

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

3



APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde - **OPAS**, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização dessa ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a missão da **OPAS** no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando à melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/**OPAS** apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação desse sistema de saúde.

Essa Série Técnica se propõe a divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria de qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da equidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com essa publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da **OPAS**.

Sigamos avançando na conquista pela qualidade de vida e saúde da população!

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

SAÚDE NOS GRANDES AGLOMERADOS URBANOS:
UMA VISÃO INTEGRADA



BRASÍLIA – DF
2003

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde - Brasil

SAÚDE NOS GRANDES AGLOMERADOS URBANOS:

UMA VISÃO INTEGRADA

Organização:

Elias Rassi Neto

Universidade Federal de Goiás

Cláudia Maria Bógus

*Instituto de Saúde da Secretaria de Estado
da Saúde de São Paulo*

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.
Volume 3

BRASÍLIA - DF
2003

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 Brasília - DF
<http://www.opas.org.br>

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
<http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm>

1. Coordenador do Projeto

Júlio Manuel Suárez

2. Conselho editorial

Flávio Goulart

Florentino Garcia

Juan Seclen

Luciana de Deus Chagas

Lucinéia Moreli Machado

Luisa Guimarães

Rosa Maria Silvestre

3. Apoio técnico e administrativo

Luciana de Deus Chagas

Rosa Maria Silvestre

4. Normalização

Fernanda Nahuz

Fábio Cordeiro

Revisão

Beatriz De Paoli e Milena A. Telles

Capa, Projeto Gráfico

Wagner Soares da Silva

DTP

Cartaz Criações e Projetos Gráficos

Tiragem

1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde –
Representação do Brasil

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada/ Elias Rassi Neto, Cláudia Maria Bógus
(orgs.). – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. – (Série Técnica Projeto de
Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde, 3)

Bibliografia

ISBN

1. Serviços de saúde – Brasil. 2. Política de Saúde – Brasil. 3. Urbanização – Saúde Urbana –
Brasil. 4. População Urbana – Brasil. 5. Planejamento Urbano – Brasil. 1. Neto, Elias Rassi. II Bógus,
Cláudia Maria. III. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Série.

NLM: W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra,
desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

As opiniões expressas no documento por autores denominados sac' de sua inteira responsabilidade

AGRADECIMENTO

Nosso agradecimento e reconhecimento ao Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel por sua contribuição na elaboração e aprovação do desenho na proposta dessa publicação. A concretização desse volume da Série Técnica é uma realidade graças ao seu esforço, dedicação e apoio, fundamentais ao desenvolvimento desse trabalho.

CIDADE E ALMA

Uma cidade com um espírito grandioso não é suficiente. Não são suficientes palácios e monumentos, museus, catedrais e arcadas que se dirigem aos céus. Uma cidade que negligencia o bem-estar da alma faz com que a alma busque seu bem-estar de forma degradante e concreta, nas sombras desses mesmos reluzentes arranha-céus. Bem estar, um fenômeno específico das cidades, não é apenas um problema econômico social, mas predominantemente um problema psicológico. A alma que não for cuidada quer seja na vida pessoal, quer seja na vida da comunidade torna-se uma criança raivosa. Ela assalta a cidade que a despersonalizou com uma raiva despersonalizada, uma violência contra os próprios objetos que representam a falta de alma uniformizada; vitrines de lojas, monumentos, parques, edifícios públicos. Aquilo que, em sua ferida, os habitantes da cidade resolveram atacar e defender (árvores, casas antigas e bairros), nesses últimos anos; é significativo.

Os bárbaros que atacaram a civilização já vieram, em outros tempos, de fora das muralhas. Hoje em dia, eles brotam de nossos próprios colos, criados em nossos próprios lares. O bárbaro é aquela parte em nós com a qual a cidade não fala, aquela alma em nós que não encontrou um lar em seu meio. A frustração dessa alma, em face da uniformidade e impessoalidade de grandes muros e torres (guaritas, grades, seguros e circuitos internos de TV, portas giratórias etc.), destrói como um bárbaro aquilo que não pode compreender, estruturas que representam a conquista da mente, o poder da vontade e a magnificência do espírito, mas que não refletem as necessidades da alma. Por nossa saúde psíquica e bem-estar de nossas cidades, continuemos a encontrar maneiras de abrir espaço para a alma.

* HILLMAN, James. **Cidade e alma**. [S.l.]: Studio Nobel, 1993, p. 42.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	11
APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15

Parte I – O homem urbano e o espaço urbano

VIVER NAS CIDADES

<i>Washington Novaes</i>	21
--------------------------------	----

ASSOCIATIVISMO CIVIL, CONSELHOS DE GESTÃO NA SAÚDE E AS CIDADES BRASILEIRAS

<i>Maria da Glória Gohn</i>	41
-----------------------------------	----

A GEOGRAFIA URBANA NA DISSOLUÇÃO DAS IDENTIDADES ORIGINÁRIAS

<i>Elvio Rodrigues Martins</i>	67
--------------------------------------	----

Parte II – Demografia e urbanização

URBANIZAÇÃO EXTENSIVA E NOVAS FRONTEIRAS URBANAS NO BRASIL

<i>Roberto Luis M. Monte-Mór</i>	79
--	----

TENDÊNCIAS DO CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO NOS AGLOMERADOS URBANOS

<i>Rosana Baeninger</i>	97
-------------------------------	----

Parte III – Instrumentos metodológicos e proposição de políticas públicas

ANÁLISE ESPACIAL NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM AGLOMERADOS URBANOS

<i>Gilberto Câmara e Marília Sá Carvalho</i>	137
--	-----

SEGREGAÇÃO RESIDENCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: ANÁLISE DO ESPAÇO SOCIAL DA CIDADE NA GESTÃO DO TERRITÓRIO

<i>Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro</i>	155
--	-----

Parte IV – O sistema urbano brasileiro e as políticas de atenção à saúde

GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS CIDADES

Jairnilson Silva Paim 183

DESAFIOS DAS AÇÕES REGIONALIZADAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REDE URBANA BRASILEIRA

Jose Marcos Pinto da Cunha, Aurea M. Q. Davanzo e Rovenia M. C. Negreiros 213

A DISTRTALIZAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM SÃO PAULO

Maria do Carmo de Sant' Ana 233

A REDE DE PROTEÇÃO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM CURITIBA

Paulo Henrique Battaglin Machado, Carmen Regina Ribeiro e Vera Lidia Alves de Oliveira 255

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA DE BELO HORIZONTE

Fernando Augusto Proietti, Ada Ávila Assunção, Celeste de Souza Rodrigues, Claudia Di Lorenzo Oliveira, Eli Lola Gurgel Andrade, Maria Angélica de Salles Dias, Sonia Gesteira Matos, Soraya Almeida Belisario, Mariangela Leal Cherchiglia, Veneza Berenice de Oliveira e Waleska Teixeira Caiaffa 277

A METRÓPOLE RIO DE JANEIRO: TAMANHO E DIVERSIDADE E A BUSCA DA EQÜIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Jose Carvalho de Noronha, Cristiani Vieira Machado e Luciana Dias de Lima 297

Parte V Comentários Finais

ALGUNS INDICATIVOS PARA A AÇÃO INSTITUCIONAL, ACADÊMICA E SOCIAL

Elias Rassi Neto e Cláudia Maria Bógus 339

ANEXO 345

PREFÁCIO

A Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil está comprometida com os princípios da cooperação técnica para criar capacidades, assegurar suficiência, autonomia, excelência e sustentabilidade e procura auxiliar na sistematização de experiências e metodologias que surgem, com grande criatividade, nas diferentes condições e momentos, buscando disponibilizá-las como uma forte ferramenta de superação e desenvolvimento.

Nesse sentido, coopera com o desenvolvimento de políticas, planos e legislação nos níveis nacional e regional, com vistas a eliminar as desigualdades e contribuir para o fortalecimento da saúde como um direito humano, ampliando a utilização do financiamento de saúde e das contas nacionais de saúde como base para formulação de políticas.

No Brasil, para que a cooperação técnica ocorra de forma a facilitar a incorporação da redução das desigualdades em saúde relacionadas com pobreza, gênero e etnia, como componentes integrados das políticas e planos nacionais de desenvolvimento, torna-se fundamental a intersetorialidade na formulação, implementação e avaliação das políticas, visto que o espaço urbano do país apresenta diversas realidades. A trajetória de ocupação do espaço enfrenta a contradição entre a formação dos espaços brasileiros e de políticas sociais, indicando que o território não deve ser compreendido apenas como espaço físico, mas deve considerar o plano da vivência e como as pessoas se apropriam do espaço por meio de recortes vivenciais diferentes.

A publicação Políticas Públicas Integradas em Saúde nos Aglomerados Urbanos uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da OPAS/Brasil centra-se na discussão técnica e política e no debate social dos dilemas relacionados com a gestão e a organização do sistema e dos serviços de saúde em situações de concentrações populacionais no Brasil.

Este trabalho aborda o desafio da integralidade da atenção à saúde, com foco na redução de desigualdades, na perspectiva da gestão do sistema e dos serviços de saúde, da ação institucional e social. Tem por objetivo propiciar um espaço que possibilite o desencadeamento de uma discussão organizada e o mais diversificada possível sobre o assunto e fomentar o debate analítico e propositivo, a partir da perspectiva dos governos e da sociedade. Trata, também, dos cenários atuais e, ao mesmo tempo, projeta cenários futuros, buscando o aprofundamento de discussões dos aspectos históricos e políticos das regiões metropolitanas, com o apoio do Ministério da Saúde e da OPAS.

Jacobo Finkelman

Representante da Organização Pan-Americana no Brasil

APRESENTAÇÃO

Elias Rassi Neto e Cláudia Maria Bogus

Nos últimos anos, o tema das políticas públicas integrais em saúde nos aglomerados urbanos tem sido um aspecto importante nas atividades de cooperação técnica entre a área de Sistemas e Serviços de Saúde da Urbanização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde.

No Brasil, mais de 80% da população vive em áreas urbanas. Por essa razão, o fenômeno da urbanização é relevante ao se abordar a proposição e a implantação de políticas públicas sociais.

Em geral, as cidades e os aglomerados urbanos são vistos, exclusivamente, como espaços concentrados de problemas de caráter estrutural e contingencial e como as representações mais perversas da segregação social e econômica. Mas também são a representação mais completa das várias possibilidades de produção de serviços e tecnologias. As condições de saúde das populações urbanas acabam por ser a expressão mais emblemática de tudo isso: os avanços e as limitações das condições de vida e de trabalho e o resultado da integração mais ou menos adequada das políticas públicas.

Com essa perspectiva é que foi construída esta publicação. A proposta foi abordar, com uma visão interdisciplinar, o desafio da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva da gestão e da ação institucional e social. Políticas públicas integrais em saúde entendidas como iniciativas que repercutem na melhoria das condições de vida e de saúde da população: ações intersetoriais, desenvolvidas localmente e de forma descentralizada e que enfrentam as situações-problema de grupos populacionais prioritários, de modo integral e inovador.

A publicação tem cinco partes, organizadas tematicamente:

I - "O homem urbano e o espaço urbano", com três textos. O primeiro deles apresenta o fenômeno urbano e a sua complexidade. O texto seguinte aborda as possibilidades de organização e associação da sociedade civil no espaço urbano e o último texto trata do indiscutível impacto que esta nova geografia tem nas questões culturais dos vários grupos populacionais atingidos.

II - "Demografia e urbanização", com dois textos. O primeiro artigo é sobre a característica extensiva do processo de urbanização brasileiro nas últimas décadas. O segundo texto atualiza o quadro demográfico brasileiro, com base nas mais recentes bases de dados.

III - "Instrumentos metodológicos e proposição de políticas públicas". Os dois artigos que compõem esta parte apresentam os instrumentos da análise sócioespacial como recursos disponíveis para os gestores na formulação e na decisão de políticas públicas.

IV - "O sistema urbano brasileiro e as políticas de atenção à saúde", composto por seis artigos. O primeiro discute a necessidade de que a gestão da atenção básica seja integrada com todo o sistema de saúde e com todos os setores que influenciam a qualidade de vida nas cidades. O Segundo aborda a questão da regionalização e da hierarquização das ações de saúde, a partir da identificação do fluxo de pessoas. Os demais textos correspondem a quatro estudos de caso: São Paulo, Curitiba, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, como exemplos de importantes concentrações urbanas brasileiras. São descritos os contextos particulares de cada realidade e uma alternativa de enfrentamento da situação-problema destacada, em uma perspectiva de integralidade e equidade.

V - Esta parte, sem a pretensão de ter um caráter conclusivo, apresenta alguns indicativos para a ação institucional, acadêmica e social, a partir da análise proposta por todos os artigos anteriores. Também foi fundamental, para a elaboração do capítulo final, a realização da Oficina Políticas Públicas Integradas em Saúde nos Aglomerados Urbanos, ocorrida na sede da OPAS, em Brasília, no dia 5 de maio de 2003. O principal objetivo da Oficina foi apontar as expectativas e as questões mais relevantes relacionadas à discussão dos aglomerados urbanos e subsidiar futuros desdobramentos que contemplem ações e resoluções a serem tomadas.

Finalmente, vale destacar que essa publicação tem por objetivo propiciar um espaço que ajude a desencadear uma discussão organizada e o mais diversificada possível sobre o assunto e fomentar o debate analítico e propositivo, a partir da perspectiva dos governos e da sociedade. Pretendeu-se tratar de alguns cenários atuais e, ao mesmo tempo, projetar cenários futuros.

INTRODUÇÃO

Esta publicação tem, entre várias qualidades, uma que se destaca: a oportunidade, na medida em que se debruça sobre dois dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde no momento: a integralidade nas políticas de saúde e a oferta de atenção à saúde nos grandes aglomerados urbanos.

No primeiro texto desta coletânea, o autor registra que nas cidades brasileiras com mais de cem mil habitantes já vivem mais de cinquenta por cento da população, apresentando um quadro de morbi-mortalidade extremamente complexo, que sofre repercussões diretas das condições de vida observadas nesta sociedade de consumo, na qual persistem doenças associadas ao subdesenvolvimento, além de quadros típicos de grandes aglomerações urbanas: causas externas (entre estas homicídios, acidentes de trânsito e violências em geral), dependência a substâncias psicoativas (especialmente alcoolismo) e doenças crônicas e degenerativas.

As redes de assistência à saúde, em geral, nas grandes cidades brasileiras não estão preparadas e dimensionadas para conseguirem atender à demanda existente, seja a gerada pela sua população própria, seja a condicionada pela invasão de pacientes oriundos de áreas sem oferta ou com oferta insuficiente de serviços de saúde.

Como evidenciado em avaliações da implementação do programa de Saúde da Família realizada pelo Ministério da Saúde em dez grandes centros urbanos brasileiros em 2002, "dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles, considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde características de grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno".

Os mecanismos de financiamento da atenção básica como o Piso de Atenção Básica (PAB), com seu valor congelado desde sua implantação em 1998, e os incentivos do PSF, estes com valor sem alteração desde 1999, quando foi estabelecida uma tabela de acordo com a cobertura populacional, não conseguiram impulsionar efetivamente a ampliação do PSF nas capitais e nas regiões metropolitanas.

1 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Evidenciando a prioridade definida desde a construção do Programa de Saúde do Governo Lula, em que se inscreveu a meta de dobrar o número de equipes do PSF, aumentando a parcela de recursos federais em seu financiamento, com apenas três meses a atual gestão do Ministério da Saúde viabilizou o aumento dos valores do PAB ampliado, dos incentivos do PSF, de agentes comunitários de saúde e de equipes de saúde bucal, a atualização da base populacional para todos os repasses de recursos da atenção básica e a criação de uma tabela diferenciada para o incentivo do PSF nos municípios com mais de cem mil habitantes.

É importante ressaltar que viabilizar esses reajustes, que em seu conjunto representam um aumento médio superior a 30% nos repasses federais para os municípios, direcionados ao financiamento da atenção básica, não foi tarefa fácil frente a um orçamento extremamente comprometido pelas políticas definidas na gestão anterior e frente à dívida herdada, com cerca de 3 bilhões de reais encontrados em restos a pagar. Contudo, como falar que atenção básica a prioridade e continuar deixando seu financiamento congelado? Como tentar induzir uma ampliação do PSF nas grandes cidades e estimular a participação efetiva dos Estados no financiamento sem recuperar minimamente valores que estavam sem ampliação desde 1998 ou 1999?

Além de aumentar recursos para o custeio da atenção básica, há a preocupação na efetivação desse nível de atenção nos municípios com mais de cem mil habitantes. Teremos neste ano de 2003, mediante financiamento externo, o início de um grande projeto para realizar melhorias na rede física com reformas e equipamentos nas unidades de saúde da família e serviços públicos de média complexidade ambulatorial, que são retaguarda imediata para as equipes do PSF, e ainda a realização de um grande esforço de ampliação das ações de capacitação, formação e educação permanente de recursos humanos.

Contudo, não basta alocar mais recursos; existem particularidades no quadro enfrentado nos grandes aglomerados urbanos que impõem emprego de determinados referenciais teóricos e ferramentas metodológicas para seu enfrentamento. As dificuldades enfrentadas não se justificam plenamente pela dimensão das grandes cidades, pelas barreiras construídas pela violência urbana, pela invasão de pacientes de outras cidades e pela inadequação dos recursos humanos hoje existentes. Esses centros urbanos concentram o estoque de profissionais de saúde, os valores de mercado para remunerá-los são em geral menores do que para as pequenas cidades, e nelas estão os centros formadores.

Nas grandes cidades, no entanto, é grande a inércia da rede de serviços de saúde estabelecida resistindo a mudanças, a competição do setor público com o mercado privado é intensa, cada espaço de crescimento da oferta pública é, muitas vezes, vista como uma restrição criada à possibilidade de lucro e, com isso, alguns atores sociais,

em vez de aplaudir, criam restrições, quando não a combatem. Assim, cabe, além do esforço de colocar a ampliação e a qualificação da atenção à saúde na agenda política de prioridades de governo e assegurar recursos financeiros para sua efetivação, também construir uma estratégia para operacionalizar os avanços necessários, incorporando novas abordagens, articulando a abordagem intersetorial dos problemas de saúde e disputando a hegemonia ideológica e política no interior das instituições e corporações que estão no centro desse processo.

Gostaríamos de parabenizar a **OPAS** por essa iniciativa e agradecer pela parceria constante na busca da superação dos principais desafios na construção do Sistema Único de Saúde.

JORGE SOLLA

Secretario de Atenção à Saúde/MG

PARTE I

O homem urbano e o espaço urbano

VIVER NAS CIDADES

Washington Novaes

*Jornalista da TV Cultura e do jornal "O Estado de São Paulo"
Ex- Secretário do Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia do DF*

"A grande cidade começa por nos roubar o essencial: a visão da nossa própria sombra, o ruído dos nossos passos."

Julio Baroja

Embora não seja problema apenas do Brasil o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente lembra que, pela primeira vez na história da humanidade, mais de metade dos habitantes do planeta vive hoje em áreas urbanas, que têm sua população acrescida à razão de 160 mil pessoas por dia (como em Rio Claro, São Carlos, Barra Mansa, Guarapuava ou Sobral), viver nas áreas urbanas do país torna-se a cada dia mais difícil, mais complexo.

Embora haja discussões entre os especialistas sobre os critérios (são urbanos os habitantes das pequenas cidades que trabalham no campo?), já vivem hoje nas áreas urbanas brasileiras, segundo o IBGE, nada menos de 81,25% da população, ou 137,7 milhões de pessoas. E a elas se somam a cada dia entre 5 e 6 mil pessoas, com as taxas de nascimento (que continuam em queda e estão hoje em torno de 1,3% ao ano) e a migração residual.

Em 40 anos, de 1960 a 2000, nada menos de 107 milhões de pessoas se somaram à população urbana brasileira, por força das altas de natalidade, principalmente nas décadas de 60/70 e 70/80, e das migrações internas. Nesse processo, a população urbana, que representava 44,67% do total em (31,3 milhões), passou para mais de 80% no Censo de 2000, enquanto a rural (36,76 milhões ou 55,33%) caiu para 18,75% no fim do século, com um número de pessoas inferior ao de 40 anos antes.

Segundo as projeções do IBGE, o número de filhos por mulher tende a continuar caindo está em 2,2 e deverá chegar a 2,15 em 2005. Mas a população urbana seguirá crescendo e poderá chegar a 200 milhões, até que a população total se estabilize e esteja em 247 milhões no meio do século 21. As cidades com mais de 10 mil habitantes, que hoje já reúnem mais de 50% da população total, em meados deste século deverão ter cerca de 120 milhões de pessoas.

O grau de urbanização varia de macrorregião para macrorregião. Enquanto o Sudeste já apresenta 90,52% dos habitantes em áreas urbanas, no Norte são 68,87%, no Nordeste 69,07% no Sul 80,94% e no Centro-Oeste por força da rápida expansão da fronteira agropecuária e da mecanização intensiva no campo, que gerou forte êxodo rural 86,73%.

Essa, na verdade, é uma das principais componentes do “inchaço” das cidades. Em 1960 havia 38,76 milhões de pessoas nas zonas rurais e 31,30 nas cidades. Dez anos depois, as taxas praticamente já se haviam invertido, com 41,05 milhões (44,08%) no campo e 52,08 milhões (55,92%) nas áreas urbanas. Trinta anos mais tarde, no Censo 2000, chegava-se a mais de 80% nas cidades.

O problema é ainda mais complexo nas metrópoles. Assinalou o relatório preliminar brasileiro para a conferência Istambul+5, em 2001, que as 12 regiões metropolitanas do país, com 200 municípios, já reuniram 52,7 milhões de pessoas. Mais 37 aglomerações urbanas de porte médio somavam outros 20 milhões. E, com isso, estavam em 49 aglomerações 74,3 milhões de pessoas, ou 44% da população total do país.

O êxodo rural, um dos componentes do processo, deixou atrás numerosos custos ambientais e sociais: erosão do solo (1 bilhão de toneladas anuais já em 1997, segundo documentos oficiais do governo brasileiro), degradação de bacias hidrográficas por assoreamento (o solo erodido e carregado pelos ventos e pela chuva), poluição por agrotóxicos e efluentes de criações, comprometimento de mananciais de abastecimento etc. Mas geraria custos ainda mais pesados nas áreas urbanas, com a expansão descontrolada das periferias, onde se instalaram os contingentes migrados, quase sempre de baixíssima renda, que foram ocupar loteamentos clandestinos ou licenciados sem nenhuma infra-estrutura, além de áreas de preservação permanente, áreas de mananciais e áreas de risco. Só em São Paulo, são 1,5 milhão de pessoas em 3.431 Km² de áreas de mananciais, de preservação permanente ou de risco.

Um segundo componente decisivo do processo foi a migração interna determinada pelos diferenciais de renda entre as macrorregiões e pela maior possibilidade de emprego, especialmente no Sudeste com a concentração industrial e de serviços propiciada pelo salto tecnológico decorrente da imigração européia e japonesa, principalmente, e com a oferta de melhores infra-estruturas de saúde e educação. Em 1970, segundo o IBGE, Rio de Janeiro e São Paulo concentravam 61,3% do emprego industrial no país e 71,9% da produção industrial.

Mais recentemente, o avanço do desemprego e a queda dos salários reais acentuaram a expansão rumo às periferias, com a tendência de autoconstrução de moradias, para escapar ao aluguel (este passou a representar 26% da renda domiciliar média em 1998,

contra 11% em 1993). Ao longo da última década do século 20, nada menos de 1,3 milhão de moradias foram construídas em áreas ilegais, 78,9% das quais nas áreas metropolitanas. A autoconstrução ainda responde por mais de 50% do consumo brasileiro de materiais de construção.

Essa expansão desordenada das periferias gerou para o poder público já em graves dificuldades financeiras uma demanda excepcional por todas as infra-estruturas: energia, transportes, água e esgotos, limpeza urbana, segurança, educação, saúde, lazer. Demanda a que ele está muito longe de atender, contribuindo para a degradação das periferias, também assoberbadas pelo desemprego, pelos índices de violência (principalmente entre jovens, dentre os quais as taxas de desemprego são muito mais altas).

“A cidade fica cada vez mais cara, pois é preciso levar toda a infra-estrutura para mais longe”, observa um urbanista. Com razão. Na cidade de São Paulo, por exemplo, a área central em poucos anos perdeu 19,7% de seus moradores, enquanto as áreas mais “nobres” (principalmente pelo temor à violência) perderam 20%.

Mais recentemente, ao desemprego somaram-se outros fatores que levaram a novos deslocamentos populacionais significativos, em direção às novas metrópoles ou às cidades de médio porte. A busca de mão-de-obra mais barata, a implantação de pólos regionais industriais especializados, o deslocamento de empresas para fugir a deseconomias de escala (principalmente no custo do transporte) nas maiores metrópoles tudo isso levou a um novo quadro. Rio de Janeiro e São Paulo viram sua participação no emprego industrial reduzir-se em três décadas em mais de 25% e chegar em 2000 a 45,5%, com uma queda também na participação no produto industrial, de 71,9% para 54,7%. Na microrregião de São Paulo, a participação no produto industrial baixou de 26,8% para 13,9% em 15 anos.

Chegou o quadro urbano a tal ponto que, ainda recentemente, em entrevista à imprensa brasileira, o cientista político francês Alan Touraine disse que “a miséria do país já não é mais rural, é urbana. O grande problema do Brasil é a destruição ou sobrecarga das grandes metrópoles”.

Reverter o quadro, porém, exigirá reformulações em praticamente todas as políticas públicas. Novas estratégias mesmo.

Exigirá, por exemplo, colocar no centro da estratégia nacional a escassez mundial de recursos e serviços naturais apontada por muitos relatórios internacionais (consumo mais de 20% além da capacidade de reposição do planeta). Para negociar, exigir, nas relações internacionais de comércio, a incorporação, pelos compradores, dos custos de programas que evitem as perdas ambientais e sociais.

Exigirá, nas áreas urbanas, colocar freios à especulação imobiliária e cobrar, na abertura de novas áreas, a implantação, pelo incorporador, das infra-estruturas.

Exigirá transformações econômicas tendentes a enfrentar a questão do desemprego e das disparidades regionais de renda.

Exigirá rever as políticas de transporte urbano, em que os subsídios e incentivos embutidos no transporte individual levam progressivamente a congestionamentos, perda da velocidade média, redução da produtividade, inviabilização do sistema de ônibus (menos passageiros por quilômetro, maior custo por passageiro, necessidade de tarifas maiores em hora de redução do salário real etc) e, muito grave, à ocupação da maior parte do espaço público e privado pela infra-estrutura viária, estacionamentos e garagens (o que deveria ser meio transforma-se em fim).

Exigirá rever as políticas de educação e as infra-estruturas de saúde, inclusive para que estas últimas tenham capacidade de atender ao contingente cada vez maior de idosos.

Exigirá sistemas de segurança e penitenciários adequados às novas necessidades.

Não estranha, assim, que o novo governo federal comece a criar um Ministério das Cidades e que seu primeiro titular diga que será preciso criar consórcios entre municípios para resolver problemas comuns ou compartilhados, como os do saneamento, destinação do lixo, transporte coletivo.

Também não estranha que se corra em direção a novas fontes de recursos, criando taxas de iluminação pública, taxas de lixo, taxas pelo uso do subsolo e do espaço urbano (com publicidade). Nem que se tente agora repensar a “guerra fiscal” entre municípios, na qual a redução dos percentuais de cobrança do Imposto Sobre Serviços (ISSQN), para atrair empresas e postos de trabalho, está levando praticamente todos eles a situações financeiras muito difíceis.

A cidade, sonho de quase todo, vai-se tornando pesadelo para muitos.

Muitas estratégias têm sido propostas para reverter o quadro.

A Agenda 21 brasileira, por exemplo, propõe, entre muitas outras coisas, proceder a um reordenamento do solo urbano e à tributação progressiva de espaços não utilizados e dotados de infra-estrutura (criação de subprefeituras com autonomia e participação social na discussão, aplicação e fiscalização do orçamento); a implantação de posturas que impeçam

a impermeabilização progressiva do solo (e a contribuição para inundações) e exijam a manutenção, em cada imóvel, de sistemas de retenção de águas pluviais e áreas para percolação; o fim dos subsídios ocultos ao transporte individual. Muitas coisas.

Outros estudiosos e instituições têm feito também numerosas propostas. E muito terá de ser repensado.

A cidade, como diz o pensador basco Julio Baroja, tende hoje a tirar das pessoas o essencial, a interditar (pela insegurança e violência) o espaço público a crianças e idosos a poluir/destruir a paisagem (e eliminar o patrimônio arquitetônico histórico), uniformizá-la, principalmente nas periferias, com o tijolo aparente e as telhas de amianto.

Hoje, muitas cidades no mundo introduzem legislação para limitar a área urbana. Outras criam corredores exclusivos para ciclistas e pedestres (na cidade de São Paulo, dizem as estatísticas que 10 milhões, um terço dos deslocamentos diários das pessoas, são feitos a pé). Outras ainda interditam partes da área urbana ao transporte individual ou criam pesadas taxas para dar-lhe acesso.

Há até caminhos mais radicais, como programas de ecovilas, que tentam estimular comunidades de até 2 mil habitantes a suprimir os transportes internos, a implantar unidades de tratamento de esgotos localizadas em cada imóvel (para evitar redes), a ser o máximo possível auto-suficientes na produção de alimentos e materiais, a trocar materiais com outras comunidades do mesmo tipo que funcionam em rede.

Enfim, são muitos caminhos. Alguns terão de ser escolhidos, para os primeiros passos em direção a reformulações que tirem as cidades brasileiras do rumo problemático em que estão.

MORAR NA CIDADE

Transformações radicais serão necessárias na chamada “área social”, a começar pelo setor da habitação, em que as seqüelas do processo acelerado de urbanização são muito fortes.

Apesar de a Constituição brasileira já haver incorporado recentemente o direito à moradia aos direitos de cada cidadão, as condições em que se tem processado a urbanização, aliadas ao forte índice de concentração da renda no país (pelo menos um terço da população está abaixo da linha de pobreza), formaram um déficit progressivo de habitações, em particular nas áreas urbanas.

O êxodo rural determinado pelo rápido avanço da fronteira agrícola e mecanização intensiva das lavouras, especialmente as do agribusiness provocou uma inversão na distribuição

populacional brasileira, como já se registrou. Entre os dois últimos censos (1991 e 2000), as áreas rurais de todas as macrorregiões brasileiras perderam população. E desde o período 1960/70, a população rural como um todo experimenta crescimento negativo.

Esse processo de urbanização acelerada destacou o relatório do Brasil à conferência Istambul + 5, da ONU produziu “a interiorização do fenômeno urbano, a acelerada urbanização das áreas de fronteira econômica, o crescimento das cidades médias, o aumento da periferação dos centros urbanos, e a formação e consolidação das aglomerações metropolitanas e não-metropolitanas”. Segundo esse documento, a “reestruturação econômica” do país no período gerou “novos padrões, sobretudo na estrutura do emprego urbano e na dinâmica migratória”.

Nesse quadro, o percentual de “áreas urbanas informais” (assentamentos e domicílios ilegais) chega a 50% em muitas das aglomerações.

No conjunto das cidades brasileiras é ainda esse relatório quem diz, 1,33 milhão de domicílios particulares está só em áreas de “assentamentos subnormais”, dos quais 79,8% nas principais regiões metropolitanas. A região metropolitana do Rio de Janeiro respondia por 24,9% dos domicílios em favelas; a de São Paulo, por 17%; e a de Recife, por 15,5%.

Nem sempre coincidem os números sobre o déficit habitacional brasileiro. Um estudo do BID e da Fundação João Pinheiro, divulgado no início de 2002, apontava um déficit de 6,6 milhões de unidades, correspondentes a 20,2 milhões de pessoas. Mais de 80% do déficit estavam em áreas urbanas, variando por regiões (o Maranhão era o Estado em piores condições, com 46,4% da população incluídos no déficit). Com exceção do Distrito Federal e Tocantins, todos os outros 8 dos 10 Estados em pior situação estavam no Nordeste.

Para a Secretaria Especial de desenvolvimento Urbano, esse déficit correspondia a 14,8% dos domicílios particulares permanentes. O maior déficit estava em São Paulo, com, 1,16 milhão de moradias.

Por regiões, percentualmente, o déficit maior estava no Nordeste (2,6 milhões de moradias, 39,5% do total), seguido do Sudeste (36,2% ou 2,4 milhões de domicílios), do Sul (10,4% ou 690 mil moradias), do Centro-Oeste (7,3% ou 488 mil) e do Norte (6,5% ou 433 mil domicílios).

Outro levantamento, do IBGE, também em 2002, apontou só na cidade de São Paulo 909 mil favelados, 117 mil moradores de cortiços, 41 mil de domicílios “improvisados” e 8 mil moradores de rua. Um total de 1,07 milhão de pessoas, ou 10,3% da população total da cidade (10,43 milhões). Esse contingente humano, que era de 7,7% da população paulistana em 1991, equivalia a uma 13ª maior cidade brasileira, com população superior às de 16 das 26 capitais de unidades da Federação.

Ainda na região metropolitana de São Paulo, registrava-se que a região central perdera em 10 anos um de cada cinco moradores, enquanto a periferia leste e sul ganhara um para cada quatro (nessas duas últimas áreas viviam 6,9 milhões dos habitantes da cidade).

Um terrível complicador está em que 95% do déficit habitacional brasileiro correspondem a famílias que ganham até 5 salários mínimos mensais. No entanto, entre 1995 e 2000, nada menos de 80% dos financiamentos habitacionais se destinaram a pessoas com renda mensal acima desse valor. Foram 1,4 milhão de financiamentos, dos quais 90,5% com recursos do FGTS. Outras 3,7 milhões de construções se fizeram sem financiamento, em grande parte pelo sistema da autoconstrução.

Será extremamente difícil avançar na qualidade de vida urbana, redirecionar as políticas urbanas, sem conferir prioridade a esse ângulo dos problemas.

A recém-empossada secretária-adjunta do Ministério das Cidades entende que será mesmo indispensável criar uma agência nacional de financiamento habitacional. O ministro das cidades, por sua vez, anunciou um Sistema Nacional de Habitação e a intenção de limitar os financiamentos da Caixa Econômica Federal, nessa área, às famílias com renda mensal de até 5 salários mínimos. Acima desse teto, o financiamento caberia ao sistema bancário privado.

Não se tem conseguido avançar na questão da ocupação de áreas de preservação permanente, áreas de mananciais e áreas de risco por habitações "informais". Ao contrário, o Estatuto das Cidades até facilita sua legalização o que, por um lado, atende ao ângulo social, mas por outro complica as questões do abastecimento de água (caso de São Paulo, entre outras) e da preservação ambiental de áreas relevantes, além de perpetuar a possibilidade de tragédias nas áreas de risco (desabamentos, deslizamentos, mortes), cada vez mais freqüentes em muitas áreas metropolitanas, na temporada de chuvas mais fortes.

