Revista Geoconexões online

A Geografia da Saúde: fundamentos, conceitos e discussões na perspectiva da Covid-19

SILVA, Liliane Pereira da[1]

SILVA, Gilcileide Rodrigues[2]

Recebido (Received): 12/01/2022 Aceito (Accepted): 23/01/2022

Como citar este artigo: SILVA, L.P.; SILVA, G.R.. A Geografia da Saúde: fundamentos, conceitos e discussões na perspectiva da Covid-19. v.1, Edição Especial, p. 200-216, 2022 (Dossiê: Perspectivas Caleidoscópicas da Geografia da Saúde).

RESUMO: Este artigo apresenta a Geografia da Saúde, buscando fundamentar teoricamente sua origem na antiga Grécia, dialogando com a atual conjuntura no contexto da Pandemia da COVID-19 no planeta, compreendendo como o estudo da geografia da saúde foi sistematizada ao longo de sua história, destacando sua importância para a saúde pública diante da crise sanitária que o mundo vem vivenciando. A metodologia utilizada parte do princípio da abordagem sistêmica, possibilitando a análise da totalidade sem dissipar as partes que estão conectadas, interagindo com o todo. Para contribuir com o tema proposto, agregando diferentes experiências, trazemos para essa discussão obras de autores que enriquecem o conhecimento da Geografia da Saúde, tais como: Santos (1997), Capra (1982), Faria e Bortolozzi (2013), Barcellos, (2006), entre outros. Tornando pertinente pautar a conjuntura política, onde os estados e as instituições públicas ou privadas, cada esfera com suas peculiaridades, buscam elaborar normas e políticas que precedem a técnica, no que tange à pandemia. Assim, se faz necessária uma leitura da pandemia no Brasil, e os desdobramentos no enfrentamento da crise política e sanitária que o país vem enfrentando.
.

PALAVRAS-CHAVE: Geografia, Saúde, Pandemia.

Geography of Health: The Geography of Health: Fundamentals, Concepts and Discussions from the Covid-19 Perspective

ABSTRACT: This paper aims to discuss the mains aspects of Geography of Health. Its origin remounts to ancient Greece and dialogues with the current context of the COVID-19 Pandemic. This article presents a historic of the geography of health and its systematization throughout history, highlighting its importance for public health nowadays. The study is based on a systemic approach, which allows analysis of the totality without dissipating the parts that are essentially integrated. The discussion is based on important classic and contemporary studies such as: Santos (1997), Capra (1982), Faria and Bortolozzi (2013), Barcellos, (2006). Thus, adding several experiences to the comprehension of the Geography of Health. In this current scenario it is relevant to consider and discuss the political situation, where states and public or private institutions, each with their own peculiarities, seek to develop norms and policies with regard to the pandemic. Therefore, it is necessary to study the pandemic in Brazil is, and its consequences in the contexts of the political and health crisis that the country has been facing.

KEYWORDS: Geography, Health, Pandemic.

[1] Graduação em Geografia pela Universidade Federal de Alagoas e Pós-graduanda em Geografia. E-mail: liliane.silva@igdema.ufal.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4580-8500

[2] Graduação em Geografia e Doutora em Geografia pela Universidade de São Paulo. E-mail: gilcileide.silva@igdema.ufal.br ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4626-8689

Introdução

Para entender a sistematização da Geografia da Saúde é necessário fazer umresgatehistóricodecomoaconteceramasprimeirasobservaçõesdocomportamentohumano e o meio, e como o homem transforma e se adequa a cada lugar, considerando o clima, relevo e a forma de subsistência. O conhecimento adquirido ao longo da história da Grécia Antiga até a atualidade demonstra como estamos evoluindo, e como isso foi decisivo para o aumento populacional no mundo. A produção científica em várias áreas do conhecimento foi decisiva na produção de iniciativas e projetos relacionados à saúde e ao mundo do trabalho, assim como a apropriação do espaço urbano, e o que isso trouxe de retorno para a cidade, que fomenta a formação econômica social capitalista e, consequentemente, todas as mazelas que a acompanham até os dias atuais, como o desmatamento, que ocasiona o aquecimento global, e as pandemias, que matam milhões de pessoas.

A Geografia da Saúde trata de questões relacionadas não somente à disseminação e à origem de doenças, mas também às questões relacionadas à acessibilidade ao tratamento, dando, consequentemente, ênfase à distribuição espacial e à eficácia dos serviços de saúde. Em razão disso, faz-se necessária a análise dos fundamentos e a sistematização dessa área da Geografia que envolve território, regionalização e todo poder surgido das relações políticas, haja vista que esse poder influencia a dinâmica complexa entre Geografia e Saúde.

Ao analisar a conjuntura política, registra-se a importância de políticas públicas voltadas para população brasileira, sobretudo aquela pertencente à classe trabalhadora que movimenta a máquina financeira de toda sociedade global, num regime perverso que exclui e mata milhares de pessoas pelo uso irresponsável dos recursos naturais. Assim sendo, a Geografia da Saúde é resultado de muitos trabalhos sobre a variedade de condições da vida humana em relação ao ambiente e ao acesso aos meios técnico e científicos.

