (2000) com quem compartilhamos a ideia. Segundo os autores, ele não se aplica às diferentes dimensões da vida e aos grupos sociais da mesma forma, sendo empregado de forma genérica como se as pessoas necessitassem dos mesmos recursos para alcançar esse estado.

Esse termo possui uma dimensão da estratificação social relacionada aos desejos dos estratos sociais abastados, que se imbuem de “determinar” os elementos necessários para se alcançar a “qualidade de vida” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Por isso, é possível conjecturar que na sociedade contemporânea, a demanda por práticas corporais reflete, muitas vezes, as necessidades desses estratos, que diante de uma hegemonia determinam socialmente os hábitos considerados “saudáveis” e as formas para se “obter saúde”. Isso não significa que elas não sejam importantes do ponto de vista biológico, mas é preciso pensar em que contextos sociais têm sido aplicadas e incentivadas, e as formas como se dá esse incentivo.

A condição econômica influencia de forma diferenciada o comportamento dos sujeitos. A possibilidade restrita de escolha e de acesso aos serviços públicos, bem como a necessidade de cumprir com jornadas de trabalhos diários são fatores que exercem forte influência. A falta de tempo é algo recorrente, que acomete as pessoas no mundo contemporâneo, e o fato de o trabalho ocupar um lugar central na vida dos sujeitos restringindo seu tempo, representa uma grande dificuldade para a realização de práticas corporais, independente do desejo pessoal (PALMA, 2000).

Fatores como condições de transporte, de acesso aos equipamentos públicos, às novas tecnologias, à violência urbana, o processo e organização do trabalho, podem explicar melhor

essa não adesão às práticas corporais em certos contextos, ao invés da suposição por parte da mídia, ou mesmo pelos profissionais de saúde, de que existiria uma “má vontade” intrínseca aos sujeitos (WARSCHAUER, 2008; PALMA, 2009; MENDONÇA, 2012). Quanto a isso, essa pesquisa não objetivou analisar comportamentos, ou seja, se as pessoas estão realizando práticas corporais, sua frequência, tampouco, como estão realizando, é mais importante aqui conhecer os fatores que impossibilitam ou possibilitam essa realização em diferentes lugares num meio urbano, entre eles, a distribuição de equipamentos públicos.

A análise do contexto é importante para um melhor direcionamento dos programas e ações relacionados às práticas corporais. Tendo em vista que a saúde depende de um contexto amplo, como visto nos capítulos iniciais, implantar equipamentos em lugares onde o contexto é de miséria e violência e esperar que os sujeitos desse lugar utilizem tais equipamentos buscando o “bem-estar” e a “qualidade de vida”, pode não ser um modo sensato de se promover saúde. Segundo Palma (2001), reconhecer a vulnerabilidade dos grupos sociais e as iniquidades existentes num lugar é fundamental, uma vez que a promoção da saúde não pode se distanciar das condições de vida da sociedade. Por isso, respeitar o direito às práticas corporais valorizando outros setores públicos, para que os sujeitos tenham possibilidades de praticá-las, com prazer e liberdade, aparenta ser a melhor forma de ação nessa perspectiva.

Algumas ações governamentais revelam os investimentos envolvidos no incentivo às práticas corporais no Brasil. O Ministério da Saúde publicou portarias e fez modificações na lei orgânica da saúde (8080/90)²⁵ a fim de incluir essas práticas, mas também normatizar, assegurar, ampliar e intensificar os cuidados à saúde baseados na sua realização.

Mediante a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde as práticas corporais foram institucionalizadas como um compromisso político municipal, estadual e federal. Nesse âmbito, o que está contido na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratifica a função do Estado brasileiro em prover condições para essas práticas no Brasil. A elaboração dessa Política, em 2006, apresentou-se como “possibilidade de enfocar os aspectos

²⁵ Em 2013 foi aprovado o Projeto de Lei, que desde 2007 tramitava na Câmara dos Deputados em Brasília (PL 1266/2007) incluindo a atividade física como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, portanto uma mudança no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 2013).

que determinam o processo saúde-doença-cuidado [...]; potencializando formas mais amplas de intervir em saúde” (BRASIL, 2006, p.14).

Como um dos eixos prioritários, essa política prevê ações públicas que estimulem as práticas corporais na rede básica de saúde e na comunidade (BRASIL, 2006) e entre as ações estão:

- Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física (BRASIL, 2006).
- Construir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção à saúde) (BRASIL, 2006).
- Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos, criação de ciclovias e pistas de caminhadas, segurança para a prática, entre outros) (BRASIL, 2006).

Essa política postula que as práticas corporais sejam incentivadas pelos poderes públicos, pelos gestores, e fomentadas pelo Sistema Único de Saúde, por serem elementos capazes de promover (em tese) uma vida saudável às pessoas (BRASIL, 2006). Esse é o primeiro indício da importância que tem sido dada a essas práticas no Brasil, bem como a valorização ao ambiente onde porventura possam ser desenvolvidas.

Em 07 de Abril de 2011, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 719 autorizando o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal com o objetivo de manter, monitorar e fortalecer as ações destinadas às práticas corporais nos Estados e municípios contemplados com incentivo para construção de polos do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2014).

O Programa Academia da Saúde constitui um modelo de intervenção nacional em Promoção da Saúde, que tem as práticas corporais/atividades físicas como um eixo central de suas ações. Visa contribuir para a equidade no acesso a ações voltadas à produção do cuidado [...] em espaços qualificados, constituindo-se equipamento da atenção básica em saúde (BRASIL, 2014).

Como Vitória é a cidade alvo dessa pesquisa, algo interessante é o fato de ter sido uma das primeiras cidades brasileiras a implantar programas como esse, e mais interessante ainda é o fato de ter sido reconhecida por isso, e ter sua iniciativa expandida nacionalmente.

O Programa Academia da Saúde foi inspirado em experiências já existentes no país, relacionadas com práticas corporais, entre elas, está o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015b) desenvolvido pela prefeitura de Vitória, que utiliza essas práticas como estratégias de promoção da saúde.

O SOE está em pleno funcionamento, e oferece aulas gratuitas de alongamento, ioga, hidroginástica, ginástica localizada e voleibol master (para maiores de 40 anos), além de caminhada e dança. As aulas são ministradas por professores e estagiários de Educação Física em módulos instalados em parques, praças e outros espaços públicos de Vitória (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015b). Há atualmente um total de 16 módulos do SOE em funcionamento.

Esse serviço, criado em 1990, é o primeiro de incentivo à prática corporal vinculado ao sistema público de saúde de que se tem registro no país. Quanto a isso, Bagrichevsky et al., (2013) atentam para o fato de sua antecipação temporal antes mesmo da entrada em vigor do PSF (Programa de Saúde da Família)²⁶, em 1994. Fato que demarca a importância governamental dessas práticas dentro dos serviços de saúde.

Desse modo, o processo de reconhecimento e institucionalização das práticas corporais indica que essas têm sido consideradas pelo governo brasileiro como algo importante para a promoção da saúde, ainda que estejam sendo baseadas em objetivos um tanto quanto estigmatizantes como combater o sedentarismo, ou estimular “modos de vida saudáveis”. É importante atentar para o fato de que tanto o Programa Academia da Saúde, quanto o SOE, foram desenvolvidos por ações governamentais, revelando uma articulação forte das três esferas de governo para a promoção da saúde através dessas práticas.

²⁶ Hoje, nomeado de Estratégia de Saúde da Família, pois, segundo Paim (2013), constitui uma estratégia de mudança do modelo assistencial que foge à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, não é uma intervenção paralela e vertical às atividades dos serviços de saúde.

Serem asseguradas juridicamente, não é sinônimo de que as práticas corporais sejam garantidas como um direito social, e de que tenham sua prática democratizada. Todavia, independente da importância que tem sido dada a elas, a nível governamental, sua institucionalização implica num compromisso público, assumido nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), que traz para o SUS a responsabilidade de gerir ações de vigilância epidemiológica, ofertar equipamentos e fiscalizar os serviços em cada lugar para que nenhum saia em desvantagem em relação a outro.

Embora não seja prudente pensar em políticas públicas apenas na esfera do Estado, tendo em vista que a política não é restrita a essa instituição, é fato que, no Brasil, é ela a principal agente fomentadora. Sendo assim, o próprio governo que institui a lei, é o responsável por oferecer as condições necessárias para que isso se efetive na prática respeitando os diferentes contextos socioeconômicos.

6.1. As evidências empíricas obtidas em campo

Ao analisar Vitória, percebe-se que a prefeitura dissemina a imagem da “cidade modelo”, e da capital brasileira da “qualidade de vida”, onde mais pessoas realizam práticas corporais e onde se oferta possibilidades para isso. Neste sentido, a transformação do espaço público (em certos lugares) para fazer jus a esta imagem, foi, além de uma das ferramentas da modernização urbana, uma estratégia que deu visibilidade a certas ações políticas nessa cidade, entre elas, as que se relacionam a tais praticas. Todavia, é preciso mostrar as deficiências que cercam essas políticas públicas e as iniquidades que a própria gestão pública ocasiona.

Tendo em vista que essa pesquisa está pautada na análise de dois lugares contrastantes em Vitória, começo então mostrando, a partir do estudo do campo, as peculiaridades do bairro Jardim da Penha. Como visto antes, esse é um bairro com ótimo desenvolvimento humano, nele também se encontram instalados ótimos equipamentos para práticas corporais, entre eles, academias populares da pessoa idosa, módulos do SOE, pistas de caminhada, campos de futebol, quadras poliesportivas, entre outros. Esse bairro está entre aqueles onde as pessoas mais realizam essas práticas na cidade, levando em conta suas características socioeconômicas e as facilidades encontradas.

Entre as estruturas para práticas corporais presentes em Jardim da Penha estão as APPIs. Há uma instalada na Praça Anibal Antero Martins (Praça do SESI), que não se encontra georreferenciada pela prefeitura, e outra instalada na orla de Camburi, no trecho que pertence ao bairro Jardim da Penha, que se encontra georreferenciada. As Academias Populares da Pessoa Idosa (APPIs) são espaços para a prática de exercícios físicos, com aparelhos instalados ao ar livre. Essas são compostas geralmente por dez equipamentos, que servem para alongar, fortalecer, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica. Os aparelhos, de baixo impacto, simulam atividades do cotidiano das pessoas, como caminhadas, remada, alongador, são eles: rotação vertical (1), rotação inclinada (1), barra de três alturas (1), pressão de pernas (1), peitoral (1), puxada alta (1), remada sentada (1), simulador de escada (1), simulador de caminhada (1), simulador de esqui (1).

Os aparelhos encontrados nessas APPIs estão em perfeitas condições de uso, muito bem conservados como mostra a foto 20 e 21, não há qualquer impedimento à utilização, como horário de funcionamento ou necessidade de profissionais instruindo, por isso, qualquer pessoa pode praticar, e em qualquer horário, ressaltando a disponibilidade deles. Além disso, há uma placa contendo instruções de como fazer os exercícios. O fato de estar disponível às pessoas não implica descartar a importância dos profissionais qualificados na orientação dos exercícios, aliás, isso se apresenta como mais uma incongruência da gestão pública no que tange à promoção da saúde, mas tal importância não está em discussão no momento. A presença desta APPI no bairro reforça a idéia de que em algumas áreas de Vitória a oferta desse serviço público é ampla e vem se somar à excelente estrutura do bairro, o que possibilita a realização de práticas corporais num espaço plano e seguro.

Em dias de sol, é possível observar muitas pessoas utilizando os aparelhos das APPIs, e a que está presente na orla recebe um grande número de pessoas diariamente, também por se encontrar próxima a outras opções como campos de futebol, pista de caminhada e ciclismo e até mesmo o mar, que oferece aos praticantes a sua beleza, por isso, a diferença aqui está no prazer que se tem ao praticar o exercício físico aproveitando a brisa marítima.

Foto 20: Academia Popular da Pessoa Idosa na Praça Anibal Antero Martins. Local arborizado, limpo e aparelhos em ótimas condições de uso.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 21: Academia Popular da Pessoa Idosa. Ciclovía e calçadão à frente.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Quadras poliesportivas também estão presentes no bairro. Há duas disponíveis em importantes praças, uma na Praça Wolghano Neto (chamada popularmente de praça do supermercado Carone), e outra na Praça Regina Frigere Furno (chamada popularmente de praça do supermercado EPA).

