

ATENÇÃO À SAÚDE EM ÁREAS URBANAS*

GERTRUDIS ALVARADO ARROGO**

ALFONSO LEON CANCINO***

DAMIÃO DE AMORIM LIPAIS****

MARCOS JOSÉ MANDELLI*****

SILVIA MARTA PORTO*****

FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI CÁCERES (Coordenador)*****

1. Introdução; 2. Aspectos gerais da evolução demográfica no processo de urbanização na América Latina; 3. Marco conceitual do processo de urbanização; 4. Outros aspectos da urbanização dependente na América Latina; 5. Distribuição dos bens de consumo coletivo e serviços de saúde; 6. Hipóteses e conclusões.

1. Introdução

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma/Ata durante o mês de setembro de 1978, produziu declaração amplamente difundida, cujo conteúdo e espírito podem identificar-se com o seu lema: "Saúde para todos no ano 2000".

Foi grande o entusiasmo que essa proposta despertou e todos os países comprometidos iniciaram, em maior ou menor grau, sua implementação, concentrando sua ação nos seguintes aspectos: a) ampliação da cobertura por meio de extensão da rede de serviços; b) integração e regionalização de serviços; c) apoio ao desenvolvimento de formas simplificadas de atenção; d) participação da população nos serviços que lhe são oferecidos.

Quais foram os resultados? Seria prematuro adiantar qualquer tipo de prognóstico sobre o resultado final. Entretanto, já se podem detetar inúmeras e graves dificuldades de caráter geral, entre as quais: enorme dispersão e isolamento

* Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Orientação do Dr. Sergio Arouca, professor na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 — 7.º andar — Manguinhos — Rio de Janeiro, RJ); e do Dr. Dalton Mario Hamilton, professor na mesma escola.

** Programadora curricular da Vicerrectoría de Planificación, Dirección de Planeamiento Académico de la Universidad Estatal e la Distancia. (Apartado 2 — Plaza González Viquez — San José, Costa Rica.)

*** Coordenador-docente do Mestrado em Administração de Saúde da Pontificia Universidad Javeriana. (Calle 66, n.º 9-99 4.º piso — Bogotá, Colômbia.)

**** Coordenador de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. (Av. Ipixuma, 1.879 — Cachoeirinha — Manaus, AM.)

***** Assessor do Secretário-Geral do Ministério da Saúde. (Esplanada dos Ministérios — Bloco G — 4.º and. — 70000 — Brasília, DF.)

***** Chefe da Área Estadística y Costos Médico Asistenciales del Instituto de Servicios Sociales de Industria de la Carne y Afines. (Lisandro de La Torre 1.778 — Vicente-López — Buenos Aires, Argentina — C. Postal 1.638.)

***** Professor na División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública. (18 de Julio, 1.892 — Montevideo, Uruguai.)

de algumas populações; escassez de recursos; individualismo; tendência à sofisticação na atenção, privilegiando determinados interesses; falta de uma verdadeira participação comunitária etc.

Como se pode observar, tais inconvenientes podem ser agrupados em duas grandes categorias: em primeiro lugar, os de caráter estrutural, com íntimas implicações políticas e sociológicas, como a estrutura de poder, a função do Estado nos sistemas capitalistas e a falta de participação integral da comunidade.

Em outra categoria mais instrumental estariam aqueles de caráter funcional, tático, tais como: formas específicas de aplicação de cobertura; falta de integração entre os serviços prestados e estratégias concretas de regionalização, cujo tratamento primou pelo enfoque de acessibilidade geográfica.

Os inconvenientes anteriormente apontados são válidos tanto para as zonas rurais quanto para as urbanas de qualquer porte populacional. Dado, porém, o caráter eminentemente "geográfico" do enfoque até agora utilizado, nota-se um privilegiamento das estratégias rurais, com o conseqüente prejuízo, no tratamento das populações urbanas.

Não se trata, porém, de inverter tal situação, pois o campo foi tradicionalmente relegado a segundo plano e toda medida que possa contribuir para frear o crescente êxodo para a cidade é altamente proveitosa para as estruturas sócio-econômicas do futuro. Incompreensível é que se pretenda utilizar, de forma indiscriminada, as mesmas estratégias para o campo e a cidade. As cidades, principalmente as grandes metrópoles, formaram-se obedecendo às denominadas "leis da urbanização", que trazem consigo claras conseqüências sócio-econômico-culturais.

O principal objetivo deste trabalho é determinar as peculiaridades do processo de urbanização em termos de dependência econômica, dos processos de produção, consumo e distribuição, do valor do solo urbano e da urbanização dos bens de consumo coletivo, como resultado do mencionado processo.

Mediante a determinação dessas características, parece-nos lógico que se torne mais viável o esboço de estratégias urbanas idôneas, pois estas terão um caráter mais específico e consideração, de forma mais direta, a problemática que pretendem resolver.

No decorrer deste trabalho analisaremos cada um dos problemas próprios da prestação de serviços de saúde nos conjuntos urbanos. Nesta introdução, faremos apenas sua apresentação sumária, paralelamente à descrição das partes que se seguem.

A evolução histórica do processo de urbanização é o tema da segunda parte. O que as cidades são no presente é o resultado do seu desenvolvimento histórico, da distribuição de seu espaço físico, das correntes migratórias que para elas ocorreram, das suas taxas de crescimento vegetativo, dos processos de industrialização, da preservação do meio ambiente, das lutas entre classes sociais, da polarização de centros urbanos, enfim, de um sem número de acontecimentos que ocorreram com o passar do tempo e que se vêem plasmados no crescimento, quase sempre desordenado e caótico, das cidades, o que torna vez maior a relação população urbana/população rural.

Sobre o problema da urbanização, houve diversas abordagens, desde a concepção física ecológica até a teoria da dependência, passando pela interpretação dual. Preferimos o enfoque da teoria da dependência, já que não se limita a tratar de corrigir as disfuncionalidades do sistema, mas a dar uma visão mais global da urbanização, ao incluir aspectos políticos nacionais e internacionais e atribuir à marginalidade, uma função muito definida, como é a de reprodução

da força de trabalho ao menor custo possível. A temática anterior, assim como a incidência dos processos de industrialização nas suas modalidades dependentes e de migração campo-cidade, serão tratadas no item 3.

A distribuição espacial da população, a localização dos bens de consumo coletivo e o custo do terreno urbano como resultado dessa distribuição são aspectos circunscritos aos limites de uma urbanização de tipo dependente, constituindo peculiaridades do problema urbano e podendo hipoteticamente ter influência na caracterização dos problemas de saúde nas grandes cidades. No item 4, desenvolvem-se os temas citados.

A seguir, no item 5, chega-se a campos mais concretos, tais como os critérios específicos segundo os quais se distribuem os bens de consumo coletivo, em geral, e os serviços de saúde, em particular. As experiências e os estudos de algumas cidades da América Latina servirão de base para procurar uma extra-polação de tais conceitos para as demais metrópoles da América Latina.

É preciso deixar muito claro o alcance e as limitações deste estudo. Acreditamos que existe uma tríade constituída pelas leis da urbanização, os serviços de saúde e o estado de saúde da população. Levantaremos hipóteses quanto às possíveis relações existentes entre os elementos dessa tríade, se não em termos de causalidade, pelo menos como prováveis explicações de certos problemas. Também pretendemos deixar traçadas algumas linhas de pesquisa para que no futuro se desenvolvam trabalhos específicos, tendentes a encontrar explicações e soluções para a problemática da saúde nas grandes cidades.