Origem e fundamentos: saúde e ambiente

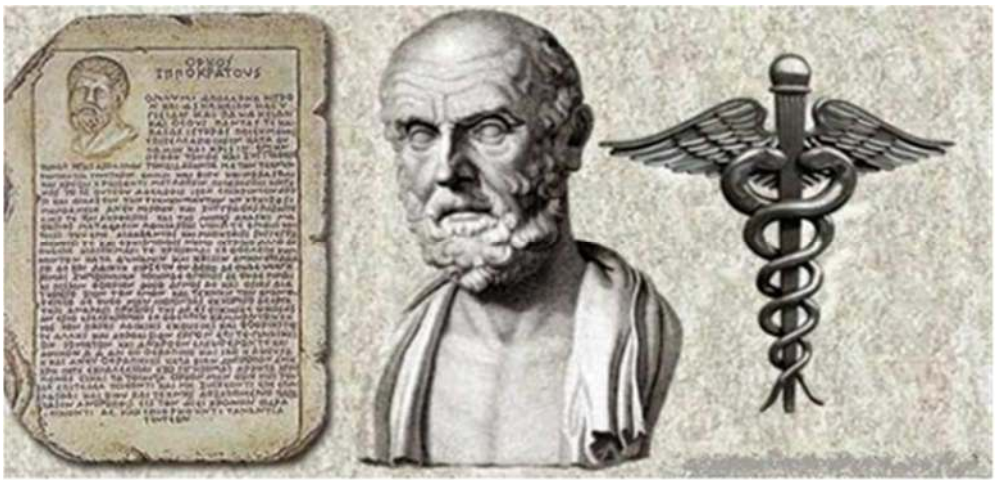
Para compreender como surge o estudo da Geografia da Saúde, faz-se necessária uma introdução da sua origem, baseada em documentos históricos que evidenciam a preocupação com a relação saúde, doença e o meio ambiente.

Segundo Junior Zominghani (2012), a obra de Hipócrates constitui parte dos fundamentos do campo de investigação da Geografia da Saúde.

> Há uma grande coleção heterogênea de escritosmédicos, em dialeto iônico, produzida durante um período de quase sete séculos, e quecontêm saberes que foram utilizados nas escolas de medicina até os fins do século XVIII(JUNIOR ZOMIGHANI2012,p.18).

Considerado o pai da Medicina Ocidental, o médico grego (Figura1) nascido em 460 a. C. (NOVELLI, 2008), em um de seus livros intitulado “De ares, águas e lugares”, identificou-se o modo como a localização, o clima e a disponibilidade de água influenciavam a saúde das pessoas. O médico grego descrevia a diferença entre a Ásia e a Europa em todos os aspectos e sobre a compleição dos povos que se distinguem, sem qualquer semelhança entre si.

Figura 1:Hipócrates o médico grego



Fonte: Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em CC BY-SA-NC

Para Ribeiro (2005), a Ásia difere mais da Europa no que concerne à natureza de todas as coisas que brotam da terra e dos homens, e os aspectos físicos e naturais do território interferem até no comportamento humano. Homens asiáticos eram mais desanimados e mais dóceis em relação ao caráter e inaptos para a guerra, diferentemente dos europeus.

As estações do ano são as principais causas, visto que a teoria Hipócrates destaca a interferência do meio sobre o homem. Compreende-se que parte da técnica especulativa e argumentativa por ele empregada, refletida na literatura médica que chegou até nós, fora aprendida dos filósofos pré-socráticos; em contra partida, muitos filósofos incorporaram conceitos de fisiologia e medicina aos seus sistemas filosóficos. No final do século V a.C., porém, os médicos se empenhavam energicamente em desvincular a medicina da filosofia e em reconhecê-la como uma TÉXU “arte” autônoma (IRWIN, 1989).

De acordo com Rebollo (2006), a coleção hipocrática, as concepções serviram de pano de fundo da teoria humoral, uma vez que cada humor resulta na interação das dynámeis (objeto de observação do médico hipocrático, podendo ser: a dynámeis das estações, dos

climas e das regiões) ou das virtudes operativas, pois nos tratados sobre a natureza do homem e dos humores, a doutrina humoral é sistematizada com maior clareza. “Os elementos primários constituintes do corpo são a água, o fogo, o ar e a terra. Tais elementos geram as qualidades (quente, frio, seco e úmido) que, organizadas em pares, dão origem aos quatro humores (chymós).” (REBOLLO, 2006, p. 56)

Para Junior Zominghani (2012), das contribuições de autores clássicos da geografia destaca-se o conceito de gênero de vida, desenvolvido por Paul Vidal de La Blache na passagem do século XIX para o XX, e que poderia ser utilizado para o estudo das questões que envolvem território e saúde. Da geografia científica, principalmente com o uso da cartografia para monitoramento da distribuição regional das doenças e orientação das práticas de saneamento básico, resultou um atlas de mapeamento das doenças como forma de compreensão de seus mecanismos de difusão e as relações com as fronteiras internas e externas, que são questões bastante estudadas na geografia brasileira.

Segundo Rodrigues (2015), a relação entre saúde, ambiente e cidade não é uma ideia nova. O paradigma hipocrático, considerado a matriz do pensamento médico do mundo ocidental, já compreendia o ambiente das cidades como um foco de agravos à saúde. O médico inglês John Snow foi o primeiro a comprovar que um organismo vivo era a fonte da disseminação de alguma doença no meio urbano. Ele estudou a distribuição espacial de óbitos por cólera na pandemia que atingiu Londres em 1854, demonstrando a correspondência entre o número de mortes e o grau de poluição das fontes de água de cada bairro da cidade.