A quadra da Praça Wolghano Neto se encontra em ótimo estado de conservação, bem pintada e demarcada, possui redes de futebol, cesta de basquete e um cercado alto evitando que a bola caia na rua (fotos 22 e 23). Frequentemente, há jovens jogando futebol ou basquete nessa quadra e no seu entorno uma vitalidade caracterizada por crianças brincando e passeando com os pais, pessoas levando seus cachorros para passear ou conversando nos banquinhos, é uma praça bem movimentada e ponto de referência para lazer no bairro.

A quadra da Praça Regina Frigere Furno, assim como a anterior possui uma ótima estrutura física (foto 24), e seu diferencial é a presença constante de professores ensinando crianças a jogar futebol (escolinha de futebol) até mesmo no período noturno. Enquanto as crianças jogam, seus cuidadores têm a opção de observá-las, sentados nos vários banquinhos, na pequena arquibancada da quadra, podem fazer compras tendo em vista a extensa rede de mercados e comércios ao redor, ou podem fazer um lanche, em uma das muitas lanchonetes existentes em seu entorno, pois esta praça também é um ponto gastronômico da cidade.

Foto 22: Estrutura externa da quadra poliesportiva na Praça Wolghano Neto.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 23: Estrutura interna da quadra poliesportiva na Praça Wolgano Neto.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 24: Estrutura da quadra poliesportiva na Praça Regina Frigere Furno.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

As ciclovias também estão presentes em Jardim da Penha, e sua qualidade, não se diferencia dos demais equipamentos. Há uma ciclovia paralela à Av. Fernando Ferrari (foto 25), e outra na orla de Camburi (foto 26), no trecho que pertence ao bairro Jardim da Penha. A ciclovia paralela à Av. Fernando Ferrari liga esta avenida e o bairro Jardim da Penha a outros dois bairros, Goiabeiras e Maria Ortiz. Encontra-se bem pintada, sinalizada e conservada e o movimento de ciclistas é grande principalmente porque melhorou a mobilidade urbana na região, e por se localizar em frente à UFES, tendo em vista que muitos estudantes que residem nestes bairros a utilizam para o deslocamento rápido e seguro até a universidade. Como um importante equipamento público, deu a oportunidade de a população usufruir melhor do espaço gerado, na medida em que também é utilizada por pessoas que almejam praticar o ciclismo como lazer.

A ciclovia presente na orla de Camburi é larga e muito bem pintada com uma cor coral forte, sinalizada com faixas também pintadas que orientam ciclistas e pedestres. Não avistei buracos nela, e percebi, ao visitar o local, que as pessoas respeitam o espaço do ciclista sendo possível um trajeto de bicicleta sem desvios. Unido a essa ciclovia há outro equipamento não georreferenciado, que é o calçadão. Esse é duplo, ou seja, possui um pavimento cinzento de concreto e outra parte tipo calçada portuguesa, é largo, com canteiros laterais e centrais, não possui buracos, e as pessoas podem caminhar com facilidade num amplo espaço sem se esbarrarem constantemente. A foto 26 mostra a excelência e o ótimo estado de conservação dessa pista de caminhada.



Foto 25: Ciclovia e calçadão paralelos à AV. Fernando Ferrari.

Fonte: Acervo Pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Foto 26: Calçadão duplo e ciclovia na orla.



Fonte: Acervo Pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Aos domingos, um dos dias escolhidos para visitar o bairro, pude confirmar e registrar um fato sobre o qual eu já havia ouvido falar, que a prefeitura interdita uma pista da Av. Dante Michelini (orla) e a destina para a prática de atividades físicas, restando apenas um lado dessa avenida para o trânsito de veículos nos dois sentidos. Pela possibilidade de praticar caminhadas nesse espaço demarcado, ele foi considerado nessa pesquisa um equipamento para realização de práticas corporais, ainda que não conste nos dados georreferenciados. Talvez o não georreferenciamento se explique pelo fato de ser um equipamento “inconstante”, isto é, disponibilizado à população apenas aos domingos. Apesar disso, não deixa de ser mais um exemplo de que além dos equipamentos já existentes no bairro, ainda há o esforço da gestão pública para garantir que a população tenha ainda mais espaços destinados às práticas corporais nos fins de semana, reforçando a importância política dessa prática e desse lugar dentro da cidade. A foto 27 mostra claramente essa interdição e a divisão de uma pista através de cones para o trânsito de veículos.

Foto 27: Pista da AV. Dante Michelini (orla) interditada no domingo aumentando o espaço para as práticas corporais.



Fonte: Acervo Pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Confirmei, também na orla, a existência de um módulo do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), ao lado da APPI (foto 28). Esse é formado por um pequeno quiosque com paredes de metal e vidro, e um deck de madeira descoberto aonde as pessoas se exercitam. Estava fechado no momento da minha visita, mas pude perceber em seu interior colchonetes empilhados, halteres, barras, esfigmomanômetro (aparelho para aferir pressão), material voltado para a prática de exercícios e atendimento especializado às pessoas. As aulas ocorrem sempre sob supervisão de profissionais e em dias e horários pré-estabelecidos.

Foto 28: Módulo do Serviço de Orientação ao Exercício com deck de madeira onde as pessoas se exercitam.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

Os campos de areia (foto 29) constituem mais um equipamento presente na orla. São em média quatro campos, um ao lado do outro, sendo três para futebol e uma quadra para vôlei de praia. Entre dois deles, há uma divisória de tela, que é alta e fixa, impedindo que a bola ultrapasse para o outro campo. Possuem traves com redes de futebol e vôlei e marcações na areia delimitando o espaço. Eles ficam à disposição de qualquer grupo que deseje jogar nesse espaço.

Foto 29: Campos de areia na praia.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 17/05/2015.

A figura 5 mostra a localização dos equipamentos supramencionados de acordo com a ferramenta Google Earth, e o que chama a atenção é a pouca distância entre eles formando um complexo para realização de práticas corporais bem estruturado nesse local.

A variedade de equipamentos presentes nesse local atende a diferentes gostos e idades. Ao passar pelo trecho, verifiquei que havia pessoas caminhando no calçadão, outras jogando bola no campo de areia, e pais passeando com seus filhos de bicicleta, mesmo num dia chuvoso. Isso mostra que o mal tempo não é impeditivo para muitas pessoas realizarem uma prática corporal quando se tem um ambiente propício. Em dias de sol, muitas pessoas realizam essas práticas de variadas formas, as atividades praticadas comumente são caminhadas, skatismo, ciclismo, patinação, corrida, futebol, vôlei e atividades nos equipamentos da APPI; sem contar com a extensa faixa de areia e o mar à frente, que também possibilitam alguns tipos de práticas corporais.

Figura 5: Localização dos equipamentos para atividade física de lazer no trecho da orla que corresponde ao bairro Jardim da Penha.



Fonte: Adaptado de Google Earth

A presença desses equipamentos em Jardim da Penha merece uma ressalva, o fato de haver uma concentração desses na orla marítima, pode estar relacionado ao incentivo turístico em Vitória, especialmente no local que é privilegiado em belezas naturais. Nesse sentido, a organização, infra-estrutura e limpeza podem ser fatores intencionais, como forma a agradar os visitantes. Nessa linha de pensamento é preciso considerar que muitas favelas também são pontos turísticos, como ocorre em grandes centros urbanos como Rio de Janeiro, por exemplo, mas nem por isso, as condições de vida dos sujeitos que ali residem podem ser comparáveis aos sujeitos residentes em bairros mais abastados em termos de serviços públicos.

Para além de um direcionamento turístico, o que se propõe é analisar a distribuição dos equipamentos para práticas corporais em diferentes contextos socioeconômicos, ou seja, considerando os benefícios para a população residente diariamente nesses lugares e não aquela itinerante. Sendo assim, o fato desses equipamentos estarem em maior quantidade num lugar, e em menor quantidade em outro, já configura uma iniquidade e um descompasso com os princípios constitucionais do SUS, pois, aparentemente, são os sujeitos possuidores de melhores condições de vida que estão sendo beneficiados diariamente com esse direcionamento político.

Os equipamentos de Jardim da Penha, mostrados acima, são o exemplo de que o contexto onde se vive faz toda a diferença sobre a saúde. Eles não estão instalados nos locais apenas por estarem, mas o conjunto estrutural urbano que os envolve os torna espaços propícios para as práticas corporais. Somando-se a isso, fatores como a manutenção dos equipamentos, a acessibilidade, a democratização (pelo menos para essa comunidade), os projetos sociais que estimulam a práticas corporais, as possibilidades que os sujeitos possuem para praticá-las, os gostos e a subjetividade são fortes estimuladores das práticas. Há que se considerar que os espaços ao ar livre, arborizados, adequadamente calçados, iluminados, seguros e organizados, como em Jardim da Penha, também influenciam grupos populacionais de maneira positiva favorecendo a saúde.

Tais elementos contribuem de modo potencial, para que os sujeitos tenham além do acesso aos equipamentos, a preocupação com a exercitação corporal. É preciso reforçar, por outro lado, que esses elementos não são determinantes de atitudes saudáveis, tampouco promotores da saúde dos sujeitos quando se vive num contexto iníquo. Faz-se necessário a proposição de espaços públicos articulados entre si, em que a adequação dos equipamentos respeite um diálogo com os contextos de vida dos sujeitos e suas necessidades primárias de saúde, algo que transcende a implantação de um equipamento para práticas corporais. Nesse sentido, as disparidades entre Jardim da Penha, Gurigica e São Benedito são abismais.

Seguindo com a análise da distribuição dos equipamentos para práticas corporais, em outro extremo estão os outros lugares analisados: Gurigica e São Benedito. Esses lugares são a confirmação de que para ser uma “cidade modelo” no que tange à promoção da saúde, Vitória ainda precisa mudar muito, a começar pela destinação das suas políticas públicas.

Foi constatado nestes, a ausência de ações políticas objetivando uma infraestrutura urbana que possibilite a realização de práticas corporais, de forma agradável e prazerosa. Os espaços destinados para tal são reduzidos e não foram preparados, estruturados e organizados tal como em Jardim da Penha. Por mais que não sejam lugares turísticos na cidade, é fato a necessidade de investimentos principalmente para a população residente. O que vi foram apenas dois espaços, o primeiro está na parte baixa de Gurigica, na entrada do bairro, é um pouco menor do que um campo de futebol. É um campo murado, feito de areia, delimitado por pneus e possui duas traves. Não encontrei o espaço em boas condições de uso, pois

quando o vi estava cheio de água empossada, e, em grande parte, se encontrava lama e mato (foto 30).

Foto 30: Espaço do bairro Gurigica que é utilizado pelos moradores para prática de atividades físicas de lazer.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 19/05/2015.

Esse espaço parece ser a maior referência de um local para práticas corporais que os habitantes desse lugar possuem, e é compartilhado tanto pelos moradores de Gurigica, quanto pelos moradores de São Benedito. A principal prática corporal desenvolvida ali é os jogos de futebol. Nesse aspecto, é utilizado especialmente pelos homens, logo, as questões de gênero se tornam um problema na comunidade, tendo em vista que esse não é um esporte comum entre as mulheres, e por isso, elas ficam limitadas à utilização do espaço.

De acordo com Goellner et al., (2009) é necessário que os gestores estejam atentos às questões de gênero no momento da elaboração de políticas públicas. As relações de gênero configuram espaços diferenciados para eles e para elas, e esse marcador identitário interfere na adesão e na permanência de homens e mulheres de formas distintas e desiguais. Essa também é uma questão política, e, como tal, merece ser amplamente discutida e referenciada.

Mais acima, no alto do morro em Gurigica, há um segundo espaço, uma mini-quadra muito pequena e em péssimas condições de uso. Esse espaço é cercado por tela, e não há elemento esportivo em seu interior, como redes para vôlei, futebol ou basquete, por exemplo. Foi construído pela prefeitura e fica anexo à Praça Romário Gouveia de Oliveira, e tanto a quadra, quanto a praça, necessitam de manutenção. Hoje, segundo informação da ACS, o local é utilizado por grupos que se reúnem para dançar funk ou como ponto de uso de drogas (fotos 31 e 32).

Foto 31: Mini-quadra do bairro Gurigica construída pela Prefeitura de Vitória. O espaço se encontra em péssimas condições de uso.



Fonte: Acervo pessoal. foto tirada em 24/07/2015.

Foto 32: Praça Romário Gouveia de Oliveira (Gurigica). Detalhe para a mini-quadra ao fundo.



Fonte: Acervo pessoal, foto tirada em 24/07/2015.

Os espaços supramencionados no bairro Gurigica são os únicos que se aproximam de locais para as práticas corporais, mas, como visto, se encontram em situação precária, e tais condições, somadas ao contexto do bairro, constituem fatores que inviabilizam as práticas e não despertam a atenção dos moradores em sua busca. Segundo Silva e Versiani (2011), a carência, fragilidade e/ou inexistência de espaços públicos de lazer inviabiliza o acesso de toda a população, especialmente daquela com precárias condições socioeconômicas, tidas comumente como em situação de risco e vulnerabilidade social, às condições necessárias para se viver bem.