2. Aspectos gerais da evolução demográfica no processo de urbanização na América Latina

O processo de urbanização não pode ser tratado como um problema em si, ou como um fato isolado do sistema social. Assim, os dados que apresentaremos mais adiante, antes de serem explicativos desse processo, são menos indicadores de como, na América Latina (e aqui trataremos de um conjunto limitado de países que a compõem), a urbanização vem atingindo índices de crescimento tais que possibilitam, num período de 50 anos, inverter a distribuição espacial da população que, de predominantemente rural, passará a ser eminentemente urbana.

Na tabela 1 observamos que, nos últimos 20 anos, com exceção de Costa Rica e Cuba, os outros países atingem um aumento da população urbana de mais de 10%, cabendo ao Brasil um crescimento de 19,3%.

É preciso ressaltar que, não obstante o crescimento acelerado e uniforme, subsistem grandes diferenças no grau de urbanização desses países, devidas às diversas etapas e modos de inserção nas estruturas que geram a urbanização. Veremos esses aspectos ao analisar o quadro teórico, embora aqui possamos observar que essa tendência crescente, mostrada na tabela 1 para o período 1960-80, na verdade teve seu início e seus períodos mais relevantes coincidindo com a fase imediatamente posterior à crise econômica mundial (basicamente 1929) e à adoção de modelos de substituição de importações. O Equador, por exemplo, que inicia na década de 50 seu processo de substituição de importações, experimenta, em uma década, um crescimento urbano de 20,1%.

Poder-se-ia pensar que as taxas de crescimento da população urbana guardam uma relação proporcional ao crescimento da população total. Na realidade, quando comparamos as taxas de crescimento da população com as de crescimento urbano, torna-se clara a desproporção existente, explicada principalmente pela migração campo-cidade.

Tabela 1
 Percentagem de população urbana em alguns países da América Latina
 (1960-80)

País	1960	1970	1980
Argentina	73,7	78,8	82,9
Brasil ¹	44,7	55,9	64,0
Colômbia	51,3	57,6	66,7
Costa Rica	32,0	33,5	36,5
Cuba	52,1	53,3	53,9
Chile	63,8	70,4	75,3
Equador	37,9	45,7	54,0
Honduras	31,3	27,7	34,9
México	53,9	62,2	69,0
Nicarágua	35,8	39,9	47,4
Peru ²	39,8	49,2	50,2
Uruguai ³	76,5	79,8	83,6
Venezuela ³	63,9	71,9	78,8

Fonte: OEA. Apud Castells, M. La urbanización dependiente en América Latina. *Imperialismo y urbanización en América Latina*. Barcelona, Gustavo Gili, 1973. p. 8.

¹ Dados corrigidos com base em fonte do IBGE.

² Dados de 1961.

³ Dados de 1963.

Tabela 2
 Comparação entre as taxas de crescimento da população total e urbana, na
 América Latina, por país

País	Período	Taxa de crescimento (%)	
		Total	Urbana
Argentina	1947-60	1,8	3,0
Brasil	1950-60	3,1	6,5
Colômbia	1951-64	3,2	7,8
Costa Rica	1950-63	4,0	4,5
Cuba	1943-53	2,1	3,7
Chile	1950-60	2,8	5,9
Equador	1950-62	3,0	6,6
Honduras	1950-61	3,0	8,1
México	1950-60	3,1	5,2
Nicarágua	1950-63	2,6	5,9
Peru	1940-61	2,2	5,7
Uruguai	1908-63	1,7	3,0
Venezuela	1950-61	3,7	7,3

Fonte: Cepal. Divisão de Assuntos Sociais. Apud Castells, M. La urbanización dependiente en América Latina. *Imperialismo y urbanización en América Latina*. Barcelona, Gustavo Gili, 1973. p. 9.

Em que medida, porém, a migração campo-cidade influiu no crescimento da população urbana? A tabela 3 demonstra que, na América Latina, com exceção de Cuba, onde a migração participa apenas em 26% na composição da taxa de crescimento urbano, sua participação percentual variou de 42 a 71%.

Tabela 3

Percentagem de crescimento da população urbana em relação ao crescimento natural e aos movimentos migratórios na América Latina

País	Período	Crescimento natural Migrações	
		(%)	(%)
Brasil	1940-50	51	49
Colômbia	1938-51	32	68
Cuba	1931-43	74	26
Chile	1940-50	53	47
México	1940-50	58	42
Nicarágua	1937-50	35	65
Venezuela	1941-50	29	71

Fonte: Unesco.

Se há uma tendência nítida de maior crescimento populacional nas áreas urbanas, em relação às áreas rurais, da mesma forma as maiores taxas desse crescimento ocorrem nas áreas de maior aglomeração, dentro do espaço urbano. Se compararmos essas taxas de cidades de 20 mil a 100 mil habitantes com cidades de mais de 100 mil habitantes, notaremos uma leve, mas nítida, superioridade nas áreas de maior densidade populacional (tabela 4).

Até o momento, não há qualquer indicador que permita pensar que a situação aqui mostrada possa inverter-se nos próximos anos. Assim, poder-se-ia considerar válidas as projeções que se realizaram a esse respeito. Conforme podemos obser-

Tabela 4

Comparação do crescimento populacional de alguns países da América Latina, segundo o tamanho das aglomerações urbanas

País	Período	Taxa de crescimento	
		100.000 ou mais	20.000-100.000
Argentina	1914-47	2,5	2,5
Brasil	1940-50	4,2	4,0
Colômbia	1938-51	5,4	4,9
Cuba	1931-43	2,2	1,9
Chile	1940-52	2,6	2,4
México	1940-50	4,5	3,0
Venezuela	1941-50	6,9	7,3

Fonte: Cepal.

var, no ano 2000 a percentagem de população urbana na América Latina ascenderá a 73%, sendo que apenas o Istmo Centro-Americano terá um percentual (53,4%) claramente abaixo da média. As demais zonas manter-se-ão com valores próximos à média da América Latina.

Tabela 5

Projeções percentuais da população urbana no ano 2000, na América Latina por regiões

Região	Ano			
	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)	2000 (%)
Área andina	60,3	65,7	70,4	74,3
Área atlântica	60,4	65,0	71,3	76,0
Istmo Centro-Americano	38,4	43,1	48,2	53,4
México e República das Antilhas	55,1	61,7	67,7	72,6
Total da América Latina	57,7	63,3	68,6	73,0

Fonte: Centro Latinoamericano de Demografía (Celade), jul. 1981.

Se analisarmos especialmente as estimativas realizadas para um grupo de sete países selecionados (tabela 6), poderemos determinar uma escala que vai de 72,6%, no caso do Peru, até 86,1%, na Argentina.