De acordo com Guimarães (2015), Max Sorre foi o que mais se aproximou da pesquisa geográfica da perspectiva ecológica da saúde. Os problemas ecológicos trouxeram a necessidade de considerar o tempo de ocupação humana, o maior ou menor ajustamento aos gêneros de vida e as condições específicas de vida em ambientes sociais, econômicos e políticos. A obra de Sorre inspirou-se em rumos já delineados por La Blache, Demangeon, Jean Brunhes e de De Martonne entre outros, conservando-se fiel aos princípios gerais da ciência geográfica da época, e colocando a Geografia no centro de interesse de muitos pesquisadores médicos. Sorre (1955) permitia a instrumentalização para a apreensão da doença como um fenômeno localizável e passível de delimitação em termos de área. A maior urgência em sua época era a valorização da produção cartográfica, considerando as áreas de extensão dos principais problemas de saúde. Era preciso mapear os lugares onde ocorriam as doenças. Isso colocava o tamanho das unidades territoriais em pauta nos estudos como uma das maiores dificuldades para a análise da distribuição das enfermidades. Desse modo,

ele concluirá que as áreas de extensão dessas enfermidades eram muito diferentes, conforme consta em “Fundamentos biológicos da geografia humana” (SORRE, 1955, p. 301).

Não há dúvidas que Sorre (1955) contribuiu para a delimitação clara e precisa do campo de investigação em Geografia Médica, circunscrita à aplicação do método da Geografia Regional ao estudo das doenças, em que a região era o complexo patogênico, compreendido a partir de análises de dados físicos e humanos, com o objetivo de demonstrar a individualidade do fenômeno espacial (GUIMARÃES, 2015).

Geografia da Saúde e seus aportes teóricos

A necessidade de enfrentar as epidemias no perímetro urbano levou cientistas a investigar as causas e a como mitigar as consequências da propagação de doenças. Segundo Guimarães (2015), no mundo emergente urbano-industrial, o saneamento urbano era o único “remédio” para o controle dos processos de transmissão das doenças infectocontagiosas, resultando no processo de embelezamento e de melhorias das condições de vida nas cidades. Durante o chamado “sanitarismo”, período delimitado por Rosen (1994) entre 1830 e 1875, a saúde pública e o planejamento urbano foram considerados uma mesma entidade. A partir de inúmeras comissões de inquérito formadas por médicos e representantes dos governos, trazendo a público um quadro completo das condições sanitárias dos bairros de trabalhadores da Inglaterra, os médicos passaram a controlar o espaço social por meio das estatísticas de saúde e dos inventários de distribuição das habitações, pessoas e doenças pelo território. As chamadas topografias médicas transformaram-se em um poder político dos médicos na realização dessa tarefa.

Mendonça e Fogaça (2014) afirmam que Josué de Castro, ao estudar e pesquisar a subnutrição e a fome, e os problemas a elas relacionados, desnuda a ideia de sua gênese como um fenômeno meramente natural. Ao colocar em evidência a Geografia da Fome no Brasil e no mundo, Castro oferece uma grande contribuição para a compreensão geográfica da manifestação das doenças, observando-se a passagem de uma concepção hegemônica da Geografia Médica para uma perspectiva da Geografia da Saúde.

De acordo com Guimarães, a origem da Geografia da Saúde deu-se no Congresso da União Geográfica Internacional (UGI), realizado em Moscou em 1976. A própria Geografia transformou-se ao longo do século XX, tanto do ponto de vista do enfoque temático, quanto da gama de procedimentos metodológicos que acabaram levando à disciplina a interação com outros ramos do conhecimento científico.

Essa evolução, ainda nas palavras de Guimarães (2000) e Santos (2007), encontrou, no âmbito da geografia brasileira, um ambiente fortemente fértil, com amplo emprego de

novas perspectivas sociológicas críticas, como o marxismo dialético, na ciência geográfica produzida no Brasil, mudando o perfil desse conhecimento no país. Para Faria e Bertolozzi (2009), a influência do geógrafo Milton Santos para a saúde pública brasileira pode ser evidenciada em sua participação em um dos eventos do Centenário da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2000, com a temática intitulada: Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento.

Milton Santos fez uma crítica relacionada ao determinismo que ainda acompanha as pesquisas acerca do ambiente e saúde, ao mesmo tempo em que destacou o desvirtuamento da teoria e da prática científica. Ainda segundo os autores, a conferência subsidiada pelo geógrafo tratou de expor a importância do pensamento livre e da produção intelectual, preocupando-se com as questões humanitárias, ao mesmo tempo que fez uma dura crítica à privatização do saber e da universidade, acompanhada também pela privatização da cidade (FARIA e BERTOLOZZI, 2009).

Ao compreender o espaço a partir do desenvolvimento do meio técnico-científico-informacional, o campo da saúde passa a abordar a doença e não apenas a presença do vírus e/ou bactérias, mas, sim, como resultado pertencente a uma dinâmica social complexa. Essa talvez tenha sido a grande contribuição de Milton Santos à saúde pública brasileira, motivando uma grande quantidade de pesquisadores e intelectuais a se apropriarem da teoria desse geógrafo e professor baiano nos estudos sobre doença e saúde (GUIMARÃES, 2015 p. 38).

De acordo com Pareja et al (2016), para se compreender o processo saúde-doença, sob a ótica do mundo moderno, é necessário entender o conceito de espaço associado com o tempo (história) e o contexto (sistemas), e não apenas relacionado com o espaço físico, ações, eventos e processos de forma isolada. Deve-se compreender que o espaço dessa discussão é considerado, segundo Santos (2014), como uma categoria de análise mediante um conjunto indissociável de sistemas e ações geográficas, objetos naturais e objetos sociais, acolhendo uma produção socio-historicamente construída a partir da realidade política, econômica e cultural.