MORAR COM QUALIDADE

A ausência e/ou precariedade dos serviços de saneamento básico constituem um dos maiores entraves à melhor qualidade de vida dos moradores de áreas urbanas no Brasil.

Segundo o último Diagnóstico do Sistema Nacional de Informação em Saneamento lançado em 2003 com os dados de 2001 pelo Programa de Modernização do setor de Saneamento, nada menos de 10 milhões de pessoas, entre as 124 milhões pesquisadas

(pouco mais de 8%), não têm acesso a redes de água. Já no caso das redes de esgotos, o déficit é muito maior: 60 milhões de pessoas, ou quase 50% das que vivem em regiões abrangidas pelos serviços de empresas que atuam em 74,3% dos municípios, onde estão 91,8% da população urbana.

Mais de 4 mil municípios brasileiros, segundo esse diagnóstico, têm serviços de abastecimento de água e atendem a 90% da população urbana. Mas só 935 dispõem de serviços de coleta de esgotos (ou coleta e tratamento). E nas cidades atendidas por companhias estaduais de saneamento apenas 38,3% da população são atendidos por redes de esgotos.

Quanto ao tratamento de esgotos, a situação é ainda mais precária. A média nacional é de 25,6% (29,8% nas cidades atendidas por empresas estaduais e 17% nas atendidas por empresas locais).

Não estranha, assim, que sejam tão altos e preocupantes os custos no sistema de saúde gerados por doenças de veiculação hídrica (embora as estatísticas divirjam muito entre as fontes) ou que, segundo a SEADE (Fundação Estadual de Análise de Dados), na região metropolitana de São Paulo as diarreias sejam responsáveis por mais mortes (10.844 em 1998) que o crime (10.116).

De 1995 a 1998, segundo auditoria do Tribunal de Contas da União (documento DC-0566-17/02-P), ocorreram 24.396 óbitos de crianças de 0 a 5 anos e grande parte pode ser atribuída a doenças veiculadas pela água.

Não bastasse, continuam muito preocupantes os números sobre as perdas de água nos sistemas públicos brasileiros de abastecimento. Chegam a 40,6% do total da água que sai das estações de tratamento e se perde nas redes de distribuição, por vazamentos, rompimentos e até furtos, de acordo com aquele diagnóstico. Já uma auditoria do Tribunal de Contas da União em 2001 apontou que, das 27 companhias estaduais, 9 têm perdas superiores a 50% e 3 estão próximas dos 70%. Um estudo da Universidade Federal do Rio de Janeiro indica 46% de perdas nas redes públicas, equivalentes a 5,8 bilhões de metros cúbicos anuais.

Não há, entretanto, fontes de financiamento público ou privado para projetos de conservação/manutenção de redes de distribuição de água, embora vários estudos internacionais assegurem que custa de 5 a 7 vezes menos "conservar" um litro de água que produzir um litro "novo" com obras de captação, adução e tratamento.

A deficiência no tratamento de esgotos e sua deposição nos cursos d'água, por sua vez, contribui fortemente para a situação "crítica" em que se encontram todas as bacias hidrográficas no espaço entre a Bahia e o Rio Grande do Sul, segundo levantamento da

Agência Nacional de Águas. E com a poluição "fora de controle" em 70% delas. Parte considerável da poluição nessas bacias se deve à deposição, sem tratamento, de esgotos nos fluxos d'água.

Apesar de tudo isso, não tem avançado a discussão, no Congresso Nacional, do projeto de Política Nacional de Saneamento, emperrando nas disputas sobre a titularidade das concessões entre empresas estaduais e prefeituras, principalmente nas áreas metropolitanas. É uma disputa que se centra na expectativa de receita com as privatizações na área.

O processo de privatizações, entretanto, coloca algumas questões graves, a principal das quais pode ser resumida numa pergunta: quem financiará a implantação de sistemas de água ou esgotos para as populações mais pobres, exatamente as que não dispõem desses serviços? Hoje, as tarifas médias no setor já correspondem a mais de 10% do salário mínimo, segundo a Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Urbano do governo federal. E não seria realista acreditar que as populações de baixa renda possam comprometer uma parcela ainda maior de seus rendimentos no pagamento de tarifas que remunerem esses investimentos.

Seja qual for a resposta, os cálculos que têm sido feitos apontam na direção de um investimento mínimo entre R\$2,5 bilhões anuais, durante 10 anos, para eliminar o déficit na área do saneamento. E não só esses recursos não estão disponíveis como não estão definidas as fontes de financiamento. Nos orçamentos públicos, eles estão longe de atender à necessidade. E ainda assim as verbas orçamentárias têm sido contingenciadas, ano após ano.

É uma situação preocupante, inclusive porque o consumo de água no Brasil multiplicou-se por 10 ao longo do século 20 e dobrou em duas décadas, de 1975 a 1995. Embora o país tenha a maior disponibilidade de água superficial do planeta, ela é distribuída desigualmente entre as regiões e a situação é "crítica" em um Estado (Pernambuco) e em várias microrregiões, inclusive no Estado de São Paulo.

Na região metropolitana de São Paulo, a ocupação de áreas de preservação permanente e áreas de mananciais reduziu em quase 50% a cobertura de Mata Atlântica na Bacia que abastece a represa de Billings. E há novos problemas à vista: as obras do Rodoanel, segundo vários especialistas, impactam 21% de 15 áreas prioritárias para a conservação (inclusive áreas muito próximas do sistema Cantareira, que abastece 60% da população metropolitana) e induzem a urbanização na área, problemática para a conservação dos recursos hídricos.

Outra forte influência na qualidade de vida das populações das cidades está nas inundações e nos desabamentos em áreas urbanas, exatamente por causa da ocupação de áreas de risco e áreas de preservação, além da impermeabilização do solo.

Esta última é fruto da ocupação de todo o espaço nos terrenos em que se constrói e do asfaltamento de praticamente todo o solo urbano. Sem ter onde infiltrar-se, a água só pode correr para os fundos de vales (onde as margens de cursos também estão ocupadas) e juntar-se ao fluxo "normal" dos rios. Mas estes já não suportam sequer esse fluxo "normal", porque estão assoreados pela deposição de sedimentos (fruto do desmatamento ciliar), lixo e esgotos urbanos e, portanto, com sua calha reduzida. Além disso, a velocidade das águas aumenta, com as retificações e/ou canalizações dos próprios cursos ou de seus afluentes. É mais água, mais rápida, em calhas menores. Os rios têm de extravasar, principalmente para suas antigas áreas de inundação natural, também ocupadas.

As soluções propostas ou em execução "piscinões", drenagem etc., além de caras têm levado a outros problemas. No primeiro caso, à necessidade de fortes recursos para manter limpos e desobstruídos os acessos aos piscinões e seu próprio leito, para os quais verte o lixo urbano. No segundo, ao aumento da vazão a jusante, preocupando os moradores de áreas e municípios ali localizados.

São todas questões com profunda influência na qualidade de vida dos moradores das cidades. Exigirão esforços e recursos consideráveis nas próximas décadas.

VIVER COM (OU SEM) RESÍDUOS

A cultura urbana tem implicado uma produção cada vez maior de resíduos, de lixo. Calcula-se que as áreas urbanas do mundo produzam hoje cerca de dois milhões de toneladas por dia só de lixo doméstico sem falar em lixo industrial, entulhos, lixo tecnológico, lixo tóxico, pneus etc. São 720 milhões de toneladas anuais, pelo menos, que geram um custo de coleta cada vez mais alto. É um grave problema: onde depositar tantos resíduos? Ninguém quer um aterro sanitário nas imediações. É difícil encontrar áreas em condições técnicas adequadas. Áreas cada vez mais distantes significam custos de transporte cada vez mais altos.

No Brasil não é diferente. E com uma "tecnologização" progressiva dos resíduos, que também gera novas dificuldades. O cidadão paulistano médio, por exemplo, produz hoje 6 vezes mais lixo plástico que na década de 70; muito mais alumínio, papel, papelão, outros metais, o que leva à necessidade de muito mais tempo para decomposição. Um tecido natural precisa, em geral, de 6 meses a um ano para decompôr-se; chicletes, de 5 anos; madeira pintada, de 13 anos; nylon, de mais de 30 anos; plásticos e metais, de mais de 100 anos; vidro, de um milhão de anos.

Os “Indicadores Ambientais” do IBGE dizem que são recolhidas nas áreas urbanas do Brasil, diariamente, 228,4 mil toneladas de lixo que significariam a média pouco superior a 1,3 quilo por pessoa por dia, bastante acima da média apontada pelo Ministério do Meio Ambiente, que estaria em 700 gramas diários por pessoa e um total de 130 mil toneladas/dia.

Segundo o IBGE, apenas 40,5% desse lixo têm coleta e destinação adequadas. Portanto, 59,5% não têm destinação apropriada, aí incluído o lixo que vai para aterros apenas controlados, nos quais não há canalização e tratamento do chorume. Cerca de metade do lixo vai para lixões a céu aberto.

Levantamentos anteriores ao do IBGE dizem que cerca de 20% do lixo doméstico urbano não são sequer recolhidos. E não apenas degradam a paisagem urbana como, carregados pelo vento e pela chuva, contribuem para o assoreamento de rios e para as inundações urbanas.

Pelos indicadores do IBGE, a região Norte é que tem a situação mais delicada, com 86,6% do lixo sem destinação adequada. Mas em 28% dos municípios brasileiros, apontam outros estudos, não há sequer coleta.

Com todas as deficiências, o sistema de limpeza urbana já representa uma das maiores despesas de todas as municipalidades. Com o custo médio nacional de R\$ 30,00 por tonelada recolhida (pago a empresas prestadoras desses serviços ou representado pelos gastos diretos das prefeituras no setor), e ainda que se tomem os números mais baixos para a produção diária de lixo no conjunto das cidades brasileiras, a despesa total será de R\$ 3 milhões por dia (100 mil toneladas diárias multiplicadas por R\$ 30,00). Mais o custo de deposição em aterros, para o qual não há estimativas, devido à diferença entre os vários formatos (aterros adequados, aterros controlados, lixões). Em 13 anos, o custo médio da coleta no país multiplicou-se por mais de 10, entre outros fatores pela maior distância a que o lixo vem sendo transportado (ninguém quer um aterro por perto), pelo acréscimo no custo de equipamentos e da mão-de-obra e pela remuneração das empresas prestadoras de serviços.

Só a cidade de São Paulo, segundo as últimas estatísticas, gera 15,7 mil toneladas de resíduos por dia, das quais 10 mil de lixo doméstico, 1.000 da varrição de ruas e o restante de outras fontes. Na média, mais de 1,5 quilo por pessoa por dia.

A rápida e desordenada expansão das periferias urbanas, assim como a ocupação de áreas de encosta, de risco, dificulta ou impede a extensão dos serviços de limpeza urbana às áreas mais distantes.

O custo crescente do serviço leva muitos municípios a tentar criar uma taxa para a coleta domiciliar e comercial do lixo. O Judiciário, entretanto, tem barrado essas tentativas, ao exigir que, por tratar-se de taxa, a quantidade de lixo seja medida e cobrada proporcionalmente à coleta.

São Paulo faz a tentativa mais recente de cobrar taxas de acordo com o volume produzido em cada residência, além de preços especiais para recolhimentos de quantidades maiores.

É uma tentativa de impedir o colapso na destinação, já que um dos dois aterros da cidade está-se esgotando e reduzirá muito a vida útil do outro sem que haja ainda novas áreas certificadas para isso (Nova York está mandando seu lixo em caminhões para até 600 quilômetros de distância, com um custo diário de US\$ 720 mil; Toronto, no Canadá, que teve seu aterro urbano esgotado, está mandando os resíduos para 800 quilômetros de distância, por trem, para serem depositados numa antiga mina de ferro).

É insignificante o volume de lixo destinado a usinas de reciclagem nas cidades brasileiras. Em São Paulo, por exemplo, apenas 700 das 15,7 mil toneladas diárias, menos de 5%, são compostadas.

O panorama urbano brasileiro, nessa área, só não é mais dramático graças ao trabalho da legião de centenas de milhares de “catadores”, que trabalham de sol a sol, sem nenhuma proteção e garantia. Eles coletam mais de 80% do alumínio, 41% do vidro, 38% do papel e papelão, 26,3% das garrafas de PET e 20% de outras formas de plástico.

Está em tramitação no Congresso Nacional um projeto de Política Nacional de Resíduos Sólidos, que consolida mais de 50 outros projetos nessa área ali apresentados.

Em sua primeira versão, o projeto responsabilizava o produtor de lixo tecnológico (pilhas, baterias, computadores etc.) pela coleta e destinação; proibia importar pneus usados; exigia a implantação de coleta seletiva em municípios com mais de 100 mil habitantes; exigia o uso de embalagens retornáveis (excluindo as de metal e plástico) em recintos fechados como bares, restaurantes, padarias etc.; estabelecia limites para metais pesados em embalagens, entre muitas outras coisas.

Na discussão dessa proposta com setores da sociedade, aconteceram vários recuos, entre eles quanto à exigência de embalagens retornáveis, à proibição de importar pneus usados e à responsabilização dos produtores de embalagens pela coleta e destinação.

É um recuo de fortes consequências, diante do rápido avanço da sociedade em direção a embalagens de metais e plástico. Em 1982, por exemplo, o consumo de garrafas de cerveja no Brasil era de 6,6 bilhões de garrafas anuais, contra 193 milhões de latas; 20 anos depois, passou para 10,24 bilhões de garrafas e 7,13 bilhões de latas.

Quaisquer que sejam as decisões do Congresso, é uma área que terá custo progressivo para os moradores das cidades, seja sob a forma de taxas, seja pelas verbas nos orçamentos municipais. A tendência é de rápido crescimento na produção urbana de resíduos até mesmo porque não se consegue levar à prática o que seria o princípio prioritário de uma política de resíduos: reduzir a produção de lixo, o que exige políticas avançadas (como as de países escandinavos que proíbem embalagens metálicas para bebidas e refrigerantes, assim como embalagens de plástico para leite ou o fornecimento gratuito de sacos plásticos em supermercados além de responsabilizar o produtor de qualquer resíduo pelos custos de sua coleta e destinação).

VIVER COM SAÚDE

Na área da saúde está um dos maiores desafios das cidades. Por muitos ângulos: como enfrentar as doenças agravadas pelo viver em grandes aglomerações na sociedade de consumo (obesidade, depressão, alcoolismo); como equacionar o problema da migração de vetores das zonas rurais para as zonas urbanas; como enfrentar o risco de epidemias e pandemias; como resolver o problema da sobrecarga das redes urbanas de saúde, agravado pela demanda gerada por migrações e transferências de doentes de áreas menos dotadas de infra-estruturas e assim por diante.

É certo também que, graças a várias políticas públicas e a iniciativas da sociedade, o país e as cidades avançaram significativamente nas últimas décadas, sob certos aspectos.

Na última década do século 20, por exemplo, a mortalidade infantil no país reduziu-se 30,7%. A taxa nacional caiu para 32,7 crianças de menos de um ano mortal para 1.000 crianças nascidas vivas. Mas ainda persiste a desigualdade entre as regiões, já que essa taxa é de 20 por 1.000 no Sul, 23,5 no Centro-Oeste e 32,6 no Norte. No Nordeste, ainda está em 51,8 por 1.000 nascidas vivas.

Muitos fatores contribuíram para o decréscimo, como as políticas públicas que expandiram as redes de abastecimento de água e coleta de esgotos e ajudaram a reduzir o índice de doenças veiculadas pela água, principalmente diarreias, ou como a ampliação dos programas públicos que levaram as gestantes ao acompanhamento pré-natal, a maior presença de agentes de saúde nas áreas mais carentes de cuidados, principalmente na zona rural, os programas que ensinaram as mães a utilizar o soro caseiro e o intenso trabalho de organizações não-governamentais, com destaque para a Pastoral da Criança.

Mas também é certo que crescem muito doenças próprias, principalmente, do viver em cidades.

O alcoolismo, por exemplo, já estaria atingindo cerca de 15% da população, segundo o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (São Paulo), mais que na média dos países, entre 12% e 13%. Certas estatísticas dizem que o alcoolismo gera custos de ordem de 7,3% do PIB, enquanto a indústria de bebidas recolhe em impostos 3,5% do PIB.

O certo é que, nas cidades brasileiras e em outros países, a Organização Mundial de Saúde coloca o alcoolismo entre os principais fatores de risco e de morte. Ao lado da obesidade, outro fator destacado a tal ponto que o prefeito do Rio de Janeiro lançou campanha contra a imagem do Papai Noel gordo e contra as redes de fast food.

O certo é que a obesidade já ultrapassa o fumo como principal causa de morte evitável 300 mil em 2000. E já se cogita impor a obrigatoriedade de discriminar nos rótulos de alimentos o teor de gorduras e sódio.

A obesidade infantil preocupa cada vez mais os especialistas. Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto da Universidade Federal do Rio de Janeiro com 7 mil crianças entre 6 e 15 anos mostrou 38% de obesas, 35% com problemas de colesterol e triglicérides, 34% com propensão à hipertensão e 7,5% com diabetes. Mais complicado ainda, o grupo mais afetado era o de crianças provenientes de famílias de menor renda.

Embora ainda sejam índices inferiores aos dos Estados Unidos ali são 50% das crianças acima do peso, é muito preocupante. Nos EUA, o tratamento de obesidade já representa 12% dos gastos com saúde. No Brasil, não há indicações seguras.

Curiosamente, pesquisa da Unifesp em 20 capitais brasileiras durante 4 anos revelou que 49,8% das crianças entre 6 meses e 3 anos matriculadas em creches e pré-escolas municipais tinham algum grau de desnutrição e a causa principal era a deficiência de ferro. Em Recife, a porcentagem era de 81% das crianças matriculadas.

Outra área em que os problemas de saúde apresentam forte crescimento nas zonas urbanas, nas últimas décadas, é o da depressão. Algumas fontes chegam a mencionar 10% ou mais das populações urbanas afetadas.

Em Goiás, por exemplo, as estatísticas do sistema de saúde apontam os “transtornos mentais” como responsáveis por 20% das licenças médicas e 34% das aposentadorias por invalidez entre servidores públicos.

Em São Paulo, o Instituto do Sono da Universidade Federal aponta que pelo menos 20% dos paulistanos têm distúrbios do sono e pesadelos.

De qualquer forma, o consumo de drogas psicoativas, em forte crescimento, já estaria em 3 a 4 bilhões de reais/ano no país.

Nos últimos anos, principalmente, uma das razões mais fortes para preocupações na área urbana da saúde está na migração de vetores de doenças para as cidades, entre eles

a leptospirose, a oncocercose, a cisticercose, a dengue, a febre amarela, o rotavírus, o hantavírus. Assim como está no surgimento de bactérias e vírus super-resistentes que a ciência em vários países está associando ao uso excessivo de antibióticos, à utilização desses mesmos medicamentos em criações (principalmente de aves) e à contaminação de águas superficiais e subterrâneas por esses produtos, favorecendo o fortalecimento da resistência ou a proliferação de bactérias.

Esse quadro gera extremo cuidado na área da prevenção, porque os especialistas temem que sobrevenha uma nova pandemia, provocada por vírus ou bactérias novos ou super-resistentes.

A primeira pandemia, a gripe espanhola de 1918, levou 4 meses para se espalhar pelo mundo, atingiu 25% da população, que era de 1,8 bilhão, e matou 21 milhões de pessoas.

A segunda, a gripe asiática de 1957, espalhou-se em poucas semanas, atingiu 17% da população de 3 bilhões embora já houvesse antibióticos e matou 1 milhão de pessoas.

A terceira, a gripe de Hong Kong, pouco depois, atingiu 18% da população e matou 700 mil pessoas.

Hoje, dizem os especialistas, uma pandemia pode espalhar-se em 4 dias pelo mundo, pois 500 milhões de pessoas atravessam as fronteiras de seus países a cada ano, mais de 1 milhão por dia.

Há poucos anos, Hong Kong teve de sacrificar todo o seu plantel de aves. Mais recentemente, a Malásia teve de eliminar todos os porcos. Nos dois casos, pelo surgimento de novos vírus que começavam a atingir e a matar seres humanos.

É mais um dos dramas urbanos a que não escapa praticamente nenhum país e ao qual podem ser acrescentados muitos outros, como o recrudescimento da tuberculose, a expansão da Aids, os temores com os efeitos das emissões eletromagnéticas, a insegurança alimentar (por causa de doenças como a da “vaca louca” ou a presença de dioxinas).

Outro problema está no crescimento das doenças degenerativas, principalmente entre idosos, acompanhado da falta de condições da rede pública de saúde para atender a esse novo quadro. A previsão é de que o Brasil tenha 14,5% de idosos em 2040 (hoje eles são 5,1% da população).

Num quadro tão difícil, a taxa de leitos por habitantes tem caído em todo o país. Eles eram 54,4 por 1.000 habitantes em 1992, caíram para 47,1 em 2000 embora a participação dos leitos públicos no total tenha subido de 24,8% para 31,5%, ao mesmo tempo em que as internações passavam de 49,6 por 1.000 para 65,3 por 1.000 (mais 31,5%). Rio de Janeiro, Goiás e São Paulo são os Estados com maior oferta, enquanto Amazonas, Pará e Amapá são os de menor oferta.

Por isso tudo, adequar a oferta de serviços de saúde nas cidades será uma das tarefas mais difíceis para o país nas próximas décadas. Principalmente a oferta na rede pública, com o crescimento exponencial da demanda nas faixas majoritárias da baixa renda e em tempos de desemprego.

VIVER COM MOBILIDADE

Um dos ângulos mais complexos do viver em cidades está na questão dos transportes, por suas relações com a saúde das pessoas, sua qualidade de vida, sua produtividade, sua influência na expansão urbana, na produtividade dos usuários, na ocupação do espaço público, além dos custos financeiros que implica para os cidadãos e para a sociedade.

Começando pela saúde, os estudos mais recentes mostram que em apenas uma década a contribuição das emissões de gases poluentes emitidos por veículos para a poluição atmosférica na cidade de São Paulo aumentou de 50% do total para 90% das 3 mil toneladas diárias.

Ao mesmo tempo, estudos do Laboratório de Poluição Atmosférica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ao longo da década de 90 e nos dois primeiros anos desta década, mostram que aumenta em 8 por dia a média de mortes por doenças relacionadas com a poluição do ar na cidade de São Paulo, quando são ultrapassados os limites de poluentes tolerados pela legislação. Da mesma forma, aumenta o número de abortos espontâneos, assim como cresce extraordinariamente o número de internações de adultos e crianças em consequência de problemas respiratórios.

O prof. Paulo Salviva, que dirige estudos nessa área há muito tempo, estima que os custos para o sistema de saúde, em consequência da poluição do ar em São Paulo, sejam no mínimo de R\$ 20 milhões/ano, mas provavelmente cheguem a R\$ 500 milhões anuais.

Os estudos do Laboratório de Poluição indicam que as populações de menor renda sofrem mais que as outras, porque, além de serem tão afetadas quanto as demais pela poluição no espaço público, suas casas, com vedação mais precária, são mais atingidas pelos poluentes.

Cálculos de pesquisadores desse laboratório indicam que os custos gerados por esse problema na saúde pública podem chegar a mais de US\$ 700 milhões anuais que seriam suficientes para atender às necessidades de recursos para a expansão do sistema de transporte de massa por trens e metrô, capaz de reduzir o fluxo de veículos e emissões.

Estudos feitos na Universidade de Birmingham com 500 mil pessoas, durante 16 anos, mostraram que 20% dos casos de câncer do pulmão em áreas urbanas se devem à poluição

atmosférica e que a incidência cresce 8% a cada aumento de 10 microgramas por metro cúbico na concentração de particulados com dimensão inferior a 2,5 micrômetros.

No Japão, a Universidade de Chiba, acompanhando crianças de uma escola a 50 metros de rodovia de alta densidade de tráfego, verificou que os meninos tinham taxa de bronquite asmática 3,7 vezes mais alta que a da média nacional das crianças de sua idade; as meninas, 5,9 vezes mais alta.

Tanto a poluição do ar tem aumentado como a qualidade do transporte nas grandes cidades tem caído ao longo das últimas décadas, com o crescimento do número de veículos em circulação. Na capital paulista, por exemplo, esse número triplicou em 20 anos. Com isso, a velocidade média dos ônibus caiu para metade (para 12 quilômetros por hora). E em 7 anos dobrou o tempo médio das viagens. Ao mesmo tempo em que se instituiu o rodízio de veículos (primeiro, para reduzir a poluição; depois, para melhorar o trânsito), a cada dia na capital de São Paulo se licenciam em média 1.000 veículos novos. Para complicar ainda mais, o licenciamento de peruas, vans e microônibus para atender às periferias mais distantes não servidas por ônibus nem por trens urbanos agrava os congestionamentos e a poluição.

Em consequência, agrava-se também a perda de tempo pelos usuários. Um cálculo feito por especialistas mostra que na capital de São Paulo 4 milhões de trabalhadores, enfrentando diariamente 3 horas de congestionamentos na ida e na volta para o trabalho, significam 12 milhões de horas/homens por dia perdidos e 72 milhões semanais; durante 47 semanas anuais, serão 3,38 bilhões de horas/homem; e ao longo dos 35 anos de vida profissional desses 4 milhões de trabalhadores, significa uma perda de 118,3 bilhões de horas/homem.

Na vida de um trabalhador, as 3 horas diárias perdidas significarão 24 horas semanais, 6.768 horas por ano e 236.880 ao longo de 35 anos de vida profissional ou quase 1.000 dias de vida perdidos, quase 3 anos de vida.

Outra perda importante para as pessoas nas grandes cidades é a do espaço público, em função da prioridade (e dos subsídios não explicitados) para o transporte individual. Segundo estudo da Associação Nacional de Transporte Público, na capital paulista, se somado o espaço do sistema viário (ruas, avenidas) ao espaço de estacionamentos e garagens, chega-se a mais de 50% do espaço total. Isto é, o que deveria ser meio o espaço do transporte transforma-se em fim, ao ocupar mais de metade do espaço total, roubando campo para outras atividades, especialmente o lazer, os espaços de convivência.

Muitas propostas e soluções têm surgido em muitos países que enfrentam problemas semelhantes. Entre elas: prioridade absoluta para os sistemas públicos de transporte

de massa (metrô, trens suburbanos) nos orçamentos em todos os níveis; criar corredores exclusivos para ônibus articulados, com emissão de bilhetes antes do embarque para ganhar tempo; estímulo ao uso de combustíveis mais limpos (ao contrário do que se está fazendo agora no Brasil, ao reduzir a porcentagem de álcool na gasolina); pistas exclusivas para ciclistas; pistas exclusivas para pedestres (lembrando que em São Paulo, das 30 milhões de viagens diárias, 10 milhões são a pé); relocação de atividades, de modo que as pessoas possam trabalhar perto de suas residências e evitar deslocamentos; penalização do transporte individual, seja pelos custos no licenciamento, seja por taxas para trafegar em certas áreas da cidade; interdição de áreas ao tráfego de automóveis ou todos os veículos.

Enfim, é preciso redirecionar várias políticas públicas, para que o transporte volte a ser um meio, em favor da qualidade de vida dos moradores das cidades, e não um problema cada vez mais grave, com consequências indesejáveis.

VIVER SEM ESTRESSE

Além da poluição atmosférica, dois outros tipos de poluição a visual (ou da paisagem) e a química (esta, nos escritórios e outros ambientes fechados) contribuem para prejudicar a qualidade de vida dos moradores da cidade. Para o chamado “estresse urbano”.

A poluição da paisagem tem vários componentes: a ocupação de todos os espaços disponíveis por outdoors, cartazes, faixas e placas comerciais; as pichações; o desaparecimento da paisagem natural, dos horizontes, com a permissão descontrolada para construir; a perda de qualidade da arquitetura popular, inclusive por causa da autoconstrução (que, em função do orçamento mínimo, reduz-se ao tijolo aparente, à telha de amianto e ao vitrô); a deficiência dos serviços de limpeza urbana; a quase ausência de serviços e infra-estruturas públicas nas periferias mais distantes, formadas em consequência do êxodo rural, das migrações internas e do parcelamento urbano sem exigências; a degradação e o abandono de extensas áreas, principalmente as centrais das metrópoles, com a migração de várias atividades (em função da violência e de outros fatores) e de parte do comércio para shopping centers. Há muitas outras causas, mas essas são as mais fortes.

Esse tipo de poluição só pode ser resolvido por meio de um conjunto de políticas públicas que inclua: limitação legal da área de expansão urbana, em planos diretores articulados; a exigência, aos incorporadores imobiliários, de implantar infra-estruturas (energia e saneamento básico, pelo menos) e de contribuir para as demais nos

loteamentos abertos; legislação que coíba a ocupação indiscriminada dos espaços urbanos com outdoors, cartazes, faixas e placas e crie taxas para essa ocupação, que viabilizem os custos de fiscalização; regras claras nos planos diretores para impedir a degradação da paisagem; projetos de revitalização de áreas dotadas de infra-estruturas mas abandonadas e/ou degradadas; taxa progressiva, via IPTU, de terrenos ociosos, mantidos como reserva de valor, em áreas dotadas das infra-estruturas públicas; criação de locais de expressão artística e pessoal para adolescentes e jovens, junto com política eficaz de repressão às pichações; políticas e programas de habitação popular, com financiamentos adequados.

Sem esse conjunto de medidas, as áreas urbanas, principalmente das metrópoles, seguirão nesse processo estressante de poluição visual, em que o olhar do cidadão não tem repouso, contemplação, descanso. Frequentar o espaço público torna-se um sacrifício, um desgaste inevitável, porém.

Já a poluição química dos ambientes fechados acontece por causa da concentração de fungos, larvas e ácaros, gases introduzidos pelos sistemas de ar-condicionado e substâncias que se desprendem de tapetes, carpetes, pinturas de parede, cortinas e equipamentos eletrônicos. A elas se somam substâncias químicas desprendidas de pessoas, que reagem com outras e geram processos nocivos a elas e a equipamentos como apagar registros de computadores, afetar telefones e faxes, além de irritar a garganta, os olhos, o nariz e a pele.

Suspeitam os cientistas que a maior responsabilidade pela poluição química dos ambientes fechados seja dos compostos orgânicos voláteis, dos quais já foram identificados mais de 250 nos escritórios, desprendidos de materiais e pessoas (pela roupa, perfumes, desodorantes, restos de sabonete, xampu). E entre todos eles os mais nocivos são os radicais que se juntam com compostos orgânicos voláteis, para formar um “smog” fotoquímico. Em um metro cúbico, de ar, podem ser encontrados até um trilhão de radicais (mais que na atmosfera externa noturna).

Muitos desses elementos, reagindo com ozônio que pode ser trazido pelo ar-condicionado, liberam formaldeídos, ácido acético, ácido nítrico. Em alguns lugares como nos Estados Unidos o processo já chegou a paralisar centrais telefônicas.

Cientistas da NASA, preocupados com esses efeitos nas câmaras de viagens espaciais, chegaram à conclusão, nas experiências em laboratório, de que o melhor antídoto está na presença de plantas no ambiente tulipas, filodendros, trepadeiras, bananeiras, que são capazes de remover os formaldeídos e têm outros efeitos benéficos.

REPENSAR AS CIDADES

Restariam vários outros ângulos também com influência no modo e na qualidade de viver nas cidades o da educação, o da segurança pública, o das políticas de emprego (que envolve todas as políticas econômicas, principalmente a industrial), o da correção de desigualdades regionais, o das infra-estruturas (energia, especialmente), a política ambiental. Muitas políticas.

Entre elas, parecem mais urgentes as políticas de segurança, de educação (tendo em vista a questão do desemprego dos jovens e sua influência na segurança), de emprego (pelas mesmas razões, para a população em geral) e a política ambiental esta, principalmente no que se refere à ocupação de áreas de risco, de preservação e de mananciais, assim como na questão da impermeabilização do solo das cidades.

Na verdade, todas as políticas públicas estão envolvidas na questão, afetam a imensa maioria de pessoas que vive nas cidades.

Se o grau do problema ainda é bastante diversificado em função do porte das cidades, também é verdade que as muitas questões abordadas já estão presentes em todas as aglomerações, mesmo nas menores. E se não houver políticas corretivas, caminharão todas em direção aos macroproblemas hoje observados nas metrópoles e que ameaçam torná-las ingovernáveis. Basta ver o que está acontecendo nas chamadas metrópoles emergentes, que surgem no rastro da inviabilização das cidades maiores pelas deseconomias de custo, mas seguem pelos mesmos caminhos.

Nossas cidades têm de ser repensadas e reformuladas. E esse processo terá como uma de suas condições fundamentais a descentralização administrativa, para aproximá-la do cidadão, que conhece melhor os problemas que estão perto dele, afetam seu cotidiano.

Esse processo exigirá também que se evolua em direção à participação progressiva da sociedade, dos cidadãos, na formulação das políticas, na definição dos programas, na destinação de recursos e sua fiscalização.

Só assim poderemos ter cidades que não nos roubem o essencial a visão da nossa sombra e o ruído dos nossos passos, não suprimam o horizonte, não tornem o espaço público proibitivo para crianças e idosos, não condenem as pessoas ao estresse, ao desperdício do seu tempo e à improdutividade.

Cidades que voltem a ser o sonho humano como foi o desejo dos que as inventaram.

ASSOCIATIVISMO CIVIL, CONSELHOS DE GESTÃO NA SAÚDE E AS CIDADES BRASILEIRAS

Maria da Glória Gohn

Prof. Titular UNICAMP e Pesquisadora do CNPq

RESUMO

O texto aborda diferentes formas de associativismo civil que atuam nas grandes cidades brasileiras. Destaca-se a participação da sociedade civil na gestão compartilhada de políticas públicas tais como os conselhos gestores na área da Saúde. Parte-se de dois supostos: 1º só podemos compreender a questão do associativismo civil se a inserirmos no quadro de desenvolvimento histórico de algumas formas de participação da sociedade civil em passado recente. 2º É necessário examinarmos as formas mais recentes de participação a exemplo das organizações do Terceiro Setor, os inúmeros conselhos e fóruns de participação nos marcos institucionais que estabeleceram novas relações entre o governo e a sociedade civil e criaram canais de gestão compartilhada. O eixo analítico adotado objetiva qualificar o sentido da participação da sociedade civil organizada, centrado na descentralização e na democratização das políticas públicas, assim como suas tendências e possibilidades para a resolução dos problemas urbanos.

DESCRIPTORIOS: participação cidadã; associativismo civil; políticas públicas; conselhos gestores na saúde; gestão compartilhada.

1. AS CIDADES BRASILEIRAS: O CENÁRIO DA NOVA QUESTÃO SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS

Em meio século, o Brasil sofreu um dos mais rápidos processos de urbanização do mundo: as cidades abrigavam 46% da população total em 1940, em 1975 já era 61% da população nas cidades; esse índice pulou para 75% em 1991; em 2000, 80% passaram a viver nas cidades. Em 2000, segundo o IBGE (1), 35,4% do total da população brasileira estava concentrada em 15 metrópoles (abrangendo 204 municípios). Dos 42 milhões de brasileiros pobres do país, 29% vivem nessas metrópoles. Só a Região Metropolitana de São Paulo, em 25 anos, passou de 10 milhões para 17,2 milhões de habitantes.