Tabela 6

Estimativa das percentagens de população urbana para o ano 2000, segundo países selecionados

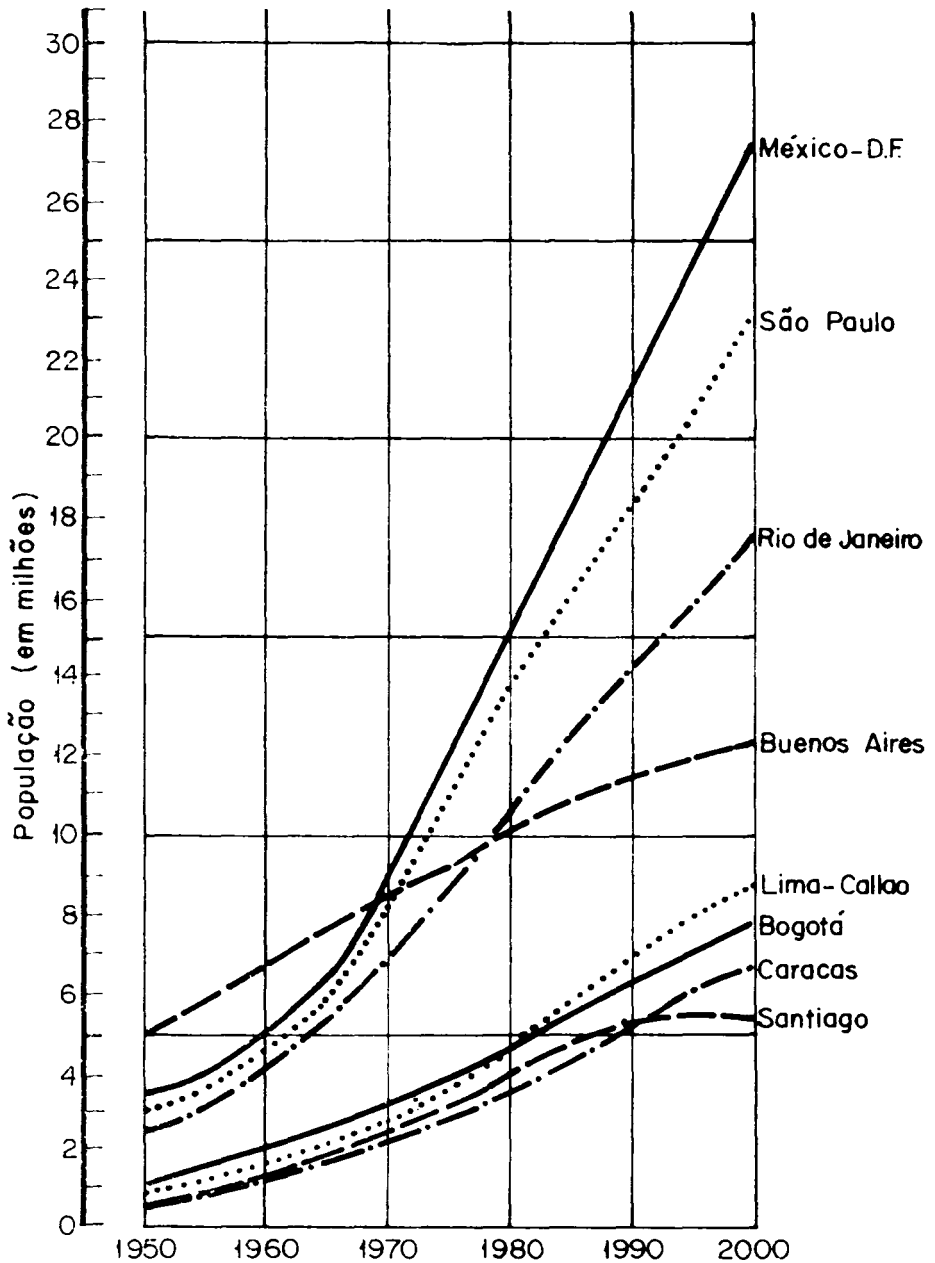
País	População urbana (%)
Argentina	86,1
Brasil	74,8
Colômbia	77,4
Chile	84,0
México	76,3
Peru	72,6
Venezuela	82,6

Fonte: Celade, jul. 1981.

Esse processo, permanentemente crescente, pode ser observado na figura 1, que mostra as projeções decenais da população, nas oito maiores áreas metropolitanas da América Latina.

Figura 1

Crescimento decenal da população nas oito maiores áreas metropolitanas da América Latina



Fonte: Nações Unidas, 1980

Nessa breve resenha tentamos demonstrar uma tendência que transcende inclusive os limites da América Latina, constituindo-se num fenômeno a nível mundial. E, conforme já dissemos, não há indicador algum que permita pensar numa inversão desse processo nos próximos anos.

3. *Marco conceitual do processo de urbanização*

3.1 Subdesenvolvimento e dependência

Para tentar dar uma interpretação aos problemas urbanos da América Latina, é preciso, antes de mais nada, fazer referência ao seu nível atual de desenvolvimento econômico-político e cultural, o que equivale a efetuar uma análise do subdesenvolvimento nas formas específicas que tomou na América Latina. O contrário, isto é, conceber o urbano como uma abstração, independente do seu contexto econômico, seria uma elaboração tecnocrática que não traria luzes suficientes para o nosso estudo sobre a possível influência do fenômeno urbano nos níveis de saúde.

É um fato incontestável que a América Latina faz parte de uma cadeia mundial, mediante a qual as grandes potências ocidentais podem realizar seus processos de acumulação capitalista utilizando mecanismos tais como os investimentos especulativos e a montagem de indústrias que controlam o processo de substituição de importações nos países dependentes.

Em relação a essa subordinação, são vários os campos de análise que surgem: em primeiro lugar, qual foi o desenvolvimento histórico da dependência na América Latina; qual das modalidades de dependência prevalece na atualidade e como se articula com os vestígios de formas anteriores; que influência tem a dependência sobre os processos de industrialização e concentração urbana, em cada sociedade.

Quanto ao processo histórico da dependência na América Latina, encontramos três formas diferentes de relações de dominação, que obedecem às etapas de formação do modo de produção capitalista em escala mundial (acumulação primitiva, capitalismo competitivo e capitalismo monopolista).

A primeira delas é a dominação colonial, caracterizada pela administração direta da exploração intensiva dos recursos e pela soberania política da potência colonial, que faz da posse do território o ponto-chave da sua expansão. A dominação capitalista comercial dá-se por meio do intercâmbio, obtendo matérias-primas por um valor fixado pela potência dominante e abrindo, ao mesmo tempo, novos mercados a preços mais elevados que o seu valor para os seus produtos manufaturados. E, por fim, a dominação imperialista (industrial e financeira) baseia-se em investimentos especulativos e na criação de indústrias que tendem a controlar o movimento de substituição de importações, seguindo uma estratégia de lucro, dirigida pelas grandes multinacionais.

Cada uma dessas relações de dominação/dependência provoca efeitos específicos na organização do espaço, de modo que a base da estrutura urbana atual reflete, em grande parte, o tipo de dominação sob o qual se formaram as sociedades latino-americanas como, por exemplo, a colonização espanhola e a portuguesa.

Nelas, as cidades cumpriam uma função de vínculo para a extração dos recursos naturais e por isso se foram constituindo nas áreas mais apropriadas para desempenhar essa função. Assim, as cidades hispânicas, com as suas funções

administrativas e de governo, e as portuguesas, centradas no intercâmbio e na exploração intensiva das zonas próximas aos portos naturais, provocaram desde esse período a acumulação da população numa faixa costeira (em 1950, 86,5% da população da América Latina habitavam tal zona).

Esse fato justifica a debilidade da rede urbana na América Latina e o tipo de implantação urbana afastada dos recursos naturais do interior do continente. A cidade e o seu *hinterland* mantêm laços estreitos, mas totalmente assimétricos: a cidade consome e gere o que o campo produz.