Na análise de Guimarães 2015,

> A globalização está acelerando o processo de exclusão social nas megacidades dos países pobres, onde a miséria e a fome sempre existiram, mas a falta do mínimo de condições dignas de sobrevivência alcançou uma parcela jamais vista pela população urbana. À vista disso, a saúde é causa e consequência da produção da pobreza urbana: de um lado, a proliferação de atividades de sobrevivência (característica do que Milton Santos denominou “circuito inferior”) permite a manutenção da vida dos mais pobres da cidade; de outro lado, essa situação de saúde é perpetuadora da pobreza urbana. (p. 69)

É expressiva na paisagem a existência de pessoas que vivem nas periferias urbanas, carentes de infraestrutura. Residindo em habitações precárias, onde as variações de temperatura já são enormes, assim como o acesso à água potável é limitado, estão desenvolvendo capacidades de adaptação às mudanças globais em curso.

Submetidas aos eventos extremos, essas pessoas vivem, permanentemente, provas de tolerância produzidas por relações de tempo lento, da cidade percorrida a pé, das redes sociais tecidas pelos laços de vizinhança e de pertencimento à comunidade. Esse novo mundo está em fermentação dentro do velho, daquele que não tem sustentabilidade. Para imaginar como será o futuro, observe as periferias urbanas, um espaço de aprendizado feito por pessoas capazes de superar e de aprender diante das situações mais adversas (GUIMARÃES, 2015. p. 72).

Conforme Werna (1996), a legitimação do direito de morar em favelas e cortiços, desde que devidamente urbanizados, e inúmeras experiências de construção da casa própria por meio de programas de mutirão e auto ajuda, organizados e incentivados pelo poder público municipal, romperam com a ideia de que o planejamento urbano devia concentrar-se em planos de larga escala, racionais e eficientes.

A saúde foi um dos temas que ganharam espaço cada vez maior na agenda social de muitos países, com enfoque na integração da rede de serviços, segundo princípios de hierarquização e regionalização. “Criaram-se condições objetivas de maior ênfase na atenção primária e no fortalecimento do setor público como um todo” (GUIMARÃES, 2000. p. 73).

Dessa maneira, para Guimarães (2015), as inovações técnico-científicas acumulam a capacidade de aumentar a longevidade dos indivíduos, sejam crianças nascidas com malformação congênita, que passam a ter uma expectativa de vida maior do que teriam há algum tempo; sejam adultos, que conseguem o diagnóstico e tratamento de um câncer precocemente, como também a identificação de fatores de risco de doenças cardiovasculares, tornando possível medidas preventivas jamais imaginadas, ampliando, portanto, o topo da pirâmide etária. Tudo isso gera novas questões a serem analisadas, demandando mudanças, seja no ordenamento das cidades, no perfil da alimentação, nas formas de lazer, no convívio social, dentre outras.

A primeira tarefa de um geógrafo da saúde é estabelecer os recortes espaço temporais mais adequados para dar visibilidade a essa geografia das mudanças, que começa a ganhar corpo nesse novo período denominado “período demográfico”. Nesse novo período, além das questões populacionais (envelhecimento com dignidade, banalização da violência, fome e miséria), nos desafiam a demanda crescente pelo uso da água potável, o esgotamento das fontes energéticas e o acúmulo de resíduos sólidos. Para compreender o conceito de saúde,

do ponto de vista geográfico, é preciso relacionar as categorias que o conformam, como: extensão, ordem e conexão.

O termo extensão refere-se à dimensão do espaço e, ao mesmo tempo, implica a habilidade de localização dos objetos geográficos na superfície terrestre. O termo ordem é atributo espacial relacionado à distribuição dos elementos geográficos no espaço, enquanto o termo conexão diz respeito ao elo existente entre os objetos e as ações humanas num sistema de relações no qual nenhum elemento é isolado dos outros (SILVEIRA, 2006). Atualmente, os estudos em várias áreas do conhecimento, no Brasil e no mundo, estão voltados para encontrar respostas para a pandemia. Na Geografia não poderia ser diferente, especificamente na Geografia da Saúde.

Para Oliveira (2020), o compromisso epistêmico do campo da Geografia busca entender o espaço e suas variantes, os processos e as associações, partindo para a análise dos seguintes tópicos da Geografia e suas relações com o cenário encontrado a partir da Pandemia da COVID-19: globalização; espacialização/cartografia; demografia; urbanização; economia e política. Assim sendo, se buscará compreender a análise espacial mais ampla do fenômeno, uma vez que é a partir do entendimento estrutural de cada uma das possibilidades analíticas que se constrói a leitura da conjuntura no momento atual.

A saúde pode ser considerada, para Barcellos, et al (2006), como um estado em que o nível individual pressupõe a sensação de bem-estar. Já no nível coletivo, populacional, a saúde insere-se na noção mais ampla de condições de vida. A saúde e os problemas referentes à saúde são processos que possuem fatores gerais que atuam em uma teia: a biologia humana, o ambiente, os modos de vida e o próprio sistema de serviços de saúde. Conforme for o problema de saúde, um fator pode ser mais decisivo que o outro, como: nas doenças diretamente associadas a malformações congênitas, cujo peso da biologia é maior; nas doenças sexualmente transmissíveis, em que o modo de vida é mais importante; nas intoxicações por agrotóxicos, em que os fatores ambientais são mais relevantes, embora todos os fatores interajam e atuem sobre todos os problemas de saúde de forma integrada.