As estatísticas nos explicam por que, no início deste novo século, a grande questão social localiza-se na cidade e não no campo. Essa constatação é também de analistas internacionais: “A miséria mais maciça não está mais no Piauí ou no Ceará, mas em São Paulo ou na Baixada Fluminense”, A. Touraine (2). Noventa por cento de tudo o que é produzido no país advém das indústrias, localizadas majoritariamente nas cidades. É nas metrópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro, que os problemas sociais e urbanos se acirram: altos índices de desemprego, aumento da pobreza, dos índices e das formas de violência urbana. Nos contornos dessas metrópoles ocorre a diluição entre áreas urbanas e rurais, devido à metropolização, e agravamento da situação ambiental: lixo, água, esgoto, poluição atmosférica, diminuição drástica das áreas verdes, ocupação desordenada etc. As metrópoles são, atualmente, objeto de movimentos e lutas sociais. Mas elas são também palco de novas formas de associativismo civil, por parte da sociedade civil organizada com iniciativas inovadoras que vão das cooperativas de produção, fóruns e assembleias permanentes, redes de ONGs, observatórios da cidadania de acompanhamento de políticas públicas etc. aos atos de resistência pacífica, desobediência civil, movimentos sociais de protestos etc. A sociedade política também é fonte de inovação, com ações coletivas institucionalizadas, na parceria entre órgãos do poder público e representantes da população organizada, a exemplo dos conselhos gestores.

Paralelamente encontramos também, nas grandes cidades, ações planejadas e executadas por diferentes grupos do crime organizado que se formam na ilegalidade. Os índices crescentes de violência urbana, desigualdades e tensões sociais alteraram completamente os hábitos e o comportamento de rotina cotidiana dos cidadãos, de todas as classes e camadas sociais, assim como estão alterando o perfil arquitetônico da cidade. Os dados apontam uma correlação entre pobreza, desemprego, baixa escolaridade e espaço urbano deteriorado. Há outros fatores, como o aumento do consumo e de distribuição de drogas, especialmente entre os adolescentes, para explicar a criminalidade, que não se restringe às regiões mais pobres; perda de valores e referenciais na sociedade onde predominam a busca da satisfação imediata de objetos de consumo (material ou simbólico), individualismo crescente e fragmentação de formas tradicionais de pertencimento sociocultural, tais como: religião, família nuclear e extensa, grupos de amigos da escola, clubes etc.

Entidades brasileiras (3) que estudam e atuam na área do urbano têm destacado que “organizações populares, tradicionais e novas, enfrentam desafios inéditos que vão desde as relações de novo tipo, propostas por órgãos governamentais e agências multilaterais, até a necessidade de consolidação de processos massivos e sistemáticos

de participação comunitária. Simultaneamente, assiste-se ao surgimento de novas formas de organização e discursos políticos vindos de grupos sociais tanto das áreas centrais quanto periféricas das cidades. Aqui unem-se movimentos de moradia, saneamento, transporte, de jovens, mulheres, negros, grupos culturais, atividades artísticas e ativistas ambientais e sindicais que fazem do urbano e das políticas públicas tema e objetivo renovado de ação” (4).

As políticas sociais das últimas décadas foram acionadas sobre a orientação da descentralização e de novas formas de gestão dos fundos públicos. A reestruturação do papel do Estado, não mais como produtor de muitas ações, mas como gestor e repassador de recursos, levou à emergência de novos parceiros, à privatização de serviços essenciais, e à estratificação no atendimento segundo os imperativos da lógica do mercado (5). Políticas excludentes promoveram uma modernização conservadora, no qual a inclusão deixou de ser um direito de todos, a pobreza perdeu o caráter universal e subdividiu-se entre pobres e miseráveis. Só estes últimos, usualmente, têm sido incluídos como “usuários” dos sistemas de assistência social. Certamente que há dados positivos no cenário social, mas eles são obscurecidos no caos das imagens negativas. Vários avanços localizam-se na área da saúde, tanto por parte do governo (6) como na sociedade civil (7). No saneamento básico, quase toda população tem água encanada e eletricidade. Na área da educação, apesar da carência de vagas nas escolas, o número de crianças e adolescentes nas escolas quadruplicou; o número de trabalhadores analfabetos caiu de 7,6% para 3,6%; a mão-de-obra se tornou mais qualificada, a despeito do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico; a participação das mulheres na população economicamente ativa passou de 31,6% para 48,9% etc.; a população ficou um pouco mais velha e vive mais; a distribuição de renda (individual) diminuiu ligeiramente, entre as regiões da cidade permanecem as disparidades (dados do IBGE, Fundação SEADE e DIEESE). O indicador internacional da ONU, IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, apresenta também alguns avanços significativos ocorridos entre 1991-2000. Ao lado dos dados, negativos e positivos, o Censo de 2000 está revelando problemas sociais novos que explicam, em parte, o aumento dos índices de crianças nas ruas, a exclusão social, a violência, a criminalidade etc. Por exemplo: 57,64% dos brasileiros com mais de 15 anos têm menos de oito anos de estudo, o que significa que sequer completaram o ensino fundamental; a família nuclear vem perdendo importância e o número de domicílios chefiados por mulheres tem aumentado – com isso, há dissolução de laços de pertencimento e aumento da responsabilidade e tarefas das mulheres; o número de crianças que ajudam no orçamento doméstico realizando pequenos serviços nas ruas cresceu, o espaço entre esses “trabalhos” e os delitos é pequeno.

2. O CENÁRIO DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Como a população está reagindo a esse novo cenário? Já se tornou lugar comum ouvirmos que a sociedade civil está-se firmando até no plano internacional como impulsionadora de inovações e mudanças. Mas o que é e quem compõe essa sociedade civil? Essa pergunta é nosso ponto de partida, pois temos de clarificar quem são os atores sociais de que estamos tratando. No Brasil, a noção de sociedade civil vem sofrendo reformulações que seguem, em linhas gerais, momentos da conjuntura política nacional e a trajetória das lutas políticas e sociais do país (8). De uma forma geral, ele surge no período denominado trajetória das transições democráticas, ao final dos anos 70, quando o termo foi introduzido no vocabulário político corrente e passou a ser objeto de elaboração teórica. Na linguagem política, ele se tornou sinônimo de participação e organização da população civil do país na luta contra o regime militar.

Um dos principais eixos articuladores da sociedade civil, naquele período, foi dado pela noção de autonomia: tratava-se de organizar-se independentemente do Estado (na maioria das vezes de costas para o mesmo). Na realidade, a autonomia também era um discurso estratégico. A democracia direta e participativa, exercitada de forma autônoma, nos locais de moradia, trabalho, estudo etc., era tida como o modelo ideal para a construção de uma contra-hegemonia ao poder dominante. Participar das práticas de organização da sociedade civil significava um ato de desobediência civil e de resistência ao regime político predominante.

Nesse período, novos atores entraram em cena, destacando-se os movimentos sociais populares urbanos reivindicatórios de bens e serviços públicos e por terra e moradia, assim como parcelas dos então chamados novos movimentos sociais, em luta pelo reconhecimento de direitos sociais e culturais modernos: raça, gênero, sexo, qualidade de vida, meio ambiente, segurança, direitos humanos etc. O pólo de identificação desses diferentes atores sociais era a reivindicação de mais liberdade e justiça social. O campo dos novos atores ampliou o leque dos sujeitos históricos em luta, pois não se tratava mais de lutas concentradas exclusivamente nos sindicatos ou nos partidos políticos. Houve, portanto, uma ampliação e uma pluralização dos grupos organizados, que redundaram na criação de movimentos, associações, instituições e ONGs.

3. A CONSTRUÇÃO DO URBANO NOS ANOS 80

Nos anos 80, as pressões e mobilizações populares dirigidas aos penhores públicos tiveram, em vários casos, respostas que resultaram na construção de redes urbanas de serviços públicos. Os projetos das ONGs e dos movimentos populares eram dirigidos para setores que contribuíam para a construção/edificação do espaço urbano à medida que eles se

destinavam à implantação de equipamentos e serviços urbanos, como as creches (escolas de educação infantil) para as crianças de 0 a 6 anos, escolas de primeiro grau da época, parques populares, moradia popular horizontal via mutirões habitacionais para casa própria, postos de saúde equipados em regiões carentes, luz e água encanada em favelas com “tarifas sociais”, campos de futebol, extensão de linhas de ônibus, a construção de centros comunitários, centros de vendas de produtos populares, oficinas de produção de objetos artesanais etc. Até cemitérios em regiões periféricas foram construídos. Eram equipamentos públicos demandados pelos movimentos reivindicatórios urbanos. Quando atendidos, alguns dos projetos incorporavam a participação dos demandatários como funcionários dos novos equipamentos, mas eles eram financiados pelo Estado.

Entretanto, a lógica geográfico-corporativa da maioria dos movimentos populares comunitários e a falta de instrumentos de regulamentação jurídica nas relações povo-poder dificultavam os processos de gestão democrática dos equipamentos públicos. Ao final dos anos 80, quando alguns partidos de oposição ascenderam ao poder, algumas lideranças populares foram chamadas a participar/colaborar em formas de co-gestão pontuais e informais, organizadas em parceria entre o governo e a sociedade civil, e outras foram convidadas a assumirem cargos na administração direta. Nos dois casos, as lideranças tiveram dificuldades para pensar a cidade como um todo; elas tendiam a abordar os problemas urbanos de forma fragmentada, respaldando-se em suas práticas habituais: olharem apenas para a realidade de seus bairros, não se preocupando com uma definição global para a aplicação dos recursos ao nível de toda cidade. Outro problema presente na relação Estado-movimento popular foi a confusão de papéis entre ser dirigente público e ser liderança de um movimento.

A retirada dos militares do poder, a partir de 1985, alterou o significado atribuído à sociedade civil. Com a progressiva abertura de canais de participação e de representação política, resposta às pressões populares, e com a nova Carta Constitucional de 88, os movimentos sociais (especialmente os populares) perderam paulatinamente a centralidade que tinham nos discursos sobre a participação da sociedade civil. Passou a haver uma fragmentação do “sujeito social histórico”, centrado nos setores populares, com papel relevante no processo de mudança social, fruto de uma aliança entre o movimento sindical e o movimento popular de bairro (trabalhadores e moradores). Surge uma pluralidade de novos atores, decorrente de novas formas de associativismo civil que emergem na cena política. A autonomia da sociedade civil frente ao Estado (antes militar) deixa de ser um eixo estruturante fundamental para a construção de uma sociedade democrática. Novos e antigos atores sociais fixarão suas metas de lutas e conquistas na sociedade política, especialmente no campo das políticas sociais públicas.

4. A TRANSIÇÃO PARA UM OUTRO MODELO PARTICIPATIVO

A ampliação de atores da sociedade civil se acentua ao longo dos anos 90. O conceito de cidadania também foi ressignificado, tanto pela sociedade civil, que passou a falar em termos de “participação cidadã” e não apenas “participação popular”; como pela sociedade política, ao ser incorporada nos discursos oficiais em termos próximos à idéia de “participação civil” (como sinônimo de exercício da civilidade, responsabilidade social dos cidadãos etc.). Nessa concepção, ela passou a ser utilizada tratando não apenas dos direitos mas também dos deveres dos cidadãos.

No novo cenário, a sociedade civil se amplia para entrelaçar-se com a sociedade política, com os aparelhos governamentais, via políticas públicas. Desenvolve-se o novo espaço público denominado público não estatal, no qual irão situar-se conselhos, fóruns, redes e articulações entre a sociedade civil e representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais. Essas demandas passam a ser tratadas como parte da “Questão Social” do país.

A importância da participação da sociedade civil se faz nesse contexto para democratizar a gestão da coisa pública, para inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que atendam não apenas às questões emergenciais. A participação se faz necessária para o controle na aplicação dos recursos públicos, pois vários analistas têm afirmado que nos últimos anos os investimentos na área social têm ocorrido, mas os resultados não indicam melhorias na situação da pobreza. Faltam fiscalização e controle social sobre o uso dos recursos, competência na gestão desses recursos, avaliação dos resultados e sistematização das tecnologias sociais utilizadas de forma a classificar as que dão resultados e as que não têm dado (e o porquê do não resultado). Já existem iniciativas a respeito, como a criação de bancos de dados que catalogam o resultado e a eficiência de projetos, certificando-os. Essas iniciativas são vitais para orientarem ou reordenarem as políticas públicas.

Quais são os atores considerados como os principais protagonistas da sociedade civil no início do novo milênio? São ONGs, movimentos sociais, comissões, grupos e entidades de direitos humanos e de defesa dos excluídos por causas econômicas, de gênero, raça, etnia, religião, portadores de necessidades físicas especiais; inúmeras associações e entidades com perfis variados do terceiro setor; fóruns locais, regionais, nacionais e internacionais de debates e lutas para o encaminhamento de questões sociais; entidades ambientalistas e de defesa do patrimônio histórico e arquitetônico; redes comunitárias de bairros, conselhos populares e setores organizados que atuam nos conselhos institucionalizados das áreas sociais; até as chamadas empresas e fundações cidadãs.

Fóruns e Plenárias são os nomes das frentes que articulam essas redes no urbano, destacando-se os Fóruns da Reforma Urbana (e da Agrária), de reurbanização dos centros históricos, os Observatórios de Políticas e Gestão Urbanas, os Fóruns em Defesa da Vida, contra a violência etc. Essa heterogeneidade de entidades diferencia-se em termos de visões de mundo, valores, projetos sociopolíticos e culturais e cultura política em si.

5. O NOVO PAPEL DAS ONGS

Sabemos que nos anos 90 os orçamentos públicos passaram a ter cortes e controles progressivos. A escassez de recursos atingiu mais as grandes cidades e capitais do país, transformando-as em pólos de pobreza e miséria. Esse cenário levou as administrações locais a buscarem, por meio da participação institucionalizada, novas políticas sociais, que incorporaram entidades oriundas das antigas ONGs militantes, como representantes da sociedade civil organizada, em parceria com órgãos estatais, nas gestão pública da cidade. É preciso destacar também que essas políticas foram demandas por movimentos e entidades da população organizada desde os anos 70. Nos anos 90, a sociedade civil organizada criou Fóruns e Plenárias, e o Estado iniciou a implementação dos Conselhos gestores, previstos na Constituição de 88, de forma institucionalizada, para atuarem nas novas esferas públicas, no âmbito das instâncias estatais. Esses conselhos também foram demandados pela sociedade civil.

Os Fóruns e Plenárias da sociedade civil têm procurado atuar estrategicamente, abrindo novos espaços na luta contra os efeitos da exclusão social. A partir da década de 90, as ONGs não se apresentam apenas como entidades de apoio ou subsidiárias de movimentos, ou de programas de educação popular, como no passado, mas elas assumiram funções propositivas e se apresentam com identidade própria. Algumas, dado seu passado de educadores populares, aprenderam a aprender e rapidamente construíram um saber técnico, especialmente em questões sobre a Reforma Urbana. A atuação dos Fóruns e conselhos tem provocado impacto nas instâncias legislativas e na mídia, assim como alterações na cultura urbanística, pois agora não se trata mais de falar de dois tipos de planejamento, um tecnocrático e um popular/alternativo. Os Fóruns fundiram o saber popular, presente nas demandas e sugestões, ao saber técnico especializado, resultado de estudos e diagnósticos de comissões de especialistas. Os Fóruns e conselhos se transformaram em novos sujeitos coletivos promotores de cidadania à medida que lutam pela inclusão de setores tradicionalmente excluídos no acesso e uso da cidade. Registre-se, entretanto, que há uma forte preponderância dos especialistas nos Fóruns, se compararmos com a participação das lideranças populares nos mesmos.

Em relação às ONGs, é preciso destacar que, nos anos 80, elas foram organizações de apoio aos movimentos populares, ajudaram a construir um campo democrático popular. Nos anos 90, elas se tornam atores independentes, com ações e intervenções diretas na sociedade, especializaram-se em áreas temáticas, buscaram quadros qualificados para seus projetos etc. É preciso registrar também que, durante o período de hegemonia dos movimentos sobre as ONGs, no Brasil, não se tratava de um tipo qualquer de ONG, mas das ONGs cidadãs, movimentalistas, militantes. O paradigma básico de suas atuações preocupava-se com a transmissão de saberes e de valores aos movimentos com que interagiam tratados como sujeitos de uma história em construção, dotados de um saber próprio, que necessitava ser despertado. O paradigma atual que norteia as ações das ONGs autodenominadas, em sua maioria, como Terceiro Setor – busca subsídios num leque grande de autores e interpretações, destacando-se a do modelo interpretativo racional, enfatiza a pluralidade da realidade e dos atores sociais, preocupa-se com as práticas comunicacionais em termos de interatividade (captando-se os aspectos racional e a subjetividade presente nas ações). Por isso, a reação do outro face a um desafio deve ser trabalhada e não simplesmente aceita como natural pelo mediador da ação cultural (antes denominado educador popular). A reciprocidade passa a ser um indicador.

Avaliações, impactos, resultados e desafios são partes do roteiro a ser seguido pelas novas intervenções diretas das ONGs do Terceiro Setor. Mobilizar pessoas envolve não apenas um chamamento para uma ação diretamente relacionada com um interesse de sua categoria ou classe social. No novo paradigma, mobilizar as pessoas deve ser uma tarefa integral: mobilizar corpos, emoções, pensamentos e ação de forma a provocar mudanças nos hábitos e no comportamento dos indivíduos, alterando o resultado de sua participação política, inserindo-o na comunidade próxima, ajudando a desenvolver um espírito fraterno e comunitário. No novo paradigma, não importa a ideologia política. O imperativo atual é criar sujeitos políticos ativos com capacidade de intervir no econômico (principalmente via economia informal), para melhorar a sua qualidade de vida e a da sua família, gerando alguma renda monetária. Esse processo tem sido denominado de "criação e gestão de capital social".

Capital Social é uma construção metafórica. Ele não consiste em recursos que são alcançados por indivíduos ou por grupos, mas num processo de interação para obter resultados. Não se trata de uma "quantidade", mas de um processo relacional. Capital financeiro e capital humano podem ser definidos em termos de quantidades, com localizações definidas em espaços e relações sócioeconômicas que ocorrem no mundo do mercado e dos negócios financeiros e em seus quadros humanos. Capital social não pode ser tão definido dessa forma. Capital social não se localiza em indivíduos, mas na relação

que se estrutura entre os indivíduos, nas organizações sociais. Ele envolve interações entre os indivíduos e constitui capital porque produz resultados e benefícios para os indivíduos. Mas não se trata de qualquer tipo de interação. Elas devem ser orientadas para objetivos estratégicos e o grupo deve compartilhar orientações normativas voltadas para estruturas de produção compartilhada entre os grupos. O tipo de solidariedade gerada é diferente da solidariedade construída a partir de identidades semelhantes, interesses comuns. Os estudiosos desse tema (9-13) consideram que, como as relações entre os indivíduos ocorrem em redes sociais, há portanto que se considerar as organizações que organizam as redes, as conexões da rede, a natureza dos relacionamentos e as normas, para que se possa ter no capital social. Segundo Bankston e Zhou (2002), trata-se de um processo mais complexo que o tratamento dado pela sociologia de Durkheim ao normatizar comportamento objetivando a integração social dos indivíduos via processo de cooperação; neste caso, a cooperação ocorre via o compartilhamento de normas, que por sua vez gera a solidariedade (como uma consequência funcional).

Nas teorias sobre "capital social" (10-11 e 12), as normas compartilhadas são áreas da produção do capital como normas promotoras de comportamentos produtivos. Redes sociais, relacionamentos e normas são etapas na produção de comportamentos voltados para objetivos pré-orientados, objetivos estratégicos (centrados na produção). As normas são produzidas nos relacionamentos estruturados em instituições. Família e vizinhança são usualmente discretas como lugares para redes de relacionamentos. Comunidades de base e associações formais ou voluntárias: étnicas, religiosas ou cívicas também.

6. O NOVO ASSOCIATIVISMO, TERCEIRO SETOR E O FUTURO DAS CIDADES

Em termos do futuro das cidades e das populações que nelas habitam, a indagação que podemos fazer é: o que está sendo gerado com as ações tão diferenciadas e contraditórias do Terceiro Setor? Podemos dividir a resposta segundo algumas áreas: a percepção da sociedade, a estrutura física, relativa a territorialidade-urbano/espacial da cidade, o planejamento urbano, as redes sociocomunicativas, a estrutura produtiva etc.

Do ponto de vista das relações sociais, o trabalho tanto das antigas ONGs cidadãos/militantes como das ONGs do Terceiro Setor tem gerado uma ampliação do campo da ação coletiva na sociedade civil. São relações que se constituem a partir de um chamamento à solidariedade. De uma forma geral, elas são percebidas como relevantes, pois atuam sobre problemas cruciais da realidade das ruas nas cidades: desemprego, fome, crianças nas ruas, violência, drogas etc. Não podemos negar que elas contribuem para a construção da cidadania,

desenvolvem o sentimento de pertencimento e responsabilidade dos indivíduos e grupos, estimulam a construção de identidades fundadas na noção de "responsabilidade e obrigação social", além de gerar um campo de sociabilidade importante no cotidiano de centenas de pessoas que, usualmente, possuíam apenas a televisão como referência de interação com o mundo exterior. Essas ações se contrapõem à orientação predominante na sociedade atual, de cunho individualista, continuamente estimulada a agir/reagir segundo as regras da competição e do "eu" pessoal, dos próprios interesses (até como forma de se proteger do clima de violência e medo do desemprego).

Do ponto de vista espacial/territorial, observa-se nas grandes metrópoles brasileiras, na última década, uma mudança do padrão de urbanização, de segregação concêntrica contínua no território para padrões mistos (áreas nobres se formam em lugares antes de camadas médias baixas, e ocupações populares invadem brechas nessas áreas e lá permanecem como enclaves). O trabalho das ONGs se espalha por toda malha urbana, não se localiza só nas regiões periféricas pobres como nos anos 70/80. Áreas centrais concentram atualmente grande volume de trabalhos com crianças que trabalham nas ruas, moradores de rua em espaços inadequados e prédios encortiçados. Áreas mistas, com população de alta renda e favelas, como na região do Morumbi, São Paulo, concentram trabalhos de ONGs mais institucionalizadas e projetos sociais de empresas cidadãs (que possuem políticas de responsabilidade social e investem no social). Usualmente, os projetos das ONGs do Terceiro Setor não geram novas edificações ou lugares fixos, marcos referenciais educativos, permanentes. A maioria dos projetos e programas funciona em locais provisórios, cedidos, alugados etc. Áreas verdes são concedidas ou alugadas para entidades desenvolverem os programas sociais. A maioria desses programas tem sido na área da educação (14), tanto formal (nas escolas) como na educação não-formal (programações na área das artes e cultura em geral com crianças e adolescentes; projetos com mulheres sobre hábitos alimentares, prevenção e cuidados com doenças, esportes e áreas de recreação etc.). Esses projetos buscam minorar a situação de pobreza e desemprego dos novos tempos, e todos têm como premissa a auto-sustentabilidade futura de suas clientelas. Por atuarem predominantemente sobre os efeitos perversos das carências materiais, as ações concentram-se nos indivíduos, doando-lhes bens ou inserindo-os em redes de produtivas que gerem trabalho e renda. Excetuando-se as ONGs ambientalistas, de recuperação do patrimônio arquitetônico ou de áreas da região central degradadas, a visibilidade dos trabalhos da grande maioria das ONGs, em termos do visual da cidade, é pequena. Por isso elas utilizam muito a mídia para divulgar os resultados de suas intervenções.

Em termos de planejamento de suas atividades, o Terceiro Setor é móvel, fluido, flutuante e fragmentado. Trabalha-se no curto prazo, a partir de projetos específicos,

em cima de situações-problemas que são resultados de outros processos. Dificilmente estruturam-se programas de longa duração. Apesar das ações serem propositivas, elas incidem em problemas já configurados. Isso tudo dificulta o planejamento urbano de uma cidade, pois a incerteza passa a ser o critério básico. Uma exceção é o setor do meio ambiente: nesse caso, observamos ações preventivas e educativas com grande capacidade de auxiliar o planejamento urbano, diferentemente das formas semi-espontâneas que foram criadas ao final dos anos 80 entre alguns órgãos públicos e representantes de movimentos populares para a gestão urbana. Naquela época, as lideranças não consideravam a necessidade de incorporar uma visão geral que considerasse os efeitos e impactos das decisões tomadas. A questão ambiental é um bom exemplo: a qualidade ambiental dos assentamentos, usualmente, não estava presente na agenda das reivindicações populares. As demandas eram agregativas, o que importava primeiro era o acesso à terra ou à moradia; os equipamentos coletivos eram reivindicados em segundo lugar. Solo, água, qualidade do ar, esgotos, destino do lixo etc. se tornavam problemas de difícil solução, pois não eram previstos inicialmente.

Entretanto, estudos realizados pelo Fórum Nacional de Reforma Urbana têm detectado que as “parcerias que vêm sendo estabelecidas entre setores públicos e privados têm excluído justamente os grupos mais vulneráveis, realimentando o ciclo de exclusão social e segregação territorial” (15).

Os movimentos sociais nos anos 80 se subdividiam segundo a localização espacial onde atuavam e correspondiam aos espaços territoriais de segregação ou integração urbana. O Terceiro Setor não possui esses marcos. Com raras exceções, dadas pelo potencial econômico da instituição de maior apoio à nova ONG, o Terceiro Setor funciona em locus de planejamento e se organiza a partir de uma agenda estratégica, situado em escritórios e casas alugadas; eles mudam de lugar físico segundo a conjuntura de seus caixas. As equipes do Terceiro Setor são compostas de funcionários assalariados e voluntários e têm também maior mobilidade, porque trabalham segundo projetos focalizados e com prazos determinados. As coordenações mudam pouco, mas os “operacionalizadores” dos programas vivenciam seu tempo na ONG, usualmente, não como militante político mas como um ativista propositivo temporário. Os termos não são neutros, as diferenças não são semânticas ou de modismo temporal/histórico; são de natureza paradigmática, criam perfis diferenciados à ação coletiva social.

As ONGs do Terceiro Setor afinam-se com a noção de rede presente no discurso e na prática das políticas da cidade e sobre a cidade, porque elas também atuam em redes. Com ações propositivas, pensadas estrategicamente, elas demandam organização e ação,

em que os atores coletivos atuam baseados em conexões existentes, usualmente de caráter informal, não burocratizadas, com interações intensas via processos comunicacionais informatizados (principalmente via internet). É importante destacar também que as redes do Terceiro Setor são distintas das redes dos movimentos sociais (antigos e da atualidade), devido à questão da diferença do projeto político de ambos. As idéias-força dos movimentos sociais privilegiavam os temas políticos: democratização, igualdade, direitos, cidadania, justiça social, ética etc. As idéias-força das ONGs do Terceiro Setor privilegiam os temas sociais: equidade, diversidade, diferenciação cultural, exclusão/inclusão etc. As últimas têm uma concepção abstrata e generalizante de cidadania e os movimentos enfatizam na cidadania a questão de todos os tipos de direitos dos cidadãos.

As novas redes movimentalistas, nas quais se movem as entidades do Terceiro Setor, incorporam sujeitos coletivos múltiplos, abrangendo universidades, centros de pesquisas, sindicatos, representantes de partidos políticos, entidades profissionais, empresas, órgãos governamentais, da mídia etc. Isso tudo nos leva a entender o peso e a credibilidade que as ONGs passaram a ter na sociedade. Elas utilizam estratégias de marketing para denunciar os problemas sociais. Com isso conseguem, também, legitimidade para a obtenção de apoio financeiro para projetos em áreas que o Estado não atua ou atua mal devido ao peso de seus procedimentos burocráticos, falta de pessoal, exigências de leis fiscais etc.

Disso tudo resulta também a transfiguração do sentido da cidadania. Esvazia-se o significado instituinte da noção de direitos bastante presente no tipo de ONGs dos anos 80. O direito de participar da gestão dos interesses coletivos, em áreas estratégicas em que o Estado descentralizou o monopólio de sua atuação, é substituído pela inclusão de grupos demandatários, organizados pelas entidades do Terceiro Setor, para consumirem serviços que lhes permitam sobreviver e/ou os capacitem a reingressar ao mundo do trabalho, sem um emprego fixo, como mão-de-obra autônoma. Os indivíduos tornam-se clientes consumidores de políticas sociais que perdem seu caráter universalizante-de direito social e adquirem caráter de políticas compensatórias.

À medida que as entidades do Terceiro Setor se respaldam numa lógica de mercado, a demonstração da sua utilidade dependerá da apresentação de seus resultados. Portanto, quanto mais clientelas atenderem, mais necessárias elas se farão. O amálgama da solidariedade, citado anteriormente, pode-se transformar apenas numa estratégia de busca de adesão de voluntários, pois o que determina o caráter das ações são as estratégias de competição (entre as diversas entidades) e a luta pelo acesso aos fundos monetários públicos. Esse cenário é mais contundente quando observamos um tipo de entidade do Terceiro Setor que está se proliferando com muita rapidez: as organizações/associações ou fundações criadas por grandes empresas privadas. Cada vez mais se difunde a idéia.

da responsabilidade social das empresas para com os problemas sociais do país e a necessidade das mesmas se envolverem na área do trabalho social. Nos anos 80, usualmente as empresas delimitavam esse trabalho aos programas dos departamentos de recursos humanos, voltados para seus próprios funcionários, a partir de programas de recreação, lazer, saúde, auxílios-bolsa escolares e todo tipo de apoio do chamado salário indireto (moradia, aluguel, carro etc.)

A novidade a partir dos anos 90 é o trabalho social de várias empresas voltado para a comunidade exterior, extra-muros, como uma favela ao seu lado, por exemplo, ou um grupo de crianças carentes, ou uma escola na periferia. Para tal, as empresas criam fundações, institutos, sites na Internet, etc., com novos quadros de profissionais assalariados, ou redirecionam algumas das ações de seus departamentos de pessoal, para atividades no Terceiro Setor. Elas têm organizado eventos e participado destes, produzindo vistosos materiais informativos e de propaganda de seus trabalhos etc. Certamente que reduções de impostos e outros incentivos estão presentes nesse cenário, assim como alterações na própria política e legislação de pagamento dos tributos, possibilitando que se aplique um percentual do imposto devido ao poder público em obras sociais. Tudo isso representa alterações na forma e no conteúdo dado ao tratamento da “questão social” no Brasil neste novo milênio, com reflexos tanto no cenário da organização e participação das populações-alvo atendidas como na configuração do espaço urbano que está sendo construído.

As associações do Terceiro Setor estão passando a ocupar o papel que antes era desempenhado pelos sindicatos e pelos partidos políticos. O novo associativismo do Terceiro Setor tem estabelecido relações contraditórias com o “antigo” associativismo advindo dos movimentos sociais populares (na maioria urbanos) dos anos 70 e 80. Enquanto estes últimos fizeram da política seu eixo básico de articulação e identidade, atuando via reivindicações por direitos (sociais, políticos, econômicos, culturais, por cidadania de forma geral), e eram amalgamados pelas ideologias da esquerda (num grande espectro de matizes e tendências), o associativismo do Terceiro Setor é pouco ou nada politizado, na maioria das vezes avesso às ideologias.

Mas o novo associativismo é também herdeiro e absorveu vários aspectos do associativismo anterior. Isso tem possibilitado, em alguns estados, cidades ou regiões, onde há propostas e gestões administrativas com visões progressivas, desenvolverem-se espaços novos para os atores organizados institucionalmente, como nas experiências de gestão com representação popular via conselhos, fóruns etc. Essa nova forma está alterando a gestão das cidades, porque a ação dos novos atores sociais tem ultrapassado os particularismo geográfico-territoriais, presentes na organização tradicional da administração da cidade e na organização das entidades populares, e se organizado

setorialmente ao redor dos grandes eixos temáticos da cidade: saúde e saneamento, educação e cultura, trabalho e centros de geração de rendas etc. Eles atuam via comissões plenárias que se dividem em serviços (para a manutenção da rede de serviços urbanos) e novas intervenções (por meio de novos instrumentos urbanísticos). A descentralização política da cidade institui uma esfera pública não-estatal. Trata-se da construção de novas relações sociais fundadas em uma nova ética e numa nova cultura política, que redefine a cidadania e cria uma nova esfera pública, de controle não-estatal (16).

As ONGs têm tido muita desenvoltura para participar nos locais onde foram implementadas políticas participativas locais. Nesses casos, elas reelaboraram seus discursos e práticas em direção a uma cultura propositiva que busca tornar as cidades sustentáveis e mais justas.

7. OS CONSELHOS GESTORES E A NOVA ESFERA PÚBLICA NO BRASIL

Como sabemos, a Constituição de 88 estabeleceu os Conselhos de Gestão Setoriais para as políticas sociais. Ao fazer isso, a nova Carta Constitucional estabeleceu o desenho de uma nova institucionalidade, envolvendo distintos sujeitos sociopolíticos e culturais nos âmbitos estatal e societal. Os Conselhos Gestores setoriais são uma das principais inovações democráticas no campo das políticas públicas, ao estabelecerem espaços de interlocução permanente entre a sociedade política e a sociedade civil organizada (estamos entendendo como políticas públicas as ações coletivas promulgadas pelo Estado, sozinho ou em parceria com a sociedade civil organizada, que devem concretizar direitos sociais declarados e garantidos em lei. Eles se inserem na esfera pública (17).

A grande novidade dos Conselhos gestores é justamente o fato de eles terem criado novo padrão de relação entre Estado e Sociedade, via a ampliação da esfera social pública; isso se deu porque a dinâmica societária dos conselhos fortalece os espaços de representação da sociedade civil e passou a exigir que os espaços de gestão das políticas públicas fossem alargados, ampliados, pela inclusão e participação de novos atores sociais. Com isso eles possibilitam o acesso à população em locais onde se tomam decisões políticas. Mas não é um acesso departamental, uma nova agenda para receber reclamos, demandas etc.

Trata-se de um processo de publicização novo no qual os grupos, movimentos e outros coletivos organizados podem atuar como sujeitos coletivos. A construção de outros atributos e significados ao poder local, ao final do século XX, possibilitou trazer para o centro do debate um outro conceito muito caro à teoria democrática, que é o de esfera pública.

A esfera pública é o do processo de publicização e portanto parte integrante do processo de democratização, por meio do fortalecimento da sociedade civil e da sociedade política.

Trata-se de uma esfera que comporta a interação entre os grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais etc. A natureza dessa esfera é essencialmente política argumentativa, é um espaço para o debate face a face dos problemas coletivos da sociedade, uma arena de debate e crítica. A esfera pública é o locus onde podem se inscrever os interesses das majorias nos processos de decisão política. Não se trata de um processo simples, relativo apenas ao cumprimento de um dever constitucional. Envolve dificuldades de três ordens:

- 1 - para a sociedade civil: passar de ator social para ator político;
- 2 - para a sociedade política estatal: aprender a conviver com novos processos onde há parceiros, onde os administradores não são os únicos a decidirem;
- 3 - o exercício em si destas novas práticas: desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais diferenciados, representando atores sociais, políticos e culturais distintos e de origem heterogênea.