No bairro São Benedito, assim com em Gurigica, não há nenhum espaço destinado às práticas corporais. Não possui SOE, APPI, praça saudável, pista de caminhada, quadras poliesportivas ou qualquer equipamento público parecido, ainda que não faltem espaços onde seria possível a construção. Ambos os bairros, são arborizados, possuem muitos terrenos grandes e vazios servindo apenas como depósito de lixo. Esses espaços poderiam servir como locais para instalação de equipamentos, desenvolvimento de ações no âmbito das práticas corporais, ou mesmo para a construção de casas para os moradores, algo que é uma

necessidade premente no lugar. Percebi que possibilidades para melhorar a vida dos moradores não faltam, mas sim ações políticas voltadas para reduzir a injustiça social.

Seguindo com a discussão sobre a presença dos equipamentos para práticas corporais em diferentes lugares de Vitória, é cabível tratar de certas questões imbricadas: os equipamentos que foram citados e mostrados quando tratei do bairro Jardim da Penha são públicos, mas quem pode utilizá-los para praticar as atividades físicas de lazer? Será que os moradores desse lugar precarizado poderiam usufruir daqueles equipamentos?

Teoricamente, qualquer pessoa que quisesse poderia utilizá-los por serem públicos, principalmente as APPIs, os campos, o calçadão que não possuem limitações como, horários de funcionamento ou necessidade de acompanhamento profissional como o SOE, por exemplo, mas a resposta não pode ser tão simplista assim. Compreender quem realmente pode utilizá-los demanda também colocar em evidência os diferentes estratos sociais, e analisar como as pessoas se preparam para praticar, seu vestuário, sua alimentação, o tempo disponível, o tipo de trabalho, a cultura, a subjetividade. Por isso, em tese, poderiam sim utilizar, mas, na prática, não é isso que ocorre.

Por mais que os sujeitos residentes no lugar precarizado se desloquem até Jardim da Penha para a utilização dos equipamentos, o acesso continua sendo um empecilho. Mesmo que isso ocorra, e uma parcela da população consiga desfrutar desses equipamentos (algo que não foi analisado nessa pesquisa), é preciso admitir que as possibilidades continuam restritas. Segundo Bagrichevsky et al., (2013) as pessoas que residem em regiões com menor cobertura das políticas públicas apresentam também menos chances de fazerem usos dos espaços públicos para atenderem integralmente suas demandas de saúde.

Nesse aspecto, é providencial considerar, por exemplo, aquelas pessoas que residem em lugares precários, saem de suas casas cedo para trabalhar em outros bairros, dependem de transporte coletivo, e possuem, muitas vezes, uma rotina estressante de trabalho, como parece ser a realidade de grande parte dos moradores dos lugares analisados, em vista disso, talvez não seja interessante para elas fazerem outro trajeto após sua jornada de trabalho para se exercitarem. Destaca-se os sujeitos com dificuldades de locomoção, como idosos, com problemas de saúde, como hipertensos e diabéticos, e as gestantes, casos que demandam

atenção especial dentro dos serviços de saúde. Ao tratar o tema das práticas corporais no serviço público, é importante considerar também a universalidade e a integralidade das ações, em que os sujeitos e grupos, independente de suas condições de vida, devem ter os mesmos direitos de acesso e uso desses serviços. Daí a importância de se ter acessibilidade aos equipamentos perto do local onde residem.

O campo oportunizou a compressão de alguns elementos que envolvem os sujeitos em cada lugar e podem influenciar os comportamentos, na medida em que a vida das pessoas que ali residem, é facilitada ou não pela estrutura socioespacial. Nesse aspecto, a rede de comércios e serviços disponíveis às pessoas também é um diferencial para aumentar as facilidades na vida diária.

É muito cômodo, por exemplo, se exercitar enquanto o filho brinca num *playground*, o marido assiste a um futebol num espaço de lazer e o carro está no lava jato. É cômodo também ter acesso rápido e fácil aos serviços oferecidos no entorno de uma APPI, de um SOE ou de um campo de futebol, pois o deslocamento é curto, agilizando as atividades diárias, logo, se exercitar após o trabalho é algo factível. Essa comodidade torna a vida mais fácil e agradável àqueles que residem, por exemplo, em Jardim da Penha, e nessas circunstâncias, praticar atividades físicas se torna um complemento prazeroso da vida. Por outro lado, é difícil demandar um tempo a essas práticas quando o ambiente e as condições de vida não ajudam.

Assim como a saúde é um direito, a cidade também é, e estão intimamente relacionados. No dizer de Lefebvre (2001), o “direito à cidade” não pressupõe apenas ter uma moradia, mas a possibilidade de vivenciar o espaço onde se vive com liberdade de transformá-lo e de desfrutar dos equipamentos urbanos, direitos cuja população segregada, muitas vezes, não possui, por diversos motivos relacionados às condições estruturais do lugar onde vivem. Nesse âmbito, a garantia do direito à cidade se traduz em forma de planejamento aliado ao contínuo processo de ação e decisão política.

Há avanços que se, por um lado representam garantias legais, por outro não estão tão visíveis nos diferentes lugares da cidade. Por isso, ainda que a institucionalização das práticas corporais tenha sido um passo importante na política pública de saúde, em Vitória, a realidade

mostra que certos bairros é que tem se beneficiado com a disponibilidade destes serviços. Não obstante, é importante mencionar que a disponibilidade desses equipamentos não se limita aos moradores de Jardim da Penha, outras pessoas residentes em bairros vizinhos também podem utilizá-los. Talvez, muitas pessoas se desloquem até esse bairro justamente com esse objetivo,

A sobrevalorização, pela gestão pública, de certas áreas da cidade é algo que se contrapõe à equidade. Nessa linha de pensamento, são importantes as contribuições de Bagrichevsky et al., (2013) que ao analisarem o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), um serviço de saúde público desenvolvido no município, desde 1990, e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória, perceberam que existe nessa cidade um *status* de iniquidade em relação à oferta deste serviço, que não atende às populações mais carentes de políticas públicas.

O estudo de Bagrichevsky et al., (2013) é singular nessa abordagem, até mesmo porque é o primeiro estudo desse cunho realizado no município, não havendo, entre a literatura pesquisada, nenhum indício de análise como esta em Vitória.

Ao citarem o exemplo do SOE, não pretenderam dizer que o serviço é ineficiente, e muito menos que não deveria existir, mas através dele, analisaram que parte da população não está sendo contemplada, e tendo em vista que é um serviço público não está em consonância com os princípios constitucionais do SUS (universalidade, equidade, integralidade) (BAGRICHEVSKY et al., 2013).

Esse serviço teve sua primeira unidade (ou módulo) inaugurada em Jardim Camburi (IQU=0,73), em 1990, e atualmente são 16 unidades permanentes funcionando na cidade (PREFEITURA de VITÓRIA, 2015b). Nesse âmbito, Bagrichevsky et al., (2013, p.504, grifo dos autores) fazem uma ressalva: “o planejamento e as decisões institucionais acerca de **“por onde”** começar a oferta do SOE e ampliar sua rede não privilegia(r)am majoritariamente as localidades e populações de Vitória com as condições mais precárias para se viver”. Isso representa um contrassenso, na medida em que a “equidade” é um princípio constitucional importante na formulação e sustentação de políticas públicas de saúde.

Exemplo desse contrassenso foi a escolha do bairro Jardim Camburi como o primeiro contemplado com uma unidade permanente do SOE, proporcionando o serviço principalmente

à população ali residente e de seu entorno. Além do alto valor de IQU, o bairro apresenta ampla infraestrutura urbana, com uma extensa orla marítima acompanhada por uma larga faixa de areia e um calçadão, onde podem ser realizadas diversas atividades, caminhadas, ciclismo, skatismo, futebol, vôlei, mas, além disso, conta atualmente com dois módulos desse serviço (BAGRICHEVSKY et al., 2013).

A comprovação de um *status* de iniquidade em relação à realização das práticas corporais no município fundamenta-se na seguinte explicação: dentre os dez bairros com melhores valores de IQU, há quatro módulos permanentes do SOE instalados (de um total de 16 existentes). Os bairros contemplados são: Mata da Praia, Jardim da Penha, Barro Vermelho e Enseada do Suá. Entre esses, o módulo de Barro Vermelho (IQU=0,78) foi o último a ter o módulo instalado, em 29 de junho de 2013. Por sua vez, em nenhum dos dez piores bairros (do 70º ao 79º) ranqueados a partir do IQU existe um módulo permanente do SOE.

BAGRICHEVSKY et al., (2013) encontraram uma proporção de 30% no estudo realizado em 2013, porém, essa porcentagem já subiu, e atualmente aproximadamente 40% do território mais bem organizado e com melhores condições para se viver em Vitória possuem unidades do serviço como mostrado na figura 6, adaptada de Bagrichevsky et al., (2013).

Figura 6: Mapa de Vitória, 10 melhores e 10 piores bairros com o Índice de Qualidade Urbana, unidades permanentes do SOE e número de homicídios por bairros.

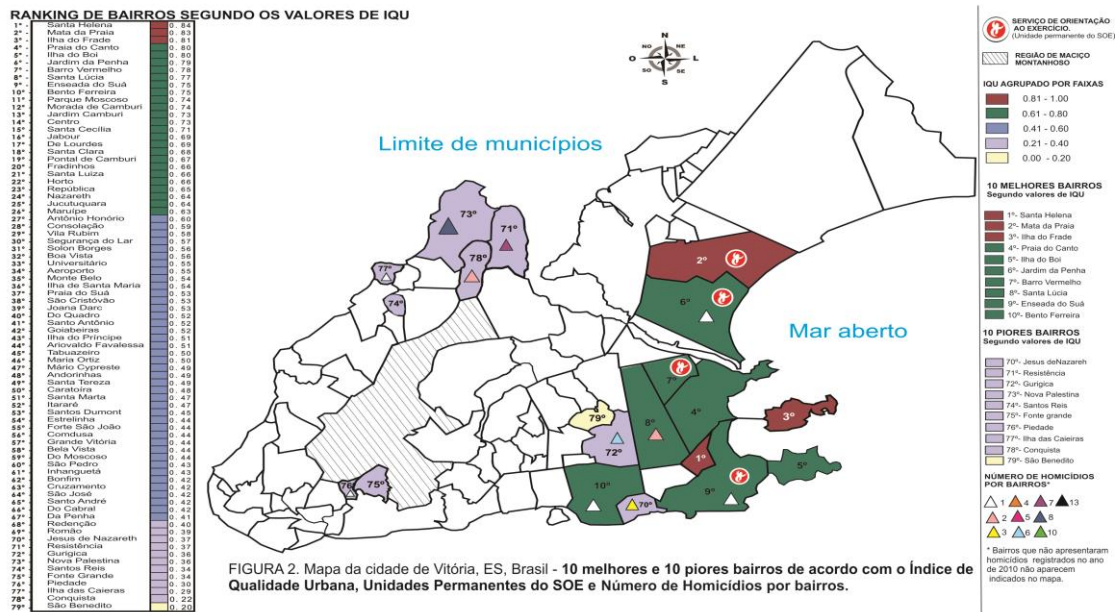


FIGURA 2. Mapa da cidade de Vitória, ES, Brasil - 10 melhores e 10 piores bairros de acordo com o Índice de Qualidade Urbana, Unidades Permanentes do SOE e Número de Homicídios por bairros.

Fonte: Adaptado do Bagrichevsky et al. (2013).

A partir do entendimento dessas iniquidades na distribuição de equipamentos públicos para práticas corporais em Vitória, é importante que o poder público municipal atue na perspectiva de ampliação da oferta desses serviços públicos a grupos socialmente desprivilegiados pelas políticas públicas. Mas, como visto, apenas a implantação desses equipamentos, não será suficiente para melhorar as condições de vida e promover a saúde da população, sendo esta uma utopia quando se tem o problema das iniquidades sociais nas cidades. Tais práticas, quando precedidas pela melhoria das condições infraestruturais urbanas e de outros serviços essenciais para a vida humana, são eficientes na redução dessas iniquidades em saúde (BAGRICHEVSKY et al., 2013),

Em suma, é possível afirmar que não bastam investimentos públicos nesses espaços, tampouco na instalação de equipamentos em lugares precarizados, e o objetivo dessa pesquisa não foi dizer isso, mas considerar que para promover saúde e respeitar esse direito constitucional é preciso avançar previamente em estratégias que melhorem o contexto de vida das pessoas, com geração de trabalho e renda, enfrentamento da violência, melhoria das condições gerais de vida e redução das iniquidades.