A subsequente passagem para a dominação européia (Inglaterra) e, posteriormente, para o capitalismo monopolista, produz uma diversificação e um crescimento urbano, articulando-se, cada economia local, com o mercado mundial. Essa vinculação se faz seguindo os modelos da dependência econômica:

a) a economia de enclave, que se caracteriza pela importância das matérias-primas concentradas num número limitado de pontos e diretamente exploradas pelas empresas estrangeiras, para exportação imediata. Esse tipo de exploração produz uma organização do espaço que concentra população, em péssimas condições, nos pontos-chave (centro mineiro — porto adaptado para o transporte de um único produto). Este é o caso da Venezuela, da Bolívia e de alguns pontos do Brasil e do Chile;

b) a economia agrícola e pecuária para a exportação, em que o caráter extensivo da exploração e a necessidade de um grande centro exportador, comercial e administrativo criam desde logo condições para uma acentuada urbanização (caso da Argentina e do Uruguai);

c) a economia de plantação, objetivando a utilização de um volume elevado de mão-de-obra agrícola, que trabalha diretamente para as empresas estrangeiras, sem qualquer intermediário social entre a atividade produtiva e os lucros das grandes companhias.

O consumo local caracteriza-se pela auto-subsistência, de tal maneira que esse sistema produtivo determina um nível de urbanização muito baixo (caso da América Central).

Entre as funções econômicas básicas de todo agrupamento urbano (produção, consumo, intercâmbio e gestão), focalizaremos nossa atenção agora no processo de industrialização, já que ele explica em alto grau a urbanização dos países desenvolvidos e, pelo menos em parte, a ocorrência de mesmo fenômeno nos países dependentes.

A industrialização e o seu fenômeno colateral, o desenvolvimento tecnológico, trazem consigo a implantação de centros ou zonas fabris e, por conseguinte, as concentrações populacionais que as rodeiam. Cabe, nesta altura, lembrar que no caso latino-americano o desenvolvimento industrial foi muito lento e principalmente menor que o crescimento demográfico. O excedente populacional que surge dessa disparidade constitui um dos fenômenos mais característicos da urbanização dependente na América Latina: a população marginal.

3.2 Setores urbanos marginais

A análise dos setores urbanos que vivem em condições precárias ou “marginais” foi feita pela literatura social latino-americana segundo diversos enfoques. Historicamente, o primeiro a aparecer é o que Kowarick denomina “físico-ecológico”, que tenta explicar a natureza do homem marginal por habitar num espaço

também marginal da cidade (chama-se *cantegriles*, favelas, *villas miserias*, *callampas* ou *barriadas*). Essa análise, do tipo circular, explica o homem marginal por habitar zonas marginais que, por sua vez, o são por estarem habitadas por ocupantes marginais.

Dessa linha interpretativa, preocupada com a disfuncionalidade de tais agrupamentos, avança-se para dois novos modelos de análise: o modelo que privilegiava o conceito de “cultura da pobreza” e o que lançava a idéia de “*continuum* rural-urbano”.

O primeiro modelo, desenvolvido principalmente por O. Lewis,¹ postula que os segmentos e setores com baixas rendas constituiriam um universo cultural próprio, caracterizado por carências nos aspectos psicológico, econômico, social e político. Essa cultura (ou subcultura) implicaria uma falta de integração e participação dos indivíduos em muitos dos bens, serviços e decisões da sociedade global. Nesse sentido, a abordagem de O. Lewis² se aproxima, a partir de outra perspectiva, das abordagens de R. Veckemans,³ que interpreta a marginalização como uma “carência de participação”.

O segundo modelo, o “*continuum* rural-urbano”, é desenvolvido principalmente por Redfield e tenta caracterizar a ampla série de subculturas contidas num espectro historicamente determinado, mas não necessariamente dinâmico, que vai da sociedade *folk*, “camponesa”, até a sociedade urbana, com o pressuposto de que, quanto mais próximas do pólo tradicional, mais rígidas seriam as formas associativas, institucionais e culturais; por outro lado, quanto mais integrados (econômica, política e socialmente) forem os diversos segmentos urbanos, apresentar-se-ão menor número de traços de cultura *folk* e menor será a incidência das chamadas patologias sociais.

Posteriormente, esses modelos “psicossocioculturais” foram sendo complementados e superados por explicações que integravam os aspectos infra-estruturais subjacentes à marginalização. A primeira análise que introduziu esses aspectos foi o “modelo dual” ou “modelo de organização técnica do trabalho” proposto por O. Lewis.⁴ Nesse modelo parte-se de dois sistemas econômicos: o industrial moderno e o de subsistência ou arcaico. Este último atuaria como um coadjuvante para a expansão do primeiro, que iria ocupando gradativamente o espaço econômico até absorver o setor arcaico.

Todas essas interpretações poderiam ser classificadas como funcionalistas, já que consideram a marginalização como uma disfunção de um sistema globalmente harmônico.

Assim, explícita ou implicitamente, sugerem-se formas de integração,⁵ superação da “distância cultural”⁶ ou a natural e paulatina absorção do setor tradicional ou marginal pelo setor moderno.⁷

Entretanto, a realidade dos países latino-americanos, desde a época em que foram formuladas essas teorias (década de 60), mostra que não ocorreu a integração gradativa; pelo contrário, os setores urbanos mais deprimidos ampliaram-

¹ Lewis, O. The culture of poverty. *Scientific American*, 215(4):19-25, 1966.

² Id. *ibid.*

³ Veckemans, R. *Marginalidad, incorporación e integración*. Santiago, Desal, Boletim n. 37, maio 1967.

⁴ Lewis, O. *op. cit.*

⁵ Veckemans, R. *op. cit.*

⁶ Lewis, O. *op. cit.*

⁷ Id. *ibid.*

se em termos absolutos e o desemprego e o subemprego cresceram e continuam crescendo.

Como vimos anteriormente, só podemos explicar a evolução latino-americana se compreendermos os fortes laços de dependência que a unem aos centros de decisão das metrópoles. É assim que se processa a vinculação das populações desses países, ao mercado capitalista mundial, sob a forma de mão-de-obra, em situação de dependência, isto é, as decisões fundamentais são tomadas fora dos países da área. Essa mão-de-obra vinculada a um mercado mundial, executando decisões tomadas ao nível dos países centrais, não é absorvida pelo desenvolvimento industrial e constitui um “exército industrial de reservas”, que, baixando o custo da mão-de-obra por excesso de oferta, contribui para o processo de acumulação capitalista. Essa visão nos permite compreender a marginalidade como uma estrutura verdadeiramente funcional para o sistema, o que explica a sua manutenção e desenvolvimento através da evolução do modo de produção capitalista monopolista. Alguns autores afirmam, inclusive, que esse crescimento superou as necessidades de exército de reserva, criando-se uma verdadeira “massa marginal” realmente disfuncional, que o sistema capitalista tentaria absorver mesmo dentro da matriz de relações vigentes.⁸

Quais são as razões segundo as quais esse processo se localiza nas zonas urbanas? O movimento migratório inicia-se quando a procura de mão-de-obra nos centros fabris torna atraente a migração campo-cidade. Entretanto, o fenômeno continua muito depois de ter cessado esse atrativo. Kowarick propõe que a introdução do modo de produção capitalista na produção agrária se produza mediante a redução das necessidades de mão-de-obra no nível rural, tendência expulsiva que se combina com o forte crescimento demográfico experimentado pelas regiões rurais latino-americanas na segunda metade deste século.⁹

Em resumo, a urbanização na América Latina é caracterizada pela sua relação com os centros de poder dos quais é dependente, com sua população urbana que supera o desenvolvimento produtivo e a oferta de emprego e, conseqüentemente, gera um desequilíbrio entre a função que cumprem as cidades dentro do esquema de dependência e a função que deveriam cumprir, isto é, proporcionar oportunidades adequadas de subsistência e bem-estar aos seus moradores.