Dentre os conselhos gestores institucionalizados, destacam-se os que tratam de problemas da saúde, das crianças, dos idosos, dos ambientalistas, os CONSEGs – Conselhos Integrados de Segurança, criados por lei para ser um elo entre representantes da administração pública, a polícia e a comunidade.

Em síntese: ampliação da esfera pública por parte de setores organizados da sociedade civil em luta pela construção de suas identidades e os efeitos das reformas que configuraram novo papel para o Estado, na sua relação com a sociedade.

8. GESTÃO PÚBLICA NA ÁREA DA SAÚDE, TERCEIRO SETOR E O FUTURO DAS CIDADES

Sabemos que a existência de conselhos municipais, estaduais e o nacional, na área da saúde, está prevista no SUS, Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990. Dentre os Conselhos Gestores, os da área da Saúde são os mais antigos e consolidados. A Lei 8080, denominada “Lei Orgânica da Saúde”, e a Lei 8142/90, que é a “Lei dos Conselhos de Saúde” (CMS), são os principais instrumentos jurídicos. Normas Operacionais, as Leis Orgânicas dos municípios. Em 1993, portanto há dez anos, já existiam 2.108 conselhos municipais, num total de 4.973 municípios brasileiros existentes na época. O fator explicativo maior para a criação acelerada desses conselhos, entre 1900 a 1993, tanto no plano municipal como no estadual e federal, é a existência constitucional e as leis que lhe seguiram, vinculando repasses de recursos à existência dos conselhos. Matéria publicada na mídia registrou que já havia, em 2001, só no plano municipal, cerca de 5.000 cidades com conselho municipal de saúde e mais de 100 mil conselheiros de saúde, compondo uma rede predominantemente feminina (Folha de São Paulo em, 2/10/2001).

Para Carvalho (18), os conselhos e o SUS são frutos e componentes de um processo mais geral, de institucionalização de uma Reforma Sanitária no Brasil, e herdeiros do Movimento Sanitário dos anos 80. A Reforma Sanitária está vinculada à emergência de novos atores na política da Saúde; no caso, os setores organizados que passaram a participar dos Conselhos e das Conferências Nacionais. O autor reconhece as limitações e dificuldades dos conselhos; seu impacto sobre as políticas públicas e ações governamentais não dependem tanto do rol de prescrições legais, mas da capacidade de seus atores de ampliar, no âmbito do aparelho do Estado, seu acesso a recursos concretos de poder administrativo, técnico, financeiro etc. Força social e política, em suma.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, permanentes e com caráter deliberativo. Atuam na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômico e financeiro. São compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, sendo que estes “devem ser paritários com relação ao conjunto dos demais segmentos” (19). Mas esse mesmo autor indaga: “os conselhos são deliberativos em relação a quê? Quais os limites e o alcance desse poder deliberativo?”. Em parte, ele mesmo responde às suas perguntas ao nos indicar que, dependendo da interpretação que se dê à lei, “ora os CMS são órgãos de inter-ação governo-sociedade (atuam mais como porta-voz dos anseios da comunidade), ora os CMS são órgãos de co-gestão, sendo co-responsáveis pelas ações das secretarias municipais de saúde” (MERCADANTE, 2002, p. 42). O autor propõe que eles ajudem a planejar, fiscalizar, avaliar os resultados e que sejam avaliados periodicamente pelas bases que lhes delegaram a representatividade e, caso não cumpram as metas, devem também serem substituídos. A segunda alternativa citada por Mercadante – os CMS serem co-responsáveis – só teria sentido se eles de fato tivessem poder em todo circuito que assinala acima, exercitando de fato um sistema de co-gestão. Mas ele conclui que co-responsabilidade em políticas de “ausências, carências, lacunas e silêncios”, como as que temos acompanhado por meio de notícias na mídia e índices de resultados publicados, torna-se uma forma de desacreditar as lideranças e desestimular a organização da população.

Uma avaliação feita com representantes de usuários que participam dos conselhos de saúde no Rio Grande do Sul nos indicou:

- 1 - Eles têm como marco um conceito amplo de saúde, como um direito pleno da sociedade, e que a cidade, para ter qualidade de vida, tem de ser saudável.
- 2 - Os conselheiros vinculam o conceito de Educação em Saúde ao repasse de informações e à mudança de hábitos. E isso pressupõe ações conscientes – sobre

o corpo, a vida e o próprio mundo – o que exige a qualificação desses conselheiros em termos de novos saberes nas seguintes direções:

- a - Acesso às informações (pois o sentimento de não saber atua como desmobilizador dos representantes dos usuários);
- b - Conhecimento sobre a Legislação e as leis da área (Constituição Federal, Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, e Lei 8142/90, que é a Lei dos Conselhos de Saúde (20).

Há necessidade de um esforço coletivo na formação dos conselheiros advindos da sociedade civil, sem experiência associativa anterior, no sentido de inseri-los no processo de circulação de saberes, matrizes de pensamento e informações. Há necessidade da Educação Popular na área de formação dos conselheiros. Se considerarmos importante a participação qualificada dos conselheiros – no sentido de eles terem a possibilidade de debater e discutir os problemas da área – em pé de igualdade com o discurso tecno-burocrático dos outros 50% dos membros de um conselho, é preciso capacitá-los. Mas essa capacitação não pode ser também exclusivamente técnica; deve-se oferecer, além da parte técnico-operacional (sobre as leis, regulamentos dos conselhos etc.), um saber especializado em termos de cuidados específicos, ou campanhas sobre esta ou aquela doença/epidemia/ prevenção etc. articuladas às grandes metas das políticas da saúde e outras áreas afins. Os conselheiros devem saber sobre os recursos existentes em termos de infra-estrutura, pessoal e financeiros, recursos comunitários que podem e devem ser acionados, o papel das famílias etc. (21).

A dinâmica das reuniões dos conselhos não podem ser burocráticas, centradas só em aspectos técnico-administrativos, pois os usuários, usualmente, têm práticas participativas flexíveis, abertas, mais próximas de assembleias do que de reuniões formais burocráticas. Certamente que é preciso achar um meio termo. Se tudo virar uma Assembleia, não precisamos dos conselhos – já temos as “Plenárias”, os Congressos da Saúde etc. que se preocupam com grandes metas e objetivos estratégicos da ação a médio e longo prazos e não com o cotidiano de uma Secretaria em especial).

Destaco ainda, na Saúde, problemas na composição dos conselhos. Embora os usuários, os profissionais da área, os prestadores de serviços e o poder público sejam seus atores principais, e em vários lugares eles sejam paritários, a proporcionalidade dessa composição varia segundo as esferas municipal, estadual ou federal e, em cada uma delas, ocorreram alterações decorrentes de pressões e conflitos. O que persiste até a atualidade é dado pela desigualdade de condições à participação de seus membros.

O agir político não é possível em condições de desigualdade de saberes, de submissão ou simples resistência ao discurso competente. Uma gestão democrática participativa, que priorize o social, tem de formular planos para atuar nessa questão. Não é possível se

ter igualdade quando só os representantes do governo ou dos trabalhadores da área – sabem tudo sobre o funcionamento da máquina pública e a legislação pertinente – e os representantes dos usuários, além de pouco conhecimento específico, de não dominarem os códigos das linguagens utilizadas, têm uma imensa dificuldade em ter acesso às informações etc.

Informação, conhecimento e ação são condições para o exercício do poder. A participação democrática, cidadã pressupõe considerar o poder em termos de gestão compartilhada, pois se não o fizer estar-se-á apenas manipulando pessoas e grupos de forma a controlá-los. Um conselho ativo é aquele que participa da elaboração, das escolhas, controla a execução das políticas públicas e participa de sua avaliação.

A universidade tem grande contribuição a dar nesse sentido: ela deve atuar tanto dando subsídios nos grandes aportes teóricos da questão da saúde, estando junto dos conselhos, ajudando a construir as políticas sociais na área; assim como trabalhando via extensão direta junto à população, identificando lideranças para com elas definirem prioridades e as melhores metodologias para ações coordenadas na área da saúde. Essas ações poderão auxiliar no resgate da auto-estima e humanização dos cidadãos, pois muitos deles encontram-se em situação de desemprego, ou emprego precário, deprimidos pelo “não-lugar” em que se localizam na sociedade. Participar de ações de seu bairro/coletividade, como agente ativo, poderá apontar-lhes horizontes, resgatar-lhes o sentido e o desejo de viver.

Biancarelli (22), em artigo na “Folha de São Paulo” afirma que “há uma relação direta entre saúde das cidades e saúde das pessoas. E, quando um maior número de moradores participa coletivamente dos seus próprios cuidados, as ações da saúde costumam ser mais bem-sucedidas”. Mas o mesmo jornal indaga: “como um município pode ser saudável quando convive com desigualdades sociais, sofre com problemas de moradia, não oferece o básico em saúde, não trata o esgoto nem preserva o ambiente”. A resposta pode ser encontrada em estudos e orientações da própria OMS – Organização Mundial de Saúde, ao sugerir 20 passos para se ter uma “cidade saudável”: aumentar a consciência dos moradores sobre a saúde, mobilizar os diferentes setores do governo e da sociedade, definir um projeto de trabalho, capacitar pessoas, dividir responsabilidades, preparar propostas e colocá-las em prática”. Corroborando com essas sugestões, estudos realizados pela USP/SP e pela PUC Campinas concluíram: no Brasil, as cidades que oferecem melhor qualidade de vida são aquelas com maior autonomia na administração dos seus recursos e com maior participação social (vide Folha de São Paulo, 30/12/2002, C1). Acrescentamos um alerta: as ações devem ser articuladas no plano da esfera pública (onde se dão as relações institucionalizadas da sociedade civil com a administração) e dinamizadas nos espaços públicos específicos da sociedade civil (associações, movimentos, fóruns, entidades e organizações diversas) (23).

9. ASSOCIATIVISMO NA ÁREA DA SAÚDE EM SÃO PAULO

Em São Paulo, dada a herança associativa advinda dos movimentos populares de bairros da periferia nos anos 70 e 80, existem ainda, paralelamente aos conselhos institucionalizados, os conselhos populares de saúde originários daquele período, especialmente na Zona Leste da capital (existe um Fórum de Desenvolvimento da Zona Leste que, junto com o Fórum de Campo Limpo, na Zona Sul da cidade, constituem estruturas avançadas e ativas de participação da população, herança do período das grandes mobilizações populares naquelas regiões, nos anos 70/80).

Em 2001, em São Paulo, cerca de 110 mil pessoas escolheram mais de 3.000 conselheiros populares de saúde. Os conselheiros da Saúde têm participado também de congressos em que são apresentados trabalhos. Ainda em 2001 ocorreu em Santos o 7º Congresso Paulista de Saúde Pública e, dos 533 trabalhos apresentados, 27 tratavam da questão dos conselhos e da participação social. Entretanto, em São Paulo também podemos observar a falta de equidade na composição dos conselhos de saúde. O Conselho Gestor de Saúde do Distrito de Pinheiros, por exemplo, é composto de 12 membros efetivos e 12 suplentes. Dos efetivos, 50% são representantes de usuários, 25% de trabalhadores na área da saúde e os outros 25% membros do poder público. O mandato não é remunerado. Na realidade, só não é remunerado para os 50% dos representantes dos usuários, porque os demais recebem salários para atuar na área. Historicamente, os atores principais que os constituíram foram os movimentos populares e os profissionais da saúde. Uma outra dificuldade detectada é: os conselhos estaduais e o nacional “ditam” as regras para os conselhos municipais.

Nesse contexto, a profª Amélia Cohn, da Faculdade de Medicina da USP/SP, pesquisadora há longa data na área da saúde, afirma que eles “atuam muito mais como um colegiado de legitimação das decisões e ações do próprio executivo do que de deliberação propriamente dita”. Amélia chama atenção para a distinção entre o “bem comum” e o “interesse comum”. (Cf. Folha de São Paulo, 2/10/2001, C5.). Disso tudo concluímos que, se os conselhos não tiverem poder deliberativo de fato, com relativa autonomia, podem ficar reféns dos políticos/administradores de plantão (que poderá usá-los como um novo artifício de controle social sobre a sociedade) ou o próprio Conselho representar apenas o interesse comum do grupo mais próximo dos conselheiros.

10. CONCLUSÕES

Atualmente, as cidades brasileiras são o espaço político, produtivo e reprodutivo mais significativo para a maioria de sua população. Elas organizam a vida social e o

cotidiano de 80% de seus cidadãos; abrigam as estruturas de poder e decisão; são cenários de grandes eventos assim como de grandes tragédias. São focos de tensão e violência, espaços de contrastes entre incluídos e excluídos. A grande questão social no Brasil atual situa-se nas grandes metrópoles e não no campo ou nas pequenas cidades pobres do Norte e Nordeste do país. Mas as grandes metrópoles são também locus de construção de inovações e novos direitos.

Uma questão chave para entender o futuro das cidades é olharmos para os novos processos participativos que estão ocorrendo na nova esfera pública criada pela interação entre o governo e a sociedade civil organizada; na interação entre os representantes da população e os representantes dos poderes constituídos, qualquer que seja a posição política dos dirigentes políticos administrativos estatais. A inclusão de novos atores sociais como sujeitos sociopolíticos investidos de poder institucional, a exemplo dos diferentes tipos de conselhos, além de criar a figura nova de novo sujeito sociopolítico representante da sociedade civil na arena pública, faz emergir e acionar múltiplas redes sociopolíticas. Denominamos o novo processo de participação cidadã; ela joga luz sobre a gestão pública e corresponde a mudanças no processo do fazer política dos grupos e entidades organizadas, assim como o fazer política da própria administração pública. A gestão pública adota formas colegiadas e uma das questões-chaves será obter altos índices de representatividade entre os atores que interagem. Com isso, criam-se oportunidades para se alterar a relação sociedade civil e Estado. A gestão urbana, planejada a partir das demandas sociais, busca equilibrar a equação: necessidade – oportunidades – recursos disponíveis. Entretanto, para não ficarmos apenas nas virtualidades, em relação aos conselhos analisados, para que eles possam exercer de fato a participação cidadã, assinalamos que eles têm de ter uma relativa autonomia, atuarem com autodeterminação, não serem apenas porta-voz de anseios ou meros “referendum” de decisões já tomadas nos gabinetes; sem isso, é difícil exercitarem a cidadania ativa, propositiva.

Nossa pesquisa conclui que estamos vivendo um novo momento na trajetória do associativismo brasileiro. A grande maioria das ONGs está mudando de nome para simplesmente Terceiro Setor. As novas redes associativistas estão contribuindo para o que já foi denominado como “empowerment” (o empoderamento) dos setores populares em nossa sociedade. Elas colaboram para a construção de sociedades mais justas, mais igualitárias e, portanto, mais democráticas. Um dos problemas dessas instituições é que seu impacto na realidade é lento e muito pontual e os problemas sociais são graves e necessitam de respostas urgentes. Por isso, as novas ONGs, de perfil mais agressivo, estruturadas com o apoio de grandes grupos ou companhias empresariais, atuando nas franjas da nova economia social, segundo regras e critérios de racionalidade de uma

economia de mercado, ainda que sem fins lucrativos, tendem a predominar sobre as ONGs que trabalham com maior ênfase na capacidade da sociedade de se organizar e defender seus interesses, na construção de novos sujeitos sociopolíticos que atuam em defesa dos direitos da cidadania.

O Terceiro Setor não substitui a forma movimento social – típica das ações coletivas de protesto, resistência e lutas que vigorou nos anos 80 (até porque essa forma ainda é muito forte na área rural (24). Ele se alimenta das conquistas dos movimentos sociais, principalmente as que foram consolidadas no plano da lei. Mas ele retraduziu bastante as práticas daqueles movimentos. Portanto, alterou-se o sentido das ações coletivas de participação da população. Com isso, temos a chave necessária para entender o processo de perda de visibilidade da mobilização social e sua substituição pela participação em projetos focalizados. Entretanto, esse novo sentido não deve nos impedir de reconhecer a capacidade da sociedade civil de se organizar, na última década, de defender seus interesses e propor formas de gestão e políticas que se orientam em direção a uma ampliação da esfera pública e da cidadania (25). Resulta disso tudo um cenário contraditório, em que convive a inclusão dos setores mais pobres em políticas compensatórias, com projetos e práticas emancipatórias, que buscam a transformação social via mudança dos eixos e diretrizes que têm sido dados à sociedade brasileira até agora. Inúmeras ONGs cidadãos afirmam: já não bastam princípios gerais e boas análises da sociedade. São necessárias boas análises para armar estratégias políticas viáveis segundo a correlação de forças políticas presentes na conjuntura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) IBGE. "Censo de 2000". Rio de Janeiro: Fund. IBGE, 2002.
- (2) TOURAINE, Alain. Integração crítica. Folha de São Paulo, Caderno MAIS, 5 jan 2003, p. 8.
- (3) Fórum Nacional da Reforma Urbana, Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental, Instituto dos Arquitetos do Brasil, Associação Nacional de Planejamento Urbano e Regional, Fórum Nacional de Participação Popular – Conam – Coordenação Nacional Associações de Moradores, Instituto da Cidadania, Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Frente Nacional de Prefeitos das Grandes Cidades, Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados.
- (4) Carta de Convocação da Conferência das Cidades, 2001, São Paulo.
- (5) GOHN, Maria da Glória. "Educação não-formal e cultura política". 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. "Conselhos gestores e participação sociopolítica". São Paulo: Cortez, 2001.
- (6) Destacam-se: a mortalidade infantil caiu um quinto em relação a 1970; houve ampliação do sistema público de atendimento e aumento no sistema de cobertura e da oferta das vacinas; diminuição das filas para cirurgias (principalmente catarata e varizes); crescimento dos transplantes (rins, coração, medula óssea e fígado); incremento de procedimentos ambulatoriais, como exames de mamografia pelo SUS, tomografias computadorizadas, a ressonância magnética passou a ser oferecida à rede pública de saúde. Houve ainda aumento de 57% dos tratamentos de hemodiálise e 66,5% na quimioterapia. Destacam-se ainda o aumento da distribuição de remédios gratuitos e de coquetel de DST/Aids e a ampliação do Programa de Saúde da Família – PSF. Fonte: BARJAS NEGRI. "A saúde rompeu o círculo vicioso". In: Folha de São Paulo, 15 nov/2002, p. A3.
- (7) Algumas notícias advindas da sociedade civil apresentam novidades e a possibilidade de mudanças, mas revelam também graves problemas sociais. Por exemplo, o Hospital Santa Marcelina, na Zona Leste de São Paulo, implantou, pela iniciativa de uma pediatra, uma brinquedoteca e uma videoteca, para amenizar o ambiente durante o período da internação infantil. A iniciativa deu certo e surgiu o seguinte problema: as crianças passaram a preferir ficar no hospital a ter de retornar para casa. O motivo não é apenas os equipamentos de lazer infantis existentes no hospital. O real motivo são os maus tratos e a violência doméstica a que são submetidas as crianças. Portanto, há necessidade de campanhas e trabalhos de educação popular com os pais ou responsáveis pelas crianças, nos bairros pobres, sobre a educação dos filhos e os traumas que a violência ocasiona

nos filhos sob agressão. Vide: DIMENSTAIN, Gilberto. "Hospital de brincadeira". Folha de São Paulo, 20 nov/2002, C2.

(8) Para uma discussão sobre o conceito de sociedade civil, vide CARVALHO, José Murilo. "Cidadania no Brasil: o longo caminho". São Paulo: Companhia das Letras, 2002; e meu texto "Sociedade civil no Brasil: conceito e sujeitos atuantes". In: Caderno Ideação, Porto Alegre, Número Especial, p. 73-82, 2002.

(9) BANKSTON; ZHOW, Min. "Social capital as process: the meanings and problems of a theoretical metaphors". Inquiry, [S.l.], v. 72, n. 2, p. 285-317, 2002.

(10) COLEMAN, James S. "Foundations of Social Theory". Cambridge: Havard University Press, 1990.

(11) PORTES, Alejandro. "Social capital: its origins and applications in moderne sociology". Annual Review of Sociology, v. 24, p. 1-24, 1998.

(12) PUTNAM, Robert. "Bowling alone: Americas decling social capital". Journal of Democracy, [S.l.], v. 6, p. 65-78, 1995.

(13) ZHOU, Min. "Social capital in China Town: the role of Community Based Organizations and Families in the Adaptations of the younger generation". In: WEISS, Lois; SELLER, Maxime S. (ed). "Beyond Black and whinthe: new voices, new faces in the Unithed States Schools". Albany: SUNY Press, 1997.

(14) A "Folha de São Paulo" divulgou, em agosto de 2002, pesquisa realizada em 40 países, coordenada por Lester Salamon, que apresenta as seguintes áreas de atuação do Terceiro Setor: Educação (23%), Saúde (14%), Amparo Social (19%), Promoção e Desenvolvimento (9%), Outros (35%).

(15) Fórum Nacional de Reforma Urbana. Seminário Mundial pelo Direito à Cidade Contra a Desigualdade e Discriminação. Porto Alegre, Janeiro 2002.

(16) A respeito de espaço público, vide: DAGNINO, Evelina. "Sociedade civil e espaços públicos no Brasil". São Paulo: Unicamp/Paz e Terra, 2002, e Fernandes, Rubem César, et al. "Terceiro setor: desenvolvimento social sustentado". São Paulo: GIFE/Paz e Terra, 1997.

(17) Vide análises mais detalhadas em meu livro "Conselhos gestores e participação sociopolítica". São Paulo: Cortez, 2001.

(18) CARVALHO, Pedro Ivo. "Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social". [S.l.]: IBAM/FASE, 1995.

(19) Mercadante, O; et al.. "Conselhos municipais das áreas sociais". Informativo CEPAM, São Paulo, n. 1, p. 41, 2002.

(20). Existem inúmeras modalidades de divulgação dessas leis, tais como o "Guia do Conselheiro", do próprio Ministério da Saúde, material do Conselho Regional de Saúde, da Associação dos Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, entre outros. Essas publicações apresentam dois problemas: a) elas não são divulgadas o suficiente ou nos canais corretos, pois a maioria dos usuários as desconhece, ficando incapazes de participar ou se candidatar para conselheiros; b) o material oficial elaborado, usualmente, expressa-se em linguagem de difícil compreensão para o leigo. Os representantes dos usuários tentam decodificar as informações via cartilhas. É bom lembrarmos também que existem outras estruturas que tratam da questão da saúde – nas empresas, por exemplo – via CIPA's (com cartilhas sobre prevenções de acidentes, o LER – Lesões por esforços repetitivos, Aids etc.); entidades sindicais e associações comunitárias também têm criado departamentos específicos e organizado campanhas preventivas; a Pastoral da Saúde capacita agentes comunitários, distribui materiais para prevenção de doenças, uso de ervas, remédios, xaropes, pomadas etc. Mas há uma total desarticulação entre essas ações, atuando cada um no "seu pedaço" ou território organizativo. Além disso, não há encontros, trocas de experiências entre os próprios conselheiros e nem entre estes e os agentes comunitários da área.

(21) Vide análises de Westphal, M. F.; Bógus, C. M. 2002. "Formação de conselheiros de saúde e a prática cidadã de participação no planejamento, gestão e controle dos serviços de saúde". Informativo Cepam, São Paulo, n. 1, p. 44-56.

(22) BIANCARELLI, Aureliano. "Faculdades impulsionam cidades saudáveis". In: Folha de São Paulo, 30 dez/2002, C1.

(23) Vide também Fundação Osvaldo Cruz; FGV. "Municipalização da saúde e poder local no Brasil". Rio de Janeiro: FGV/Fiocruz, 1998

(24) Em Julho de 2002, apresentamos no XXXI Congresso da Associação Internacional de Sociologia, na Austrália, um paper contendo um panorama dos movimentos sociais urbanos no início deste milênio, contendo quatorze eixos temáticos de lutas e demandas, a saber: 1) movimentos por condições de habitabilidade na cidade, nucleados pela questão da moradia, expressa em duas frentes de luta: a) articulação de redes sociopolíticas compostas por intelectuais de centro-esquerda e movimentos populares que militam ao redor do tema urbano (o habitat, a cidade propriamente dita). Eles participaram do processo de construção e obtenção do "Estatuto da Cidade"; b) redes de movimentos sociais populares dos Sem-Teto (moradores de ruas e participantes de ocupações de prédios abandonados). Eles são apoiados por pastorais da Igreja Católica; 2) ações de grupos de camadas médias contra a violência urbana e demanda pela paz (no trânsito,

nas ruas, escolas, ações contra as pessoas e seu patrimônio); 3) mobilização e organização popular em torno de estruturas institucionais de participação na gestão política-administrativa da cidade (Orçamento Participativo e Conselhos Gestores); 4) mobilizações e movimentos de recuperação de estruturas ambientais, físico-espaciais (como praças, parques), assim como de equipamentos e serviços coletivos (área da saúde, educação, lazer, esportes e outros serviços públicos degradados nos últimos anos pelas políticas neoliberais); 5) mobilizações e movimentos sindicais contra o desemprego; 6) movimentos de solidariedade e apoio a programas com meninos e meninas nas ruas, adolescentes que usam drogas, portadores de HIV, portadores de necessidades especiais; 7) mobilizações e movimentos dos sem-terra, na área rural e suas redes de articulações com as cidades via participação de desempregados e moradores de ruas, nos acampamentos do MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra; 8) movimentos étnico-raciais (índios e negros); 9) movimentos envolvendo questões de gênero (mulheres e homossexuais); 10) movimentos contra as políticas neoliberais e os efeitos da globalização (contra ALCA, Fórum Social Mundial etc.); 11) movimentos de demandas na área dos direitos humanos, culturais etc.; 12) movimentos pela educação (no setor popular: creches e vagas nas escolas; no setor universitário: contratação de professores, mais verbas para educação e reajustes das mensalidades nas faculdades particulares); 13) movimentos religiosos de diferentes crenças, seitas e tradições religiosas; 14) movimentos culturais de jovens. Sobre a categoria "movimento social", vide GOHN, Maria da Glória. "Teoria dos movimentos sociais". 3.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

(25) Relatos e análises sobre a participação da comunidade são realizados, entre outros, por PUTNAM, Robert D. "Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna". Rio de Janeiro: FGV, 1993, e TEIXEIRA, Elenaldo. "O local e o global". São Paulo: Cortez Editora, 2001.

A GEOGRAFIA URBANA NA DISSOLUÇÃO DAS IDENTIDADES ORIGINÁRIAS

Elvio Rodrigues Martins

Prof Dr. da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RESUMO

Posição que procura refletir o fundamento geográfico que representa a dissolução e metamorfoses de identidades tradicionais, dando origem a referências culturais de novo tipo. Procura-se destacar o movimento migratório que tem caracterizado a população dos centros urbanos, sua inserção numa geografia urbana de extrema dinamicidade. Questiona-se aqui o significado efetivo dos "guetos culturais" como espaços de resistência, bem como da possibilidade da existência efetiva de um fundamento urbano na constituição das individualidades contemporâneas. A alienação presente no espaço corporativo da geografia urbana das cidades, a redefinição dos laços de identidade e interatividade são alguns dos aspectos a serem abordados.

DESCRIPTORIOS: geografia; migração; cultura; cidades.

Mobilidade, movimento de um lugar a outro lugar: deslocamento. Os lugares em relação, em ligação, em conexão: os fluxos. Movimentam-se capitais, em suas diferentes formas: dinheiro, tecnologias, bens de produção. Há também a comunicação, e de um lugar a outro movimentam-se informações e, com elas, elementos diversos: universos culturais em movimento, de princípios éticos a manifestações artísticas. Mas há também deslocamento de pessoas: mobilidade de uma demografia, indivíduos e individualidades em movimento. A dinâmica móvel da Força de Trabalho. Enfim, os lugares e suas relações: eis a Geografia.

Neste pequeno ensaio estaremos enfocando uma dessas facetas nesta geografia do mundo contemporâneo, a saber os fluxos migratórios de pessoas. O objetivo principal é observarmos algumas das conseqüências desse processo de escala verdadeiramente mundial, especialmente na definição daquilo que poderíamos designar como a cidade e sua geografia cultural-urbana. Há aqui fundamentos ontológicos a serem destacados, especialmente como

esta geografia é elemento fundante de individualidades. Portanto, a atenção aqui é direcionada prioritariamente para aqueles núdulos espaciais de intensa urbanização, que, diga-se já, constituem os pólos de primeira grandeza na atração dos fluxos migratórios. Mas, se atingir esse intento, apresentam-se, antes dessas ponderações finais, considerações sobre o processo evolutivo das migrações, verificando aí como sua dimensão geográfica em termos escalares repercute processos históricos específicos. Conjuntamente com isso, avaliam-se alguns dos desdobramentos resultantes das ações dos fluxos migratórios nos seus diferentes estágios histórico-geográficos, para que com isso se possa refletir com maior propriedade sobre o objetivo principal a que se propõe este ensaio.

Nesta dimensão geográfica básica que conhecemos, ou seja, a divisão campo/cidade, pode-se dizer que o primeiro deslocamento efetivo que mostra uma geografia em metamorfose é sem dúvida a migração campo-cidade. Não há dúvida de que a emergência da manufatura, da fábrica e da indústria traz consigo a hegemonia do industrial sobre o agrário, do avanço da geografia urbana sobre a geografia rural. A densidade espacial das cidades, núdulos essenciais da urbanidade, toma proporções nunca vistas, arrastando consigo novas dimensões na relação homem/meio. A progressiva industrialização das atividades agrárias, fazendo por redefinir o arranjo espacial da geografia rural, estabelece a dinâmica do fluxo migratório campo/cidade. No nódulo do espaço urbano, a cidade cresce em densidade, absorvendo com demanda cada vez mais crescente a mão-de-obra e a força de trabalho necessária. Esse é um processo, pode-se dizer, clássico, no qual o mundo da manufatura torna-se hegemônico. E nessa densidade acarretada amplia-se a divisão social do trabalho, a interdependência das atividades, e portanto não só a produção mas também a circulação tem sua geografia dilatada.

Mas se sabe que esse movimento não é sem conflito. De um lugar a outro lugar, ou seja, no campo e na cidade, o processo é a caracteristicamente dramático. Especialmente para os indivíduos e suas individualidades. Principalmente para a classe trabalhadora. Os motivos da mobilidade espacial em si já possuem seus traumas. Mas o fato possui repercussões ainda mais fundas, pois serão outra coisa em outro lugar: deixaram de ser camponeses para ser o nascente proletariado, mas todavia o farão conservando consigo uma subjetividade rural num mundo em velocidade urbana. A memória fica num lugar que não é o dela. É o lugar de uma outra subjetividade. Mais intensamente alienada, numa espacialidade intensamente mais descontínua e fragmentada. As distâncias são outras. Os ritmos são outros. A memória agora está longe, numa distância involuntária, numa geografia que ficou para trás. Saudades.

Na premência da sobrevivência, nos desafios impostos pelo estranhamento do novo lugar, os laços de identidade vêm-se impulsionados a se redefinir. A geografia agora é

marcada por lógicas novas. Lugar de morada não é o mesmo que lugar de trabalho. Nesse mosaico denso das cidades, os lugares tendem à discriminação. A redefinição da identidade encontra seu lugar no bairro operário. Reduto dos mesmos em suas identidades de lugares longínquos. O contíguo agora e a identidade no outro que tem em comum o fato de seu lugar não ser ali. Ser aqui sendo de lá.

A Cidade mostra aspectos novos. Não só os lugares são diferentes na sua constituição. Também nesses lugares a relação homem/meio mostra singularidades. Os que não são dali agora também pertencem à cidade e, por isso, farão parte dela. Farão o que a cidade será. Na cidade, rapidamente se deixa de ser estrangeiro. Os ritmos são outros. A cidade assimila. Ao indivíduo cabe assimilá-la, senão morre. Daqui veremos as primeiras manifestações fruto dessa nova interação entre homem/meio. Um Homem impingido a ser urbano, situação estacionada no coração da alienação que ele produz em sua relação, mas também um Homem de subjetividade calcada na ruralidade. No bairro a solidariedade é outra, a ética é outra. Reporta-se muito ao lugar que ficou para trás. A cultura agora será síntese de dois lugares. Um do imaginário e outro do vivido. Dois espaços num só lugar. Eis o traço da primeira geografia cultural-urbana. A segunda é mostrar o lugar vivido. Aqui se toca um samba e se dança um tango. A primeira cultura de origem urbano-industrial é uma cultura popular. Ela passa a marcar e dizer o que é a cidade.

Nessa situação toda, a geografia do estado-nacional se forma, sua unidade territorial é constituída. A geografia regional é reconstituída. O nacionalismo quer se ver no lugar das nacionalidades. A polaridade dos nódulos urbanos é hierarquizada. E nisso as migrações assumem outra escala: passam a ser de região para região. A distância aumenta. O estranhamento dos indivíduos e das culturas também. O outro lugar agora é mais distante. O mundo rural agora vem de regiões diversas e distantes. A cidade agora começa a viver a territorialidade fundada em regionalismos distintos. Misturam-se agora nos bairros operários geografias distintas e histórias distintas. Já há gerações presentes que ali existem há mais tempo, já são mais urbanos em relação àqueles que chegam. Mais singularidades a esse universo particular. Agora nessa nova dinâmica migratória é possível que se veja, além de regiões distintas, também raças distintas. A assimilação não é simples. Traz consigo tradições distintas. O bairro operário passa por uma transformação. Absorve uma nova geografia. O bairro operário mostra uma inclinação, uma tendência, algo ainda em vias de se consolidar: a de dividir-se em guetos.

Nisso tudo o diverso tende a se transformar. O regional tende ao citadino, ruralidades de origens distintas tendem à urbanidade. O anterior, a ruralidade, não se faz por anular por completo. Na verdade faz por fazer existir o que será o urbano. Não morre, recria-se no urbano. A geografia cultural-urbana ganha em complexidade. A cidade vai criando sua

identidade. O Lugar e seus habitantes vão reconstruindo suas identidades específicas. Uma simbiose está em curso.

Mas isso tomará proporções ainda maiores quando a densidade da cidade tornar-se crítica. No processo histórico, a geografia das cidades tornar-se-á tensa. Os ritmos, que em sua síntese são o urbano, não mostraram harmonia, mas sim hierarquia. A densidade é expressão que o espaço toma no ritmo industrial. E todos os recursos serão empregados para que ele se acelere. Nisso, o número dos que chegam torna-se incompatível com a premência dessa velocidade rítmica. A tecnologia toma o lugar do homem no campo e na cidade. E a este volta a necessidade de migrar. Agora o espaço contíguo não é mais possível. A saída é para o mar, no além-mar. As distâncias podem ser agora oceânicas, ou mesmo continentais. Do outro lado, outro lugar, outra cidade, outro campo, outras culturas. Tão grande agora o estranhamento, quão grande é agora a distância. O drama ganha em proporções maiores. A origem agora será o velho mundo, no oriente e no ocidente. No destino o novo mundo. Sua história é recente. Sua geografia é nova e dinâmica. A saudade vem agora com a esperança.