A promoção da saúde se faz necessária inclusive em lugares precarizados, contudo concretizando as políticas intersetoriais para a integração social e participação comunitária na vida social. Não me refiro a uma promoção da saúde verticalizada e normativa em que uns mandam e outros obedecem, mas àquela que une forças para justamente tentar reduzir as iniquidades existentes nesses lugares. Para isso, demandam-se maior conjugação de forças, provindas das políticas públicas, de maneira intersetorial e participativa, afinal, os sujeitos que ali residem sabem das suas necessidades e tem o direito de manifestá-las nos espaços de participação comunitária.

6.2. As evidências cartográficas

Embora o objetivo dessa pesquisa não seja elaborar políticas públicas, é importante mostrar elementos que possam ajudar os gestores e agentes responsáveis pela ação. Para tanto, a cartografia é um elemento importante na compreensão das iniquidades existentes na cidade,

sobretudo pela sua capacidade de mostrar os vazios urbanos, apontando áreas onde as necessidades de cobertura são maiores.

Joliveau (2008, p.51) relata que “o mapa é sempre lido em função de um conhecimento preexistente do território representado e produz modos de leitura múltiplos em função dos interesses e das situações divergentes”. Nesse aspecto, as intenções, quando são construídos, vão desde o esclarecimento das reais condições de vida de uma população, até o mascaramento dessas condições, e, portanto o mapa é um instrumento político “de peso” na sociedade, sobretudo por possuir tamanha influência no modo de interpretá-la. Algo importante a dizer, nesse sentido, é que o problema não está na metodologia cartográfica, mas no modo como esta é utilizada para representar aquilo que se deseja.

Alguns autores utilizaram a metodologia cartográfica de diferentes maneiras para representar as iniquidades na distribuição de equipamentos públicos e no acesso das pessoas a tais equipamentos. Entre eles estão Ribeiro (2005), Nunes (2007), Roma (2008), Gomes e Queiroz (2011).

Segundo Nunes (2007), a análise geográfica da inclusão/exclusão social a partir dos mapas temáticos permite identificar e analisar como a exclusão social e a desigualdade se expressam garantindo ações e respostas necessárias ao conhecimento e intervenção da realidade. Desta maneira, a metodologia de mapeamento da exclusão/inclusão social apresenta-se enquanto meio estratégico, sobretudo para a tomada de decisão municipal.

Nunes (2007) utilizou a metodologia do mapeamento temático para diagnosticar a precariedade territorial das áreas de exclusão social em Marília-SP e para localizar os equipamentos públicos desta cidade. Concluiu que as políticas públicas de educação e saúde da cidade de Marília-SP possuíam uma distribuição geográfica homogênea dos equipamentos públicos pelo território. No entanto, o estudo mostrou que a precariedade das áreas de exclusão social estaria relacionada à dificuldade de acesso aos equipamentos públicos e não à localização dos mesmos (NUNES, 2007). Segundo o autor, nesta perspectiva, a distribuição geográfica revelou a desigualdade, na medida em que os bairros mais pobres possuíam uma maior densidade populacional e concentravam a população de baixa escolaridade e renda, o que pressupõe também uma maior atenção estatal quanto à prestação de serviços públicos

(NUNES, 2007). Esse estudo é importante para nos fazer pensar que não basta ter os equipamentos urbanos instalados no lugar, é preciso que a pessoas, independentemente do lugar em que residam, tenham as mesmas possibilidades de acesso e uso dos serviços, isso representa a equidade tão discutida nos capítulos iniciais.

Ribeiro (2005) teve o objetivo de compreender a dinâmica que define a centralidade das Unidades Básicas de Saúde em Presidente Prudente, partindo-se da análise da localização das UBS em relação aos mapas de exclusão social, densidade populacional e além da aplicação de enquetes junto à população que utiliza esses equipamentos.

O estudo de Ribeiro (2005) mostrou que as Unidades Básicas de Saúde que apresentavam os maiores índices de consultas e atendimentos básicos estavam localizadas em áreas de exclusão social, mas isso não foi um preditor de equidade, tendo em vista que o número de médicos era pequeno para a demanda de áreas com grande densidade demográfica como essas.

Em outro estudo detalhado que levou em conta a segregação socioespacial em cidades pequenas, Roma (2008) utilizou o mapeamento para representar o processo de segregação, apontando suas características e em que se diferencia, quando ocorre em cidades de maior porte ou importância, como metrópoles e cidades médias. Uma constatação de Roma (2008) foi que diante dos indicadores presentes nos mapas e dos dados coletados em campo a desigualdade social presente na cidade de Osvaldo Cruz- SP (uma cidade pequena) foi marcante.

Roma (2008) encontrou na favela, ruas sinuosas e estreitas, casas pequenas, com pouca ventilação e iluminação, barracos, becos, falta de limpeza, drogas, violência. Nos condomínios, encontrou casas grandes, bonitas e arejadas, ruas largas, arborização, carros, área de lazer, *status*, guaritas controladas, tranquilidade, sensação de segurança, pessoas felizes.

Embora o estudo de Roma (2008) tenha sido realizado em cidades pequenas (Osvaldo Cruz e Mariápolis), corrobora esse, na medida em que ajuda a pensar o caso de Vitória. Seus ótimos indicadores apontam uma cidade que oferece ótimas possibilidades aos seus habitantes, porém, o estudo de campo realizado aqui mostrou muitas contradições

socioespaciais, confirmando que em certos lugares da cidade a realidade é bem diferente do que se prega.

Gomes e Queiroz (2011) objetivaram analisar a distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde na cidade de Birigui (SP). Segundo eles, o uso da cartografia serviu para identificar as carências e fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas capazes de distribuir de forma mais igualitária esses serviços, sendo uma valiosa ferramenta para a gestão da saúde em áreas urbanas.

Segundo Gomes e Queiroz (2011), o crescimento urbano, em muitas cidades, não foi acompanhado pela instalação de infra-estrutura adequada dos serviços de saúde, favorecendo a existência de desigualdades manifestadas pela localização destes equipamentos. Esta condição reflete a precariedade da prestação de muitos serviços públicos no país com uma grande parcela da população "desassistida" e com ausência destes atendimentos.

Os resultados apresentados por Gomes e Queiroz (2011) demonstraram uma concentração dos estabelecimentos públicos de saúde na área central da cidade de Birigui e bairros do entorno, o que conseqüentemente facilita o acesso da população. Em contrapartida, na periferia urbana desta cidade houve uma rarefação destes equipamentos comprometendo a acessibilidade da população e demandando aumento nos deslocamentos espaciais e temporais.

Os estudos apresentados acima vêm ao encontro deste, pois também constataram a existência das iniquidades intraurbanas e buscaram mostrar espacialmente como elas se distribuem analisando os equipamentos públicos. De maneira semelhante o mapeamento produzido aqui serviu para analisar a proximidade e a concentração de equipamentos no espaço urbano de Vitória. É preciso lembrar que os mapas apresentados nesse capítulo foram produzidos em parceria com o geógrafo Raul Borges Guimarães, com dados previamente georreferenciados pela Prefeitura de Vitória e disponíveis no programa GeoWeb Vitória.

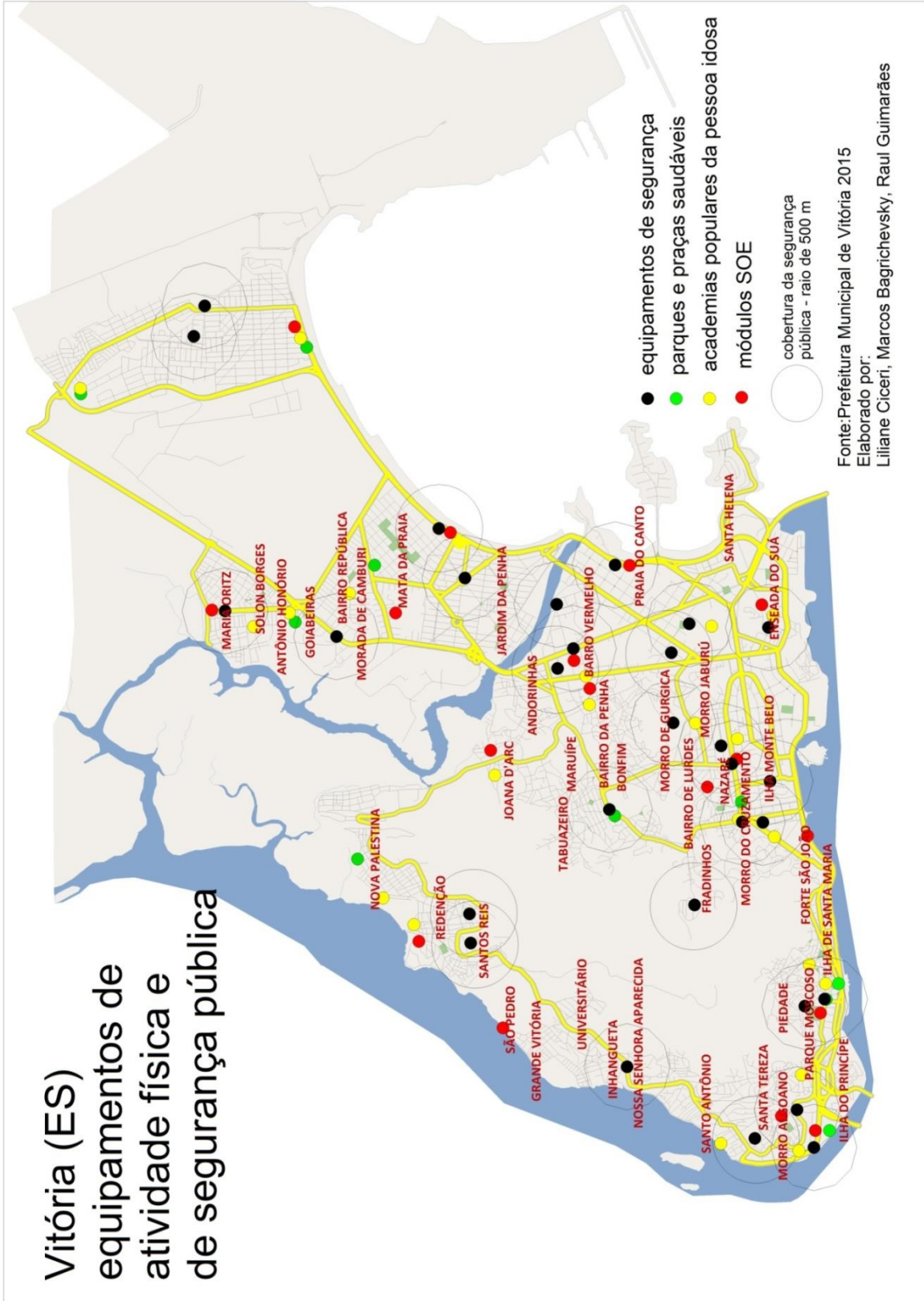
Através das informações e materiais obtidos tanto no programa GeoWeb, quanto no estudo do campo, foram desenvolvidos tais mapas para análise e discussão. Para a construção deles foram eleitas duas variáveis que direcionaram o olhar da pesquisa para uma iniquidade presente nessa cidade. São quatro mapas. O mapa 1 mostra os equipamentos públicos para

práticas corporais em toda a cidade de Vitória. O mapa 2 mostra os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública com destaque para a cobertura da segurança pública. O mapa 3 mostra os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública no bairro Jardim da Penha, com cobertura da segurança pública. O mapa 4 mostra os equipamentos públicos para práticas corporais e os de segurança pública no bairro Gurigica e São Benedito, com a cobertura da SP.

Esses mapas dão uma dimensão do que ocorre nesse município, e mostram algumas diferenças existentes entre os lugares pesquisados. Todavia, é preciso salientar que há informações ocultas, tendo em vista que nem tudo o que foi visto e registrado no campo está georreferenciado pela prefeitura, e por isso, não se encontra representado nos mapas. Isso pressupõe a existência de iniquidades latentes em Vitória, pois os dados apresentados no âmbito gestor, e analisados nesse estudo, não são transparentes e divergem da realidade dos lugares.

Esses mapas serão apresentados na sequência, e logo após, a discussão sobre eles.

Mapa 2: Vitória (ES)- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Vitória, 2015. **Elaborado por:** Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Borges Guimarães.