4. *Outros aspectos da urbanização dependente na América Latina*

4.1 Bens de consumo coletivo

Descrevendo a formação de espaço urbano e o universo marginal, a partir de um quadro teórico mais amplo do que os chamados modelos “dual” e “psicossociocultural”, a teoria da dependência possibilitou ampliar, de forma significativa, as discussões científicas sobre a urbanização. Entretanto, sua explicação sobre a distribuição especial histórica da população e sobre a funcionalidade da marginalidade, em relação ao modelo de desenvolvimento dependente, não esgota nem pretende esgotar as discussões sobre o processo de urbanização na América Latina.

⁸ Nun, José. Marginalidad y participación social. In: *Simpósio sobre la Participación Social*. México, 1969. mimeogr.

⁹ Kowarick, Lucio. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.

As relações de produção, uma vez colocadas como determinantes de cenário urbano de trabalho, ainda influenciam a distribuição de equipamentos sociais típicos das grandes urbes modernas. Em relação a esses equipamentos, torna-se imprescindível esclarecer alguns conceitos que serão fartamente utilizados neste trabalho. Os bens de infra-estrutura urbana cumprem duas funções diferentes: uma, servir de base para o crescimento de um complexo setor produtor (estradas, pontes, portos, distritos industriais, redes de alta tensão etc.); outra, de atuar como implemento gerador das condições de bem-estar social das populações urbanas (áreas de recreação, transporte público, saneamento, ensino, serviços de saúde, entre outros). Para o primeiro grupo de bens usamos a denominação de *bens de infra-estrutura de produção* e para o segundo a de *bens de consumo coletivo*.

A implantação desses bens tem, historicamente, ficado a cargo do Estado, já que a ordem de grandeza dos investimentos exigidos (não existem empresas privadas em condições financeiras adequadas para empreendê-los) e as baixas taxas de retorno do capital fazem com que esses investimentos sejam pouco interessantes para o capital privado atuando de forma direta (indiretamente, o capital privado intervém como credor do Estado).

Esses investimentos públicos seguem, por sua vez, duas racionalidades diferentes:

- a) a que se orienta para a elevação do padrão de vida urbana defende a disponibilidade e a melhoria dos bens de consumo coletivo, na quantidade e na localização que melhor respondam às necessidades da população;
- b) a que se orienta pela ética do capital defende os investimentos em bens de infra-estrutura de produção e aceita os investimentos em bens de consumo coletivo, na medida em que sirvam para proporcionar ao capital algumas condições mínimas de acesso aos meios de produção.

Assim, embora haja uma ressalva contra determinados investimentos em bens de consumo coletivo por diversos setores, a racionalidade que os orienta é diferente. Um exemplo disso poderia ser a reivindicação por um sistema de transporte público, num novo município industrial. Enquanto que a população tem interesse num sistema rápido e em boas condições, os empresários estarão interessados na sua existência, ainda que de forma precária, sem levar em conta as suas condições.

De qualquer forma, o predomínio da ética do capital prevaleceu quanto à aplicação de critérios para a definição de investimentos governamentais. Se a realidade é essa, é evidente que para os investimentos em bens de consumo coletivo é destinada a menor parcela dos recursos disponíveis. Entretanto, esses recursos aplicados para a elevação do nível de vida da população ainda não têm uma distribuição uniforme. Seria de se supor que esses bens de consumo coletivo se distribuíssem na medida das necessidades da população. Se de fato isso não acontece, a própria lógica de custo/benefício poderia definir áreas de implantação (menor custo *per capita*). Como a realidade que veremos na parte seguinte nos mostra que isso não acontece, tentaremos sugerir duas explicações. Para Pellegrini, Ramos e Ribeiro, a distribuição dos bens de consumo coletivo depende fundamentalmente dos desníveis do peso político de cada classe no interior da sociedade, de sua capacidade de pressão social e seu grau de representatividade no interior da máquina do Estado. Dessa explicação parece surgir uma distribuição que favorece as condições de bem-estar do *habitat* das classes dominantes. Entretanto, existe uma segunda explicação que complementa e aprofunda

essa. Os processos de urbanização experimentaram uma mobilidade social-geográfica intensa, muitas vezes explicada pela implantação de bens de consumo coletivo em áreas de predomínio de camadas populares. Esses grupos sociais, não suportando os mecanismos “fantasmas” do mercado imobiliário, são obrigados a procurar áreas de menor disponibilidade de equipamentos sociais, ou seja, áreas às vezes desprovidas de qualquer infra-estrutura urbana. Aqueles que conseguem resistir à pressão, de alguma forma, por circunstâncias geográficas ou histórico-legais, passam a formar “manchas marginais” em áreas habitadas predominantemente por população de maior nível de renda. Tornaremos a ver esses fenômenos no item 5.

Também a necessidade de fixação de novas áreas de urbanização destinadas à população de estratos de alta renda (por força de pressão política dos grupos dominantes) foi um fator determinante para a implantação, nessas áreas, de bens de consumo coletivo de grandes dimensões, inclusive em períodos anteriores à sua efetiva e real utilização, caracterizando, dessa forma, a significativa influência que exercem no indicador que dá unidade a essa explicação de distribuição desigual de serviços coletivos à população. Esse indicador é a mudança do valor do solo urbano.

4.2 Valor do solo urbano e distribuição populacional

Nas zonas metropolitanas de alguns países latino-americanos, o número de pessoas de baixa renda que reside em um bairro é inversamente proporcional ao valor do solo nesse local.

No Brasil, mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro pesquisou-se a hipótese acima enunciada.

Para isso, dividiu-se as populações de diversas zonas em seis grupos, conforme a sua renda familiar *per capita* (de meio até 10 ou mais salários mínimos), tomando como variável dependente o número de pessoas em cada nível de renda e como variável independente o valor de mercado do terreno nesse lugar.

Constatou-se que, para o grupo de até meio salário mínimo, um aumento de 10% no valor do solo se associava a uma diminuição da população citada em 4,2%, enquanto que para os dois grupos de maiores rendas o mesmo aumento se traduzia num crescimento de sua população em 6,6%. Todos os coeficientes encontrados foram significativos, com 0,05 de confiabilidade ou mais.

Por fim, comprovou-se que essa valorização do solo urbano está diretamente relacionada com o acesso às facilidades da vida urbana. Está, portanto, em relação direta com os investimentos em água e saneamento e com as chamadas amenidades (m² de parques e praças e distância do mar e do centro).

Todas essas comprovações parecem de bom-senso, mas permitem descobrir um dos aspectos que regem a distribuição dos investimentos estatais em bens de consumo coletivo.

5. *Distribuição dos bens de consumo coletivo e serviços de saúde*

5.1 Bens de consumo coletivo

Este aspecto é de grande importância ao nível da vida cotidiana, entretanto, paradoxalmente, foi pouco estudado. O Estado é, como vimos no capítulo ante-

rior, o único capaz de realizar os grandes investimentos que representam os bens de consumo coletivo e de infra-estrutura, devido à grandeza desses investimentos e à baixa taxa de retorno que deles se espera. Esses investimentos vultosos aparecem no discurso oficial como socialmente neutros, contribuindo para o “bem-estar público”, enquanto, na realidade, constituem uma forma de distribuição da renda real por parte do Estado. A renda real não é representada só pelo poder aquisitivo do salário ou renda monetária, mas também pelas facilidades de acesso às oportunidades da vida urbana (educação, transporte, distração) e pela diminuição dos riscos desse tipo de vida (doenças transmissíveis, poluição da água e do solo etc.). Como exemplo dessa renda não-monetária, poder-se-ia tentar quantificar o total de horas de trabalho não-remunerado que se agrega, por conceito, ao deslocamento centro-periferia para a diária do trabalhador latino-americano. Esse tempo, calculado entre 1h38min e 3h diárias, representa de 20 a 40% de carga extra de trabalho que a sociedade impõe aos moradores das zonas periféricas. Além disso, é nesse tempo que ocorrem 2,78% dos acidentes com o trabalhador.