Estamos diante da diáspora das culturas. A geografia agora tem escala planetária. De campo para cidade, vamos agora de país para país, ou mais exatamente a migração campo-campo, campo-cidade, cidade-cidade, cidade-campo, onde a origem é um país e o destino é um outro país. Aos recém-chegados as dificuldades de adaptação são agora ainda maiores. De origens distintas, num primeiro momento podem estar juntos. Todavia, a identidade cultural faz muitas vezes que o convívio torne-se difícil, e das dificuldades enfrentadas a tendência é a solidariedade baseada na origem ou na raça. Aquilo que era antes uma inclinação torna-se algo efetivo: os guetos se constituem. Ali, no gueto, o mundo pregresso em seus valores ético-culturais são melhor exercidos e até mesmo uma certa paisagem originária é territorializada.

A cidade agora é um complexo espacial hierarquizado, cuja ordem mostra as classes sociais distintas e os grupos culturais distintos. Mas ela é mais que isso. Ela mostra um perfil fragmentado em sua densidade urbana, no que diz respeito à existência dos indivíduos. Os guetos na sua predominância são lugares de morada e convívio. Mas não lugares de trabalho. A não ser em seu comércio local, aspecto este que mostra ativamente os elementos de identidade ética local. Todavia, marcante é para a maioria dos indivíduos a necessidade de ter de sair desse lugar para ir trabalhar em outro. Lugar onde outras classes vivem, ou lugar onde convivem os da mesma classe, sendo que sua origem cultural pouco importa, sua individualidade pouco interessa. Ou importa na dimensão de maior ou menor facilidade de arranjar trabalho. Esses deslocamentos internos da cidade, pondo

em relação lugares diferentes, também será fundamental para a caracterização do que a cidade será. Nessa mobilidade interna da cidade, funde-se o que nos bairros e guetos está separado. Trata-se do contato das classes, de grupos de diferentes naturezas culturais. As relações são determinantes para as partes em contato. A relação predica. Nessa dinâmica, nessa espacialidade densa, pois é intensa a trama de relações de diferentes tipos, a cidade passa a admitir sua principal característica: ser um espaço de simbioses, de mestiçagens, de hibridismos. Ou seja, tem início a dissolução das identidades culturais-locais originárias. Na fusão nasce o outro, o do lugar. O da cidade. O indivíduo urbano.

Talvez a resistência a simbioses exista. De fato existiram e existem. Em maior ou menor grau. Como é fato admitir com relação à mobilidade vertical das classes. Mas o que não existe é a impermeabilidade total. Isto em especial com relação aos fundamentos culturais originários. Mesmo no arranjo espacial dos guetos, onde estes tenderão a ser as reminiscências de uma geografia pregressa, de um universo espacial de identidades que agora estão se reconstituindo. Os que vieram também são daqui, mas não como eram lá, na sua origem. Pois mesmo entre estes, afora as relações múltiplas com outros, também entre eles se processa uma hierarquização. Também do gueto haverá a exclusão. E o gueto deixa de ser o que é, e há aos outros a necessidade de ser mais periféricos nessa espacialidade. Mas aí já não encontram um espaço de identidade como antes, onde vivem os mesmo de mesma origem. Agora o bairro operário é múltiplo, e o único elemento de identidade é o seu perfil de pertencer basicamente à mesma classe social.

Na expansão do espaço urbano, a Cidade no seu conjunto se redefine. O centro se esvazia, especializa-se. Os bairros e suas classes se expandem, multiplicam-se, deterioram-se. O passado mostra-se no presente como reminiscência histórica, lugar por vezes de contemplação, do que existiu, do exótico. Na expansão do espaço urbano, a cidade encontra novos meios de relação. O urbano se espraia na perspectiva da relação entre lugares de distintas distâncias. Os lugares passam a estar em rede. Os nódulos de urbanidade estão em contato, escala progressivamente mundial. A cidade agora é uma cidade mundial. E a relação entre os lugares são fluxos. A rede é um continente. Um continente descontínuo, de urbanidade desnivelada e intensamente hierarquizada. Os fluxos foram marinhos, depois foram também terrestres, depois também foram aéreos, mas agora são também virtuais. No horizonte das relações internacionais entre os lugares, os fluxos eram de mercadorias, depois de capitais, de bens de produção e agora também de informação. Nessa linha progressiva e cumulativa de fluxos, pessoas sempre migraram do campo para cidade, de um país para outro ao sabor das novas geografias que se construíam, numa ação de desterritorialização e reterritorialização, num ato de romper com a identidade e reconstruí-la em outro lugar. E nessa linha evolutiva de fluxos, nesse

processo de pessoas em trânsito, o mundo se urbanizou, ou o urbano tornou-se hegemônico. Construiu-se um mundo de cidades urbanas, de indivíduos urbanos. E no ápice as distâncias se estreitaram, pois a ordenação espacial agora conta com uma hierarquia móvel entre as cidades em contato.

E as hierarquias mostram a existência de regiões no continente. A dinâmica da relação campo-cidade, num campo cada vez mais urbano e menos rural, a cidade e seu *hinterland* mostra o passado diante das novas premências estabelecidas pela sua inserção no continente. A história não se apaga, a geografia também não, e as diversidades internas da cidade menos ainda. E o mesmo pode ser dito da diversidade entre as cidades. Ao contrário, mais do que nunca se aprofundam. O desequilíbrio existe, é real, mas é combinado, ligado, conectado, em rede.

E esse desequilíbrio põe mais uma vez os indivíduos em movimento. Mas agora um continente composto de cidades mundiais conectadas, e os fluxos migratórios serão de fora para dentro do continente e entre os nódulos desiguais do continente. Assim como teremos agora não só estrangeiros, também teremos clandestinos. As cidades são mundiais, mas as fronteiras para a mobilidade das pessoas são cada vez mais rígidas. Um desequilíbrio sob controle precário.

E o que há de novo nessas migrações? As culturas continuam diversas. Mas agora são culturas de origem urbana. Os que chegam, clandestinos ou não, são também de origem citadina. Talvez os que migrem para dentro do continente não sejam assim tão fundados numa subjetividade urbana. Porém, muitas vezes são um híbrido dicotômico entre passado e presente, entre a mentalidade do colonizador e a condição de colonizado, entre o mundo ocidental e sua alteridade. Algo que tenderá a se reconstituir no seu destino, na sua nova condição, em sua nova geografia. Assim as pluralidades muitas vezes já estão dadas na origem.

A geografia urbana das cidades está, como nunca, mais complexa. Os guetos se reconstituem. Novos surgem e não necessariamente nas periferias. Áreas deterioradas acolhem esses novos estrangeiros-clandestinos, constituindo-se não mais só gueto clássico, mas sim uma espacialidade marginal, ou mesmo paralela. Um submundo mundial numa geografia desintegrada.

E aquilo que anteriormente era uma tendência manifesta, nessas atuais circunstâncias, já é característica marcante das cidades: o seu multiculturalismo e seu estágio mais profundo, o hibridismo cultural. As origens culturais agora são memória, são folclore. O que agora viceja nas cidades é uma tradição metamorfoseada, fundida pelas contingências da geografia das cidades. Mesmo assim, os dramas não desaparecem. As intolerâncias ressurgem numa face curiosamente perversa. Pois agora aqueles que, outrora, em gerações

anteriores, eram estrangeiros mostram-se intolerantes aos recém-chegados. É o sentimento extravasado de uma adversidade mal identificada, fruto de uma geografia fragmentada na subjetividade desses homens urbanos. No coração da lógica que produz o espaço urbano, encontra-se o motivo da exclusão, do medo e da insegurança da vida. A identidade com o lugar é difusa. É longínqua em suas tradições, muitas vezes reinventadas, mas sucumbidas pelo nacionalismo que agora parece mais fundamental na constituição da integridade, mais verdadeiro na afirmação da identidade com o lugar. Portanto, o estrangeiro/clandestino é o elemento que se mostra-se como desintegrador.

A par disso, caminha a pluralidade de culturas presentes e convivendo. Em atrito ou não. E nisso sedimentando a possibilidade nascente de uma nova subjetividade urbana. Muito mais que multicultural, a cidade será o lugar da ontologia híbrida. Processo que se acelera especialmente com as mídias e seus avanços tecnológicos. Mais que informação, a comunicação também é vetor de valores culturais. A absorção é feita por alguns de forma não-hierarquizada. No híbrido não há coerência consciente entre os diferentes fundamentos culturais que o compõem. Um indivíduo e sua individualidade híbrida encontra seu lugar nas cidades mundiais. Esse é o fundamento geográfico de sua ontologia. Polidiverso, muito mais que multi e trans, ele é híbrido. Sua identidade é a cidade.

O que se viu até aqui foram fases. Todavia cabe ressaltar: o difícil é que os períodos que se marcou anteriormente podem em determinadas geografias se confundirem e se entrelaçarem. E aí a complexidade aumenta. E o drama também. E isso não caberia em poucas linhas.

Em resumo, o drama é o seguinte: a emergência do território do multiculturalismo; a redefinição ou mesmo a ausência de sentimentos de identidade; o surgimento de uma territorialidade descontínua dos guetos; a dissolução ou o arrefecimento de velhos sentimentos locais redundando em intolerâncias; a absorção inevitável do valor estrangeiro; o nascimento de uma ontologia híbrida convivendo com o que insiste em ser tradição local. A cidade como territorialidade do diverso, lugar onde muitas vezes a população em sua maioria não é de origem local.

Agora cabe, nestas linhas finais, pensar um pouco mais sobre essa ontologia híbrida. Por vezes esta é tomada como destituída de atitude sensível a valores culturais tradicionais, e por conta disso algo resultante da dissolução acarretada por valores estrangeiros impostos. Algo, por exemplo, vítima de uma poderosa indústria cultural, que indiscutivelmente procura estabelecer padrões homogeneizados dentro do continente. Mas será necessariamente assim? Não terá a hibridez, o diverso no uno, uma singularidade mais ativa em reconhecer exatamente o diverso, o outro, a alteridade, pois considera que sua geografia é constituída destas mesmas características? Aqui, nestas linhas, acredita-se nisso. E identificada essa

ontologia, tomada no plano político necessário, as intolerâncias de todos os tipos serão terminantemente rechaçadas. Esse híbrido é tão local como mundial, pois sua identidade é a cidade e sua geografia urbana. Mas a escala dessa geografia transcende o local contíguo, pois a comunicação e suas mídias tornam os lugares então distantes em algo coexistente. O híbrido, o mestiço em sua faceta crítica se indispõe contra as homogenizações, pois se alimenta e se determina da diferença. Aqui a identidade é itinerante e não fixa. Os apriori fundantes (sexo, raça, tribo, credo, nacionalidade, nacionalismos) são relativizados e reavaliados. A racionalidade torna-se diversa, operando sistemas lógicos diversos, sem hierarquias, sem coerência. É o uno; mais que soma de vários, é síntese dos múltiplos. É o ser de estar na cidade. Algo que como nunca, em geografia nenhuma, encontrou tantas possibilidades de ser o que quer ser, independente do lugar de onde veio. O mestiço, o híbrido não tem para si que a resistência à homogeneização de uma cultura mundial passa por acender valores locais, pois o seu local é diverso, então sua contestação está em afirmar a mestiçagem, a hibridez. A identidade em questão é processual, aberta em perpétuo devir, em constante vir-a-ser. O que desfaz tradições. Não é algo escolhido conscientemente. É algo determinado por uma geografia adensada, de ritmo intenso, de espacialidade móvel. E isso terá de ser considerado quando se estabelece a necessidade de uma atitude ativa diante das contradições presentes nas geografias do mundo contemporâneo.

Em que pese tudo isso que foi afirmado, resta indagar o papel dos guetos. São sem dúvida lugar de refúgio. Algo que, em sua presença na geografia, dá conta da existência de relações homem/homem-meio pontuadas pela intolerância, preconceito e alienação. Mas se não for isso, será o quê? Lugar de culto às tradições? Roger Ciurana (2001) afirma: "o verdadeiro inimigo do indivíduo não é a humanidade universal e sim os particularismos nacionais, biológicos, raciais, sexuais, classistas, estes são os que sufocam a liberdade e uniformizam os homens". A cidade em sua geografia é feita do diverso, inclusive daqueles que recusam essa diversidade.

Assim a utopia é exatamente desvendar o que é a cidade, e dela partir para sua realização como Habitat. Ou seja, um desafio que remete a estabelecer os elementos constituintes da territorialidade do cotidiano dos indivíduos, no qual convivem a alienação de suas integridades e a subjetividade mediadora de suas relações. Subjetividade que representa a re-apropriação daquilo que lhe foi alienado: a cidade.

Nesse sentido, há a necessidade de olharmos para as reapropriações executadas pelos indivíduos e seus lugares. Seja de que natureza for essas reapropriações. Pois isso nos revelará quais são as dimensões das relações sociais em seus caráter identitário tanto entre os indivíduos bem como entre o que supõem serem seus lugares, aos quais pertencem ou querem pertencer.

Isso repõe os termos daqueles que pensam ser interventores da ordem/desordem urbana. Isso nos revela que a territorialidade das cidades é a dimensão espacial da complexidade, seja ela na relação sociedade/natureza ou entre o eu e sua alteridade. Isso recoloca o Homem no centro da nossa discussão, o que equivale a ter de pensar sobre sua ontologia fundante e assim ver como a geografia à qual ele vem respondendo o atira em um drama em que os sentimento mais comuns são o Medo, a Angústia e o Tédio. Afinal, a cidade é ou deve ser para quem?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUJEU-GARNIER, J. "Geografia da população". 2ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1980. p. 441.

GEORGE, P. "População e povoamento". São Paulo: Difusão Editorial, 1974. p. 242.

MATTELARD, Armand. "História de la utopia planetária". Barcelona: Paidós, 1979. p. 446.

ROGER CIURANA, Emilio. "Identidad, relativismo cultural e individuo". Revista Complejidad, [S.l.], n. 6, p.04-15, 2001.

PARTE II

Demografia e urbanização

URBANIZAÇÃO EXTENSIVA E NOVAS FRONTEIRAS URBANAS NO BRASIL

Roberto Luis M. Monte-Mór

Prof. Adjunto do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional e da Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – UFMG

RESUMO

O texto introduz um panorama da urbanização brasileira, ressaltando o papel das cidades na organização da economia regional e na reprodução da população. Faz uma discussão da emergência e consolidação do urbano-industrial, sua extensão a partir das economias metropolitanas e transbordamento sobre as periferias. Trata-se da urbanização extensiva, que se verifica com a extensão do tecido urbano sobre espaços regionais próximos e distantes, expandindo as condições gerais de produção e criando novos padrões de integração do espaço social nacional (e regional). Discute a emergência da urbanização extensiva no país, seus limites, fronteiras e potencialidades de generalização. Finalmente, discute as novas fronteiras urbanas e suas manifestações em contextos diversos, das aglomerações metropolitanas à fronteira amazônica. Apoiase no referencial teórico desenvolvido por Henri Lefèbvre sobre a produção do espaço (urbano) contemporâneo e utiliza dados demográficos e estudos recentes sobre a urbanização no Brasil para ressaltar suas características principais: expansão metropolitana, crescimento das cidades médias, transformação de cidades mono-industriais e intensa urbanização nas fronteiras de recursos.

DESCRIPTORIOS: urbanização; áreas de fronteira; fronteiras urbanas; aglomeração urbana; Brasil.

INTRODUÇÃO

FUNDAMENTOS DA URBANIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA NO BRASIL

Por quatro séculos, o Brasil ocupou sua extensa costa Atlântica e fez incursões a oeste para explorar recursos naturais e expandir seus direitos territoriais. A dinâmica dos ciclos regionais, do pau-brasil às "drogas do sertão", do ouro à cana de açúcar e ao café, além da "pata do gado" estendida a todo o território, produziu vilas e pequenas cidades, lugares centrais que articulavam a produção agrícola e extrativa de extensas áreas rurais aos portos, de onde era canalizada para os mercados externos. Algumas poucas cidades costeiras concentravam o capital comercial e o aparato estatal, unificando o sistema mercantil e garantindo a estabilidade política que permitiu a continuidade desses processos dos dias coloniais ao Império, estendendo-se finalmente até a República.

A urbanização, apesar do papel central nas transformações industriais recentes, não foi traço histórico expressivo. Ao contrário, o país se caracterizou por uma ocupação rural extensiva pontuada por poucas cidades e muitas pequenas vilas que organizaram redes urbanas extremamente frágeis, isoladas no cerrado, florestas e campos, distantes dos centros costeiros que articulavam as economias regionais. A exceção foi a economia mineradora interiorana, nos setecentos, que gerou fortíssima migração interna e externa e causou a própria mudança da capital colonial da Bahia para o Rio de Janeiro. Some-se o desmembramento da capitania de São Paulo nas capitanias do Rio de Janeiro e Minas Gerais e a articulação do espaço macrorregional de abastecimento das minas que, além das regiões paulistas e fluminenses vizinhas, atingiu o sul do país, com as tropas da moderação, e o vale do São Francisco, até o Piauí, estendendo-se também para oeste, Goiás e Mato Grosso, avançando até a Amazônia, e tem-se a dimensão dessa economia umbilicalmente ligada ao centro do metalismo mercantil europeu. Essa economia urbano-industrial da Idade do Ouro brasileira produziu um sistema de cidades relativamente complexo e uma forte cultura urbana que só hoje começa a ser desvendada e exibida em sua dimensão maior¹. Ao deslocar o centro da economia colonial para o sudeste do país, estabeleceu o padrão de concentração que perdura ainda hoje, tornando a província de Minas Gerais a mais populosa até 1940 e fazendo do Rio de Janeiro o principal centro político e econômico até 1960, quando a indústria concentrada em São Paulo o transformou, na segunda metade do século vinte, no estado mais rico e populoso do país.

O século XIX foi marcado pela dominação inglesa, desta feita diretamente e não mais por meio de Portugal, como no período colonial. Ao trazer a Coroa Portuguesa para o Brasil, a Inglaterra conquistou posição monopolista para suprir bens e serviços industriais

1 A natureza e as dimensões da Idade de Ouro do Brasil (1), (2) e particularmente seu caráter moderno e urbano, vêm sendo rediscutidas e redimensionadas em novos trabalhos; ver, entre outros: (3), (4), (5), (6).

e financeiros e condição monopsonica para adquirir recursos naturais locais. As limitações à indústria permaneceram, não por tratados draconianos como o famoso Methuen, mas pelo imperialismo econômico que a economia inglesa conseguia exercer.

Com a economia do império centrada no trabalho escravo e um mercado interno então restrito, a rede urbana pouco se desenvolveu. Sem uma divisão do trabalho cidade-campo expressiva e sem papel econômico importante a cumprir, exacerbou-se a autarquia do campo e a cidade brasileira ficou subsumida na estrutura oligárquica rural (OLIVEIRA, 1982). Com a abolição do trabalho escravo e o advento da República, ao final do século XIX, pequenas novas cidades passaram a ofertar bens e serviços centrais às atividades agrícolas dinâmicas, mas o papel da cidade brasileira permaneceu predominantemente limitado à cidade política, onde a oligarquia rural exercia (e ostentava) seu poder. Mesmo capitais importantes, como a planejada Belo Horizonte, que combinou a vertente industrial das minas com os interesses oligárquicos das regiões do café, tiveram seu desenvolvimento limitado pelo papel de cidade política, vitrines de uma urbanidade sonhada nas fazendas de café ou do gado (7, 8).

Ao final do século, em que pese a crescente influência norte-americana no continente, a Inglaterra ainda controlava a economia brasileira e a industrialização se restringia a idéias visionárias em meios progressistas². As grandes capitais regionais e algumas cidades manufatureiras produziam alimentos (laticínios, bebidas, farináceos) e manufaturas tradicionais como artefatos de couro, produtos têxteis e instrumentos de metais fundidos. O país continuava predominantemente rural, controlado pelas oligarquias.

Em 1890, 42,6% da população brasileira estava já concentrada na região Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo), ultrapassando definitivamente a região Nordeste (da Bahia ao Maranhão), com 41,9%. Minas Gerais era de longe a província mais populosa, com mais de três milhões de habitantes, seguida de São Paulo e Pernambuco, com pouco mais de um milhão cada uma. A hegemonia mineira perdurou até 1940, quando São Paulo superou e consolidou sua posição no contexto nacional. Nesse ano, a população urbana brasileira já representava cerca de 45% do total nacional, percentual equivalente ao do estado de São Paulo e superior a todos os demais, à exceção do Rio de Janeiro, com 61%³. O país continuava rural, apesar dos esforços incipientes de industrialização promovidos pelo governo central e alguns estados pioneiros.

Entretanto, os trabalhadores urbanos já vinham ganhando peso político no Rio de Janeiro, que, ao final do século XIX, era a segunda maior cidade da América Latina. O rápido declínio

2 Para uma visão benevolente da dominação inglesa no Brasil, ver (9).

3 Dados populacionais da Fundação IBGE: Anuário Estatístico do Brasil, 1995, para 1995 e anos anteriores; Contagem Populacional de 1996, para o ano de 1996; Censo Demográfico de 2000, para o ano de 2000.

dos preços internacionais do café reduziram a capacidade de importação e forçaram uma tímida industrialização substitutiva de importações entre 1890 e 1930. A indústria nascente, concentrada no Rio de Janeiro (aproximadamente 50%), em São Paulo e em algumas capitais e cidades regionais, sofria com o caráter autárquico legado da economia escravista, que reduziu a complementariedade cidade-campo e impedia a indústria de se apoiar em uma divisão do trabalho e/ou capacidade e criatividade manufatureiras prévias. Ao contrário, tinha de desenvolver internamente altos níveis de integração vertical⁴.

As políticas de imigração internacional adotadas ao final do governo imperial contribuíram para expandir as cidades grandes nas regiões Sudeste e Sul e os novos migrantes europeus incluíam um grande número de trabalhadores urbanos qualificados, particularmente no Rio e em São Paulo, mas também em outras cidades. Por outro lado, muitos imigrantes vindos para trabalhar no campo não suportaram as relações semi-escravistas dominantes e se dirigiram às cidades. Mercados cresceram e sistemas locais de cidades surgiram, criando as bases do que viriam a ser as regiões metropolitanas.

As primeiras décadas do século XX não viram um processo muito intenso de urbanização, mas viram transformações expressivas no contexto urbano. O Censo de 1920 mostrou uma concentração urbana mais diversificada, para além do Rio de Janeiro, e seis capitais já superavam 100 mil habitantes. São Paulo, com apenas 50 mil habitantes em 1890, havia-se tornado uma cidade grande, com mais 500 mil pessoas. O Censo de 1940 mostrou as duas grandes metrópoles nacionais – Rio e São Paulo – consolidadas, com mais de um milhão de habitantes, além de oito outras capitais regionais superando os 100 mil. A hegemonia do Sudeste, e de São Paulo, se evidenciaram e a partir de então a cidade de São Paulo transformou-se no pólo industrial nacional incontestado, concentrando atividades diversificadas – particularmente industriais – em níveis sem precedência no país.

A partir de 1940, todas as regiões brasileiras apresentaram altas taxas de urbanização, sendo que os estados onde havia fronteiras agrícolas e de recursos naturais apresentaram também crescimento da população rural. Em 1960, a região Sudeste já apresentou um decréscimo absoluto na população rural e nas demais regiões a perda de população rural se iniciou em 1970, à exceção do Nordeste, onde se deu apenas em 1980. No país, a população rural começou a decrescer em termos relativos em 1940 e, a partir de 1970, decresceu em termos absolutos. Estava feita a inflexão rural-urbana no Brasil.

As condições urbano-industriais de produção e reprodução coletiva, entretanto, estavam ainda restritas às cidades onde algumas categorias de trabalhadores recebiam

4 (10), (11) e (12) discutem a concentração Industrial em São Paulo e (13), seu crescimento urbano.

os benefícios que a legislação trabalhista garantia: salário mínimo, férias, pensões. O Estado do Bem-Estar, embrionário e seletivo, limitava-se aos setores econômicos modernizados e a algumas cidades políticas e/ou industriais, excluindo o campo e centenas de pequenas cidades, sedes de municípios onde as facilidades urbanas básicas, tais como serviços de água e esgoto, calçamento e mesmo eletrificação, além de educação e saúde, inexistiam ou eram de acesso muito limitado. O urbano-industrial estava ainda restrito às capitais e a alguns centros mono-industriais e/ou mercantis regionais.

O crescimento anual médio da população urbana brasileira atingira 3,91% na década de 40, muito superior ao crescimento da população total, de 2,39%. Entretanto, problemas de habitação, crescimento e serviços urbanos não constituíam preocupações centrais dos governantes e o planejamento urbano (e regional) estava restrito a casos isolados, na maioria das vezes situações que requeriam um urbanismo de luxo, necessário apenas quando grandes projetos políticos (novas capitais) ou industriais (novas cidades) exigiam um tratamento formal diferenciado do espaço urbano⁽¹⁴⁾. Problemas de desenvolvimento industrial, integração territorial e desequilíbrios regionais cresciam nos debates nacionais, mas as questões do crescimento das cidades e aglomerações urbanas não estavam ainda colocadas, esperariam dias futuros.

DA CIDADE INDUSTRIAL À URBANIZAÇÃO EXTENSIVA

O governo Kubitschek (1956-60) criou as bases para as grandes transformações urbanas e regionais que aconteceriam no Brasil nas décadas que seguiram o pós-guerra. Seu programa de governo de orientação cepalina, o Plano de Metas, trouxe para o nível federal sua experiência em Minas Gerais, centrada na infra-estrutura de transportes e energia como base do investimento para dinamização e integração do mercado interno. Deu nova vida às políticas regionais em voga, desde a experiência norte-americana no Vale do Tennessee e sua sucedânea brasileira no Vale do São Francisco, resgatando da Constituição de 1946 as porcentagens para investimento federal na região deprimida, o Nordeste, e na região vazia, a Amazônia. A nova capital federal construída no Planalto Central – Brasília, a 31ª. Meta – acabou por se tornar um dos mais significativos projetos regionais já realizados no país. Contariando a teoria dos pólos de crescimento, centrados em indústrias-motrizes, a cidade política da qual a indústria foi excluída acabou por transformar-se em lugar central de um novo território maior do que a Índia e pólo de desenvolvimento de fato das forças que alavancaram a ocupação do interior do país.

Paralelamente, a revolução verde começou a mudar o campo brasileiro e algumas indústrias ligadas à agropecuária se interiorizaram, potencializando investimentos federais

e deslanchando, junto com um ambicioso e incompleto programa de rodovias federais, a tão buscada integração nacional. Novas rodovias ligaram Brasília ao triângulo dominante do Sudeste – São Paulo-Rio-Minas – e às áreas costeiras a sul e norte do país. Um proto-sistema de estradas não-pavimentadas ligou precariamente Brasília à Amazônia oriental e ocidental e definiu o programa rodoviário que seria implantado pelos militares. O Programa de Metas estabeleceu também um novo patamar de "racionalidade técnica" na gestão e planejamento públicos, prática seguida pelos presidentes civis Quadros e Goulart e, mais enfaticamente, pelos governos militares posteriores, cuja ilegitimidade política fazia-os particularmente dependentes da racionalidade e suposta eficiência tecnocráticas.

O período Kubitschek significou ainda uma mudança na orientação nacionalista que marcou o período Vargas. O Brasil atraiu capitais estrangeiros em setores fordistas – particularmente na indústria automobilística – estabelecendo, contudo, regulações rígidas quanto ao tempo de nacionalização dos processos de produção, remessa de lucros para o exterior, entre outras. O Estado financiou grupos nacionais e/ou investiu diretamente na produção de caminhões e automóveis aproveitando, a disponibilidade para risco e projetos conjuntos de multinacionais européias como a Alfa Romeo, a Volkswagen, a Renault, a Willys, entre outras, que buscavam competir nos mercados internacionais promissores do pós-guerra. Investimentos na indústria siderúrgica, cimento e outros bens intermediários, vagões ferroviários de carga e passageiros, produção de navios e construção pesada, entre outros, foram feitos ou estimulados pelo governo federal.

Em 1960, o Brasil já apontava claramente para uma territorialidade interiorizada e uma opção urbano-industrial centrada nas grandes cidades e nos corredores de transporte rodoviário – particularmente, o eixo Rio-São Paulo – implicando uma modernização e integração aceleradas do espaço nacional. O crescimento da população urbana, a uma taxa anual média de 5,15%, atestava a transformação para a qual a década tinha apontado, mas atestava também que as oportunidades estavam concentradas nas cidades e que a população havia que se deslocar para elas para buscá-las. Em outras palavras, as condições gerais de produção, incluindo a reprodução coletiva da força de trabalho e o apoio direto à produção, estavam ainda concentradas em poucos pontos discretos do espaço urbano-industrial brasileiro: as aglomerações urbanas nas capitais estaduais e seus entornos, algumas cidades médias principais e/ou centros mono-industriais⁵ que foram objeto de grandes investimentos públicos, semi-públicos e, eventualmente, privados.

Quando os militares assumiram o poder em 1964, uma nova tecnocracia redefiniu as condições para investimentos de capitais externos no país, reduzindo as restrições

5 Cidades mono-industriais são cidades controladas por grandes indústrias; podem ser novas, construídas para abrigar a indústria, ou cidades existentes, apropriadas para constituir a base urbana necessária aos serviços de apoio à produção e à reprodução (coletiva) da força de trabalho (15), (16).

nacionalistas. A Constituição de 1967, outorgada no período militar, abriu o caminho para o crescimento industrial fordista, que ficou conhecido como Milagre Brasileiro. Os níveis de abertura e dependência externa da economia brasileira se aprofundaram com as necessidades de importação, mas o crédito internacional e o próprio capital produtivo estrangeiro, fugindo dos baixos níveis de remuneração das economias centrais, financiaram investimentos em mercados periféricos, como o Brasil. Os padrões substitutivos da produção industrial foram assim modificados e as indústrias na base da cadeia produtiva – bens intermediários e de capital – deram lugar às indústrias fordistas centradas nos bens de consumo durável. O consumo de bens duráveis modernos implicava o fortalecimento das camadas médias e sua concentração nas áreas urbanas, onde os meios de consumo coletivo requeridos para o consumo individual estavam parcialmente disponíveis. Reforçou-se e hierarquizou-se, então, o incipiente sistema urbano brasileiro. Os investimentos se concentraram nas áreas centrais das grandes cidades do Sudeste, capitais regionais e cidades médias (14).

O novo padrão espacial urbano-industrial demandava melhores condições sócioespaciais para o requerido consumo (coletivo e individual) dos bens fordistas, exigindo maior concentração espacial e de renda nas camadas ricas e médias que constituíam a demanda efetiva para esses bens. Um criativo sistema combinado de poupança voluntária e compulsória permitiu a expansão do crédito ao consumidor incluindo os segmentos mais baixos das classes médias, e financiou a produção do espaço urbano nas áreas selecionadas e a extensão das necessárias condições gerais de produção (urbano-industrial) além dos limites das cidades. A necessidade de integrar partes crescentes dos espaços regionais aos novos padrões de consumo exigiu a extensão a parcelas maiores do território das condições de produção exigidas pela indústria fordista, tais como: regulação da força de trabalho (e os benefícios sociais associados); redes de transpotes, comunicações e energia elétrica; infra-estrutura e serviços de apoio à produção; e o conjunto de serviços urbanos e sociais que tinham como objetivo principal estender o Estado do Bem-Estar (incipiente e seletivo) a todos os espaços regionais integrados ao tecido urbano-industrial.

Ao final da década de 1970, as condições (urbanas) gerais de produção (industrial) e da reprodução (coletiva) já estavam estendidas muito além dos limites das cidades, incorporando os territórios metropolitanos e as áreas rurais ao longo das rodovias, conectando cidades e roças aos centros urbano-industriais. Essa urbanização extensiva⁶, que se processa para além das cidades e representa em última instância a dominação final do campo pela lógica urbana (18), (19), ganhou o espaço regional e se estendeu ao longo das rodovias, dos sistemas de comunicações e energia, cobrindo virtualmente todo

6 Tecido urbano é um termo largamente utilizado pelos urbanistas mas reapropriado por Henri Lefebvre (17) para discutir sua formulação da revolução urbana (18). Utilizo o conceito de urbanização extensiva (19) para descrever o processo de extensão das condições gerais de produção urbano-industriais para além das cidades, atingindo espaços próximos e longínquos onde as relações sócioespaciais urbano-industriais se impõem como dominantes, independentemente das densidades urbanísticas.

o território nacional e carregando consigo, em maior ou menor grau, os serviços urbanos requeridos pela vida (urbano-industrial) contemporânea, desde aqueles básicos ligados à reprodução da força de trabalho até os mais complexos de gestão e apoio à produção.

"Já não há mais problema agrário, agora se trata do problema urbano em escala nacional", disse o economista Francisco de Oliveira, enfaticamente, no seu texto provocativo originalmente apresentado à Reunião Anual da SBPC, em 1978 (20). À parte a imprecisão conceitual ao tomar a problemática rural como sendo a questão agrária, confusão que foi claramente demarcada por Milton Santos ao distinguir o Brasil agrário do Brasil rural (21), Oliveira identificava, já à época desse famoso texto, uma transformação sócioespacial radical no país: as relações capitalistas de produção penetraram em todo o espaço nacional com o processo de urbanização (extensiva, diria eu, desde o centro de São Paulo e através das periferias até atingir a longínqua fronteira amazônica). Esse seria o ovo de Colombo da urbanização brasileira – entender que as relações capitalistas cobrem agora todo o espaço nacional:

"A urbanização da economia e da sociedade brasileiras nada mais é senão a extensão, a todos os recantos e setores da vida nacional, das relações de produção capitalistas; embora seja ainda, em muitos casos, apenas uma tendência, sua marca é peculiar: já não se pode voltar atrás." (20:75).

De fato, o processo de urbanização que marcou os governos militares desde os anos 70 com a expansão das condições gerais de produção e de reprodução coletiva da força de trabalho não se restringiu às cidades grandes, médias e pequenas, mas estendeu-se sobre o próprio campo ao longo dos eixos de comunicação e transportes e nas concentrações de serviços que assim surgiram para apoio à produção (e reprodução)⁷. Essa urbanização extensiva (re)produziu, como esperado, os padrões de concentração de renda e da propriedade e, conseqüentemente, de exclusão sócioespacial de grandes parcelas da população que historicamente caracterizaram a cidade e o campo brasileiros. Entretanto, ao interligar e integrar espaços rurais isolados ao espaço urbano extensivo das periferias metropolitanas gerou também novas formas sócioespaciais que dialeticamente destruíram (e reproduziram) as antigas relações de produção dominantes no mundo rural brasileiro à medida que também produziram (e destruíram) um novo espaço social articulado ao espaço abstrato global (25). As novas formas sócioespaciais assim seletivamente modernizadas e parcialmente articuladas aos grandes centros urbanos e metropolitanos

7 Programas como o PIN – Programa de Integração Nacional, que estabelecia o assentamento de colonos na faixa de 100 km ao longo das estradas federais em áreas de fronteira até a Amazônia, e o II PND – Plano Nacional de Desenvolvimento, com sua visão espacializada, foram determinantes para a extensão das condições de produção (e reprodução) a novas e amplas parcelas do território nacional. Ver (22), (23), (24).

são assim produzidas na periferia do capitalismo mundial, gerando novos espaços urbano-industriais também incompletamente integrados ao centro da acumulação capitalista globalizada. Assim, esses espaços acumulam tempos-espaciais distintos e justapostos em maior profusão e variedade do que suas contrapartes nos países capitalistas centrais (26).