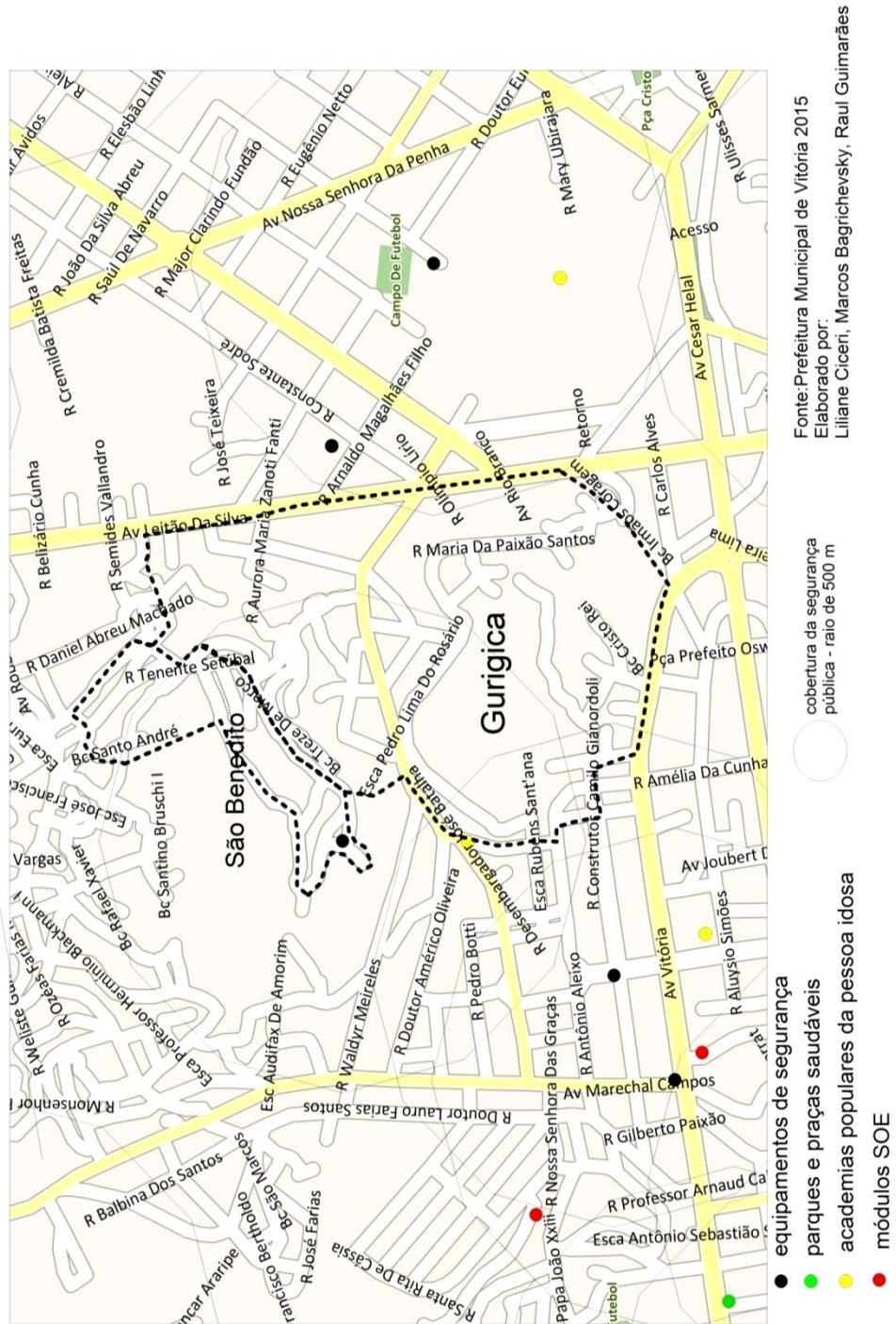


Mapa 3: Jardim da Penha- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Vitória, 2015. **Elaborado por:** Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Borges Guimarães.



Mapa 4: Gurigica e São Benedito- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Vitória, 2015. **Elaborado por:** Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Borges

Gurigica e São Benedito (Vitória - ES) - equipamentos de atividade física e de segurança pública



Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória 2015
 Elaborado por:
 Liliane Ciceri, Marcos Bagrichevsky, Raul Guimarães

O mapa 1 (Vitória (ES)- Equipamentos públicos para práticas corporais) mostra a espacialização e quantidade de equipamentos para práticas corporais que atendem a toda a cidade de Vitória. Ele oferece um panorama geral dos equipamentos para práticas corporais eleitos para a análise e que se encontram georreferenciados pela prefeitura. Traz poucas informações para pensar nas iniquidades existentes em Vitória e para a tomada de decisões políticas e ações destinadas a redução desse problema. Verifica-se nele, a grande quantidade de APPIs, módulos do SOE, parques e praças saudáveis espalhados pelo território, confirmando os altos investimentos municipais demandados no incentivo às práticas corporais.

O mapa 2 (Vitória (ES)- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública) mostra a distribuição panorâmica dos equipamentos para práticas corporais e dos equipamentos de SP em toda a cidade de Vitória, e destaca a cobertura dos equipamentos de SP através dos raios de cobertura. Esse mapa, por ser mais elaborado e conter mais informações, dispõe de dados que tornam mais fácil a visualização das iniquidades. A partir dele é possível relacionar as áreas com melhor e pior distribuição dos equipamentos para práticas corporais e de SP em consonância com o estudo do campo realizado.

A distribuição espacial dos equipamentos de SP pode ser vista através da cobertura desses equipamentos em raios de 500 mts. Esses raios são importantes, pois conseguem mostrar um padrão de distribuição espacial dos equipamentos revelando as áreas onde há maior ou menor concentração desses. Sendo assim, o mapa mostrou que os equipamentos de SP se concentram mais nas partes leste e sul da cidade de Vitória. Nas partes norte e oeste é possível ver uma redução no número desses equipamentos, porém, não uma rarefação.

Analisando a cobertura da SP, é possível ver que essa é restrita principalmente nas regiões oeste e norte, que apresentam um menor número de equipamentos e raios. Ao contrário, nas regiões leste e sul há uma grande quantidade de equipamentos e raios e até a sobreposição de alguns desses raios, mostrando que em certas áreas há mais de 1 equipamento de SP e uma pequena distância entre eles. Exemplos dessa sobreposição de raios podem ser vistos aproximadamente nas áreas do Morro Algoano (Mário Cypreste), do Parque Moscoso, da Ilha de Monte Belo, Nazaré e Barro Vermelho.

Analisando ainda o mapa 2, percebe-se que não houve um planejamento na implantação dos equipamentos de SP, não há uma distância entre raios que seja referência, ou seja, há raios e equipamentos de SP muito próximos principalmente nas regiões leste e sul. As hipóteses são de que esta concentração esteja relacionada à violência urbana maior na área de abrangência desses raios, ou ao número total de habitantes que residem na região, pois se este for maior a demanda por esses equipamentos também será sendo assim, presume-se que a gestão pública esteja respeitando essa necessidade nessas áreas. Outro fator antes mencionado, que pode estar influenciando nessa distribuição é o poder aquisitivo e também simbólico dos moradores da região.

Os equipamentos para práticas corporais, apesar de não estarem destacados por raios, também podem ser analisados sob essa ótica, isso por que em algumas áreas, é possível ver um número maior de equipamentos para práticas corporais dentro de um mesmo raio da SP, isso pode ser visto, por exemplo, em algumas áreas nas regiões leste e sul como Jardim da Penha, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Nazaré, Parque Moscoso, Morro Algoano (Mário Cypreste). Isso mostra mais uma vez os altos investimentos nessa região e a sobrevalorização dos bairros situados nesse conjunto, enquanto as regiões norte e oeste continuam subvalorizadas nesse sentido.

Essa distribuição desigual pode estar relacionada a algo que já foi tratado em capítulo anterior, as partes leste e sul possuem uma concentração dos bairros mais bem organizados e com melhores condições de vida da cidade, e concentram a população mais abastada, fatos que explicam os altos investimentos em equipamentos urbanos nessas regiões. Já as partes oeste e norte, além de possuírem os bairros com menores valores de IQU e também aqueles mais precarizados em termos de infraestrutura urbana, possuem também uma grande quantidade de espaços inabitáveis onde estão presentes o aeroporto de Vitória e um parque industrial. Na região central da cidade há uma extensa área de maciço montanhoso que também é habitada e não possui equipamentos.

Numa análise mais específica sobre os lugares da pesquisa, apresento o mapa 3 (Jardim da Penha- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública). Nele, estão representados os equipamentos para práticas corporais (parques e praças saudáveis), APPIs, módulos do SOE, e os equipamentos de SP e

ainda há o destaque para a cobertura da SP em raios de 500 mts. Esse mapa mostra que há três raios de cobertura da SP em Jardim da Penha, e uma intersecção de dois desses raios, sendo que apenas um deles cobre grande parte do território.

Dentro de um desses raios, há a presença de dois equipamentos para práticas corporais. Apesar de serem poucos que estão representados nesse mapa, como visto no estudo do campo, existem muitos outros que se somam à excelente estrutura do bairro e estão ocultos, como uma APPI na Praça Anibal Antero Martins. Se essa estivesse representada nesse mapa, seria mais um elemento a avultar as constatações, ainda que a sua ausência cartográfica não permita esquecer que ela está lá, muito bem estruturada e servindo à população, isso se aplica aos outros equipamentos vistos, as quadras, os campos de futebol, as pistas de caminhada.

Essas evidências sinalizam a ótima cobertura da SP no lugar, algo que vai ao encontro das constatações feitas no estudo do campo. Verifica-se que nesse bairro é possível realizar práticas corporais de modo mais tranquilo, tendo em vista a proteção do Estado à população. É possível observar no mapa que em bairros próximos a Jardim da Penha, principalmente ao sul, também há uma excelente cobertura da SP, representando um fator de segurança que beneficia também a população desse bairro, na medida em que pode usufruir dessa segurança.

O mapa 4 (Gurigica e São Benedito- Equipamentos públicos para práticas corporais e de segurança pública, com cobertura da segurança pública) é uma ampliação dos bairros Gurigica e São Benedito, os quais encontram-se demarcados por um pontilhado preto. Ele mostra que nesses bairros também há uma intersecção dos raios de cobertura da segurança pública, porém essa cobertura é menor se compararmos com o bairro Jardim da Penha. Em Gurigica e São Benedito há o destaque maior para um equipamento de SP no território e seu raio cobre cerca de metade do território, os outros equipamentos encontram-se em bairros vizinhos, e a área de cobertura desses sobre os bairros Gurigica e São Benedito é pequena.

Quanto aos equipamentos para práticas corporais, há apenas uma APPI georreferenciada no bairro vizinho (Consolação) que se encontra inclusa no raio de 500mts do equipamento de segurança de São Benedito. Esse é o equipamento prática corporal público, instalado pela gestão municipal mais próximo da população desses bairros precarizados. É

importante salientar que o fato do equipamento se encontrar no bairro vizinho não significa que não seja utilizado pelos moradores desses bairros.

As análises mostraram que, quanto aos equipamentos georreferenciados, existem diferenças na distribuição entre os territórios. Percebe-se que a área de cobertura dos equipamentos de SP, bem como a presença dos equipamentos para práticas corporais dentro dessas áreas é diferente se comparados as diferentes regiões da cidade e os dois lugares da pesquisa. Em Jardim da Penha a oferta de equipamentos para práticas corporais é maior e a cobertura da segurança pública também. Há nesse território, três raios com a cobertura da SP, quanto às práticas corporais há dois equipamentos georreferenciados que pertencem a um desses raios de abrangência (1 SOE e 1 APPI), e mais aqueles que não se encontram georreferenciados como visto anteriormente. Isso denota uma preocupação da gestão pública em proteger essa população tanto no seu dia a dia, quanto na realização de práticas corporais. Já em Gurigica e São Benedito a deficiência na quantidade de equipamentos para práticas corporais e a menor cobertura da SP favorecem a não adesão da população a essas práticas. Há nesse território, dois raios de cobertura da SP, sendo que um deles cobre uma pequena área. Quanto aos equipamentos práticas corporais a situação é pior, com apenas um equipamento georreferenciado (1 APPI) que não pertence aos bairros analisados, mas isso não significa que não seja usado pelos moradores.

Considerando os mapas desenvolvidos, pode-se afirmar que, por mais que Vitória possua um considerável número de equipamentos para práticas corporais e de SP, algumas regiões da cidade possuem uma reduzida quantidade e também influência desses equipamentos, se comparadas a outras regiões melhor servidas, algo evidenciado também no estudo do campo. Esse fato prejudica a população, pois enquanto a acessibilidade e possibilidades de usar certos equipamentos são maiores para alguns grupos, para outros, isso é um desafio.