Para Barcellos et al (2006), a exposição às situações que afetam a saúde, geralmente, não são escolhas de indivíduos nem de famílias, mas o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade. O que participa também dessas situações é o desconhecimento sobre a própria vulnerabilidade. É dessa maneira que as condições de vida de grupos sociais nos territórios definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações que dependem da participação de instituições de governo e da própria população, ou seja, a situação de saúde de um grupo populacional em um território é definida

pelos problemas e necessidades em saúde, assim como pelas respostas sociais a esses problemas.

De acordo com Guimarães (2015), as melhorias de infraestrutura, a disseminação dos meios de diagnóstico e todo desenvolvimento dos sistemas técnicos tornaram possível o aumento da expectativa de vida, avançando nas questões que envolvem o envelhecimento da população, embora essas transformações sejam desiguais, no que se refere ao acesso, seja entre regiões ou entre diferentes classes sociais, exigindo explicações geográficas, pois cada lugar é o acúmulo desigual de tempos. Dos circuitos do tempo rápido, conectados pela grande máquina da produção global, observa-se o risco crescente da disseminação de doenças antes confinadas a algumas regiões do globo.

Além da reemergência das doenças infectocontagiosas erradicadas ou sob controle há décadas, tal situação criou a possibilidade de novas doenças e de pandemias. Esse é um risco real que está exigindo um outro tipo de organização e cooperação entre os povos. É sabido que uma considerável parcela da população, a que procura atendimento médico, é portadora de necessidades que nunca serão plenamente satisfeitas no plano da assistência médica individual, visto que há dificuldade em assegurar atendimento rápido para os casos que exigem urgência. São esses os desafios constantes do poder público: a otimização do uso dos leitos hospitalares, necessitando de uma atualização contínua do mapa de vagas; o estabelecimento de mecanismos que desobstruam a comunicação, e o intercâmbio de informação entre as unidades de serviços de saúde.

Do outro lado, há a população e a luta de diversos movimentos sociais que exigem saúde mais conectada às necessidades do dia a dia. Nos dizeres de Bakhtin (1995), o mecanismo de produção das representações sociais sempre está presente na comunicação social. Segundo Gesler (1999), o lugar tem papel central na construção desses significados sociais, e as metáforas geográficas são utilizadas para estabelecer diferentes identidades à vida comunitária (BARNES; DUNCAN, 1992), mediante um processo que não é harmonioso, mas repleto de conflitos e resistências.

Para Guimarães (2000), a designação sobre saúde e doença pode ser usada tanto para revelar quanto para encobrir significados das relações sociais e das relações assimétricas de poder, o que torna o seu estudo necessário e ainda mais fértil. Na análise de Guimarães (2015), a Geografia da Saúde no Brasil tem como principal discussão conceitual a relação entre espaço e território, pois demanda a análise dos desafios operacionais da territorialização da política nacional de saúde, desde a implantação do Sistema Único de Saúde e sua expansão físico-territorial (GODIM et al, 2008). O conceito de região no planejamento da política nacional de saúde não é de fácil apreensão. Não basta a leitura direta dos documentos

oficiais, como Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002) ou Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), sem alguns parâmetros da análise do discurso. O que vem a ser e o que pode vir a ser a regionalização da saúde é algo em aberto e em disputa por diversos atores políticos, conforme Guimarães (2005) e Pessoto (2010) puderam mapear a partir das diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde em vigor.

De acordo com análise de Barata (2009), a desigualdade social na saúde vem sendo documentada desde o século XIX, devido às péssimas condições de vida da classe trabalhadora ou pelo ideário político associado às revoluções burguesas. A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados possibilitaram aos chamados reformadores sociais, socialistas utópicos e comunistas um fato material para denunciar as injustiças sociais em vários campos, dentre eles a saúde, tendo em vista a situação de risco, os comportamentos relacionados à saúde e o estado de saúde físico e mental tenderem a variar entre os grupos sociais.

Para a autora, uma das frequentes explicações para a desigualdade social na saúde costuma ser o acesso aos serviços de saúde. Portanto, os efeitos são decorrentes de problemas na utilização dos recursos disponíveis, seja por incapacidade do indivíduo, seja por características da organização dos próprios serviços. Essa explicação, todavia, é rapidamente derrubada pela seguinte constatação: as desigualdades não desaparecem naqueles países em que existem sistemas nacionais de saúde que garantem acesso universal para todos os grupos sociais, tal qual ocorre em diversos países da Europa, no Canadá, na Austrália e outros. Nas comparações entre países, as desigualdades tendem a ser atribuídas a diferentes graus de desenvolvimento da assistência médica. Entretanto, essa elucidação, ainda que possa responder por parte do perfil de mortalidade observado, não é capaz de justificar o porquê as desigualdades vêm aumentando com o passar do tempo (BARATA, 2009).

Contexto da Pandemia e a Geografia da Saúde

A chegada da pandemia da COVID-19 na virada de 2019 para 2020, no mundo, evidenciou ainda mais a importância da ciência e seu papel na sociedade, primeiramente para investigar as causas e logo em seguida para a busca pelo tratamento, e/ou a cura , contenção e proliferação da doença no planeta. Inicialmente uma doença misteriosa com grande índice de mortalidade deixou todas as áreas de estudo em alerta total. Não poderia ser diferente com Geografia da Saúde.