A URBANIZAÇÃO AGLOMERADA E EXTENSIVA: MÚLTIPLAS FRONTEIRAS URBANAS NO BRASIL

A implantação do fordismo no Brasil, mesmo em sua versão periférica⁸, e a sua extensão aos espaços urbano-regionais mais distantes requeria uma concentração industrial metropolitana mais forte e mais diversificada, englobando as diversas regiões do país. De fato, as nove regiões metropolitanas originais, que conteriam⁹ 22% da população total do país em 1960, cresceram a uma taxa média anual de 4,59% e passaram a conter 26% em 1970; na década seguinte, mesmo com uma queda no seu crescimento médio (3,73% a.a.), passaram a conter 29% da população total do país em 1980. Desde então, apesar das cidades-metrópoles terem reduzido sua participação na população metropolitana (há casos com crescimento populacional inferior ao crescimento do país), vários municípios metropolitanos apresentaram um crescimento demográfico expressivo, o qual, aliado ao fato de que novos municípios têm sido continuamente agregados, garantiu que essa participação se mantivesse equivalente nas décadas seguintes.

Entretanto, um estudo recente da rede urbana brasileira feito pelo governo federal em parceria com uma universidade pública identificou doze aglomerações metropolitanas que reúnem 33,7% da população do país (52,7 milhões de habitantes). Além dessas, 37 aglomerações "não-metropolitanas", reunindo 13,1% da população (20,6 milhões) e 62 centros urbanos isolados com população superior a 100 mil habitantes formam o conjunto das 111 aglomerações urbanas, que, ao final da década de 1990, englobavam 440 municípios e 55% da população brasileira, cerca de 86,6 milhões de pessoas¹⁰. (29)

Por outro lado, o Censo Demográfico de 2000 mostrou um grau de urbanização de 81,23% para o Brasil, sendo que os estados mais populosos apresentavam graus ainda mais altos: 82% para Minas Gerais, 93,41% para o estado de São Paulo e 96,04% para o Rio de Janeiro, dados surpreendentes à primeira vista. As regiões Sudeste (90,52%),

8 Para uma discussão do "fordismo periférico", ver (27).

9 Trata-se de um artifício comparativo, visto que as RMs foram criadas por Lei Complementar em 1974.

10 A constituição de 1988 conferiu aos estados o poder de criar regiões metropolitanas e várias novas RMs vêm sendo criadas ao nível estadual, muitas vezes em torno de cidades médias conurbadas (15), (28); entretanto, o estudo citado (29) classifica aglomerações urbanas e metropolitanas segundo critérios próprios, sem considerar seu estatuto legal.

Centro-Oeste (86,73%) e Sul (80,94%) apresentaram graus de urbanização também altos, enquanto as regiões Norte e Nordeste, com graus de urbanização mais baixos – 69,83% e 69,04% respectivamente – têm mantido taxas de crescimento urbano altas desde 1950.

Assim, o Brasil, além de quase todo urbanizado, está ainda se urbanizando a passos largos, devendo-o tanto aos altíssimos percentuais de concentração de população urbana nos estados mais populosos e desenvolvidos quanto à urbanização intensa nas regiões de fronteira do Centro-Oeste e do Norte. Portanto, ainda que a taxa anual média de crescimento urbano tenha sistematicamente se reduzido no país nas últimas décadas¹¹, os novos padrões de urbanização tanto reforçam a concentração populacional em áreas conurbadas quanto promovem a desconcentração sobre cidades médias e pequenas.

Pode-se assim identificar um duplo padrão de urbanização no Brasil, já manifesto em décadas anteriores, mas hoje mostrando nova natureza e organização. De um lado, uma concentração populacional em grandes e médias áreas urbanas, principalmente as regiões metropolitanas e regiões urbanas do Centro e do Sul como um todo. De outro, a extensão da urbanização sobre amplos espaços regionais por meio de das redes de transportes, comunicação e serviços integrando as espacialidades diversificadas e (re)qualificando as relações urbano-rurais, mudando assim a natureza da urbanização no Brasil. Não se trata mais apenas da urbanização em cidades; o tecido urbano se expandiu para além dos perímetros urbanos, gerando e integrando novas centralidades e periferias diversas, ao mesmo tempo em que estendeu as relações de produção (capitalistas) urbano-industriais pelo espaço social como um todo. A partir dessa nova urbanização, ao mesmo tempo concentrada e estendida, articulam-se ações políticas, locais e distantes, em processos de competição e cooperação cada vez mais complexos e plurais, tanto internos às unidades urbanas quanto externos, articulando centros e regiões urbanizadas.

Podem-se apontar, portanto, algumas novas dinâmicas na urbanização brasileira. Em primeiro lugar, a expansão e proliferação das aglomerações urbanas – metropolitanas ou não – com a ampliação das áreas conurbadas e/ou funcionalmente integradas e o conseqüente aumento da participação da população concentrada nessas áreas face ao total da população brasileira, expandindo e redefinindo suas periferias de múltiplas formas: entornos, cinturões, áreas de influência e outras denominações que podem envolver municípios e cidades distantes centenas de quilômetros da metrópole original¹².

11 A taxa anual média de crescimento urbano, de 5,2% nos anos 60, reduziu-se para 2,4% nos anos 90.

12 As nove RMs eram originalmente compostas por 117 municípios, e esse número se manteve até 1980; em 1991, o número total de municípios passou a ser 131; em 1996, passou a 167 e, em 2001, passou a 190, expressando tanto a expansão das RMs sobre novos municípios quanto o desmembramento de municípios já incorporados que sofreram grande crescimento e/ou adensamento.

Em segundo lugar, nota-se a multiplicação dos chamados centros urbanos isolados em todas as regiões do país: enquanto as aglomerações urbanas tendem a se concentrar nas regiões mais populosas, os centros isolados se distribuem regionalmente de forma mais equilibrada¹³. Isso evidencia o crescimento urbano (e econômico) das capitais estaduais e/ou de algumas cidades médias que desempenham forte papel polarizador em regiões menos populosas, constituindo-se muitas vezes em pólos e/ou lugares centrais de serviços em regiões de fronteira de recursos naturais, gerando e articulando extensas redes urbanas (micro)regionais.

Em terceiro lugar, nota-se a proliferação de centros urbanos pequenos articulados em novos arranjos sócioespaciais que buscam inovações institucionais para a oferta e gestão de serviços municipais e/ou micro-regionais: sistemas urbanos locais em que os diversos centros desempenham papéis complementares e desenvolvem ações articuladas. Assim, um ou mais centros podem ser espaços privilegiados dos serviços de saúde e educação enquanto outros congregam os serviços de apoio às bases produtivas da micro-região. A cooperação pode se dar por meio de associações municipais, consórcios de municípios com finalidades específicas, convênios de cooperação para responder a projetos estaduais, federais ou mesmo de organismos internacionais, públicos e privados. Enfim, a escala local de organização espacial sóciopolítica e econômica deixa de ser apenas o município para atingir o nível microregional ou local expandido, sem com isso eliminar processos de competição para localização de atividades econômicas e/ou atração de funções centrais relevantes.

Finalmente, cabe voltar a ressaltar o processo de urbanização extensiva, mediante o qual o tecido urbano avança sobre o antigo espaço rural, redefinindo-o, subordinando-o e integrando-o ao sistema urbano-industrial gerado nas aglomerações metropolitanas e nos centros urbanos principais. A urbanização extensiva é assim a materialização sóciotemporal dos processos integrados de produção e reprodução, resultantes do confronto do industrial com o urbano, acrescida das dimensões sóciopolítica e cultural intrínsecas à polis. O termo, apesar de sua inspiração claramente lefebvriana, não é utilizado por Lefèbvre. Utilizo-o para explicitar a incorporação de alguns aspectos centrais do pensamento de Lefèbvre sobre o fenômeno urbano, mais particularmente aliando à dimensão sócioespacial da urbanização, mais facilmente identificável, a dimensão política ali implícita: a praxis urbana¹⁴. Essa prática teórica gestada no cotidiano da vida urbana,

13 As regiões mais populosas – Nordeste, Sudeste e Sul – concentram quarenta e quatro das quarenta e nove (90%) aglomerações metropolitanas e não-metropolitanas do país, contra apenas quarenta e cinco dos sessenta e dois (70%) centros urbanos isolados (cálculo a partir de dados de (29)).

14 O prof. Milton Santos (21) utiliza o conceito de meio técnico-científico e informacional para se referir às transformações que o meio sócioespacial vem sofrendo com o equipamento do território, conceito que me parece muito útil e relevante para se entender a transformação geográfica, mas que não apreende com clareza ou enfatiza a dimensão política aqui pretendida.

no espaço privilegiado da reprodução social, mas que combina produção e reprodução, cooperação e competição, e que era privilégio da cidade ou da polis, hoje se estende virtualmente a todo o espaço social. Assim, a espacialidade social contemporânea – o urbano, aglomerado e/ou estendido, resultante do encontro explosivo da indústria com a cidade e que se estende com as relações de produção (e sua reprodução) por todo o espaço social, onde as condições gerais de produção (e de consumo) carregam consigo, também para o espaço rural e regional, a reação e a organização políticas próprias da cidade. A repolitização da cidade acaba se desdobrando sobre o espaço social como um todo – é todo o espaço social que se repolitiza. Sintomático exemplo disso é o fato de os movimentos sociais urbanos dos anos 70 terem apenas perdido seu adjetivo urbano – eles estão agora em toda parte, por todo o espaço social, dos centros urbanos às periferias e até o meio da floresta amazônica.

A compreensão da realidade resultante desse processo amplo de urbanização – a sociedade urbana, virtual, mas também já objetiva – constitui condição para se entender a complexidade do espaço social contemporâneo no Brasil. É nesse sentido que se pode falar de uma urbanização extensiva, que se impõe para além dos limites das cidades e integra espaços rurais e regionais ao contexto hegemônico urbano-industrial, assim multiplicando as fronteiras urbanas tanto internamente às nucleações e aglomerações urbanas e suas franjas, quanto nos espaços regionais e rurais que vão sendo incorporados à lógica urbano-industrial. A urbanização se estende assim ao longo dos grandes eixos viários de penetração em regiões novas, como a Amazônia e o Centro-Oeste, ou com serviços produtivos, de consumo coletivo e de comunicação, redefinindo acessibilidade e cultura, em regiões deprimidas, como o Nordeste, ou mesmo em espaços residuais das regiões centrais, como as ilhas de ruralidade do interior de Minas ou São Paulo, onde antigas relações de produção e de posse (pré-capitalistas) só agora dão lugar à modernidade (ou à modernização do espaço social, sua produção e consumo) (19).

A idéia de fronteira no Brasil está, de um lado, associada à expansão do território nacional desde o citado Tratado de Tordesilhas e, de outro, à expansão de ciclos agrícolas a regiões novas, a espaços regionais ainda excluídos da articulação capitalista e/ou incompletamente organizados. Diversas fronteiras marcaram a história da produção do espaço nacional e se confundem com o avanço do capitalismo agrário no país¹⁵. Os governos militares aliaram à sua preocupação geo-política os interesses do movimento do capital em direção à fronteira de recursos naturais no país, que partiu do Planalto Central em direção ao Norte e ao Noroeste e povoou o imaginário nacional provocando, por meio de

15 Foweraker (1981 #16) produziu um dos mais extensivos relatos da expansão das fronteiras agrárias no Brasil.

investimentos, políticas e incentivos públicos, uma reorganização do espaço produtivo nacional em dimensões jamais vistas.

Muito se tem escrito sobre a dinâmica da fronteira brasileira — em especial, na Amazônia e no Centro-Oeste — sem todavia ressaltar seu caráter urbano ou mesmo sua dinâmica sócioespacial além da evidência territorial imediata¹⁶. Poucos foram os autores que, além de ressaltarem sua heterogeneidade evidente, perceberam a importância da mobilidade interna de capitais e do trabalho a relacionaram seu caráter urbano ao papel do Estado na expansão (inter)nacional do capitalismo, como o fez com clareza Becker⁽³³⁾. Entretanto, a idéia de fronteira no Brasil carece de atualizações e revisões e certamente na Amazônia não se aplica o sentido turneriano de fronteira¹⁷, opondo civilização e barbárie, visto que não pode mais pressupor a simples expansão de um sistema hegemônico sobre espaços vazios. Tampouco, pode-se pensar em uma progressão linear a contínua, uma vez que não mais se trata da incorporação de espaços sociais da barbárie prémoderna condenados ao desaparecimento à sociedade dominante capitalista. Ao contrário, a fronteira contemporânea, urbanizada e pós-moderna, onde índios e seringueiros, garimpeiros e colonos, fazendeiros e comerciantes, entre muitos outros novos atores estão articulados em associações interescares, entre si e com agentes distantes, nacionais e internacionais, define-se como espaço de conflito entre sistemas sócioeconômicos, institucionais e culturais distintos, articulados entre si.

Tomado assim de forma contemporânea e liberto do viés turneriano, o conceito de fronteira traz implícito um sentido de espaço de tensão e transformação — ou de nova formação — podendo tanto marcar o avanço de uma territorialidade sobre outra quanto demarcar diferenças e heterogeneidades, aproximando-se portanto dos conceitos de heterotopia e heterotopologia desenvolvidos por Lefèbvre (25) e (36)¹⁸. Nesse sentido, outras faces da urbanização brasileira podem também ser (re)pensadas à luz daquele conceito, entre elas a expansão do tecido urbano sobre áreas periféricas imediatas e distantes, a articulação urbano-rural a microregional formando os pequenos sistemas urbanos a mesmo novas fronteiras sócioespaciais no interior da malha urbana.

16 (22), (19), (23), (30), (31), (32) apenas para citar alguns autores conhecidos que produziram trabalhos importantes e influentes, sem abordar essa questão. Becker constitui a exceção principal, tendo visto na Amazônia a fronteira urbanizada (33), (34).

17 A introdução do termo fronteira, no sentido do avanço da modernidade sobre espaços da "barbárie", ou "vazios", deve-se a Frederick Jackson Turner, que, em seu famoso ensaio de 1894 sobre a fronteira norte-americana, cunhou de forma influente a definitiva esse conceito (35).

18 Não há evidências de referências entre os dois autores, que, todavia, desenvolveram conceitos próximos. Soja (37), em sua busca lefebvriana pelo Terceiroespaço, dedica um capítulo às heterotopias foucaultianas e suas articulações.

Entretanto, a fronteira pode apontar também para uma terceira posição, para a possibilidade da reinvenção da relação com o outro, da ambigüidade da complexidade contemporânea, das opções virtuais a partir do confronto das dualidades dicotômicas. Entre o campo e a cidade, outras possibilidades estão contidas na urbanização extensiva. Entre a cidade e a região, muitas periferias mutantes se reconstituem, produzindo novos centros, assim como novas centralidades periféricas e espaços marginais centrais. Às mais óbvias centralidades urbanas somam-se inúmeras formas de organização urbano-rural, exigindo a criação de novas categorias mediadoras, entre os distritos e as áreas rurais, tais como os núcleos rurais, os núcleos urbanos isolados, as áreas de extensão urbana, entre várias outras. Os limites entre o rural e o urbano se tornam assim cada vez mais difusos, assim como as centralidades e periferias passam a ser definidas por outros fatores que não apenas sua localização na malha sócio-espacial ou mesmo sua concentração de comércio e serviços tradicionais. Periferias podem abrigar atividades produtivas ou de lazer de caráter central, enquanto áreas urbanas localizadas nos centros podem estar periféricas em sua utilização e função no sistema urbano local.

Uma das consequências da multiplicação de centralidades e periferias no espaço urbano é a formação de sistemas urbanos locais onde vários centros, sejam ou não sedes municipais e/ou distritais, cumpre papéis diferenciados nos complexos sistemas urbano-rurais e centrais-periféricos. Isso ser observado tanto em regiões metropolitanas quanto em espaços da fronteira amazônica, onde municípios distantes entre si algumas dezenas de quilômetros se articulam como pequenos sistemas urbanos onde a cada um cabem funções e atividades complementares, com movimentos pendulares diárias.

As fronteiras urbanas, pontos de tensão e de encontros possíveis entre comunidades e grupos organizados, obedecem cada dia mais a lógica distintas e é preciso reconhecê-las – tanto as fronteiras quanto suas muitas lógicas – para que se possa intervir e colaborar ativamente para a construção de espaços permeáveis, participativos e democráticos no complexo caleidoscópio urbano-rural urbano-regional do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOXER, C. R. "The golden age of Brazil, 1695-1750: growing pains of a colonial society". Berkeley: Sociedade de Estudos Históricos Dom Pedro Segundo Rio de Janeiro: University of California Press, 1969.
2. LENHARO, A. "As tropas da moderação: o abastecimento da Corte na formação política do Brasil, 1808-1842". São Paulo: Edições Símbolo, 1979.
3. RODARTE, M. M. S. "O caso das Minas que não se esgotaram: a pertinácia do antigo núcleo central minerador na expansão da malha urbana da Minas Gerais Oitocentista". 1999. Dissertação (Mestrado em Economia) – UFMG. Belo Horizonte, 1999.
4. PAULA, J. A. "Raízes da modernidade em Minas Gerais". Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
5. CUNHA, A. M. "São João del-Rey: as voltas da cultura e os caminhos do urbano entre o século XVIII e o XIX". 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2002.
6. MONTE-MÓR, R. L. M. "Gênese e estrutura da cidade mineradora". Belo Horizonte: UFMG, 2001. (Textos para discussão Cedeplar, N. 164).
7. MONTE-MÓR, R. L. M. "Belo Horizonte, espaços e tempos em construção". Belo Horizonte: BPH/Cedeplar; 1994.
8. MONTE-MÓR, R. L. M. "Belo Horizonte, capital de Minas, século XXI". Varia Historia, Belo Horizonte, n. 18, p. 467-486, nov 1997.
9. GRAHAM, R. "Britain and the onset of modernization in Brazil 1850-1914". London: Cambridge U. P., 1968.
10. DEAN, W. "The industrialization of São Paulo, 1880-1945". Austin: University of Texas Press, 1969.
11. Silva, S. "Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil". São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1976.
12. CANO, W. "Raízes da concentração industrial em São Paulo". 2. ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.
13. MORSE, R. "São Paulo since independence: a cultura interpretation". Hispanic American Historic Review, [S.L.], n. 34, p. 419-444, 1954.
14. MONTE-MÓR, R. L. M. "Do urbanismo à política urbana: notas sobre o caso brasileiro". Belo Horizonte, UFMG, 1981. (Textos para discussão Cedeplar, n.11)

15. MONTE-MÓR, R. L. M.; DRUMMOND, J. C. M. "Uma área metropolitana sem metrópole". Fundação João Pinheiro: economia, administração, tecnologia, urbanismo, [S.L.], v. 4, n.1, p.21-30, jan/mar 1974.
16. COSTA, G. M. "O processo da formação do espaço das cidades mono-industriais". 1979. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFRJ, Rio de Janeiro, 1979.
17. LEFÈBVRE, H. "O direito à cidade". São Paulo: Editora Documentos, 1969.
18. LEFÈBVRE, H. "A revolução urbana". Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
19. MONTE-MÓR, R. L. M. "Urbanização extensiva e lógicas de povoamento: um olhar ambiental". In: SANTOS, M. S. et al. "Território: globalização e fragmentação". São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994.
20. OLIVEIRA, Fd. "Acumulação monopolista, contradições urbanas, e a nova qualidade do conflito de classes". In: MOISÉS, J. Á. (ed). "Contradições urbanas e movimentos sociais". Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
21. SANTOS, M. "A urbanização brasileira". São Paulo: Editora Hucitec, 1993.
22. CARDOSO, F. H.; MÜLLER, G. "Amazônia: expansão do capitalismo". São Paulo: Editora Brasiliense, 1977.
23. MAHAR, D. J. "Desenvolvimento econômico da Amazônia: uma análise das políticas governamentais". Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1978.
24. MONTE-MÓR, R. L. M. "Espaço e planejamento urbano: considerações sobre o caso de Rondônia". 1980. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFRJ, Rio de Janeiro, 1980.
25. LEFÈBVRE, H. "The production of space". Oxford: Cambridge: Blackwell, 1991.
26. SANTOS, M. "Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional". São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
27. LIPIETZ, A. "Mirages and miracles: the crisis in global Fordism". London: Verso, 1987.
28. PAULA, J. A. "Biodiversidade, população e economia: uma região de Mata Atlântica". Belo Horizonte: Cedeplar: UFMG, 1997.
29. CARACTERIZAÇÃO e tendências da rede urbana do Brasil. Campinas: Unicamp, 1999.
30. BUNKER, S. G. "Underdeveloping the Amazon: extraction, unequal exchange, and the failure of the modern state". Chicago: University of Chicago Press, 1988.
31. HECHT, S. B.; COCKBURN, A. "The fate of the forest: developers, destroyers, and defenders of the Amazon". London: New York: Verso, 1989.

- 32.SCHMINK, M.; WOOD, C. H. "Contested frontiers in Amazonia". New York: Columbia University Press, 1992.
- 33.BECKER, B. K. "Amazônia". São Paulo: Editora Ática, 1991.
- 34.BECKER, B. K.; MIRANDA, M.; MACHADO, L. O. "Fronteira Amazônica: questões sobre a gestão do território". Brasília: Editora UnB: Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1990.
- 35.TURNER, F. J. "The frontier in American history". New York: H. Holt and Company, 1920.
- 36.FOUCAULT, M. "Of other spaces". *Diacritics*, [S.L.], n. 16, p. 22-27, 1986.
- 37.SOJA, E. W. "Thirdspace: journeys to Los Angeles and other real-and-imagined places". Cambridge: Blackwell, 1996.

TENDÊNCIAS DO CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO NOS AGLOMERADOS URBANOS

Rosana Baeninger

Socióloga, Professora no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH/UNICAMP e Pesquisadora no Núcleo de Estudos de População – NEPO/UNICAMP

RESUMO

O texto apresenta a evolução da transição demográfica no País, indicando o forte declínio da fecundidade, principalmente a partir dos anos 60, bem como o aumento da esperança de vida da população. As rápidas alterações observadas na dinâmica populacional brasileira indicam que nossa Transição Demográfica deverá estar concluída no desenrolar deste novo século. Esses novos padrões representarão menores taxas de crescimento da população e a configuração de um novo perfil demográfico da população, com uma estrutura etária bastante cambiante e distinta daquelas que prevaleceram em décadas passadas. Essa transição demográfica brasileira que se completará nas próximas décadas refletirá muito mais o comportamento demográfico da população urbana, uma vez que esse contingente tende a predominar no conjunto da população. Desse modo, o texto privilegia a evolução da população urbana desde 1940 a 2000, aprofundando análises sobre os processos de crescimento das populações metropolitanas e não-metropolitanas, seus momentos de concentração e, mais recentemente, de desaceleração no ritmo de crescimento das antigas metrópoles nacionais. Emergem nesse cenário novas espacialidades urbanas que passam a ter importante papel no processo de urbanização e de redistribuição espacial da população no Brasil.

DESCRITORES: transição demográfica; taxa de crescimento populacional bruta; urbanização; população urbana; cidades.

INTRODUÇÃO

Este texto contempla a situação do crescimento da população urbana brasileira e suas novas formas de reorganização espacial. O atual processo de urbanização apresenta especificidades regionais, contribuindo para que os aglomerados urbanos, quer sejam de caráter metropolitano ou não-metropolitano, conformem-se, expandam-se e se consolidem; nesse contexto, as migrações passam a ter papel fundamental.

Nesse cenário, as antigas regiões metropolitanas continuam como as maiores concentrações socioespaciais e urbanas do país, distinguindo-se dos aglomerados metropolitanos recentes, bem como dos aglomerados urbanos não-metropolitanos.

O texto apresenta, no item 1, uma breve síntese da evolução da transição demográfica no Brasil, passando, a seguir, para as tendências do crescimento da população urbana, dos anos 40 até 2000. Os itens seguintes privilegiam análises referentes ao crescimento dos municípios metropolitanos e não-metropolitanos, bem como as tendências de crescimento das novas configurações urbanas no processo de urbanização brasileiro.

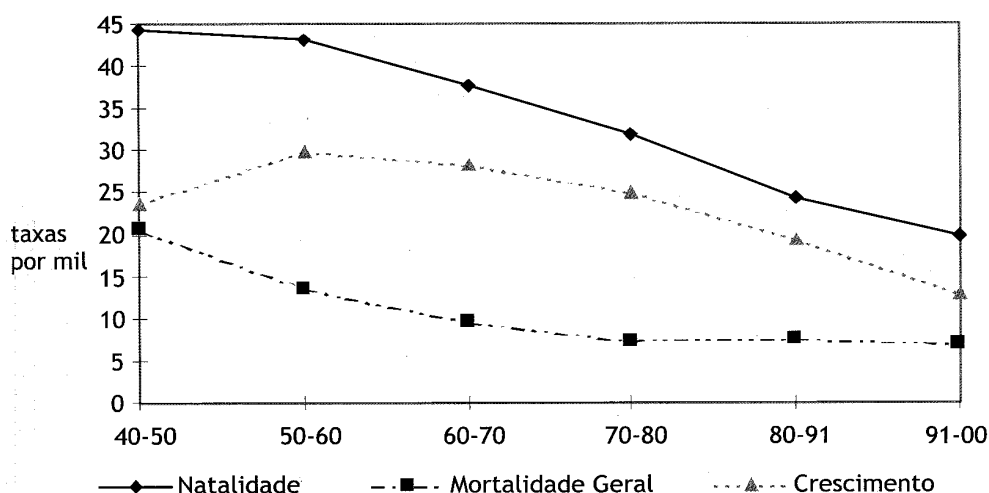
1. COMPLETANDO A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA BRASILEIRA

A evolução demográfica da população brasileira vem sendo marcada, nos últimos cinquenta anos, pelo processo de transição demográfica, decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade¹. Esse processo teve seu início nos anos 40 com o declínio da mortalidade, acentuando-se nos anos 50 e 60. Até esse período os níveis de fecundidade permaneceram estáveis (em torno de 6,2 filhos por mulher), configurando uma etapa da dinâmica demográfica brasileira marcada por altas taxas de crescimento da população (Gráfico 1).

1 A transição demográfica brasileira teve pouca influência da migração internacional, que a partir dos anos 40 foi bastante reduzida; apenas recentemente esse fenômeno migratório vem se acentuando no país.

Gráfico 1

Evolução das Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade e da Taxa de Crescimento da População Total
Brasil
1940-2000



Fonte: Fundação IBGE (1994); Anuário Estatístico do Brasil de 1995; Censo Demográfico de 2000.

De fato, entre 1940 e 1960, a intensificação no ritmo de crescimento da população se deveu ao acentuado declínio da mortalidade, descenso este que se traduziu em um ganho de dez anos na esperança de vida ao nascer: de 41,5 anos, em 1940, para 51,6 anos, em 1960 (Tabela 1). Nesse contexto de menor mortalidade e manutenção da taxa de fecundidade, o ritmo de crescimento da população apresentava-se elevado. Em 1940, a população brasileira era de 41,2 milhões de habitantes, atingindo 70,2 milhões, em 1960. De uma taxa de crescimento de 2,3% a.a., entre 1940-1950, passou-se a 3,0% a.a., no período 1950-1960.

A partir de 1960, o ritmo anual do crescimento populacional começou a se desacelerar, passando a 2,8% a.a e 2,5% a.a. nos períodos de 1960-70 e 1970-80, respectivamente, com o início da queda da fecundidade (5,6 filhos por mulher, em 1970) e a continuidade do declínio da mortalidade. A esperança de vida chegou a 68 anos em 2000, correspondendo aos brasileiros um ganho da ordem de 17 anos a mais de vida, de 1960 para 2000.

As etapas seguintes da transição demográfica brasileira foram marcadas pelo forte descenso da fecundidade; de 4,3 filhos por mulher, em 1970, para 2,6 filhos por mulher, em 1991, baixando para 2,3 em 2000.

Tabela 1

Evolução das Taxas de Fecundidade Total e Expectativa de Vida ao Nascer

Brasil

1940-2020

Anos	Taxa Fecundidade Total	Expectativa de Vida ao Nascer
1940	6,16	41,53
1950	6,21	45,51
1960	6,28	51,64
1970	5,76	53,46
1980	4,35	59,09
1991	2,57	65,90
2000	2,35	68,51
2005	1,92	70,09
2020	1,81	75,51

Fonte: Simões e Oliveira (1988); FIBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1995 e Censo Demográfico de 2000.

Apesar do declínio generalizado dos níveis de mortalidade e de fecundidade, persistem marcantes diferenças regionais (Tabela 2). De fato, enquanto o Nordeste apresentava uma esperança de vida de 38,7 anos, em 1940, esta já era de 43,5 anos no Sudeste. Em 1980, o Sudeste apresentava 14 anos a mais na esperança de vida que o Nordeste: 63,5 anos e 49,0 anos, respectivamente. Atualmente, esse diferencial diminuiu, conquanto ainda persista a diferença em torno de 6 anos entre essas duas regiões; no Sudeste, a esperança de vida era de 71 anos, em 1998, e no Nordeste, 65 anos.

Tabela 2

Expectativa de Vida ao Nascer e Taxa de Fecundidade Total
Grandes Regiões do Brasil, 1940 – 2000

Regiões	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1998
Esperança de Vida							
Norte	40,70	44,87	53,56	54,74	63,61	67,35	68,0
Nordeste	38,76	38,96	41,06	45,55	49,00	64,22	65,0
Sudeste	43,58	49,58	56,79	57,38	63,59	67,53	71,0
Sul	49,61	53,47	60,43	60,74	65,54	68,60	71,0
Centro-Oeste	48,43	51,19	56,91	58,91	63,09	67,80	69,0
Brasil	41,53	45,51	51,64	53,46	59,09	65,62	68,0
Taxas de Fecundade Total							
Norte	7,17	7,97	8,56	8,25	6,45	4,0	3,36
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	4,0	2,79
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,4	2,17
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,3	2,16
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,9	2,22
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,7	2,44

Fonte: Simões e Oliveira (1988); FIBGE, Anuário Estatístico. IDB/DATASUS (2000).

Com relação às taxas de fecundidade, esses diferenciais regionais eram mais contrastantes até os anos 60. De fato, enquanto no Norte a média era, em 1960, de 8,5 filhos por mulher, na Região Sul registrava 5,8 filhos por mulher. A partir dos anos 60, a fecundidade inicia um processo de declínio acentuado e rápido que, progressivamente, vai incorporando segmentos mais amplos da população em todas as regiões brasileiras, envolvendo, inclusive, grupos sociais de mais baixos rendimentos e mesmo a população rural (MERRICK; BERQUÓ, 1983). Assim, em 1984, a fecundidade na Região Sul atingia 2,9 filhos por mulher e a do Nordeste baixava para 4,9 filhos por mulher. Em 1990, as regiões Norte e Nordeste apresentavam uma fecundidade em torno de 4 filhos por mulher e as regiões Sul e Sudeste de 2,4 filhos por mulher.

Assim, de uma taxa de crescimento da população correspondente a 2,48% a.a. nos anos 70, passou-se para 1,93% a.a., no período 1980-1991, baixando para 1,6% a.a. no período 1991-2000.

As rápidas alterações observadas na dinâmica populacional brasileira indicam que nossa Transição Demográfica deverá estar concluída no desenrolar deste novo século, alcançando a fecundidade valores próximos aos níveis de reposição; estima-se 1,9 filhos por mulher em 2005 e 1,8 em 2020. Esses novos padrões representarão menores taxas de crescimento da população e a configuração de um novo perfil demográfico da população, com uma estrutura etária bastante cambiante e distinta daquelas que prevaleceram em décadas passadas².

A transição demográfica brasileira que se completará nas próximas décadas refletirá muito mais o comportamento demográfico da população urbana, uma vez que esse contingente tende a predominar no conjunto da população. Deve-se considerar também que, no contexto interno ao país, as migrações entre as cidades, regiões e estados desempenharão papel fundamental nos processos de transições demográficas das distintas localidades.

2. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA NO BRASIL: 1940-2000³

O processo histórico de formação da sociedade brasileira, incluindo a transição demográfica, interliga-se com as faces e as faces da urbanização no País. A intensidade e a forma como se processaram a urbanização e a redistribuição espacial da população brasileira acentuou, ao longo de cinquenta anos, enormes transformações econômicas, sociais, demográficas e políticas; nesse contexto, presenciou-se do ponto de vista da urbanização, a dinâmica concentradora de determinadas áreas⁴. A dinâmica das cidades e o processo de urbanização modificaram-se ao longo do tempo, acompanhando as transformações da sociedade em seu conjunto.

Desde os anos 40, tem-se observado no Brasil aumento significativo de sua população urbana. Em 1940, 12,8 milhões de pessoas residiam no meio urbano, sendo que a população rural ainda representava 69% do total nacional; em 1991, mais de 110 milhões de habitantes residiam em áreas urbanas, passando para 137,9 milhões em 2000 (Tabela 3). Ou seja,

em 2000, apenas 18,7% da população nacional viviam em áreas rurais – cerca de 31,8 milhões de pessoas.

Até os anos 70, os fenômenos da urbanização e da redistribuição espacial da população, marcados por intensos fluxos migratórios, apontavam para o crescimento progressivo das grandes cidades. Esse afluxo crescente de pessoas para o meio urbano, particularmente na década de 70, fez com que tal período fosse marcado pela "explosão do crescimento urbano", com o processo de concentração da população em cidades cada vez maiores (MARTINE, 1987). Esse panorama concentrador de redistribuição interna da população foi-se montando ao longo de quase meio século, indicando a rapidez das transformações urbanas no Brasil. Estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas deixaram a área rural em busca de áreas urbanas entre 1950-2000 (RIGOTTI et al., 2001).

Por outro lado, o processo de urbanização no Brasil gerou a criação de significativa rede urbana, diferentemente de outros países latino-americanos que se caracterizam por uma primazia urbana (FARIA, 1983; VILLA; RODRÍGUEZ, 1994). O dinamismo e a complexidade desse processo se expressou na multiplicação do número de cidades no País. Entre 1950 e 2000, passou-se de 1.889 cidades, no início do período, para 5.507, ao seu final.

De fato, o enorme esvaziamento do campo que se operou a partir dos anos 50 levou à aceleração do processo de urbanização; a taxa de crescimento da população urbana passou de 3,8% a.a., no período 1940-50, para 5,32% a.a., entre 1950-60. O impacto da transferência de população rural para o meio urbano se fez sentir de maneira mais acentuada nos anos 50, uma vez que a base demográfica não era tão extensa; à medida que essa base foi-se alargando, o impacto dessa população foi diminuindo e apresentando, portanto, taxas menores de crescimento urbano: 5,15% a.a. no período 1960/70; 4,44% a.a. entre 1970/80; 2,96% a.a. no período 1980-91, chegando a 2,44% entre 1991-2000.