Por outro lado, a presença dos investimentos em bens de consumo coletivo afeta, conforme já vimos, de forma positiva, a capitalização do solo. Quando essa capitalização não é acompanhada de um aumento correspondente do valor dos impostos municipais, produz-se o chamado “excedente fiscal” que entra diretamente para o ativo fixo do proprietário.

Se levarmos em conta a grandeza desse tipo de investimento, será fácil explicar por que a localização e a reivindicação de bens de consumo coletivo são motivo de conflitos em grande escala, originando os chamados “movimentos sociais urbanos”, que muitas vezes tomaram dimensão política.

Essa distribuição diferencial, estudada do ponto de vista teórico no item 4, não foi exaustivamente analisada nas grandes urbes latino-americanas, sobre as quais há dados com um baixo grau de discriminação.

Em Buenos Aires, por exemplo, enquanto na zona central (Capital Federal) há 96% de lares servidos pela rede de água potável, só 40% da conurbação periférica conta com tais serviços. Isso faz com que o consumo de água por habitante e por dia chegue a 858 l na zona central, em contraposição a uma média de 357 l na periferia. De qualquer maneira, esses valores são médios e se deveria discriminar com mais exatidão os diversos componentes de uma macrozona. Assim, por exemplo, a taxa média de conexão à rede de água corrente em Montevideu está próxima dos 90%, enquanto que um estudo de um bairro localizado dentro da zona urbana mostra uma taxa de 35,13%.

No Rio de Janeiro, as zonas mais carentes da periferia — as regiões de Campo Grande, Santa Cruz e Bangu — possuem índices de conexão à rede de água potável inferiores a 60% e, coincidentemente, ostentam as maiores taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias.

O Plano Urbanístico Básico da cidade de São Paulo mostra, em 1968, a existência de 47,6% dos domicílios desprovidos de serviços de água.

Em relação ao esgoto sanitário, as conexões com a rede pública em Buenos Aires atingem cerca de 88,4% dos lares da capital federal e apenas 17,6% da conurbação periférica.

No Rio de Janeiro não há conexões de rede pública nas zonas periféricas estudadas pelo Plano Municipal de Saúde Pública. Nessas zonas, inclusive, as fossas sépticas particulares cobrem entre 42 e 52% dos domicílios.

São Paulo sofre carência deste serviço em cerca de 58% dos lares, e em Montevideu, cuja média geral é de cerca de 68,95% (incluindo zonas rurais), em bairros urbanos de poucos recursos cai para cerca de 43,66%.

O transporte é um bem de consumo coletivo crucial para definir a possibilidade de utilização ou a carência de muitos dos outros bens, o que de alguma maneira multiplica a sua importância. Em muitas oportunidades, os grandes investimentos que se fazem na infra-estrutura viária não são acompanhados de melhoria nos serviços de transporte coletivo, o que indica que o seu objetivo é melhorar os deslocamentos individuais e de veículos de carga.

O volume dos deslocamentos diários numa grande cidade é de uma ordem assustadora. Em Buenos Aires realizam-se mais de 10 milhões de traslados diários, enquanto que em São Paulo, em 1974, essa cifra estava próxima dos 14 milhões. Referindo-se a esses fatos, C. Camargo comenta: "...contudo, o que ressalta é a modalidade desses percursos diários. Por um lado, o transporte individual: são os grupos poderosos, possuidores de automóveis, cuja média de ocupação é de 1,2 pessoas por veículo. Por outro lado, o transporte de massas apoiado em 7 mil ônibus, mais os 1.500 das empresas intermunicipais que transportam 6,8% milhões de passageiros, levando nos momentos de maior afluência cerca de 130 pessoas por veículo, o dobro da capacidade máxima prevista."¹⁰

Analisaremos em seguida, mais detalhadamente, um bem de consumo coletivo de interesse prioritário para a nossa área, que são os serviços de saúde, ressaltando que a sua importância relativa, dentro das condições de saúde de uma comunidade, deve ser avaliada em conjunto com o impacto dos outros bens coletivos.

5.2 Serviços de atenção à saúde

Convém, no estudo deste ponto, propor um esquema de análise que permita localizar os diversos elementos que se vão plasmar em cada área urbana de forma particular.

Os aspectos de geografia e distribuição da renda, a conformação institucional do setor saúde, as culturas prevaletentes em relação à saúde e, finalmente, fatores próprios de cada cidade (doenças prevaletentes, problemas raciais, religiosos etc.) são indispensáveis para localizar a dimensão da questão sanitária em cada cidade.

5.2.1 Geografia e distribuição da renda

A esse respeito, deve-se analisar a configuração que tomam, em cada cidade, os setores de diferente capacidade econômica. Nesse sentido, existem diversos padrões, tais como a distribuição de pobreza em círculos concêntricos, típica das cidades planas (São Paulo), e critério de afastamento de mar ou distância das chamadas amenidades (Buenos Aires — Montevidéu), a formação de "manchas marginais" originadas por fatores topográficos (Rio de Janeiro) ou históricos (Bogotá). Geralmente existe o predomínio de um desses modelos, permeado de parte dos outros (ver item 4).

Essa distribuição peculiar, cujo indicador mais expressivo seria, como já vimos, o diferencial de valor da terra, vai criar as condições da necessidade, da procura e da oferta dos serviços de atenção à saúde. A situação legal quanto à posse e

¹⁰ Camargo P. F., Cândido. In: *São Paulo 1975. Crescimento e pobreza* (vários autores). São Paulo, Loyola, 1976. p. 33.

ao *status* jurídico das zonas marginais é também um aspecto a ressaltar. É, em geral, impossível atingir os padrões legais em relação à posse de terrenos e construções, nesse tipo de povoação. As leis de saúde pública, em particular, representam um grande impedimento na regularização das situações de fato e freqüentemente baseiam-se em princípios tradicionais sobre modos de transmissão de doenças que, em muitos casos, foram cientificamente superados.

Se aceitamos a influência dos fatores sócio-econômicos na vulnerabilidade das populações, convém recordar que nas principais cidades latino-americanas, 26% da população têm uma renda familiar *per capita* inferior à necessária para satisfazer às necessidades de alimentação e serviços mínimos, enquanto que outros 10% vivem em condições de indigência, isto é, sua renda não chega sequer para adquirir os alimentos da dieta mínima adequada. Um estudo recente num bairro de Montevideu encontrou cerca de 52,2% de famílias nessa última condição.

Tabela 7
População urbana e níveis de pobreza

País	Pobreza absoluta (%)	Indigência (%)
Argentina	5	1
Brasil	35	15
Colômbia	38	14
México	20	6
Peru	28	8
América Latina	25,2	8,8

Fonte: Altimir, 1979. In: Zeller, C. *Dinámica demográfica de la urbanización y algunas repercusiones para el sector salud*. Washington, DC, 1981.

Sem dúvida, esses fatores vão condicionar uma situação precária quanto à disponibilidade de bens de consumo coletivo, com influência na saúde. Embora a influência desses fatores no nível da saúde tenha sido comentada em muitas oportunidades, convém recordar os estudos de Puffer e Serrano sobre as variações em termos de mortalidade geral e infantil, assim como a relação entre mortalidade em menores de dois anos e o grau de educação da mãe encontrada por Betim em 13 regiões urbanas latino-americanas. Jair Nilson Paim, analisando a mortalidade infantil no município de Salvador, Bahia (Brasil), encontra uma relação entre o nível de salário real e a mortalidade infantil, demonstrando estatisticamente uma associação muito significativa de ambos os fatores.