Figura 2: A pandemia da COVID-19 globalizada



Fonte: imagem iStock, 2021https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2021/11/25/brasil

O ano de 2020 entra para a história da pandemia do COVID-19 com novos arranjos na orientação da saúde mundial. Young (2020) afirma que houve uma enorme subestimação do número de casos e óbitos no Brasil e em outros países, especialmente os em desenvolvimento. Essa foi uma das falhas mais evidentes dos governantes brasileiros em lidar com uma pandemia. Tendo a pandemia chegado no país relativamente tarde em relação à Europa, não houve preparação técnica para ela. Sem estratégia, equipamentos, material de teste e coordenação de ações, o Brasil tornou-se presa fácil para a propagação do Coronavírus (COVID-19), tornando-se o país com maior número diário de novos casos de contaminação (epicentro), mesmo com grande subnotificação.

Na tentativa de desviar a atenção da incapacidade e falta de propostas concretas para lidar com a pandemia, criou-se uma falsa divisão entre proteger a saúde e a economia surgindo diversas formas de desviar as energias para o combate ao vírus, inclusive criando-se um jargão: “É preciso salvar vidas, mas também o PIB”. Apenas “esqueceram” que o PIB não se salva, se mede em cifras, o PIB é simplesmente uma métrica para saber se o conjunto teve maior ou menor atividade econômica, em relação ao período anterior. O governo federal vem insistindo em negar os preceitos da comunidade científica e acabar com o isolamento social e as medidas de restrição econômicas, almejando o imediato retorno a uma suposta “normalidade pré-pandemia”.

Segundo Matta, et al 2021, a pandemia da COVID-19 colocou luz sobre as desigualdades sociais que já existiam, talvez esquecidas ou não vistas. As populações já vulnerabilizadas são, comprovadamente, afetadas de forma negativa nesse contexto. As

diferenças são inúmeras: na exposição ao vírus; no acesso ao diagnóstico e ao tratamento; no acesso a habitações adequadas; nas tecnologias; no saneamento e água; na alimentação e nutrição apropriadas etc.

Um balanço dos seis meses de pandemia feito pelo Observatório COVID-19 da Fiocruz (FIOCRUZ, 2020), com participação de pesquisadores da Rede Zika, destacou que essas desigualdades são demonstradas em diversos domínios, com destaque para o étnico-racial. Nesse contexto, os povos indígenas, as populações urbanas que vivem em favelas e territórios vulnerabilizados, as relações de gênero com o impacto sobre as mulheres e a significante presença feminina na força de trabalho em saúde mereceram importante destaque. A minimização dos direitos e políticas de proteção social geraram uma crise humanitária de proporções alarmantes.

Para Matta et al 2021, o SUS foi capaz de detectar e responder aos primeiros casos de COVID-19 no país, colocando em marcha um sistema de vigilância que já havia se mostrado eficaz em surtos e epidemias passados (HENRIQUE;VASCONCELOS,2020) e em consonância com as recomendações da OMS.

O espaço urbano é desigual, bastante heterogêneo e apresenta uma dinâmica muito intensa de transformação, como o crescimento acelerado das favelas, apresentando mudanças que nem sempre conseguem ser apreendidas pela forma como os dados da saúde são disponibilizados. Nesse caso, a forma como os dados epidemiológicos estão disponibilizados não é suficiente para produzir uma análise epidemiológica mais próxima à realidade das favelas. Temos como exemplo os casos confirmados e óbitos por COVID-19, no município do Rio de Janeiro, que estão sendo apresentados pela divisão territorial dos bairros e pelo Código de Endereçamento Postal (CEP). Essa forma de disponibilização dos dados, apesar de sua importância para se conhecer diferenças intramunicipais, torna invisível a realidade de muitas favelas. A análise por CEP é ainda mais complexa, se considerarmos que em grande parte das vielas e becos essa numeração não existe e, quando existe, trata-se de um ou poucos códigos para uma mesma favela. Tais códigos podem se referir ao bairro mais próximo e não necessariamente à favela.

A informação sobre qual bairro o paciente reside é passada por ele mesmo ao profissional de saúde, durante a consulta que subsidia o preenchimento da ficha de notificação. Contudo, em decorrência dos estereótipos e preconceitos que envolvem a condição de ser um “favelado”, é bastante comum o paciente informar o nome do bairro de maior poder aquisitivo mais próximo da sua casa, ou então informar o CEP mais próximo de sua residência, que pode ser identificado como um CEP do bairro adjacente e não, obrigatoriamente, da favela em que ele vive.

Produzir uma análise de COVID-19 que consiga dar visibilidade às áreas de favelas na cidade do Rio de Janeiro ainda é um grande desafio metodológico. Como mencionado anteriormente, os dados do Painel Rio COVID-19, da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, estão disponíveis somente na escala de bairros e CEP. Esse é apenas um exemplo das diversas dificuldades em realizar estudos, como monitoramento ou mapeamentos, que representem fielmente as favelas brasileiras, tendo em vista que essas comunidades estão inseridas entre bairros, em lugares com difícil acesso nos aspectos urbanístico e geográfico. Essa é uma invisibilidade produzida pelo sistema capitalista mediante a divisão do trabalho que tem nome, cor, endereço e se refere à maioria da população do Brasil.