1 O item 2 deste texto baseia-se em Baeninger (2002).

2 Faria (1983) conclui que o processo de desenvolvimento, de 1950-1980, não contribuiu para maior concentração da população urbana no Brasil, porém mesmo que "tendendo a um equilíbrio no que se refere à distribuição por classes de tamanho, tanto a população urbana como as cidades apresentam-se, no Brasil, bastante concentradas em termos territoriais" (p.140).

Tabela 3

População Total, Urbana e Rural e Taxas de Crescimento da População

Brasil

1940-2000

Ano	População (em milhares)			Taxas de Crescimento (% a.a)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
1940	41.236	12.880	28.356			
				2,33	3,84	1,58
1950	51.994	18.783	33.162			
				3,05	5,32	1,54
1960	70.191	31.534	38.657			
				2,87	5,15	0,60
1970	93.139	52.084	41.054			
				2,48	4,44	-0,62
1980	119.002	80.436	38.566			
				1,93	2,96	-0,66
1991	146.917	110.876	36.042			
				1,35	2,11	-1,16
1996	157.080	123.082	33.997			
				1,93	2,85	-1,62
2000	169.799	137.953	31.845			
1991-2000				1,63	2,44	-1,30

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1940 a 2000; Contagem Populacional de 1996.

Embora tanto a taxa anual de crescimento da população brasileira quanto a taxa de crescimento urbano tenham registrado decréscimos ao longo do período em estudo, o acelerado processo de urbanização pode ser evidenciado mediante a elevação da participação da população urbana no total populacional: 45%, em 1960; 56%, em 1970; 67%, em 1980; 75%, em 1991; e 81%, em 2000. Esse incremento da população urbana foi consequência, basicamente, de três fatores: do próprio crescimento vegetativo das áreas urbanas, da migração com destino urbano e da expansão do perímetro urbano de muitas localidades, antigamente consideradas rurais. Em contrapartida, a população rural vem apresentando participação cada vez menor no conjunto da população brasileira; os anos 50 marcaram uma mudança expressiva na distribuição da população no País: a taxa de crescimento da população rural passara de 1,54% a.a., entre 1950-60, para 0,60% a.a., no período 1960-70, alcançando taxas negativas, em torno de 0,60% a.a., nos anos 70 e nos 80. Em 1980, aliás, a população rural brasileira registrou pela primeira vez na história deste século diminuição em números absolutos; em 2000, sua taxa de crescimento alcançou - 1,3% a.a.

Até os anos 70, o processo de urbanização e de redistribuição espacial da população brasileira esteve condicionado a três vertentes: o progressivo esvaziamento do campo e consequente crescimento urbano, notadamente dos centros regionais; os deslocamentos populacionais com destino às fronteiras agrícolas; e o contínuo e intenso fenômeno da metropolização.

Algumas dessas tendências já estavam em transformação no período 1970-80, particularmente os deslocamentos com destino às fronteiras agrícolas e os grandes movimentos populacionais do campo para a cidade, independente do seu porte, que predominaram até 1960; iniciou-se a intensificação do movimento urbano-urbano, com novas modalidades de deslocamentos populacionais (pendular, de retorno, intrametropolitano etc.). A reorganização da população no espaço modificou-se com tanta força que tais movimentos passaram a ter uma só direção: os grandes centros metropolitanos.

Já com os resultados do Censo Demográfico de 1991, pode-se observar, no entanto, que a mudança no padrão de urbanização brasileiro iniciou-se justamente com o menor crescimento dessas áreas e com enormes transformações no processo de redistribuição espacial da população. Os primeiros anos da década de 90 consolidam essa tendência, deixando as regiões metropolitanas, em especial suas sedes, perderem posições no ranking das taxas de crescimento do país.

Desse modo, o crescimento das pequenas e médias cidades, retratado pelo Censo de 1991 e de 2000, bem como a nova realidade da dinâmica regional contribuíram significativamente para minimizar o caos urbano-metropolitano que se previa. Por outro lado, a emergência de novas aglomerações urbanas, centros e subcentros metropolitanos e não-metropolitanos, bem como os crescimentos dos pequenos municípios, ancorados nos espaços das aglomerações urbanas, constituem os novos arranjos espaciais no desenho da rede urbana brasileira.

3. CRESCIMENTO RECENTE DOS MUNICÍPIOS METROPOLITANOS⁵ E NÃO-METROPOLITANOS

O padrão de urbanização que se processou no Brasil, nos últimos trinta anos, foi marcado por um crescimento rápido, amplo e concentrado da população, contribuindo, de um lado, para a emergência de grandes metrópoles, e de outro, para a expansão de uma diversificada rede urbana nacional, com o crescimento acelerado das capitais regionais e subregionais, bem como com o aumento da população urbana em grande número de cidades de diferentes tamanhos (FARIA, 1986). Esse processo de concentração urbana em determinadas localidades teve momentos de maior intensidade e, ao que tudo indica, atualmente está-se frente a um movimento de desaceleração no ritmo de crescimento populacional dos grandes centros urbanos.

As novas formas de estruturação do espaço urbano têm-se caracterizado por um crescente processo de conurbação e de complexa interação entre as cidades, configurando a emergência de novas áreas metropolitanas e a formação de aglomerações urbanas não-metropolitanas no interior do País⁶.

Na dinâmica do processo de redistribuição espacial da população, portanto, essas novas espacialidades vêm assumindo importância crescente, já que podem ser capazes tanto de absorver quanto de reter grande parte dos fluxos migratórios que, anteriormente, se dirigiram às grandes concentrações metropolitanas.

3.1. Inflexão no Crescimento Populacional das Grandes Metrópoles Brasileiras

Apesar das regiões metropolitanas terem-se configurado como receptoras de grandes contingentes populacionais há várias décadas, no período 1970-1980 já se podia evidenciar um arrefecimento no ritmo de crescimento da população residente nessas áreas: a taxa média de crescimento populacional metropolitano passou de 4,7% a.a., em 1960-1970, para 3,8%, em 1970-1980. Mesmo assim, o volume migratório que havia se dirigido para essas metrópoles justificava apontar um padrão crescente de concentração populacional: 5.705.021 pessoas⁷ se destinaram às regiões metropolitanas no período 1970-1980, correspondendo a 22,5% da migração intermunicipal nacional.

Nos anos 80 e 90, no entanto, a taxa de crescimento da população metropolitana nacional apresentou um decréscimo considerável, registrando 1,99% a.a., entre 1980-1991, (contra 3,8% a.a. da década anterior) e mantendo-se nesse patamar (2,00% a.a.) entre 1991-2000 (Tabela 4).

5 Considera-se, neste item, as antigas regiões metropolitanas do país: Belém, Recife, Salvador, Fortaleza, São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre.

6 Veja-se o estudo recente "Caracterização e Tendências da Rede Urbana Brasileira". NESUR – Instituto de Economia – UNICAMP/ IPEA, 1998.

7 Refere-se às pessoas que mudaram de município, pelo menos uma vez, na década; não inclui a migração intrametropolitana.

Para todas as regiões metropolitanas antigas, as taxas de crescimento vêm registrando ritmos decrescentes. Nos anos 70, apenas as regiões metropolitanas de Recife (2,7% a.a.) e Rio de Janeiro (2,5% a.a.) registraram taxas de crescimento metropolitano inferior à média do período (que foi de 3,8% a.a.), sendo elevadíssimas as taxas para a Região Metropolitana de Curitiba (5,8% a.a.), Região Metropolitana de Belo Horizonte (4,7% a.a.), Região Metropolitana de São Paulo (4,5% a.a.), Região Metropolitana de Salvador (4,4% a.a.), Região Metropolitana de Belém (4,3% a.a.) e Região Metropolitana de Fortaleza (4,3% a.a.).

Tabela 4

População Total e Taxas de Crescimento
Regiões Metropolitanas – Brasil
1970-2000

Regiões Metropolitanas (antigas)	População Total				Taxas de Crescimento (% a.a.)		
	1970	1980	1991	2000	1970-1980	1980-1991	1991-2000
TOTAL	23.730.895	34.411.659	42.798.162	51.088.169	3,79	1,99	2,00
São Paulo	8.139.730	12.588.725	15.444.941	17.970.634	4,46	1,88	1,70
Rio de Janeiro	6.891.521	8.772.265	9.814.574	11.257.99	2,45	1,26	1,54
Recife	1.791.322	2.347.146	2.858.147	3.512.208	2,74	1,22	2,32
Belo Horizonte	1.658.482	2.609.583	3.436.060	4.277.157	4,70	2,42	2,46
Porto Alegre	1.574.239	2.285.140	3.038.792	3.544.789	3,84	2,16	1,73
Salvador	1.147.821	1.766.614	2.496.521	3.090.196	4,43	3,04	2,40
Fortaleza	1.036.779	1.580.074	2.307.017	2.923.417	4,29	2,67	2,67
Curitiba	821.223	1.440.626	2.000.805	2.716.288	5,80	3,03	3,46
Belém	669.768	1.021.486	1.401.305	1.795.536	4,30	3,43	3,37
BRASIL URBANO	52.087.092	80.436.409	110.990.990	137.953.959	4,44	2,97	2,44

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1970 a 2000.

No período 1980-1991, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (com taxa de crescimento de 1,3% a.a.), a de Recife (1,2% a.a.) e a de São Paulo (que registrou uma taxa de 1,9% a.a.)

tiveram um ritmo de crescimento que se situou abaixo da média metropolitana do período (2,0% a.a.). Para os anos 90, nota-se uma manutenção nos níveis das taxas de crescimento verificados nos anos 80, com algumas áreas metropolitanas elevando ligeiramente suas taxas de crescimento, mas próximas à década anterior (como são os casos de Recife, Rio de Janeiro e Curitiba), sendo que apenas a Região Metropolitana de Salvador apresentou declínio pronunciado na taxa de crescimento (de 3,0% a.a., entre 1980-1991, para 2,4% a.a., entre 1991-2000). Essa tendência reflete, de um lado, a continuidade do declínio da fecundidade e, por outro lado, a diminuição da participação da migração vinda de fora para essas áreas metropolitanas.

Assim, no período de 1991-2000, as regiões metropolitanas com maiores taxas de crescimento foram Curitiba (3,5% a.a.), Belém (3,4% a.a.), Fortaleza (2,6% a.a.), Belo Horizonte (2,5 % a.a.), Recife (2,3% a.a.).

Quanto às metrópoles do Sudeste, a Região Metropolitana de São Paulo passou de uma taxa de crescimento populacional de 4,5% a.a., no período 1970-1980, para 1,9% a.a., nos anos 80, e 1,7%, no período 1991-2000. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que havia registrado taxa de 2,4% a.a., nos anos 70, baixou para 1,3% a.a., no período 1980-1991, elevando-se ligeiramente para 1,5% a.a., no período de 1991-2000. No caso do Estado de Minas Gerais, sua área metropolitana registrou taxa de crescimento mais elevada (em torno de 2,4% a.a.) que as demais metrópoles da Região Sudeste.

Ao lado desse intenso fenômeno da metropolização, já vinha-se delineando também um marcante processo de periferização da população residente nas metrópoles; a maioria das regiões havia apresentado, no período 1970-1980, taxas de crescimento mais elevadas em seus municípios periféricos⁸. Nos anos 80, o processo de periferização intensificou-se, no qual as periferias das áreas metropolitanas continuaram exibindo taxas elevadas e superiores às de seu núcleo. Os anos 90 consolidaram esse processo, com os núcleos metropolitanos de Belém, Recife, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre registrando taxas de crescimento de suas populações inferiores a 1% a.a. e permanecendo a tendência de taxas superiores nas periferias metropolitanas. Destacam-se os crescimentos elevados dos municípios periféricos das regiões metropolitanas de Curitiba (5,0% a.a., entre 1991-2000), Belo Horizonte (4,3% a.a.), Salvador, São Paulo e Belém (em torno de 3,0% a.a.), demonstrando o vigor dos processos internos de redistribuição espacial das populações metropolitanas, em especial os deslocamentos intrametropolitanos que partem dos núcleos para as periferias das regiões metropolitanas.

De fato, os movimentos migratórios⁹ ocorridos dentro dos espaços metropolitanos envolveram um volume de 2.293.305 pessoas, no período 1970-1980, elevando-se para 2.636.067, no período 1981-1991; ou seja, representavam 9,0% das pessoas que haviam mudado pelo

8 Considera-se como núcleo, a sede regional de determinada área metropolitana, e como periferia os demais municípios que compõem tais áreas.

9 Utiliza-se as informações sobre migrações para os períodos 1970-1980, 1980-1991 e, para as migrações interestaduais, o de 1991-1996, uma vez que ainda não foram divulgadas os dados censitários de 2000, referente ao período 1991-2000.

menos uma vez de município nos anos 70, elevando-se para 10,5%, nos anos 80.

Dos anos 70 para os 80, assistiu-se a um aumento no volume de pessoas que mudaram de município, pelo menos uma vez, nos respectivos contextos metropolitanos, à exceção da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Nas metrópoles regionais, esse fenômeno foi extremamente acentuado, destacando-se os casos das Regiões Metropolitanas de Fortaleza (de um volume intrametropolitano de 45.416 migrantes, no período 1970-1980, para 140.082, no período 1981-1991), de Salvador (de 36.132 para 63.538, respectivamente), de Belo Horizonte (185.336 e 313.416) e de Curitiba (de 89.782 para 131.481), reafirmando o crescente processo de periferização das populações metropolitanas.

Esses deslocamentos internos em nível metropolitano imprimem novas características ao processo de redistribuição da população: consolidam-se espaços urbanos na periferia nacional, antes incapazes de reter e atrair sua população. No entanto, as "especializações do território" (SANTOS, 1994) traduzem-se em metrópoles diferenciadas e fragmentadas, cujo processo de periferização é antes de tudo a expressão do empobrecimento da população¹⁰.

Os resultados do Censo de 2000 sugerem a continuidade do processo de desaceleração do ritmo de crescimento das antigas metrópoles brasileiras, especialmente a Região Metropolitana de São Paulo (com uma taxa de 1,7% a.a), Rio de Janeiro (1,54% a.a.) e Porto Alegre (1,7% a.a.); taxas menores que a verificada para o conjunto da população urbana do país (2,44% a.a.) e para as áreas metropolitanas (2,00% a.a.).

O Brasil das nove regiões metropolitanas manteve nos anos 90 o mesmo ritmo de crescimento dos anos 80, ritmo este inferior ao conjunto da população urbana do País. A importância desse processo de desaceleração metropolitana é revelada pela expressiva perda de participação relativa das populações dessas metrópoles no total da população urbana do País: em 1970, a população das nove regiões metropolitanas respondia por 45,56% da população urbana brasileira, passando para 37,03%, em 2000.

Na verdade, o entendimento do atual processo de urbanização e desaceleração das grandes concentrações metropolitanas está relacionado com a distribuição da população em diferentes espacialidades do sistema urbano brasileiro; característica do processo de urbanização, na virada do século XX para o XXI, tem sido o intenso processo de interiorização das aglomerações urbanas.

3.2. A Importância dos Municípios Não-metropolitanos no Crescimento Populacional

A contrapartida desse processo de menor crescimento da população metropolitana refletiu-se no expressivo crescimento da população residente em cidades não-

10 A pesquisa "Características e Tendências da Rede Urbana no Brasil" (NESUR-IE/UNCAMP/IPEA, 1998) aponta menor renda para os chefes de domicílios nas áreas periféricas que nos núcleos metropolitanos.

metropolitanas em todas as regiões brasileiras, onde as cidades pequenas e de porte intermediário, juntamente com as cidades médias, registraram crescimento significativo¹¹, especialmente quando se consideram os aglomerados urbanos.

Essa "interiorização do crescimento"¹² deveu-se em grande medida aos efeitos da crise econômica, a partir dos anos 80, sobretudo nas metrópoles mais industrializadas como São Paulo. De acordo com Pacheco (1997:6), "o melhor desempenho da agricultura, dos grandes complexos minerais ou de produtos como papel e celulose, estiveram por trás de uma 'desmetropolização' da economia nacional. Cresceram as áreas de fronteira, ainda que incorporando menos terra que na década de 70; as regiões voltadas ao processamento de recursos naturais para exportação; e aquelas, como o interior de São Paulo, que ampliaram suas exportações de manufaturados. Olhado deste ângulo, o quadro regional do início da década de 1990 mostra-se muito distinto daquele herdado dos anos setenta. Foram muitas as cidades de pequeno ou médio porte que sobreviveram relativamente melhor neste período. O crescimento da agroindústria, a urbanização na fronteira, a agricultura irrigada, os empreendimentos voltados para a exploração de recursos naturais criaram alternativas novas, frente à crise das metrópoles industrializadas. (...) O próprio desempenho das atividades agrícolas pode ter contribuído para uma retenção maior da população nas cidades pequenas".

O conjunto dos municípios não-metropolitanos manteve, no período 1970-1980 e 1980-1991, taxas de crescimento em torno de 1,8% a.a., abaixo da taxa média das nove regiões metropolitanas vigentes até 1991 (que eram de 3,8% a.a. e 2,0% a.a., respectivamente); porém, para o período 1991-1996, as taxas foram bastante próximas: 1,2% para os município não-metropolitanos e 1,5% para os pertencentes às nove metrópoles (Tabela 5).

Já os municípios não-metropolitanos de médio (100 mil a 500 mil habitantes) e grande porte (800 mil a 1,2 milhão de habitantes) vêm tendendo a registrar taxas de crescimento superiores às regiões metropolitanas. Para os municípios de médio porte situados fora das regiões metropolitanas, foi a partir do período 1980-1991 que estes ultrapassaram as taxas metropolitanas (2,7% a.a. e 2,0%, respectivamente, nos anos 80, e 1,9% e 1,5%, no período 1991-1996); para os grandes municípios não-metropolitanos, desde os anos 70 suas taxas de crescimento apresentaram-se superiores às das regiões metropolitanas: 5,7% a.a., no período 1970-1980; 4,3% a.a., no período 1980-1991; e 2,4% a.a., no período 1991-1996¹³.

11 Veja-se Martine (1992) para uma análise da evolução das localidades urbanas no Brasil segundo Grandes Regiões de 1940 a 1991.

12 O estudo "Características e Tendência da Rede Urbana Brasileira" – (NESUR – IE/IPEA, 1998) analisa os impactos da economia no sistema urbano regional, onde se observa o crescimento de localidades fora das grandes metrópoles.

13 Adota-se o período 1991-1996 neste e no próximo item, uma vez que as últimas informações sobre migração interestaduais ao nível de município constam da Contagem de População de 1996

Esses dois grupos de municípios não-metropolitanos (de médio e grande porte) vêm demonstrando rápida capacidade de absorção populacional com o crescente aumento relativo de suas populações no total nacional. Os municípios de 100 mil a 500 mil habitantes não-metropolitanos representavam 12,4% da população nacional, em 1970, e, numa tendência ascendente (mesmo com o intenso processo de metropolização dos anos 80), chegaram a 15,5%, em 1996. Os municípios de grande porte situados fora de regiões metropolitanas respondiam por 1,5% do total da população, em 1970, alcançando 2,8%, em 1996.

Os municípios intermediários (20 mil a 100 mil habitantes) situados em áreas não-metropolitanas totalizavam, em 1996, 45,2 milhões de habitantes – volume bastante próximo ao das regiões metropolitanas antigas (46,1 milhões) –, concentrando 44,5% da população residente no interior não-metropolitano do Brasil e participando com 24,7% do incremento absoluto nacional.

Tabela 5

População segundo Categorias de Municípios

Brasil

1970, 1980, 1991 e 1996

Categorias	População total				Taxa de crescimento (%a.a)			Participação do incremento dos Municípios no Total Brasileiro		
	1970	1980	1991	1996	1970-1980	1980-1991	1991-1996	1970-1980	1980-1991	1991-1996
Municípios Não-metropolitanos	66.185.431	78.909.472	95.866.844	101.805.866	1,77	1,79	1,17	49,20	60,95	55,97
Municípios pequenos (<20 mil habitantes)	23.849.304	24.487.550	27.027.592	27.578.246	0,26	0,90	0,40	2,27	9,13	5,37
Municípios intermediários (20 mil a 100 mil habitantes)	29.409.639	35.427.909	42.697.329	45.233.525	1,88	1,71	1,16	23,27	26,13	24,73
Municípios Médios (100 mil a 500 mil habitantes)	11.503.444	16.512.398	22.182.012	24.327.771	3,68	2,72	1,86	19,37	20,38	20,93
Municípios Grandes (800 mil a 1,2 milhão habitantes)	1.423.044	2.481.615	3.959.911	4.466.324	5,72	4,34	2,44	4,09	5,31	4,94
Municípios Metropolitanos	26.953.606	40.093.234	50.958.631	55.473.707	4,05	2,20	1,71	50,80	39,05	44,03
RM's novas (*)	3.236.578	5.703.896	8.228.934	9.357.457	5,83	3,39	2,60	9,54	9,07	11,01
RM's Antigas (**)	23.717.028	34.389.338	42.729.697	46.116.250	3,79	1,99	1,54	41,26	29,98	33,03
Total Brasil	93.139.037	119.002.706	146.826.475	157.079.573	2,48	1,93	1,36	25.863.669	27.882.769	10.254.098

Notas: (*) Referem-se às regiões metropolitanas de Natal, Vitória, Santos, Brasília, Campinas e Goiânia.

(**) São elas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1970, 1980 e 1991 e Contagem de População de 1996. A população segundo classes de tamanho de municípios foram extraídas de Pacheco (1997).

Os municípios metropolitanos em seu conjunto tenderam a diminuir sua contribuição no incremento absoluto da população nacional. Nos anos 70, mais da metade do incremento populacional do País (51,0%) deveu-se aos municípios metropolitanos¹⁴ e, portanto, aos municípios não-metropolitanos correspondia 49,0% desse crescimento absoluto, dos quais 23,3% eram representados pelo incremento dos municípios intermediários (de 20 mil a 100 mil habitantes). Já no período 1980-1991, foram os não-metropolitanos que responderam por 61,0% do incremento populacional total, com aumento nessa participação de todas as categorias de municípios.

No período 1991-1996, houve uma retração no crescimento absoluto dos pequenos municípios não-metropolitanos e nos de porte intermediário, diminuindo suas participações no incremento total brasileiro. Isso resultou num decréscimo da participação relativa dos municípios não-metropolitanos nesse acréscimo populacional, passando a corresponder a 56,0%. Porém, manteve-se bastante superior à participação do incremento das regiões metropolitanas antigas no incremento total (33,0%) e do conjunto dos municípios metropolitanos (44,0%).

Essas tendências “reforçam o caráter relativamente desconcentrado do sistema urbano brasileiro” (PACHECO, 1997, p. 39), bem como indicam outras áreas de recepção, absorção e retenção populacional que passaram, a partir dos anos 80, a dividir com as antigas regiões metropolitanas os direitos migratórios.

Esse decréscimo no ritmo de crescimento populacional metropolitano nacional teve maior força dos anos dos anos 70 para os 80 em todas as Grandes Regiões. Não só com a diminuição em seus ritmos de crescimento, mas também com a menor participação relativa no incremento populacional das regiões (Tabela 6); à exceção das antigas regiões metropolitanas no Nordeste, que mantiveram a mesma proporção no crescimento absoluto da Região nos dois períodos.

Para o período 1991-1996, o incremento da população dos municípios metropolitanos registrou para o Nordeste, para as antigas áreas metropolitanas do Sudeste e para o Centro-Oeste aumento na participação do crescimento absoluto da população de cada região. Para o caso do Sudeste, deve-se destacar que esse incremento era de 43,0% nos anos 80 e passou para 44,2%, no período 1991-1996, portanto, não voltando aos patamares dos anos 70, quando respondia por 71,3%, e nem se tratando de uma remetropolização da população.

Para as regiões metropolitanas do Nordeste, houve um aumento, em relação aos anos 70, de 25,7% do incremento regional e passou a 3,1% em 1996, bem como para o Centro-Oeste, especificamente para o Distrito Federal e seu entorno e o Aglomerado Urbano de Goiânia, que respondiam por 49,4% do incremento total da Região, no período 1970-1980, elevando-se para 57,5%, em 1991-1996.

No caso da Região Norte, os municípios não-metropolitanos foram os maiores responsáveis pelo crescimento regional (87,9% do incremento total, entre 1991-996). Moura e Moreira (1998)

14 Totalizando as antigas e novas regiões metropolitanas.

chamam a atenção para o surgimento, no sistema urbano da Região, de municípios pequenos não-metropolitanos, que vêm sendo denominados de “nova ruralidade”; tais localidades começam a ter acesso a serviços básicos e a tomarem-se centros de prestação de serviços ao nível local e mesmo sub-regional. Contudo, a configuração urbana¹⁵ da Região é marcada pela centralidade dos principais núcleos urbanos de Belém e Manaus (NUCLEO, 1998a; MOURA; MOREIRA, 1998), embora as demais capitais estaduais venham também se destacando como pólos urbanos; somam-se, então, a esses centros regionais as espacialidades da “nova ruralidade”. As taxas de crescimento dos municípios não-metropolitanos (2,4% a.a.), no período 1991-1996.

Tabela 6

Taxas de Crescimento e Participação no Incremento da População Regional
Municípios Metropolitanos e Não-Metropolitanos
Grandes Regiões
1970 a 1996

Regiões	Taxas de Crescimento (%a.a)			% Incremento da População no Total Incremento Regional		
	1970-1980	1980-1991	1991-1996	1970-1980	1980-1991	1991-1996
Norte	4,85	3,85	2,40	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	4,30	3,43	2,23	86,26	90,22	87,88
Municípios Metropolitanos	4,96	4,05	2,43	13,74	9,78	12,12
Nordeste	2,16	1,83	1,05	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	1,86	1,60	0,88	71,61	70,57	66,90
Municípios Metropolitanos	3,67	2,83	1,70	28,39	25,43	33,10
RM's Novas (1)	4,02	3,70	2,21	2,69	3,54	4,20
RM's Antigas	3,63	2,75	1,65	25,70	25,89	28,91
Sudeste	2,65	1,77	1,32	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	1,49	1,71	1,28	28,68	46,32	46,05
Municípios Metropolitanos	3,87	1,82	1,37	71,32	53,68	53,95
RM's Novas (2)	5,55	3,15	1,97	10,12	10,69	9,76
RM's Antigas	3,69	1,65	1,27	61,20	42,99	44,19
Sul	1,44	1,38	1,22	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	0,82	1,01	0,92	47,24	57,41	57,25
Municípios Metropolitanos	4,45	2,75	2,22	52,76	42,59	42,75
Centro-Oeste	4,14	2,98	2,18	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	2,98	2,73	1,46	50,58	59,88	42,50
Municípios Metropolitanos	6,95	3,46	3,45	49,42	40,12	57,50

Notas: (1) Região Metropolitana de Natal.

(2) Regiões Metropolitanas de Santos, Campinas, Vitória.

(3) Aglomerado de Goiânia e Região Metropolitana de Brasília.

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e Contagem da População de 1996.

¹⁵ As análises referentes a rede urbana de cada uma das regiões beneficiam-se dos projeto “Caracterização e Tendências da Rede Urbana no Brasil” realizada no NESUR - IE/UNICAMP/IEPA, entre dezembro de 1997 e novembro de 1998.

Na Região Nordeste, as regiões metropolitanas têm registrado taxas de crescimento bastante superiores (1,7% a.a., em 1991-1996) aos municípios não-metropolitanos (0,9% a.a., no mesmo período), principalmente a recém-instalada Região Metropolitana de Natal (2,2% a.a.). Embora os municípios não-metropolitanos respondessem por 67,0% do incremento populacional da Região em 1996, essa participação tem sido diminuída, já que o incremento metropolitano passou de 28,3%, entre 1970-1980, para 33,1%, entre 1991-1996.

Essa concentração metropolitana no Nordeste, defasada em relação ao processo vivenciado em outras regiões, que se acentuou no período 1991-1996, reflete o próprio processo de urbanização regional. Os anos 80 marcaram o início do processo de esvaziamento do rural nordestino, quando, pela primeira vez nos últimos cinquenta anos, sua população rural diminuiu em números absolutos (de 17.245.514 de habitantes, em 1980, para 16.721.621, em 1991, chegando a 15.575.505, em 1996). Parte dessa população que saiu do rural nordestino, no período 1980-1996, foi absorvida no urbano da própria região e, provavelmente grande parte, nas áreas metropolitanas; a taxa de crescimento da população urbana do Nordeste foi de 2,5% a.a., entre 1991-1996, ligeiramente superior à média nacional (2,1% a.a.).

Apesar da crescente metropolização da população no Nordeste, o interior e as demais capitais da Região, em seu conjunto, vêm registrando taxas positivas de crescimento populacional, embora decrescentes (1,9% a.a., entre 1970-1980; 1,6% a.a., entre 1980-1991; e 0,88% a.a., de 1991-1996).

O recente dinamismo econômico em determinadas localidades no Nordeste, especialmente voltado para o complexo petroquímico de Camaçari, o pólo têxtil de Fortaleza, o complexo mineral-metalúrgico de Carajás, o pólo agroindustrial de Petrolina/Juazeiro, as áreas de agricultura moderna de grãos, as atividades turísticas e a produção de frutas para exportação, ampliaram e diversificaram a estrutura econômica nordestina (ARAÚJO, 1995; PACHECO, 1998), contribuindo inclusive para a expansão de atividades terciárias e propiciando a retenção e o retorno da população.

Segundo Martine e Wong (1994), recentemente, houve um dinamismo populacional em áreas de expansão agrícola no Nordeste que contribuiu para a interiorização da urbanização em direção ao oeste maranhense, aos cerrados baianos e ao vale do médio São Francisco.

Esse processo de urbanização no Nordeste também vem marcando a configuração de aglomerações urbanas não-metropolitanas¹⁶ (num total de 14), das quais cinco delas conformadas por municípios no entorno das capitais de São Luiz, João Pessoa, Teresina, Maceió e Aracaju, sendo as demais situadas no interior nordestino¹⁷. Nessa dinâmica, "os

16. Veja-se o Relatório 6 do Projeto "Caracterização e Tendências da Rede Urbana no Brasil - Estudo Regional: Nordeste", (IPEA/NESUR-IE/UNICAMP/IBGE, 1998b).

17. Segundo o estudo IPEA/NESUR-IE/UNICAMP/IBGE, são eles: Aglomerado Urbano de Feira de Santana (BA); de Campina Grande (PB); de Ilhéus/Itabema (BA); de Caruaru (PE); de Juazeiro do Norte/Crato (CE); de Teixeira de Freitas/Eunápolis/Porto Seguro (BA); de Santo Antonio de Jesus (BA); de Sousa/Cajazeiros (PB); Mossoró/Açú; de Petrolina/Juazeiro (BA); apud IPEA/NESUR-IE/UNICAMP/IBGE (1998b).

aglomerados não-metropolitanos adquirem maior significado e, conseqüentemente, uma menor distância entre estes e os aglomerados metropolitanos” (NUCLEO, 1998b, p. 39).

Assiste-se, desse modo, a uma desconcentração relativa da população nordestina, na qual o redesenho da rede urbana imprime características intrínsecas ao processo de urbanização no Brasil: a formação de aglomerações regionais, quer sejam de caráter metropolitano ou não, cuja dinâmica econômica e populacional contribui para alterações no processo de redistribuição espacial da população em nível regional e estadual, mas sobretudo no âmbito interno do aglomerado. Como analisa Santos (1994:150): "(no caso geral do Nordeste) a rede urbana é cada vez mais diferenciada, cada vez mais complexificada; cada cidade e seu campo respondem por relações específicas, próprias às condições novas de realização da vida econômica e social. (...) Quanto mais intensa a divisão do trabalho numa área, tanto mais cidades surgem e tanto mais diferentes são umas das outras".

De fato, a multiplicação no número de cidades do Nordeste foi expressiva, quando saltou de 903 localidades, em 1960, para 1.555, em 1996, passando de 6,5 milhões de habitantes, no início do período, para 29,2 milhões, em 1996. As cidades pequenas do Nordeste cresceram, no período 1980-1991, a uma taxa média de 3,2% a.a., valor superior à das metrópoles nordestinas, que havia sido de 2,7% a.a. (CAMARANO, 1998).

Assim, em substituição à visão do Nordeste tradicional, com cidades pontuais de maior expressão juntamente com suas áreas metropolitanas e o restante das cidades se esvaziando populacionalmente, o Nordeste urbano já reproduz, em outra escala, processos semelhantes de aglomeração da população aos que se configuram em outros espaços urbanos do País.

Na Região Sudeste, o fenômeno de menor crescimento metropolitano vem sendo mais intenso. Em contrapartida, vem registrando o fortalecimento de seus municípios não-metropolitanos, que respondiam por apenas 28,7% do incremento absoluto da região, no período 1970-1980, alcançando 46,1%, em 1991-1996; esse crescimento é caracterizado pelo surgimento de novas aglomerações urbanas, as quais a própria expansão e ocupação das áreas.

Nos anos 70, a distância entre os ritmos de crescimento da população metropolitana (3,9% a.a.) e da não-metropolitana (1,5% a.a.) exibia o intenso fenômeno da metropolização no Sudeste. No período 1980-1991, a taxa média de crescimento das antigas regiões metropolitanas (Região Metropolitana de São Paulo, Região Metropolitana do Rio de Janeiro e Região Metropolitana de Belo Horizonte) reduziu-se a ponto de se situar ligeiramente abaixo da verificada para os municípios não-metropolitanos (1,6% a.a. e 1,7% a.a., respectivamente); já as novas regiões metropolitanas (Campinas, Santos e Vitória), embora tendo registrado

decréscimo dos anos 70 (5,6% a.a.) para os anos 80 (3,2% a.a.), seguiram com níveis mais elevados de crescimento que os municípios não-metropolitanos (2,0% a.a. e 1,3% a.a., respectivamente, no período de 1991-1996).

Essa inflexão no ritmo de crescimento populacional metropolitano no Sudeste resultou na convergência das taxas de crescimento no período 1991-1996, quando os municípios não-metropolitanos e as antigas regiões metropolitanas obtiveram a mesma taxa de crescimento: 1,3% a.a. Se, para as antigas regiões metropolitanas, o período que marcou a reversão na tendência da concentração de seu crescimento foi a década de 80, para as novas regiões metropolitanas esse processo pode ser visto já na década seguinte, com a diminuição na participação relativa de seu incremento populacional no total da região (de 10,7%, no período 1980-1991, para 9,8%, no período de 1991-1996); mesmo assim, sua taxa de crescimento manteve-se superior em relação aos municípios não-metropolitanos e às regiões metropolitanas antigas.

Esse aspecto parece indicar que o impulso metropolizador das novas regiões metropolitanas, com a manutenção de altas taxas de crescimento, não se sustenta por períodos tão longos, como o foi em décadas passadas, para as antigas regiões metropolitanas; no prazo de uma década, essas áreas já começaram a dividir com as demais aglomerações (metropolitanas ou não) a distribuição e crescimento da população.