Essa situação revela o quadro de iniquidades existentes no município, que também estão latentes, e confirma a tendência da gestão municipal em ofertar equipamentos públicos às populações de lugares nobres, como em Jardim da Penha, mas como já dito, isso não quer dizer que apenas a instalação desses equipamentos nos lugares precarizados irá sanar o problema das iniquidades, sobretudo quando faltam muitos outros equipamentos, mas é uma

estratégia que vai ao encontro do princípio da equidade do SUS, cuja importância se revela sobre a formulação e a implantação das políticas de saúde no município.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou problematizar questões relacionadas ao contexto socio sanitário, na cidade de Vitória/ES. O estudo permitiu analisar aspectos da distribuição espacial das iniquidades socio sanitárias citadinas articulada aos equipamentos públicos para práticas corporais, aos equipamentos de segurança pública e suas respectivas distribuições nesse município. Os objetivos pretendidos estiveram alicerçados à luz das premissas conceituais que justificam e fundamentam o SUS e todas as políticas públicas de saúde como produtoras de equidade, *a priori*.

Nessa perspectiva, a coleta de dados empíricos permitiu a triangulação das seguintes fontes: referencial teórico, dados (secundários) georreferenciados pela prefeitura e informações primárias obtidas a partir das incursões em campo. Feitas as análises, foi possível perceber a existência de um padrão socioespacial iniquo quanto à distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais, bem como dos equipamentos de segurança pública na cidade de Vitória/ES. A partir dessas variáveis foram produzidas representações cartográficas que deram concretude a tais questões.

A partir das análises dos dados coletados, percebi ainda que o modo de vida, em certos lugares de Vitória, é marcado por privações e iniquidades que tem persistido ao longo do tempo; e as diferenças territoriais condicionam a oferta pública de serviços priorizando certos segmentos da população abastada, e desprivilegiando as mais necessitadas, apesar da afronta aos princípios da equidade propalados na base conceitual da política de saúde, desde a existência do SUS.

Ora, as práticas corporais e seus equipamentos afins posicionados como estratégias claramente ligada às políticas governamentais de promoção da saúde, e repetidamente anunciadas pelo discurso oficial em todas as esferas de gestão pública, indicaram portanto, estarem de algum modo ‘afinados’ com o *status quo* das iniquidades existentes nessa cidade, pois a distribuição espacial mais privilegiada dos equipamentos para essas práticas pareceu proporcionalmente mais relacionada à menor segregação espacial socio sanitária e à sobrevalorização de certos lugares.

A presença de equipamentos para práticas corporais em Jardim da Penha, e a quase ausência destes em Gurigica e São Benedito, por exemplo, foi algo que passei a ver com um olhar bem emblemático, a partir do estudo de campo. A diferença, não apenas em relação à quantidade, mas à qualidade da distribuição dos equipamentos despertou minha atenção, me fazendo pensar também nos motivos que podem eventualmente influenciar os sujeitos a não se interessarem pelas práticas corporais, em função do contexto local disprivilegiado.

Nesse sentido, a representação cartográfica permitiu tal visualização ilustrativa, e fornecendo elementos concreto para refletir sobre o papel da gestão pública, no tocante às áreas da cidade que demandam maiores investimentos para os diversos equipamentos afins, destinados às práticas corporais e à segurança pública.

A maior ocorrência desses equipamentos (maior densidade) em certas regiões e lugares, e a escassez em outros, demonstrou o quão desequilibrada é a estrutura urbana de Vitória no que tange à sua distribuição. O mais curioso é que tal perfil vem se sustentando de modo similar há décadas, se olharmos desde o início, o processo de implantação progressiva desses equipamentos em Vitória. Foi possível verificar na incursão em campo, que o investimento na manutenção dos equipamentos, por exemplo, no bairro Jardim da Penha, (talvez, como uma estratégia para valorização turística do lugar), não significou a melhora da acessibilidade para os sujeitos e grupos de bairros mais pobres da própria cidade, na medida em que eles convivem com dificuldades existenciais diversas, incluindo o deslocamento até esses locais para usufruto dos equipamentos melhor conservados.

Outro fator intrigante é a incongruência existente entre a institucionalização das práticas corporais, o discurso político para que as pessoas se envolvam com tais práticas, e a escassez da oferta pública dos equipamentos nos lugares sociais menos favorecidos economicamente (e portanto, mais necessitados deles). Será que só a parcela mais abastada da população tem tais demandas de acesso? Mas longe de qualquer ironia uma coisa é certa: o discurso oficial que circula intensamente é dirigido a todos (pobres e ricos), mas nem todos têm as mesmas oportunidades nesse sentido. A possibilidade de vivenciar as práticas corporais ganha força quando há opções que atendam aos variados interesses e necessidades das pessoas, de forma que elas possam exercer mais livremente seu direito de escolher de que maneira preferem vivenciar essa esfera de suas vidas.

Outro aspecto analisado, juntamente com os equipamentos para práticas corporais, que também apresentou diferenças entre os lugares pesquisados, diz respeito aos equipamentos de segurança pública. Foram constatadas diferenças na distribuição de tais equipamentos nos diferentes lugares da pesquisa. Apesar da presença de bases de polícia nos dois territórios eleitos para a observação empírica, verifiquei que o modo como agem se distingue, em função de cada contexto: as ações policiais são norteadas para certos objetivos que não deixam de ser importantes, mas divergentes em função de cada realidade social. Em Gurigica e São Benedito, elas são insuficientes para “produzir segurança pública”. Nesse sentido, é sensato pensar que tal característica também influencia na saúde das pessoas, na medida em que se sentir seguro no local onde se vive é um aspecto condicionante do modo se produzir saúde.

A vivência no campo da pesquisa, tanto em Jardim da Penha, quanto em Gurigica e São Benedito, me permitiu identificar e analisar outros condicionantes sociais da saúde que estão presentes na vida dos sujeitos pertencentes a esses lugares. O cenário de estudo em Jardim da Penha revelou a existência de um espaço social importante para promover a saúde da população residente. Agora, não me refiro apenas a presença dos espaços físicos destinados às práticas corporais ou a presença de equipamento de SP, mas ao conjunto de equipamentos que conformam um ambiente harmonioso, limpo e seguro possibilitando a integração dos moradores daquele bairro. Por outro lado, o cenário em Gurigica e São Benedito revelou as assimetrias não apenas quanto à disponibilidade e distribuição dos equipamentos públicos para práticas corporais, mas quanto aos demais equipamentos urbanos. Sendo assim, diante de uma realidade de privações e escassez, e de um espaço social salutar, limpo e seguro pude perceber que há iniquidades presentes na cidade de Vitória sim, tendo em vista que os dois lugares analisados fazem parte de um mesmo município com situação socioeconômica favorável no cenário nacional.

Outra constatação foi que a segregação residencial, segundo estratos sociais, a distribuição desigual dos equipamentos urbanos, dos serviços, da renda e do bem estar social, foram fatores relevantes entendidos como reprodutores das iniquidades socio sanitárias nessa cidade. De um lado, os sujeitos pertencentes aos estratos sociais altos buscam a exclusividade residencial, de modo que concentram para si diversos serviços que a cidade e a gestão pública oferecem (inclusive os de saúde) evitando compartilhar a vida cotidiana com os estratos

sociais de menor poder aquisitivo. De outro, esses estratos sociais precarizados se encontram isolados e com suas possibilidades restritas.

Segundo Boni (2009), o poder governamental necessita ter plena clareza dos processos envolvidos na conformação das áreas urbanas, bem como das práticas sociais, além de obter um detalhamento das características sociais e dos sujeitos que compõem os grupos, pois as demandas variam de acordo com a situação socioespacial de cada lugar e seus respectivos grupos.

A má situação habitacional e sanitária de Gurigica e São Benedito é outro fator que me fez crer que existe alta demanda por investimento em política habitacional e urbana nesse lugar, algo que proporcionaria à população condições sanitárias e de habitabilidade mais adequadas às suas necessidades, melhorando as condições de vida dessa população. Nesse sentido, a promoção da saúde não é um modelo segmentado, ou seja, envolve todos os condicionantes da saúde de forma global e intersetorial para um bem comum, pois não faz sentido incentivar a prática de atividades físicas de lazer em ambientes insalubres. Para tanto, faz-se imprescindível a implantação de programas de intervenção pública que busquem a integração espacial e social do território urbano de Vitória

A pretensão nesta dissertação não foi ‘oferecer soluções’ para o dilema das iniquidades existentes, pois esse problema está relacionado a complexo contexto capitalista mundial, mas essa pesquisa pode ser um caminho possível para que os gestores locais respeitem o direito à saúde presente na Constituição levando em conta o contexto de vida precário da população de certos lugares da cidade. Isso é valorizar a equidade como norteadora das políticas públicas!

É certo que essa pesquisa apresenta limitações como, por exemplo, a ausência de um estudo empírico baseado em entrevistas, algo que a enriqueceria ainda mais. Todavia, essa não foi a proposta para o momento. Para um próximo estudo sobre a temática seria interessante visitar os lugares e investigar o que a população de cada um deles pensa a respeito das suas condições de vida, analisar como é o nível de envolvimento dos sujeitos com as práticas corporais em distintos lugares, e se esse nível é influenciado por essas iniquidades socio sanitárias encontradas.

8. REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H; COLI, L. R. Disputas territoriais e disputas cartográficas. In: Henri Acelrad. (Org.). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.168p.
- AKERMAN, M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos: “o chão contra o cifrão”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 115-123, 2000.
- ALBUQUERQUE, M.V. **Território usado e saúde. Respostas do Sistema único de saúde à situação geográfica de metropolização em campinas- SP**. 2006, 153p. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Programa de pós-graduação em Geografia Humana. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R.P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 11-36.
- ALMEIDA-FILHO, N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. **Organização Pan-Americana da Saúde/ Coordenação de Pesquisas, Divisão da saúde e desenvolvimento humano**, 1999. 145 p.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p.
- ANDRÉ, S.A. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**, Mérida, v. 50, n. 1, p. 159-172, 2009.
- BADZIAK, R.P.F; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
- BAGRICHEVSKY, M; SANTOS-JÚNIOR, V. J; ESTEVÃO, A; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 497-510, 2013.
- BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.51, p.138-145, 2001.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F; CORBO, A. M.D'.A (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.25-50.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONI, M.P. **Desigualdade socioespacial e distribuição dos recursos públicos na cidade de Vitória (ES)**. 2009.128.f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) - Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2009.

BORDE, E.M.S. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cartilha informativa Academia da Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf. Acesso em: 03 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**, Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.2005-2008, 2006.

BUSS, P.M; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.23-33, 2006.

CAPONI, S. ‘Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud’. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.287-307, 1997.

CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. (Orgs.) **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 115-136.

CARVALHO, Y.M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Curitiba, v.22, n.2, p.9-21, 2001.

CARVALHO, Y.M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, A.B; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CASAGRANDE, B. **Novo Arrebalde: conservação e ocupação urbana na concepção do projeto de expansão da cidade de Vitória**. 2011.187f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CASTILHO, D. Os sentidos da modernização. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiânia, v.30, n.2, p.125-140, 2010.

CAVALLI, A. Classe. In: BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO G. (Orgs.). **Dicionário de política**, v.1. 4.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1992. p.169-175.

CHIESA, A.M; WESTPHAL, M.F; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.55-69, 2008.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1614-1619, 2009.

CORDEIRO, H.A. Saúde: concepções e políticas públicas. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO-FILHO, A; MOREIRA, M.C.G.B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.138 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>

COSTA, A. L.M. C. Brasil: sexta economia do mundo. **Carta Capital** [online], São Paulo, 09 de Nov. 2011. Economia. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/economia/brasil-sexta-economia-do-mundo/> Acesso em: 3 de maio de 2014.

COSTA, A.M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.429-442, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

D'ERCOLE, R. Brasil tem 7ª maior economia, mas alta do PIB perde para emergentes. **O Globo** [online], Rio de Janeiro, 28 de fevereiro. 2014. Economia. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/economia/brasil-tem-7-maior-economia-mas-alta-do-pib-perde-para-emergentes-11743675> Acesso em: 3 de maio de 2014.

DACHS, J.N.W; BAMBAS, A; CASAS, J.A. Determinantes sociais e econômicos de desigualdades em saúde na América Latina e no Brasil In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA J.

R. (Orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 708 p.

DALLARI, S.G.A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.3, p.9-34, 2009.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2013.

FARIA, R.M; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RAÍE GA**, Curitiba, n.17, p.31-41, 2009. [online]. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf

FERRAZ, O.L.M; VIEIRA, F.S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.223-251, 2009.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.156-164, 2009.