Para Barcellos, et al 2006,

> A análise da situação de saúde permite a definição de perfis de necessidades e problemas com a identificação de uma hierarquização de prioridades a partir do conhecimento dos diferentes atores sociaisque estes são capazes de organizar e articular frente aos problemas apontados. (BARCELLOS, 2006. p. 29).

Existe uma variedade de perfis e situações para diferentes grupos de população. É imprescindível identificar quando essas diferenças são redutíveis ou evitáveis, muitas vezes, pelas condições de vida, ou seja, em áreas e situações de risco. Assim sendo, essas condições podem ser modificadas a partir da mobilização da comunidade e de ações interinstitucionais, buscando identificar maneiras de reforçar as ações de caráter preventivo e de promoção de saúde, como: saneamento, serviços de infraestrutura e educação como forma curativa e preventiva.

Os indicadores sócio ambientais apontam as desigualdades entre grupos de população em territórios específicos, já que de nada serve um indicador que não apresente variabilidade entre diferentes unidades de análise, sabendo distinguir as noções de desigualdade e iniquidade. Segundo Castellanos (1997), “nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada uma iniquidade. Mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade.” (BARCELLOS, et al. BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

Segundo Barcellos, et al (2006), a escolha de indicadores, tanto sócio ambientais quanto os epidemiológicos, adquire papel primordial na identificação de desigualdades que possam ser reduzidas. Ao demonstrar-se a correlação entre grupos de indicadores, são apontados caminhos e estratégias de ação para o seu enfrentamento, determinando áreas e grupos socioespaciais sob maior risco, objetivando a tomada de decisões. A descentralização do sistema, com a decorrente responsabilidade de estados e municípios, é um dos fundamentos

do SUS, mas não dispensa uma coordenação nacional, causando uma desordem no pacto federativo em 2020. A coordenação se faz necessária por inúmeras razões, uma delas é o fato de que ao nível central cabe esse papel na gestão nacional do SUS (BRASIL, 1996). Outra razão é econômica, como país continental, com 200 milhões de potenciais usuários do SUS, o Brasil tem um poder de compra de vacinas e outros insumos de saúde que proporcionam ao país uma economia de escala bastante significativa, que, entretanto, pode não ser considerada em razão da demora em tomar decisões práticas concretas na preparação para o enfrentamento da pandemia.

Ainda na análise de Matta et al (2021), a pandemia foi atravessada por disputas políticas e narrativas importantes, que afetaram a boa condução da resposta nacional. Algumas políticas econômico-sociais acionadas para mitigar os efeitos da pandemia não foram suficientes para atender às necessidades de populações há muito vulnerabilizadas. O ano de 2020 foi marcado pela reabertura precoce e por uma influência importante da resposta europeia nas ações locais. Foi um ano de aprendizado para todos os segmentos, cientistas, governo e sociedade. Entramos em 2021 com a continuação e a exacerbação de uma crise que não é apenas sanitária, mas com elementos sociais e econômicos, tendo a oportunidade de olhar para trás e tirar lições aprendidas e boas práticas para mudar o rumo da resposta com coordenação nacional, com especial destaque para comunicação, o acesso à vacina via PNI e um olhar voltado para as pessoas em vulnerabilidade social.

Para superar o desafio no vasto território brasileiro e as disparidades socioeconômicas, é necessário que o SUS assuma efetivamente suas diretrizes, assegurando o acesso universal e igualitário, para isso, seria fundamental que existisse uma gestão eficiente, organizada, onde o sistema fosse de fato integrado. Mas, infelizmente, como vimos anteriormente, o país furtou-seda preparação prévia para enfrentar a pandemia, estabelecendo estratégias coordenadas.

Vieira, Monteiro e Silva (2021) fazem uma reflexão a respeito dos impactos sociais causados pela COVID-19, trazendo elementos para contribuir com essa discussão. Embora as repercussões sejam maiores sobre grupos socialmente vulneráveis, o Sars-Cov-2 atingiu a todos de algum modo, sem distinção de classe, etnia, valores e costumes. Desembarcando em aeroportos e ganhando as rodovias, ultrapassando as vias urbanas para a área rural, o vírus desencadeou o adoecimento não só físico, como também mental e emocional dos indivíduos. E diante da magnitude do problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou aos seus, junto às instituições de saúde, a implementação de políticas que contemplem mais necessidades prioritárias, aprimorando debates sobre direitos humanos, dignidade humana, ética, justiça e equidade social. O que leva as instituições a repensarem

o processo em andamento e o seu resultado. Num mundo globalizado as reflexões éticas devem passar pelo reconhecimento do outro, pela valorização da vida, pela prática da justiça, pelo convívio cordial, solidário e respeitoso.

A falta de acesso às políticas de igualdade social e justiça distributiva afeta diversos grupos desfavorecidos, cuja invisibilidade atravessa a fronteira do ser e do ter, aniquilando a dignidade humana e violando direitos básicos do ser humano, como saúde, moradia e alimentação. Quando esses direitos deveriam enfatizar justamente os indivíduos e grupos mais vulneráveis. O SUS tem cumprido seu papel no combate à COVID-19 por meio do atendimento e vacinando a população, ao passo que muitos países desenvolvidos do hemisfério Norte que não contam com um sistema público universal vêm enfrentando impacto maior que o esperado diante da pandemia. De maneira que foi feito o resgate internacional sobre a garantia do acesso à saúde como direito humano fundamental a ser assegurado pelo Estado. Cabe salientar que o princípio da universalidade do sistema de saúde brasileiro não tem impedido que grupos invisibilizados pela exclusão social sejam expostos ao risco eminente de contrair a COVID-19.