Esses dados que nos falam da grandeza das necessidades em matéria de saúde devem ser combinados com os dados geográficos, para montar um verdadeiro

¹¹ Paim, J. *Variáveis ambientais e mortalidade infantil no município de Salvador*. Universidade Federal da Bahia, 1975.

mapa de necessidades. Por outro lado, essa “geografia humana” vai condicionar os aspectos da procura e da acessibilidade considerada em termos de distância e tempo de traslado para os diversos serviços. Este último fator está fortemente ligado a um dos bens de consumo coletivo que é o transporte público.

5.2.2 Conformação institucional do setor saúde

O uso que a população faz dos serviços de atenção à saúde depende de sua acessibilidade, em termos geográficos, mas também dos direitos que a conformação institucional do setor concede a cada pessoa.

Uma das constatações que se faz em relação ao uso e à disposição dos serviços de saúde é o problema da concentração da oferta nas zonas centrais. Assim, por exemplo, em Buenos Aires constatou-se uma média de um estabelecimento de saúde para cada 30 hectares na Capital Federal, enquanto que essa relação na conurbação periférica era 12 vezes menor. A relação de leitos por mil habitantes em Buenos Aires é quase quatro vezes maior na zona central (com uma relação de 9 leitos/1.000) do que na periferia (2,3/1.000). No Rio de Janeiro, a mesma relação varia de 17,77 leitos por mil habitantes nas áreas centrais até um mínimo de 1,32/1.000 na zona mais carente.

Nessa mesma cidade, a relação habitantes/consultório médico vai de um consultório para 504 habitantes até um consultório para 11.367 habitantes, considerando zonas centrais e periféricas. Quanto à disponibilidade de recursos humanos, utilizando como indicador o número de médicos em relação ao número de habitantes da zona, as cifras da área que cerca o Rio de Janeiro nos indicam uma relação que vai de 2.518 até 7.858 habitantes por médico, em ambos os casos muito deficitária, inclusive em relação à média nacional que é estimada, para o Brasil, em cerca de um médico para mil habitantes. Junto com essa disparidade na distribuição de recursos convém recordar que o tempo de traslado periferia-centro é, em muitos casos, maior que grande parte dos traslados interurbanos rápidos.

Entretanto, o fracasso de muitas das tentativas de descentralização de serviços para a periferia parece indicar que o problema não é exclusivamente geográfico. Essa suspeita coincide com o que foi enunciado no Seminário Regional sobre Atenção Primária à Saúde em Nível Urbano, organizado pela OMS em dezembro de 1981 em Manila: “Este seminário toma conhecimento das grandes desigualdades na saúde das comunidades urbanas e na prestação de serviços de saúde e outros relacionados com ela. Essas desigualdades em geral não estão sendo reduzidas e inclusive, em muitas áreas urbanas, estão se tornando cada vez mais pronunciadas. Este seminário lança um apelo para que os princípios de equidade sejam mais firmemente observados na prestação de todos os serviços que tentam solucionar os problemas urbanos de saúde e para que a equidade nessa distribuição seja vista num contexto mais amplo de necessidades e não só a partir da mera distribuição geográfica.”¹²

Para compreender melhor esses fatores adicionais, que influenciam a necessidade e a procura de serviços, é oportuno recordar que pelo processo peculiar da urbanização nas regiões dependentes, formam-se na periferia das cidades os bairros habitados pelo exército industrial de reserva, ao qual as crises do sistema

¹² OMS. *Regional seminar on urban primary health care*. Manila, Dec. 1981. p. 5-6.

acrescentam níveis crescentes de desemprego. Provavelmente esses setores, desprovidos de direitos em relação aos sistemas de previdência social, serão tributários das redes de nível primário dos ministérios da saúde (no caso de existirem e funcionarem tais redes). Criam-se, assim, dois sistemas cujas fronteiras seriam imprecisas: o sistema da previdência social (com suas variantes: obras sociais, seguros coletivos etc.) com alta tecnologia e concentração em zonas centrais e, por outro lado, o sistema público periférico, com programas de medicina simplificada. Como elemento dissonante, encontram-se os grandes hospitais públicos, geralmente de localização central e com escassas vinculações com seus centros periféricos (caso da regionalização de Bogotá). É provável que resolver a desigualdade de direitos em relação aos serviços, proveniente de desigualdades mais profundas, seja tão importante quanto resolver a localização ideal de centros de saúde em zonas afastadas. De qualquer maneira, diante dos fatos e das cifras apontadas anteriormente, é inegável que a redistribuição geográfica é imprescindível.

5.2.3 Cultura urbana e saúde

Sem dúvida, uma das características das urbanizações latino-americanas, com a absorção, em massa, de migrantes, é a de ser um processador cultural de grande escala.

Como são modificados os valores culturais, em relação à saúde, é um ponto que é necessário pesquisar a cada passo, já que cada produto resultante será diferente dos outros. Uma pesquisa de campo, que estuda as atitudes da população em relação aos serviços de saúde, foi realizada recentemente em Buenos Aires e seus resultados estão em fase de elaboração.

Entretanto, é possível supor que exista uma rápida transmissão em massa dos comportamentos dominantes, o que implica, no nível do setor saúde, uma difusão das tecnologias mais sofisticadas. Poder-se-ia deduzir que é esta característica cultural, juntamente com a importância relativa da acessibilidade em termos geográficos, já discutida, que explica um dos traços típicos da atenção de saúde em áreas urbanas, que é a falta de sistematização da procura.

Com efeito, os estudos de rendimento dos centros periféricos do Rio de Janeiro (que evidenciavam uma péssima relação nº de habitantes/médico) indicam paradoxalmente uma capacidade ociosa entre 30% e 64%.

Esse mesmo fenômeno se comprova na utilização dos serviços periféricos da circunscrição de Matanzas (Buenos Aires), apesar de sua cotação de eficácia em quase todos os aspectos estudados ser superior à dos centros do mesmo nível localizados na zona central.

Pode-se supor que a população periférica, sem direito de usar os serviços da previdência social, enfrentando dificuldades, do ponto de vista geográfico, de recorrer aos centros públicos de alto nível e, em muitos casos, impedida, em termos econômicos, funcionais e culturais, pelos preços das tarifas pelo tempo de espera, pela informação incorreta, de aceitar serviços que não sejam os propostos pelos modelos culturais dominantes, não encontra qualquer opção aceitável e procura indistintamente diferentes níveis de atenção, de acordo com uma percepção própria da gravidade do caso ou outras variáveis que se interponham. Este poderia ser um ponto a focalizar, nas pesquisas de campo sobre o assunto.

5.2.4 Outros fatores

Por fim, no estudo e no esboço de estratégias urbanas de saúde, devem ser considerados os fatores particulares de cada cidade, tais como patologias específicas que constituam problemas de saúde pública, ou fatores culturais concretos que possam interferir na prestação dos serviços (bairros habitados por pessoas de determinada origem étnica, religião etc.).

Nesta parte, devemos incluir os fatores comuns a todos os processos de urbanização, como a evolução sócio-demográfica não sentida de uma família nuclear, com uma queda das formas de natalidade e uma elevação da idade média.

A médio prazo, isso aumenta a morbidade de tipo crônico degenerativo, com um alto consumo de medicamentos. Esses fatores são claramente percebidos nos centros urbanos que estão, hoje, relativamente estabilizados, do ponto de vista demográfico, como Buenos Aires e Montevidéu.