FLEURY, S; OUVENEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.23-64.

GOELLNER, S.V; FIGUEIRA, M. L.M; DERÓS, C de C; OLIVEIRA, C.C. Lazer e gênero: considerações iniciais a partir da experiência do Programa Esporte e Lazer na Cidade. In: FRAGA, A.B; ZARPELLON, J; STIGGER, M.P; GOELLNER, S.V. (Orgs.). **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

GOMES, M. F; QUEIRÓZ, D.R.E. O emprego de sistema de informação geográfica e da cartografia temática no estudo da distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde na cidade de Birigui (SP). **Revista Geografia**, Londrina, v.20, n.3, p.155-170, 2011.

GRANDA, E; BREILH, J. **Saúde na sociedade**. 2.ed. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

GUIMARÃES, R.B; RIBEIRO, E.A.W. Plano Nacional de Saúde e o lugar social em disputa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.609-619, 2009.

GUIMARÃES, R.B; RIBEIRO, H. O tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p.577-586, 2010.

HARVEY, D. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

JESUS, G.M; JESUS, E.F.A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 34, n.2, p. 433-448, 2012.

JOLIVEAU, T. O lugar do mapa nas abordagens participativas. In: ACSELRAD, H. (Org.). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1993. p.133-58.

LAURELL, A.C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. In: WASHINGTON, D.C. (Org.). Organización Panamericana de La salud. **Lo biológico y lo social: su articulación em la formación del personal de salud**, 1994. p.1-12.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

LUIZ, O.C; KAYANO, J. Saúde e direitos: princípios para ação. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Desigualdades e iniquidades em saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v.12, n.2, p.115-121, 2010.

MARQUES, O.R.A.; MELO, M.B.; SANTOS, A.P.S. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v.12, n.1, p.41-66, 2011.

MARTINUCI, O.S. **Circuitos e modelos da desigualdade social intra-urbana**. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente- SP, 2008.

MARZARI, C.K; BACKES, D.S; BACKES, M.S; MARCHIORI, M.T; SOUZA, M.T; CARPES, A.D. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.77-84, 2013.

MENDONÇA, A.M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2012. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

MENEZES, M. Do espaço ao lugar. Do lugar às remodelações sócio-espaciais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.6, n.13, p. 155-175, 2000.

MINAYO, G.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, p.7-18, 2000.

MOREIRA, J.C; JACOB, S.C; PERES, F; LIMA, J.S; MEYER, A; SILVA, J.J.O; SARCINELLI, P.N; BATISTA, D.F; EGLER, M; FARIA, M.V.C; ARAÚJO, A.J; KUBOTA, A.H; SOARES, M.O; ALVES, S.R; MOURA, C.M; CURI, R. Avaliação integrada do impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 299-311, 2002.

NUNES, A; SANTOS, J.R. S; BARATA, R.B; VIANNA, S.M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. 224p.

ONU- Organização das Nações Unidas- **Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos** (ONU-Habitat). Rio de Janeiro, Agosto de 2012.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.625-644, 2008.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 547-573.

PAIVA, C.H.A, TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.14, n.1, p.97-106, 2000.

PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001.

PALMA, A. Exercício físico e saúde; sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e moralidade. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 1, p. 185-191, 2009.

PETROSKI, E.L; SILVA, D. A. S; REIS, R. S; PELEGRINI, A. Estágios de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. **Motricidade**, Vila Real, v.5, n.2, p.17-31, 2009.

PITANGA, F.G; BECK, C.C; PITANGA, C.P.S; FREITAS, M. M; ALMEIDA, L.A.B. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, Vila Real, v.10, n.1, p.3-13, 2014.

PNUD, IPEA, FJP. **Atlas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014. 120 p.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria de Gestão Estratégica- Gerência de Informações Municipais. **Histórico dos bairros**. Vitória, 2015a. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/historia_bairros.asp. Acesso em: 22 de maio de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria de Gestão Estratégica- Gerência de Informações Municipais. **Aglomerados subnormais**. Vitória, 2012. Disponível em: legado.vitoria.es.gov.br/.../Mapas/Aglomerados_Subnormais_2010.pdf. Acesso em: 29 de maio de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica- SEGES- **Vitória bairro a bairro**, 2013. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria_bairro_bairro/Vit%C3%B3ria_bairro_%20a_bairro.pdf. Acesso em 29 de maio de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientação ao Exercício**. Vitória, 2015b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/orientacao-ao-exercicios>. Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Subsecretaria de Tecnologia da Informação. **GeoWeb Vitória**. Vitória, 2015c. Disponível em: <http://geoweb.vitoria.es.gov.br/>. Acesso em: 28 de novembro de 2014.

PREFEITURA DE VITÓRIA- Secretaria de Gestão Estratégica. **Perfil socioeconômico**. Vitória, 2015 d. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/perfil.asp>. Acesso em: 25 de setembro de 2015.

PROIETTI, F.A; OLIVEIRA, C. DI L; FERREIRA, F. R; FERREIRA, A. D; CAIAFFA, W. T. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 469-482, 2008.

SALVADOR, E.P; FLORINDO, A.A; REIS, R.S. GUIMARÃES, V.V. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.2, p.302-10, 2011.

SAMPAIO, P.B. **Análise Espacial dos casos novos de hanseníase e a detecção de áreas de maior risco de adoecimento no Município de Vitória, ES no período de 2005 a 2009**. 2012. 82.f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, S.L; AUGUSTO, L.G.S. Modelo multidimensional para o controle da dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.177-196, 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SHEPPARD, E. Produção de conhecimento através do sistema de informação geográfica (SIG) crítico: genealogia e perspectivas. In: ACSELRAD, H (Org). **Cartografias sociais e território**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.168 p.

SILVA, G.P; VERSIANI, I. V.L. Brasil: Espaço público de lazer no ambiente urbano: ampliação das possibilidades de convivência, socialização e mudança de cenários violentos. **Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano**, Bogotá, n. 74, p.1-20, 2011.

SILVA, J.B; BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v.12, n.6, p.375-383, 2002.

SILVA, J.V. **Necessidades de saúde: subsídios à crítica do pensar/fazer saúde**. 2012. 217 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, L.M.V. Saúde e espaço social. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.180-200.

SMOLENTZOV, V.M.N. Topografia da desigualdade social e da saúde. **Revista Economia e Pesquisa**, Araçatuba, v.8, n.8, p. 54-71, 2006.

STOTZ, E.N. Ações de Solidariedade na Saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. In: GOLDENBERG, P; MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, M.H.A. (Orgs). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 444 p.

STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: **Brasil - Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [on line]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

TAMBELLINI, A. T; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p. 371-379, 2009.

TEIXEIRA, P.F; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.37-59.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; FERNANDES, C; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, 2000.

VIEIRA, A.B. **Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da Geografia Econômica com a Geografia Política**. 2009. 194 f. Tese (Doutorado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente- SP, 2009.

VIEIRA, A. C. B. C; MIRANDA, A. E; VARGAS, P. R. M; MACIEL, E. L. N. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. **Revista de Saúde Pública** [online], v.45, n.4, p. 644-651, 2011.

WARSCHAUER, M. **Lazer e Saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, Thousand Oaks, v.22, n.3, p. 429-445, 1992.

WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. **World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health**, 2006.

WHO (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). **Documentos Básicos**. 47.ed. Ginebra: OMS, 2009.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Washington, 1978. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf. Acesso em: 13 de abril de 2014.

WILKINSON, R; PICKETT, K. **“O Espírito da Igualdade: porque razão sociedades mais igualitárias funcionam quase sempre melhor”**. Lisboa: Editorial Presença, 2010, 350 p.

ZANOTELLI, C.L; FERREIRA, F.C. O espaço urbano e a renda da terra. **GeoTextos**, Salvador, v.10, n.1, p.35-58, 2014.

ZANOTELLI, C.L; FERREIRA, F.C; ANTÔNIO, L.M; BERGAMASCHI, R.B. A renda da terra na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES – Brasil. **Confins** [Online], n.21, 2014. Disponível em: <http://confins.revues.org/9738#quotation>. Acesso em: 19 de fevereiro 2015.

APÊNDICE A- Quadro dos equipamentos públicos de atividade física de lazer selecionados para a construção dos mapas

EQUIPAMENTOS DE ATIVIDADE FÍSICA PÚBLICOS (SELECIONADOS)							
NOME UNIDADE, C, 100	NOME LOCAL, C,100	ENDEREÇO, C, 108	NATUREZA, C, 15	TIPO, C, 100	ÁREA DE ATUAÇÃO, C, 60	BAIRRO, C, 80	MÓDULO DO SOE INTEGRADO
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - BAÍA NOROESTE	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - BAÍA NOROESTE	RUA DA CORAGEM, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	REDENÇÃO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CENTRO (PRAÇA UBALDO RAMALHETE)	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CENTRO (PRAÇA UBALDO RAMALHETE)	PC UBALDO RAMALHETE MAIA, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	CENTRO	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CONSOLAÇÃO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - CONSOLAÇÃO	RUA DESEMBARGADOR JOSÉ BATALHA, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	CONSOLAÇÃO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - DO QUADRO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - DO QUADRO	PC DOUTOR ATHAYDE, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	DO QUADRO	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - GOIABEIRAS	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - GOIABEIRAS	PC DARCY JOSÉ DE SÁ FILHO, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	GOIABEIRAS	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - HORTO DE MARUÍPE	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - HORTO DE MARUÍPE	AV MARUÍPE, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	DA PENHA	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ILHA DE MONTE BELO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ILHA DE MONTE BELO	RUA AUGUSTA MENDES, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	MONTE BELO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM	AV DANTE MICHELINI, S/N	MUNICIPAL	APPI	ESPORTE E LAZER	JARDIM	

CAMBURI - EM FRENTE POSTO ATLÂNTICO	CAMBURI - EM FRENTE POSTO ATLÂNTICO		AL		LAZER	CAMBURI	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM CAMBURI (PRAÇA MARIO ELIAS DA SILVA)	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JARDIM CAMBURI (PRAÇA MARIO ELIAS DA SILVA)	PC MÁRIO ELIAS DA SILVA, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JARDIM CAMBURI	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JUCUTUQUARA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - JUCUTUQUARA	PC ASDRUBAL SOARES, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JUCUTUQU ARA	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - MARIA ORTIZ - ORLA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - MARIA ORTIZ - ORLA	RUA CIRO VIEIRA DA CUNHA, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	MARIA ORTIZ	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - NOVA PALESTINA - ORLA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - NOVA PALESTINA - ORLA	RUA PEDRO BANDEIRA, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	NOVA PALESTINA	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE BARREIROS	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE BARREIROS	ROD SERAFIM DERENZI, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JOANA D'ARC	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE MOSCOSO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PARQUE MOSCOSO	AV CLETO NUNES, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	PARQUE MOSCOSO	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAÇA DOS DESEJOS	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAÇA DOS DESEJOS	AV AMÉRICO BUAIZ, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	ENSEADA DO SUÁ	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DE CAMBURI - EM FRENTE SORVETERIA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DE CAMBURI - EM FRENTE SORVETERIA	AV DANTE MICHELINI, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	JARDIM DA PENHA	Possui módulo do SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DO SUÁ	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - PRAIA DO SUÁ	PC JOSÉ FRANCISCO ARRUELA MAIO, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	PRAIA DO SUÁ	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - REPÚBLICA	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - REPÚBLICA	PC THEREZINHA GRECCHI, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	REPÚBLICA	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ROMÃO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - ROMÃO	RUA ORMANDO DE AGUIAR, S/N	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	ROMÃO	
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - SANTO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - SANTO	PC ESTELA COIMBRA, S/N	MUNICIP	APPI	ESPORTE E	SANTO	Possui módulo do