Essa discussão cresce à medida que ações do Estado deixam de priorizar a vida, e medidas de proteção social devem ser estimuladas pelos organismos internacionais favorecendo a equidade global, implementando políticas públicas que fortaleçam a coesão social para salvar vidas, trazendo à tona uma corrente de solidariedade humana diante da crise humanitária que estamos vivenciando desde 2020, ou seja, há quase dois anos tentamos superar todos os impactos causados pela pandemia.

Considerações finais

Os impactos que a pandemia da COVID-19 trouxe são um grande desafio para a humanidade, trazendo para discussão novas formas de ter acesso à saúde. A Geografia da Saúde vem promovendo análises sobre todos os aspectos que envolvem a saúde humana na perspectiva do ambiente pelo qual ele e seus desdobramentos se inserem. Compreendendo as causas a partir da ocupação dos territórios, buscando mitigar soluções para as consequências do avanço da urbanização, como aumento demográfico, aspectos econômicos e a conjuntura política, questões que só fortalecem sua importância. Sem a Geografia da Saúde não aprenderíamos a lidar com as pandemias que a humanidade vem enfrentando ao longo dos tempos.

Diferente das outras pandemias, essa teve alcance planetário, com uma velocidade nunca antes vista, dado aos avanços tecnológicos dos fixos e dos fluxos diante do advento

da globalização. O Brasil vem passando por um retrocesso no que se refere aos investimentos em ciência, associado a um governo negacionista, que diverge do conhecimento científico, desvalorizando e atacando todas as medidas adotadas para combater a proliferação do vírus, como o descumprimento dos protocolos de segurança e até o incentivo à produção e uso de medicações sem eficácia comprovada, totalmente condenada pela OMS, entre outras acusações formalizadas na CPI da COVID-19, no Congresso Nacional, um verdadeiro escândalo e crime contra a humanidade, um genocídio.

Desta maneira, é necessário que toda a comunidade científica denuncie esse tipo de comportamento de um líder de Estado que provocou mortes que poderiam tranquilamente ter sido evitadas. E isso só se consegue através de políticas públicas efetivas, compromissadas com a vida e a dignidade humana, através do SUS, que vem atuando bravamente no combate à pandemia no Brasil. O que falta é mais investimento em pesquisa e em ciência. Nunca antes ficou tão evidente a importância do SUS no processo de desenvolvimento de um país. E tudo se inicia na discussão sobre as demandas sociais no Brasil, podendo ser pautadas continuamente para se chegar ao senso comum garantindo que o indivíduo tenha um atendimento de excelência nos serviços de saúde igualitários, com universalidade e integralidade, sem qualquer restrição ou dificuldade de acesso

Referências

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/desigualdades> Acesso em: 29/04/2021. https://doi.org/10.7476/9788575413913

SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C. (Orgs.) Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf> Acesso em: 22/06/2021.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Território e Saúde na Geografia de Milton Santos: Teoria e Método para o Planejamento Territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. O Espaço Geográfico em Análise. Curitiba, v. 38, p. 291-320, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br>. https://doi.org/10.5380/raega.v38i0.43912

GUIMARÂES, R. B. Saúde: Fundamentos de Geografia Humana. São Paulo: Editora UNESP Digital. Recurso digital. Disponível em: <https//static.scielo.org/scielobooks/4xpyq/pdf/Guimarães-9788568334386.pdf> Acesso em: 03/04/2021.

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. Eds. Os impactos Sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <http//books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta> Acesso em 29/04/2021. https://doi.org/10.7476/9786557080320

OLIVEIRA, V. H. N. O papel da geografia diante da pandemia da covid-19. Boletim de conjuntura, Boa Vista, v. 3, n. 7, p. 80-84, 2020. Disponível em: <http://revista.ufrr.br/actageo/aticle/view/Nedel> Acesso em: 30/04/2021.

REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua Fortuna no Período Grego-Romano: de Cós a Galeno. Scientle Studia, São Paulo, v. 4, p. 45-82, 2006. Disponível em: <https//www.revistas.usp.br/ss/article/view/11067/12835> Acesso em: 28/03/2021.

RIBEIRO JUNIOR. W. A.; CAIRUS, H. F. Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Dispnível em: <http://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753-03> Acesso em: 13/04/2021.

SOUSA, C. F.; SOUSA, M. L. M. A Contribuição da Geografia da Saúde na Investigação do processo Saúde-Doença: uma análise de revisão da literatura. CONIMAS/2019. Disponível em: <http//www.editorarealize.com.br/editora/ebooks/conimas/2019/ebook2>.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S.; SILVA, A. L. Iniquidades Sociais em Tempos de Pandemia de Covid-19: uma reflexão. Revista Bioética, Brasília, v. 29 n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293481> Acesso em: 02/04/2021.

YOUNG, C. E. F.; MATHIAS, J. F. C. M. Org. Covid-19, meio ambiente e políticas públicas. São Paulo: Hucitec, 2020. Disponível em: <http//WWW.huciteceditora.com.br/_imagens_/_downloads/Covid-19%20Meio%20Ambiente> Acesso: 29/04/2021.

ZOMIGHANI JUNIOR, J. H. Contribuições Geográficas para Aperfeiçoamento SUSno Estado de São Paulo: teorias, análises e métodos. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, São Paulo 2012. Disponível em: <http//wwwsaar.ufu.br/indexphp/hygeia/article/view/17058> Acesso: 13/02/2021.