Entretanto, a médio prazo, todas as urbes apresentam os mesmos fenômenos e, portanto, devem incluir no planejamento de serviços a atenção a patologias crônicas (fundamentalmente hipertensão, cardiopatia isquêmica, tabagismo e câncer) junto com os tradicionais serviços materno-infantis e de imunizações.

Para concluir, devemos acrescentar os fatores colaterais à industrialização, que se concentram nas cidades, e que são os problemas de saúde ocupacional e de poluição ambiental. Esses fenômenos devem ser vistos num contexto mais amplo do que o meramente urbano.

6. Hipóteses e conclusões

O presente documento serviu de base para uma mesa-redonda realizada durante o I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe, que contou com a participação dos Profs. Susana Badino e Sonia Fleury, do Proasa/EBAP/FGV; Sérgio Arouca e Mario Hamilton, da ENSP; Jorge Peña Moha e Humberto de Moraes Novaes, da OPS e dos participantes do curso.

Durante a mesa-redonda foram levantadas hipóteses originadas a partir deste documento e tentou-se comentar a sua validade, estabelecendo algumas linhas de trabalho para desenvolver pesquisas específicas no futuro, tal como dissemos na introdução.

As hipóteses foram divididas, quanto ao seu nível de amplitude, nos seguintes planos: a) ideológico-político; b) de planejamento-distribuição; c) de atitudes.

No plano ideológico-político, colocou-se, como primeira hipótese, a seguinte: *Para obter um impacto efetivo nas condições de saúde dos conjuntos populacionais urbanos da América Latina, é necessário, sobretudo, modificar a estrutura da urbanização de tipo dependente no continente.*

Em relação à validade dessa hipótese, comentou-se que ela é basicamente certa, embora se tenha que pensar nas ações possíveis que vão modificando a situação atual e, ao mesmo tempo, apontando para a transformação estrutural. Por outro lado, lembrou-se que o problema consiste em definir o que é um impacto efetivo, já que existem exemplos de mudanças drásticas em aspectos parciais da saúde de uma comunidade, através de ações que não afetam as estruturas (imunizações, redução da morbimortalidade por poliomielite, etc.) e o caso contrário, em que reformas estruturais importantes podem produzir efeitos limitados na saúde.

Sugere, essa hipótese, a possibilidade de pesquisas ou rever as pesquisas feitas, comparando mudanças nos níveis de saúde em países onde ocorreram mudanças estruturais.

Como segunda hipótese nesse nível colocou-se que: “O sistema político-econômico do país determina os tipos de serviços que são considerados como bens de consumo coletivo, a cargo do Estado.”

Em relação a esse problema observou-se que não era o Estado ou lógicas de distribuição abstratas que definiam se a saúde, a educação ou a habitação eram um bem de consumo coletivo, mas sim que essas definições são o produto do conflito entre o capital e o trabalho e do peso de representação que estes tiverem na máquina estatal.

Também se recordou que era importante o grau de desenvolvimento econômico que tornasse possível que o Estado, além de sua vontade política, concretizasse ações que proporcionassem tais serviços. Finalmente se tomou conhecimento da existência, nos países da região, de uma tendência à diminuição dos gastos do Estado nesse setor.

No nível do planejamento-distribuição levantou-se, como primeira hipótese, a seguinte:

A formulação e a implantação das estratégias concretas de saúde na América Latina não levaram em conta nem o processo específico de urbanização, nem as formas e as grandezas da marginalidade, nem os graus de acessibilidade econômica, cultural e funcional dos diversos serviços.

Essa hipótese é parcialmente válida e os participantes concordaram ao reconhecer que alguns processos de planejamento de saúde levaram em conta todos esses aspectos e montaram estratégias adequadas. Entretanto, essas estratégias foram adequadas para manter a situação, e não para mudá-la. Como exemplo foram citados os movimentos de medicina comunitária.

Como linha de pesquisa propôs-se estudar experiências de um nível microestrutural, que se realizam em praticamente todos os países da América Latina e que parecem satisfazer melhor esses requisitos.

Como segunda hipótese do nível de planejamento-distribuição, colocou-se que: *A distribuição desigual dos bens de consumo coletivo, principalmente saneamento e água potável, torna ineficazes, na maioria dos casos, as ações específicas dos serviços de saúde nas áreas urbanas.*

O painel considerou importante relativizar essa hipótese, já que a experiência cubana dos primeiros anos pós-revolucionários indicava que se pode conseguir impactos nos índices de mortalidade sem mudanças importantes no saneamento básico (entendendo por saneamento básico todas as medidas de saneamento ambiental e não só serviços de água e esgotos).

Por outro lado, a experiência do Brasil com a vacinação antipólio em massa parece confirmar a relatividade da hipótese. Entretanto, foi trazido para confronto o caso da cidade de São Paulo, onde se constatou uma diminuição da morbidade e da mortalidade proporcional à extensão do saneamento básico, apesar de não se ter adotado, simultaneamente, qualquer esquema de extensão da cobertura.

A abordagem inicial da atenção primária em saúde parece indicar que o impacto no estudo de saúde pode ser atingido através de ações nos campos da atenção médica (em todas as suas etapas) e do saneamento ambiental.

O painel considerou que estudar casos em que se tivesse modificado um dos aspectos sem modificar o outro poderia ajudar a encontrar a “combinação de maior impacto”, dentro do esquema geral de atenção primária.

A terceira hipótese, nesse nível, colocava:

A implantação de redes de serviços de saúde de nível primário por parte do Estado, em zonas marginais, não segue a lógica de distribuição dos outros bens de consumo coletivo e se constitui numa forma de cobrir, a baixo custo, a omissão no provimento dos equipamentos sociais de tipo infra-estrutural.

Essa hipótese relaciona-se com a anterior no que se refere à lógica que orienta os investimentos estatais nas zonas periféricas. Observou-se que esta hipótese era válida em relação aos serviços públicos de saúde e que os grandes hospitais, inclusive, sempre foram construídos em zonas periféricas, embora geralmente o crescimento das cidades os tenha transformado em centrais. Entretanto, os investimentos do setor privado seguem uma lógica diferente e sempre foram localizados em zonas de boa capacidade econômica.

Propõe-se fazer estudos de caráter econômico sobre montantes de investimentos em zonas periféricas em serviços de atenção à saúde e compará-los com os montantes investidos em bens de consumo coletivo de tipo infra-estrutural. Esse estudo deveria relacionar-se com o proposto pela hipótese anterior.

No nível de atitudes, levantou-se como hipóteses que:

A decisão da população das zonas periféricas das grandes cidades, de procurar serviços em determinados níveis do sistema de saúde, é mais influenciada pela percepção da competência tecnológica do estabelecimento do que por sua acessibilidade geográfica.

Essa hipótese leva a pensar nas variáveis que determinam a procura. Alguns estudos parecem confirmar essa hipótese, mas é necessário enriquecê-la com outras variáveis, como, por exemplo:

- uma oferta limitada e uma demanda reprimida de grandes proporções fazem com que a variável “acessibilidade funcional” (inexistência de filas, horários adequados) seja fundamental (caso da regionalização na Colômbia);
- há nesse problema uma característica cultural do próprio pessoal de saúde, que muitas vezes sente que os programas de atenção primária são intrinsecamente de baixa qualidade e fomenta inconscientemente o encaminhamento desnecessário para centros mais bem equipados.

Este último ponto foi considerado especialmente interessante para ser estudado em relação a diferentes realidades da América Latina.