ANTÔNIO	ANTÔNIO		AL		LAZER	ANTÔNIO	SOE
ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - TANCREDO	ACADEMIA POPULAR DA PESSOA IDOSA - TANCREDO	RUA ROSILDA FALCÃO DOS ANJOS, s/n	MUNICIP AL	APPI	ESPORTE E LAZER	MÁRIO CYPRESTE	Possui módulo do SOE
MÓDULO SOE - BAIA NOROESTE	MÓDULO SOE - BAIA NOROESTE	RUA DA CORAGEM,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	SANTO ANDRÉ	
MÓDULO SOE - BAIRRO DE LOURDES	MÓDULO SOE - BAIRRO DE LOURDES	PC ALTEMAR DUTRA,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	DE LOURDES	Não possui pista para caminhada
MÓDULO SOE - BARREIROS	MÓDULO SOE - BARREIROS	ROD SERAFIM DERENZI, S/N	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	SANTA MARTHA	
MÓDULO SOE - BEIRA MAR	MÓDULO SOE - BEIRA MAR	AV MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	FORTE SÃO JOÃO	
MÓDULO SOE - GOIABEIRAS	MÓDULO SOE - GOIABEIRAS	AV PROFESSOR FERNANDO DUARTE RABELO,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MARIA ORTIZ	Não possui pista para caminhada
MÓDULO SOE - HORTO DE MARUÍPE	MÓDULO SOE - HORTO DE MARUÍPE	AV MARUÍPE, S/N	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	DA PENHA	
MÓDULO SOE - ILHA DE MONTE BELO	MÓDULO SOE - ILHA DE MONTE BELO	RUA AUGUSTA MENDES, s/n	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MONTE BELO	Não possui pista para caminhada
MÓDULO SOE - JARDIM CAMBURI	MÓDULO SOE - JARDIM CAMBURI	AV DANTE MICHELINI,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	JARDIM CAMBURI	
MÓDULO SOE - PARQUE CHÁCARA PARAÍSO	MÓDULO SOE - PARQUE CHÁCARA PARAÍSO	RUA CHAPOT PRESVOT, s/n	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	BARRO VERMELHO	
MÓDULO SOE - PARQUE MOSCOSO	MÓDULO SOE - PARQUE MOSCOSO	AV CLETO NUNES,	MUNICIP	SOE	SAÚDE	CENTRO	

				AL				
MÓDULO SOE - PEDRA DA CEBOLA	MÓDULO SOE - PEDRA DA CEBOLA	RUA JOÃO BAPTISTA CELESTINO,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MATA DA PRAIA		
MÓDULO SOE - PRAÇA DOS DESEJOS	MÓDULO SOE - PRAÇA DOS DESEJOS	AV AMÉRICO BUAIZ,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	ENSEADA DO SUÁ		
MÓDULO SOE - PRAIA DE CAMBURI	MÓDULO SOE - PRAIA DE CAMBURI	AV DANTE MICHELINI,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	JARDIM DA PENHA		
MÓDULO SOE - PRAINHA DE STO ANTÔNIO	MÓDULO SOE - PRAINHA DE STO ANTÔNIO	AV DÁRIO LOURENÃO DE SOUZA,	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MÁRIO CYPRESTE		
MÓDULO SOE - SÃO PEDRO I	MÓDULO SOE - SÃO PEDRO I	PC DOM JOÃO BATISTA, S/N	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	SÃO PEDRO		
MÓDULO SOE - TANCREDÃO	MÓDULO SOE - TANCREDÃO	RUA ROSILDA FALCÃO DOS ANJOS, s/n	MUNICIP AL	SOE	SAÚDE	MÁRIO CYPRESTE		
PARQUE BARREIROS	PARQUE BARREIROS	ROD SERAFIM DERENZI, 10505	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	SANTA MARTHA	Possui módulo do SOE	
PARQUE FAZENDINHA	PARQUE FAZENDINHA	AV SANTOS EVANGELISTA, 15	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	JARDIM CAMBURI		
PARQUE HORTO DE MARUÍPE	PARQUE HORTO DE MARUÍPE	AV MARUÍPE, 1750	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	DA PENHA	Possui módulo do SOE	
PARQUE MANGUE SECO	PARQUE MANGUE SECO	RUA DA INTEGRAÇÃO, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD	MEIO AMBIENTE	SANTA MARTHA		

O							
PARQUE MOSCOSO	PARQUE MOSCOSO	AV CLETO NUNES, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	PARQUE MOSCOSO	Possui módulo do SOE
PARQUE PADRE ALFONSO PASTORE	PARQUE PADRE ALFONSO PASTORE	RUA JOÃO HONORATO RODRIGUES, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	MATA DA PRAIA	
PARQUE PEDRA DA CEBOLA	PARQUE PEDRA DA CEBOLA	RUA JOÃO BAPTISTA CELESTINO, s/n	MUNICIP AL	PARQUE IMPLANTAD O	MEIO AMBIENTE	MATA DA PRAIA	Possui módulo do SOE
PRAÇA SAUDÁVEL EM GOIABEIRAS	PRAÇA SAUDÁVEL EM GOIABEIRAS	RUA DESEMBARGADOR CASSIANO CASTELO, S/N	MUNICIP AL	PRAÇA SAUDÁVEL	ESPORTE E LAZER	GOIABEIRAS	
PRAÇA SAUDÁVEL NA ILHA DE SANTA MARIA	PRAÇA SAUDÁVEL NA ILHA DE SANTA MARIA	RUA GUIDO PRATTI, s/n	MUNICIP AL	PRAÇA SAUDÁVEL	ESPORTE E LAZER	ILHA DE SANTA MARIA	Possui módulo do SOE
PRAÇA SAUDÁVEL NO TANCREDO	CENTRO ESPORTIVO TANCREDO DE ALMEIDA NEVES - TANCREDO	AV DÁRIO LOURENÇO DE SOUZA, s/n	MUNICIP AL	PRAÇA SAUDÁVEL	ESPORTE E LAZER	MÁRIO CYPRESTE	Possui módulo do SOE

APÊNDICE B- Quadro dos equipamentos de segurança pública selecionados para a construção dos mapas

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA PÚBLICA (selecionados)

NOME UNIDADE	NOME LOCAL	ENDEREÇO	NATUREZA	TIPO	ÁREA DE ATUAÇÃO	BAIRRO	DIAS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO	OBSERVAÇÃO
POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DE CAMBURI	POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DE CAMBURI	AV DANTE MICHELINI, s/n	MUNICIPAL	GUARDA MUNICIPAL	SEGURANÇA URBANA	JARDIM CAMBURI	2ª A 6ª DE 6 ÀS 19HS	
1º DISTRITO POLICIAL	DELEGACIA DE CRIMES CONTRA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	ESCADARIA MARIA ORTIZ, 28, ED. VALIA 1º andar	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	CENTRO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
DPM ILHA DE SANTA MARIA	DPM ILHA DE SANTA MARIA	RUA HERMES CURRY CARNEIRO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	ILHA DE SANTA MARIA	24 HORAS	
1º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª CIA DA POLÍCIA MILITAR- 1º BPM	1º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª CIA DA POLÍCIA MILITAR- 1º BPM	AV DÁRIO LOURENÇO DE SOUZA, 1275	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	MÁRIO CYPRESTE	24 HORAS	
DIVISÃO DE REPRESSÃO CONTRA O PATRIMÔNIO	DIVISÃO DE REPRESSÃO CONTRA O PATRIMÔNIO	AV MARECHAL CAMPOS, 492	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	CONSOLAÇÃO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
QUARTEL DO COMANDO GERAL DA POLICIA MILITAR	QUARTEL DO COMANDO GERAL DA POLICIA MILITAR	AV MARUÍPE, 2111	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO CRISTÓVÃO	24 HORAS	

1º BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR	1º BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR	AV MARUÍPE, 2115	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	ITARARÉ	24 HORAS	
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA	SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA	AV NOSSA SENHORA DA PENHA, 2270	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	SANTA LUÍZA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	POSSUI 15 DELEGACIAS ANEXAS
DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - GOIABEIRAS	DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - GOIABEIRAS	AV PROFESSOR FERNANDO DUARTE RABELO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	MARIA ORTIZ	24 HORAS	
DELEGACIA DE COSTUMES E DIVERSÕES - 1º DP DO CENTRO	DELEGACIA DE COSTUMES E DIVERSÕES - 1º DP DO CENTRO	R. BELMIRO TEIXEIRA PIMENTA,S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	Jardim Camburi	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
2º DISTRITO POLICIAL	2º DISTRITO POLICIAL	AV SANTO ANTÔNIO, 1370	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	ARIOVALDO FAVALESSA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - JARDIM DA PENHA	DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 4ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - JARDIM DA PENHA	PC REGINA FRIGERI FURNO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	JARDIM DA PENHA	24 HORAS	
2º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 3ª Cia da Polícia Militar - 1º BPM	2º PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 3ª Cia da Polícia Militar - 1º BPM	PC SÃO JOSÉ OPERÁRIO, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	MARUÍPE	24 HORAS	
BATALHÃO DE MISSÕES ESPECIAIS	BATALHÃO DE MISSÕES ESPECIAIS	ROD SERAFIM DERENZI, 11240	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO CRISTÓVÃO	24 HORAS	
7º DISTRITO POLICIAL	7º DISTRITO POLICIAL	ROD SERAFIM DERENZI, 4206	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	SANTOS REIS	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS	
5ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	5ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	ROD SERAFIM DERENZI, 4570	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO JOSÉ	24 HORAS	

DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª Cia da Polícia Militar - 1º BPM - Santo Antônio	DESTACAMENTO DA POLÍCIA MILITAR - 2ª CIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM - SANTO ANTÔNIO	ROD SERAFIM DERENZI, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	BELA VISTA	NÃO É 24 HORAS TEM MOMENTOS QUE FICA FECHADA SEM AGENTES
POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DO SUÁ	POSTO AVANÇADO DA GUARDA MUNICIPAL - PRAIA DOSUÁ	RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ, S/N	MUNICIPAL	GUARDA MUNICIPAL	SEGURANÇA URBANA	PRAIA DO SUÁ	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
6º DISTRITO POLICIAL	6º DISTRITO POLICIAL	RUA BELMIRO TEIXEIRA PIMENTA, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	JARDIM CAMBURI	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO	BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO	RUA BERNARDINO MONTEIRO, 77	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	PARQUE MOSCOSO	24 HORAS
DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER - VITÓRIA	DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER - VITÓRIA	R. CÂNDIDO PORTINARI ,S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	SANTA LUÍZA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
5º DISTRITO POLICIAL	5º DISTRITO POLICIAL	RUA CELSO CALMON, 173	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	PRAIA DO CANTO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA - VITÓRIA	DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA - VITÓRIA	RUA CONSTRUTOR CAMILO GIANORDOLI, 553	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	HORTO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DELEGACIA DE CRIMES CONTRA A VIDA - VITÓRIA	DELEGACIA DE CRIMES CONTRA A VIDA - VITÓRIA	RUA DOUTOR JOÃO CARLOS DE SOUZA, 89	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	BARRO VERMELHO	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
3ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	3ª COMPANHIA DA POLÍCIA MILITAR - 1º BPM	RUA FORTUNATO RAMOS, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SANTA LÚCIA	24 HORAS
DELEGACIA DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI	DELEGACIA DO ADOLESCENTE em CONFLITO COM a LEI	RUA HERMES CURRY CARNEIRO, 350	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	ILHA DE SANTA MARIA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS

2° PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 1ª Cia da Polícia Militar - 1° BPM	2° PELOTÃO DA POLÍCIA MILITAR - 1ª Cia da Polícia Militar - 1° BPM	RUA JAIR ANDRADE, 65	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	VILA RUBIM	24 HORAS
8° DISTRITO POLICIAL	8° DISTRITO POLICIAL	RUA LEOPOLDO GOMES DE SALLES, S/N	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	GOIABEIRAS	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
3° DISTRITO POLICIAL	3° DISTRITO POLICIAL	RUA LISANDRO NICOLETTI, 95	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	JUCUTUQUA RA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
3ª COMPANHIA DO BATALHÃO DA POLÍCIA DE TRÂNSITO- Posto 9	3ª COMPANHIA DO BATALHÃO DA POLÍCIA DE TRÂNSITO- Posto 9	R. Mª AUXILIADORA GOMES SALOMÃO,63	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	JARDIM CAMBURI	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DELEGACIA DE FURTOS E ROUBOS DE VEÍCULOS	DELEGACIA DE FURTOS E ROUBOS DE VEÍCULOS	RUA MARIA DE LOURDES GARCIA, 50	ESTADUAL	POLÍCIA CIVIL	SEGURANÇA URBANA	ILHA DE SANTA MARIA	2ª A 6ª DE 8 ÀS 18HS
DPM SÃO BENEDITO	DPM SÃO BENEDITO	R. TENENTE SETUBAL,	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	SÃO BENEDITO	24 HORAS
DPM FRADINHOS	DPM FRADINHOS	R. TEOTÊNIO VILLELA, 534	ESTADUAL	POLÍCIA MILITAR	SEGURANÇA URBANA	FRADINHOS	24 HORAS
POSTO DA GUARDA CENTRO	POSTO DA GUARDA CENTRO	RUA THIERS VELLOSO,10	MUNICIPAL	GUARDA MUNICIPAL	SEGURANÇA URBANA	CENTRO	ESTE EM ESPECÍFICO É 24 HORAS