A histórica concentração das atividades econômicas no Sudeste, com a localização de grande parte dos segmentos mais dinâmicos e complexos em São Paulo, Rio de Janeiro e parte de Minas Gerais, tornou esta região a mais urbanizada do País (90% de sua população vivia em áreas urbanas em 2000), alocando as três mais importantes metrópoles nacionais e o maior volume de população urbana: 59.825.958 habitantes em 1996.

O Estado de São Paulo, abrigando os setores mais modernos da economia nacional e constituindo a maior concentração industrial do país, vivenciou, a partir dos anos 70, o processo de desconcentração de suas atividades econômicas¹⁸ em direção a outros estados, mas especialmente para seu interior. Nesse processo já emergiam, nesse período, as duas primeiras metrópoles no interior do País (Santos e Campinas), nem como o início do processo de formação de aglomerações urbanas que se consolidariam no decorrer dos anos 80 e 90. O crescimento dos municípios não-metropolitanos paulistas reflete o dinâmico sistema urbano do interior, com a presença das aglomerações urbanas de São José dos Campos, Ribeirão

18 Veja-se Cano (1988); Negri (1996).

Preto, Sorocaba, Jundiaí, São José do Rio Preto, Araraquara-São Carlos, Araçatuba, Limeira-Rio Claro e Guaratinguetá, além dos importantes centros urbanos de Franca, Presidente Prudente, Marília, Piracicaba, Bragança Paulista e Itapetininga¹⁹.

No Rio de Janeiro, apesar da maior concentração econômica e populacional na região metropolitana, a descentralização do desenvolvimento regional, a partir dos anos 70, contribuiu para a formação das aglomerações urbanas de Barra Mansa/Volta Redonda, Cabo Frio e dos centros urbanos de Macaé, Campos de Goytacazes, Nova Friburgo, Petrópolis e Teresópolis.

O maior crescimento dos municípios não-metropolitanos do Sudeste se deveu ainda às aglomerações urbanas que vêm se consolidando no interior de Minas Gerais. Nesse estado, “apesar da heterogeneidade espacial do desenvolvimento econômico mineiro, com áreas de dinamismo e outras de estagnação” (PACHECO, 1998; NUCLEO, 1998c), podem-se observar as aglomerações urbanas de Uberlândia, Vale do Aço, Itajubá/Pouso Alegre, Itabira/João Monlevade, Varginha/Três Corações e os centros urbanos de Juiz de Fora, Teófilo Otoni, Governador Valadares, Montes Claros, Barbacena, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Divinópolis e Patos de Minas.

Já no Estado do Espírito Santo, além da recém-criada metrópole de Vitória, em sua rede urbana no interior do estado destacam-se os centros de Linhares, Colatina e Cachoeira do Itapemirim.

No caso da Região Sul, apesar do maior ritmo de crescimento dos municípios metropolitanos (2,2% a.a., no período 1991-1996) em comparação com os não-metropolitanos (0,94% a.a., no mesmo período), foram estes últimos que responderam pela maior parte do incremento da população regional (57,3%, entre 1991-1996). Nessa região, o recente dinamismo econômico teve reflexos no processo de urbanização regional, com a formação de pólos de desenvolvimento nos três estados: o calçadista no Vale dos Sinos; a indústria mecânica na Grande Porto Alegre e no nordeste de Santa Catarina; o petroquímico de Triunfo, no Rio Grande do Sul; a refinaria de Araucária; e o distrito industrial de Curitiba, no Paraná (PACHECO, 1998).

A recuperação demográfica da região, em especial do Paraná, e a nova dinâmica econômica tiveram rebatimentos espaciais diversificados que se expressaram no sistema urbano sulino. De acordo com os resultados da pesquisa do Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional (1998e, p. 107), “a principal característica da rede urbana sulina é a

19 Essa classificação para os estados do Sudeste está baseada no Relatório 6 da pesquisa “Caracterização e Tendências da Rede Urbana no Brasil” (IPEA/NESURIE?UNICAMP/IBGE, 1998c e 1998d).

conjugação de um número cada vez maior de municípios populosos em aglomerações urbanas – espaços qualificados como áreas de concentração tanto populacional quanto da atividade econômica”, que, na verdade, serviram para frear os crescentes deslocamentos populacionais para as áreas metropolitanas da região.

No Sul, o estudo identificou a aglomeração urbana de caráter metropolitano de Florianópolis e as aglomerações urbanas não-metropolitanas, situadas no interior dos estados, de Londrina/Maringá! Joinville! Blumenau! Caxias do Sul! Cascavel! Foz do Iguaçu! Criciúma! Itajaí! Pelotas! Ponta Grossa! Ijuí! Passo Fundo! Pato Branco-Francisco Beltrão! Caçador! Chapecó! São Bento do Sul! Gramado/Canela. Além das aglomerações urbanas nos espaços fronteiriços de Santana do Livramento (RS), Rivera (Uruguai) e de Uruguiana (RS), Paso de Los Libres (Argentina).

A maior expressão da nova dinâmica socioespacial do processo de urbanização em curso pode ser ainda observada na Região Centro-Oeste, com a formação do recente Entorno de Brasília²⁰, e a configuração da metropolização regional. A partir dos anos 90, o incremento populacional desse conjunto de municípios passou a responder por 53,5% do total regional, proporção que era de 40,1%, no período 1981-1991; as taxas de crescimento da Região Metropolitana de Brasília situaram-se em patamares (em torno de 3,5% a.a. nos dois últimos períodos) muito mais elevados que os dos municípios não-metropolitanos (2,7% a.a., nos 80, e 1,5% a.a., no período de 1991-1996) do Centro-Oeste.

Essa região vem ocupando, no decorrer do período 1970-1996, a segunda posição em termos de crescimento populacional. Marcada pela expansão, modernização e urbanização da fronteira agrícola, o Centro-Oeste experimentou um processo de desruralização de sua população já nos anos 70, quando, em contrapartida, sua população urbana alcançou a taxa de 7,6% a.a., superior até à da Região Norte no mesmo período (6,6% a.a.). No período 1980-1991, o ritmo de crescimento da população urbana diminuiu, embora sua taxa de crescimento urbano tenha-se situado acima da média nacional (4,3% a.a. contra 3,0% a.a., respectivamente). Essa tendência prosseguiu nos primeiros anos da década de 90, quando o Centro-Oeste apresentou uma taxa de crescimento da população urbana em torno de 3,0% a.a. e o Brasil, de 2,1% a. a..

O acelerado processo de urbanização na região traduziu-se na duplicação da população urbana nos anos 70 (de 2.309.436, em 1970, para 4.819.318, em 1980), num incremento relativo de mais de 60% nos anos 80 (alcançando 7.663.122 habitantes no urbano, em 1991) e na incorporação de mais de um milhão de habitantes urbanos entre 1991-1996, totalizando

20 Trata-se da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE); o Decreto no 2710 de 04/08/1998 regulamentou a Lei Complementar no 94 e autorizou o Poder Executivo a criar a Região (CODEPLAN/GDF).

8.865.836 a população urbana no Centro-Oeste, em 1996. De fato, a mudança no perfil econômico do Centro-Oeste, a partir dos anos 70, suscitou alterações significativas na dinâmica demográfica da região, com o incremento dos fluxos migratórios interestaduais e mesmo intra-regionais, particularmente aqueles rural-urbano (GUIMARÃES; LEME, 1997). Assim, a população rural centro-oestina já havia registrado decréscimos absolutos em seu contingente durante os anos 70, passando de 2.245.717, em 1970, para 1.635.644 a população residente no rural da região, em 1996.

“Esse generalizado movimento em direção às cidades é característico da dinâmica econômica da região: a prevalência de uma agricultura produtora de *commodities*, altamente capitalizada e tecnificada. Além de não necessitar de trabalho vivo em grande escala, conforma a propriedade e o uso da terra segundo sua lógica de valoração, esvaziando o campo e provocando um afluxo migratório em direção aos centros urbanos de maior porte” (NUCLEO, 1998f, p. 59).

A nova dinamização das atividades agropecuárias, voltadas para o complexo grãos/carne, vincula o setor terciário e a atividade industrial a esse dinamismo, com reflexos importantes na configuração urbana regional, chegando o Centro-Oeste a registrar 84% de sua população em localidades urbanas, em 1996; perdendo apenas para a Região Sudeste (89%) em termos de grau de urbanização.

A rede urbana do Centro-Oeste é marcada pela centralidade de Goiânia e Brasília e resulta de processos ocorridos em períodos anteriores à implantação das frentes de agropecuária intensiva (GUIMARÃES; LEME, 1997). Apesar disso, além da aglomeração urbana de caráter metropolitano de Goiânia e da Região Metropolitana de Brasília, configura-se na região também o aglomerado urbano de Cuiabá/Várzea Grande e o de Anápolis; o centro urbano de Campo Grande, além dos centros urbanos surgidos nas áreas de fronteira (Alta Floresta, Sinop, Sorriso, Colider, Juína); e outros centros urbanos locais²¹.

4. AS MIGRAÇÕES INTERESTADUAIS PARA OS MUNICÍPIOS METROPOLITANOS²² E NÃO-METROPOLITANOS

Na dinâmica rede urbana brasileira, os movimentos migratórios têm-se tornado elemento chave do crescimento populacional²³, mesmo que a intensidade de entradas e saídas de pessoas nem sempre se concretize na resultante numérica expressa pelas taxas

21 Catalão; Ponta-Porã; Aquidauana; Cáceres, Ceres, Naviraí; Dourados; Rondonópolis; Itumbiara; Rio Verde; Barra do Garças; Três Lagoas; Tangará da Serra; Jataí; Goianésia; Goiatuba; Uruaçu; Nova Andradina; Corumbá; Porangatu; Iporá; Mineiros; Coxim; Inhumas; São Luís de Montes Belos; Morrinhos; Caldas Novas

22 Considera-se apenas os municípios pertencentes às nove regiões metropolitanas.

23 Com o declínio da fecundidade e o contínuo descenso da mortalidade, para muitas localidades a migração vem respondendo por significativa parcela do incremento populacional.

de crescimento. A acentuada mobilidade espacial da população pode ser apreendida em localidades de diferentes tamanhos, indicando que o atual processo de urbanização no País continua marcado por expressivos deslocamentos populacionais, em especial os de áreas urbanas, independente de seu porte, para outras áreas urbanas.

A direção das migrações segundo municípios metropolitanos e não-metropolitanos aponta que para esses últimos se dirigiram os maiores volumes de imigrantes interestaduais²⁴ (Tabela 7), mesmo com a diminuição dos contingentes populacionais envolvidos nesses movimentos migratórios do período 1986-1991 para 1991-1996: 3.052.994 pessoas e 2.436.964, respectivamente; os municípios não-metropolitanos concentraram, nos dois períodos, cerca de 60% da imigração ocorrida entre os estados brasileiros. Assim, tais municípios do sistema urbano brasileiro demonstraram capacidade para "atrair"²⁵ populações, mesmo que possam não ter potencial para absorvê-la.

Na imigração oriunda de outros estados, nos dois períodos, o destino não-metropolitano foi preponderante para as regiões Norte (93,0% do total de entradas), Nordeste (79,0%), Sul (em torno de 77%) e Centro-Oeste (mais da metade). Já para o Sudeste, o forte peso que as metrópoles industrializadas exercem no direcionamento dos fluxos migratórios interestaduais fez com que aos municípios metropolitanos se destinasse a maior parte dos imigrantes que entraram na região; mesmo assim, é interessante destacar que os municípios não-metropolitanos concentravam 38,7% da entrada de migrantes vindos de outros estados, no período 1986-1991, elevando-se suavemente para 39,6%, em 1991-1996, o que revela a crescente importância do interior dos estados do Sudeste na imigração interestadual regional.

Na imigração interestadual para os estados do Nordeste, aos municípios não-metropolitanos couberam 44,5% de imigrantes de retorno e, para as metrópoles, 40,9%, no período 1981-1991. No período 1990-1995, a imigração interestadual para o conjunto dos municípios do Nordeste (metropolitanos e não-metropolitanos) teve em torno de 33,0% de retorno, manifestando ainda a importância desse fenômeno na imigração da Região²⁶.

Para a Região Sul, a imigração de retorno interestadual também desempenhou papel de destaque nos movimentos migratórios; para suas metrópoles, essa proporção foi mais elevada (35,9%, em 1981-1991, e 34,2%, em 1990-1995) e para seus municípios não-metropolitanos representou em torno de 30%, nos dois períodos.

24 População com menos de 10 anos na UF atual.

25 Ressalte-se que essa atração não representa necessariamente a transferência de população de áreas menos desenvolvidas para mais desenvolvidas, como na formulação clássica dos "fatores de atração e de expulsão" dentro dessa capacidade de "atrair" embute-se elementos da própria divisão espacial do trabalho, onde aos municípios (metropolitanos ou não) podem ser atribuídos espaços de moradia, de insumos agrícolas, localização industrial etc.

26 Informação advindas do Censo Demográfico de 1991 e da PNAD de 1995; tabulações especiais NEPO/UNICAMP.

Tabela 7

Volumes de Imigração Interestadual(*) segundo Municípios Metropolitanos(**)
e Não-Metropolitanos
Grandes Regiões - Brasil
1986-1991 e 1991-1996

Áreas	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Municípios Não-Metropolitanos						
1986-1991	3.052.994	517.128	740.956	833.585	433.824	527.501
1991-1996	2.436.964	414.130	556.116	701.443	364.729	400.546
Regiões Metropolitanas						
1986-1991	1.959.427	36.195	196.736	1.319.906	119.850	286.740
1991-1996	1.655.065	30.105	147.818	1.070.797	113.599	292.746
Distribuição Relativa de Imigrantes (%) Municípios Não Metropolitanos						
1986-1991	60,91	93,46	79,02	38,71	78,35	64,78
1991-1996	59,55	93,22	79,00	39,58	76,25	57,77
Regiões Metropolitanas						
1986-1991	39,09	6,54	20,98	61,29	21,65	35,22
1991-1996	40,45	6,78	21,00	60,42	23,75	42,23
Total de Imigrantes						
1986-1991	5.012.421	553.323	937.692	2.153.491	553.674	814.241
1991-1996	4.092.029	444.235	703.934	1.772.240	478.328	693.292

Nota: (*) Pessoas residentes de 5 anos na UF atual. Inclui não-natural e retorno, bem como os movimentos inter e intra-regional.

(**) Consideram-se as antigas e novas regiões metropolitanas.

Fonte: FIBGE, Censo Demográfico de 1991 e Contagem da População de 1996; Tabulações Especiais – NEPO/ÚNICA

A estrutura da distribuição da imigração não-metropolitana regional apresentou algumas alterações do final dos anos 80 para o início dos 90 (Gráfico 2), como aumento da participação da imigração no Sudeste não-metropolitano (de 27,3% para 28,8% do total), compensando o decréscimo da entrada de pessoas de outros estados nos municípios não-metropolitanos do Nordeste (que representava 24,3% dos imigrantes não-metropolitanos

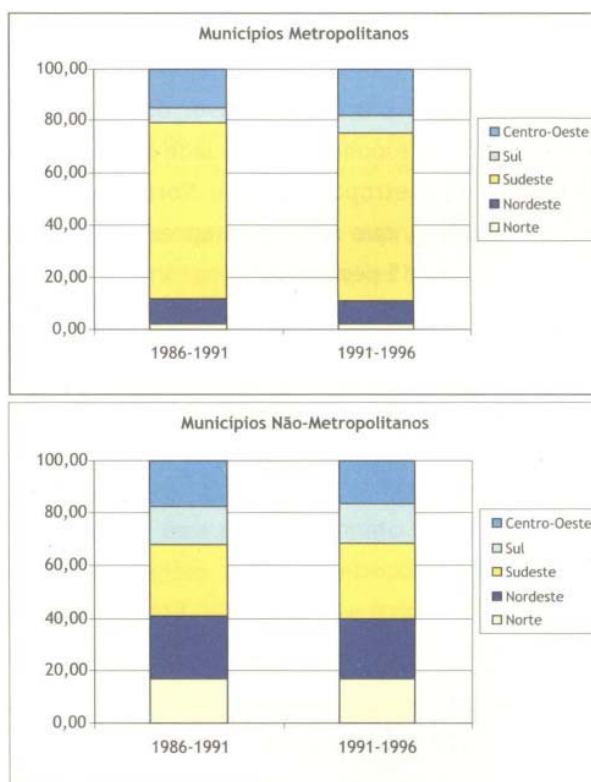
do País, baixando para 22,8%); refletindo, como já apontado, a menor emigração do Sudeste para o interior do Nordeste. A distribuição da imigração interestadual para as metrópoles, segundo regiões, mostra a diminuição relativa do Sudeste (que respondia por 67,4% das entradas de migrantes interestaduais, no período 1986-1991, e passou para 64,7%, no seguinte), ao passo que se fortaleceu o processo de metropolização dos municípios no Centro-Oeste (de 14,6% para 17,7%).

A outra face dos municípios não-metropolitanos, no entanto, é revelada pela baixa capacidade de absorção populacional: dessas localidades partiram mais de 70% da emigração interestadual no período 1986-1991, ou seja, 3.679.996 pessoas contra 1.332.425 das regiões metropolitanas (Tabela 8).

Gráfico 2

Distribuição Relativa da Imigração Interestadual por Grande Região Municípios Metropolitanos e Não-Metropolitanos Brasil

1986-1991 e 1991-1996



Fonte FIBGE, Censo Demográfico de 1991; Contagem da População de 1996; Tabulações Especiais, NEPO/UNICAMP.

Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, esse fenômeno foi mais acentuado, com os municípios não-metropolitanos chegando a responder por quase toda a emigração interestadual das regiões, nesse quinquênio. No caso da Região Norte, o esgotamento da fronteira agrícola se faz sentir diretamente em seus municípios não-metropolitanos, tanto que mais de 35% das pessoas que saíram para outros estados, nos anos 80²⁷, voltaram as suas UF's de nascimento. Nas regiões Nordeste e Sul, o baixo dinamismo ou a inexistência de atividades econômicas que pudessem reter e absorver população contribuíram ainda, no final dos anos 80, para os expressivos volumes de emigrantes dessas áreas.

A Região Sudeste espelhou, no período 1986-1991, uma situação totalmente inversa das demais regiões brasileiras: foi de suas metrópoles que partiu a maior parcela de sua emigração em direção a outros estados (53,0% do total), ou seja, 802.183 contra 711.170 dos municípios não-metropolitanos.

Para a Região Centro-Oeste, embora cerca de 70% de seus emigrantes tenham saído de seu interior, a Região Metropolitana de Brasília chegou a responder por 30% da emigração regional, no período 1986-1991.

Os intensos deslocamentos populacionais verificados entre os estados brasileiros, no período 1986-1991, resultaram em um saldo negativo para os municípios não-metropolitanos: cerca de 627 mil pessoas, em favor dos municípios metropolitanos. Entretanto, essa situação não correspondeu à realidade de todas as regiões; no período 1986-1991, os municípios não-metropolitanos do Norte tiveram um ganho líquido populacional de 140.206 pessoas, que superou o apresentado pelos municípios não-metropolitanos do Sudeste (122.415 pessoas).

27 Informação proveniente do Censo Demográfico de 1991; tabulações especiais NEPO/UNICAMP.

Tabela 8

Volumes de Emigrantes Interestaduais(*) segundo Municípios Metropolitanos e Não-Metropolitanos

Grandes Regiões – Brasil

1986-1991 e 1991-1996

Grandes Regiões	Emigração Total		Emigração de Municípios 1986-1991 (*)		Proporção no Total da Emigração	
	1986-1991	1991-1996	Metropolitanos	Não Metropolitanos	Metropolitanos	Não Metropolitanos
Norte	421.925	383.391	45.003	376.922	10,67	89,33
Nordeste	1.814.223	1.556.668	233.588	1.580.635	12,88	87,12
Sudeste	1513.353	1.174.350	802.183	711.170	53,01	46,99
Sul	739.065	508.838	93.032	646.033	12,59	87,41
Centro-Oeste	523.672	468.784	158.619	365.236	30,29	69,75
Brasil	5.012.238	4.092.031	1.332.425	3.679.996	26,58	73,42

Grandes Regiões	Trocas Migratórias 1986-1991		Índices 1986-1991			
			Eficácia		Reposição	
	Metropolitanos	Não-Metropolitanos	Metropolitanos	Não-Metropolitanos	Metropolitanos	Não-Metropolitanos
Norte	-8.808	140.206	0,11	0,16	0,80	1,37
Nordeste	-36.852	-839.679	-0,09	-0,36	0,84	0,47
Sudeste	517.723	122.415	0,24	0,08	1,65	1,17
Sul	26.818	-212.209	0,13	-0,19	1,29	0,69
Centro-Oeste	128.121	162.265	0,29	0,18	1,81	1,44
Brasil	627.002	-627.002	0,19	-0,09	1,47	0,83

Notas: (*) Inclui a emigração inter e intra-regional.

(**) Com a Contagem da População de 1996 não é possível identificar a emigração ao nível municipal.

Fonte: FIBGE, Censo Demográfico de 1991 e Contagem da População de 1996; Tabulações Especiais, NEPO/UNICAMP.

Além dessas duas regiões, os municípios não-metropolitanos do Centro-Oeste também registraram saldo positivo, superior ao das duas regiões acima mencionadas: 162.265 pessoas. Foram, portanto, os municípios não-metropolitanos do Nordeste e do Sul que apresentaram as maiores perdas populacionais: 839.679 pessoas e 212.209, respectivamente.

Nos casos das regiões Norte e Nordeste, torna-se interessante observar que seus municípios metropolitanos, no período 1986-1991, demonstraram perdas populacionais nos movimentos migratórios interestaduais: 8.808 pessoas e 36.852, respectivamente; porém, no caso do Nordeste, essa perda foi muito inferior à de seus municípios não-metropolitanos. Nas demais regiões, as áreas metropolitanas registraram saldos positivos, destacando-se o do Sudeste (517.723 pessoas) e o do Centro-Oeste (128.121), áreas de forte absorção de migrantes nordestinos.

Destaca-se que, mesmo cabendo aos municípios metropolitanos maior capacidade de absorção migratória, os municípios não-metropolitanos encontram-se na rota das migrações internas no País, contribuindo para diminuir a expressiva concentração da população nos grandes centros urbanos.

NOVAS ESPACIALIDADES NO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO BRASILEIRA: AGLOMERADOS METROPOLITANOS RECENTES E AGLOMERADOS URBANOS NÃO-METROPOLITANOS

As tendências recentes do processo de urbanização e de distribuição espacial da população, iniciadas nos anos 80, reforçam o processo de reorganização populacional, com a importância crescente de formação de novas territorialidades e dos processos internos de realocação espacial da população.

Considerando as novas formas de organização do território, com a possibilidade de criação de novas áreas metropolitanas a partir das Constituições Estaduais, verifica-se o crescente número de regiões metropolitanas no Brasil (Tabela 9); estas chegaram a concentrar mais de 67 milhões de brasileiros no ano 2000, correspondendo a 48,9% da população urbana nacional²⁸.

Essas configurações urbano-metropolitanas recentes distinguem-se das antigas metrópoles tanto por seu papel no contexto do desenvolvimento econômico do país quanto pelo menor poder de sua área de influência, abrangendo espaços regionais bastante restritos. Na verdade, poucas são as áreas que podem ser consideradas como "nova metrópole"; o estudo do IPEA/NESUR—IE/UNICAMP/IBGE identificou 13 metrópoles nacionais, ou seja, as nove regiões antigas e as regiões metropolitanas de Vitória, Florianópolis, Entorno de Brasília e Natal²⁹. Desse modo, a maior parte dessas novas aglomerações urbanas, já institucionalizadas como metrópoles, pode ser denominada "aglomerados metropolitanos recentes" (ao invés de novas regiões metropolitanas), para que se distingam dos espaços de caráter eminentemente metropolitano. Essa distinção faz-se necessária, uma vez que a definição sociológica de área metropolitana inclui, dentre outros elementos, a complexidade da interação entre os espaços que compõem essa região, com intensa circulação de capital e de população³⁰; situação nem sempre presente nesses aglomerados.

28 As regiões metropolitanas consideradas neste item são as adotadas pelo IBGE e as informações foram extraídas do site do DATASUS.

29 Outras áreas metropolitanas foram incluídas em categorias como metrópoles regionais, como é o caso de Campinas. Veja-se IPEA/NESUR-IE-UNICAMP/IBGE (2000).

30 Veja-se, dentre outros, Villaça (2001).

Tabela 9

População Total, Taxas de Crescimento e Incremento Absoluto
Regiões Metropolitanas Antigas e Aglomerados Metropolitanos Recentes
1980, 1991 a 2000

	População Total			Taxas de Crescimento		Incremento Absoluto	
	1980	1991	2000	1980-1991	1991-2000	1980-1991	1991-2000
Áreas Metropolitanas							
RMs Antigas	34.411.656	42.798.162	51.088.169	2,00	1,99	8.386.506	8.290.007
Belém	1.021.483	1.401.305	1.795.536	2,92	2,79	379.822	394.231
Fortaleza	1.580.074	2.307.017	2.923.417	3,50	2,67	726.943	616.400
Salvador	1.766.614	2.496.521	3.090.196	3,19	2,40	729.907	593.675
Recife	2.347.146	2.858.147	3.512.208	1,81	2,32	511.001	654.061
São Paulo	12.588.725	15.444.941	17.970.634	1,88	1,70	2.856.216	2.525.693
Rio de Janeiro	8.772.265	9.814.574	11.257.944	1,03	1,54	1.042.309	1.443.370
Belo Horizonte	2.609.583	3.436.060	4.277.157	2,53	2,46	826.477	841.097
Curitiba	1.440.626	2.000.805	2.716.288	3,03	3,46	560.179	715.483
Porto Alegre	2.285.140	3.038.792	3.544.789	2,63	1,73	753.652	505.997
Aglomerados Metropolitanos Recentes							
Natal	554.223	826.208	1.043.321	3,70	2,63	271.985	217.113
Baixada Santista	961.243	1.220.249	1.476.820	2,19	2,14	259.006	256.571
Vale do Aço	276.620	325.806	399.580	1,50	2,29	49.186	73.774
Vitoria	753.959	1.136.842	1.438.596	3,80	2,65	382.883	301.754
Florianópolis	364.334	530.621	709.407	3,48	3,28	166.287	178.786
Norte/Nordeste Catarinense	245.477	363.149	453.249	3,62	2,49	117.672	90.100
São Luis	498.958	820.137	1.070.688	4,62	3,01	321.179	250.551
Tubarão	83.326	103.334	117.830	1,98	1,47	20.008	14.496
Foz do Rio Itajaí	145.841	222.515	319.389	3,92	4,10	76.674	96.874
Entorno de Brasília	1.520.026	2.161.709	2.952.276	3,25	3,52	641.683	790.567
Campinas	1.276.801	1.866.025	2.338.148	3,51	2,54	589.224	472.123

Goiânia	827.446	1.230.445	1.639.516	3,67	3,24	402.999	409.071
Londrina	434.177	553.314	647.854	2,23	1,77	119.137	94.540
Maceió	522.173	786.643	989.182	3,80	2,58	264.470	202.539
Maringá	267.587	381.569	474.202	3,28	2,44	113.982	92.633
Região Carbonífera	165.715	234.611	289.272	3,21	2,35	68.896	54.661
Vale do Itajaí	243.748	320.374	399.901	2,52	2,49	76.626	79.527
TOTAL RMs	43.553.310	55.881.713	67.847.400	2,29	2,18	12.328.403	11.965.687
BRASIL	119.011.052	146.825.475	169.799.170	1,93	1,63	27.814.423	22.973.695
BRASIL URBANO	80.437.327	110.990.990	137.953.959	2,97	2,45	30.553.663	26.962.969

Fonte: Fundação IBGE, Censos Demográficos. DATASUS/MS

As taxas de crescimento da população dos aglomerados metropolitanos, no entanto, assemelham-se à dinâmica de crescimento das antigas metrópoles em décadas passadas. No período 1980-1991, a taxa média de crescimento dos aglomerados metropolitanos recentes chegou a 3,3% a.a. e, mesmo diminuindo esse ritmo na década seguinte, situou-se em 2,79% a.a. Essas taxas ficaram bem acima da taxa média de crescimento nacional nas duas décadas, bem como de crescimento urbano, indicando o impulso do processo de concentração de população nessas localidades no período. De fato, esses aglomerados concentravam 9.141.654 habitantes, em 1980, passando para 16.759.231, em 2000. Esse acréscimo populacional contribuiu para que aumentasse a participação relativa da população dessas áreas no total da população urbana brasileira: de 11,4%, em 1980, para 12,1%, em 2000; no caso das antigas regiões metropolitanas, essa participação vem decrescendo, como já apontado.

Nos anos 90, várias foram os aglomerados metropolitanos recentes que registraram elevadas taxas de crescimento, dentre eles aqueles que são sediados por capitais estaduais – Entorno de Brasília (3,5% a.a.), Goiânia (3,0% a.a.), Florianópolis (3,3% a.a.) e São Luís (3,0% a.a.) – bem como outras no interior, tais como Foz do Rio Itajaí (4,1% a.a.), Maringá (2,4% a.a.), Campinas (2,5% a.a.), Norte/Nordeste Catarinense (2,5% a.a.) e Região Carbonífera (3,2% a.a.).

Considerando o total da população residindo em regiões metropolitanas e em aglomerados metropolitanos, chega-se a 67.847.400 brasileiros, ou seja, cerca de 49,2% da população urbana do país. Assiste-se, desse modo, à intensificação do processo de

desconcentração polarizada da urbanização, cuja rede urbana vai-se redefinindo a partir de novos recortes espaciais regionais, ao mesmo tempo em que ocorre o espraiamento da população dentre essas configurações urbanas.

De fato, ao se somarem aos espaços metropolitanos (antigos e recentes) as populações das novas configurações dos aglomerados urbanos não-metropolitanos, totalizam-se 86.165.594 pessoas; correspondendo a 62% da população urbana nacional no ano 2000.

Esses aglomerados urbanos não-metropolitanos, segundo o IBGE, correspondem a 11 aglomerações sediadas por capitais estaduais e outras 24 aglomerações localizadas em áreas interioranas (Tabela 10). No caso dos aglomerados urbanos de capitais, notam-se taxas de crescimento superiores (4,7% a.a. nos anos 80, e 2,9% a.a., nos anos 90) às verificadas para as aglomerações urbanas do interior (2,5% a.a. e 2,0% a.a., respectivamente).

Os aglomerados urbanos de capitais, por sua vez, arrefeceram consideravelmente seu ritmo de crescimento da população, de uma para outra década, se comparados aos aglomerados do interior, os quais quase que mantiveram a mesma taxa de crescimento nos últimos vinte anos. Essas tendências indicam o fortalecimento dessas espacialidades no interior, passando de uma população de 7,5 milhões, em 1980, para 11,9 milhões, em 2000.

Tabela 10

População Total , Taxas de Crescimento e Incremento Absoluto

Aglomerados Urbanos Não-Metropolitanos

1980, 1991 a 2000

Aglomerados Urbanos Não-Metropolitanos	População		Taxas de Crescimento (% aa)			Incremento Absoluto	
	1980	1991	2000	80-1991	91-2000	1980-1991	1991-2000
Capitais Estaduais	2.962.057	4.904.732	6.380.955	4,69	2,97	1.942.675	1.476.223
Aracajú	363.551	563.827	714.681	4,07	2,67	200.276	150.854
Campo Grande	291.777	526.126	663.621	5,51	2,61	234.349	137.495
Cuiabá	289.658	564.771	698.644	6,26	2,39	275.113	133.873
João Pessoa	476.066	698.556	844.171	3,55	2,13	222.490	145.615
Macapá	137.452	179.777	283.308	2,47	5,18	42.325	103.531
Manaus	633.383	1.011.501	1.405.835	4,35	3,73	378.118	394.334

Palmas		24.334	137.355		21,20	24.334	113.021
Porto Velho	133.882	287.534	334.661	7,20	1,70	153.652	47.127
Rio Branco	117.101	197.376	253.059	4,86	2,80	80.275	55.683
Teresina	452.170	706.711	845.052	4,14	2,01	254.541	138.341
Boa Vista	67.017	144.219	200.568	7,22	3,73	77.202	56.349
Interior	7.553.946	9.977.801	11.937.239	2,56	2,01	2.423.855	1.959.438
Araraquara/São Carlos	247.657	324.952	375.469	2,50	1,62	77.295	50.517
Araçatuba	180.200	234.682	263.554	2,43	1,30	54.482	28.872
Blumenau	342.818	451.713	558.165	2,54	2,38	108.895	106.452
Cabo Frio	158.296	214.279	330.028	2,79	4,92	55.983	115.749
Caruaru	181.148	228.604	275.434	2,14	2,09	47.456	46.830
Cascavel	244.757	287.869	343.569	1,49	1,98	43.112	55.700
Caxias do Sul	372.477	492.505	605.749	2,57	2,33	120.028	113.244
Criciúma	199.298	286.157	348.888	3,34	2,23	86.859	62.731
Guaratinguetá/Aparecida	206.498	246.426	263.132	1,62	0,73	39.928	16.706
Ilhéus/Itabuna	284.795	409.027	418.802	3,35	0,26	124.232	9.775
Ipatinga	289.250	342.524	400.941	1,55	1,77	53.274	58.417
Itabira	129.227	154.540	174.858	1,64	1,38	25.313	20.318
Joinville	520.784	728.499	906.982	3,10	2,46	207.715	178.483
Juazeiro do Norte/Crato	247.250	302.515	363.810	1,85	2,07	55.265	61.295
Jundiaí	335.029	437.978	529.990	2,47	2,14	102.949	92.012
Limeira	389.688	526.777	635.363	2,78	2,10	137.089	108.586
Moji-Guaçu/Moji-Mirim	172.126	228.793	277.928	2,62	2,19	56.667	49.135
Pelotas/Rio Grande	406.108	463.522	509.702	1,21	1,06	57.414	46.180
Petrolina/Juazeiro	222.472	304.173	393.105	2,88	2,89	81.701	88.932
Ribeirão Preto	425.103	594.941	710.398	3,10	1,99	169.838	115.457
Sorocaba	541.298	782.405	993.238	3,41	2,69	241.107	210.833
São José do Rio Preto	219.742	328.764	418.400	3,73	2,72	109.022	89.636

São José dos Campos	711.529	1.008.897	1.211.748	3,23	2,06	297.368	202.851
Volta Redonda/ Barra Mansa	526.396	597.259	627.986	1,15	0,56	70.863	30.727
TOTAL AGLOMERADOS	10.516.003	14.882.533	18.318.194	3,21	2,33	4.366.530	3.435.661
BRASIL	119.011.052	146.825.475	169.799.170	1,93	1,63	27.814.423	22.973.695
BRASIL URBANO	80.437.327	110.990.990	137.953.959	2,97	2,45	30.553.663	26.962.969

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos. DATASUS/MS

O sistema urbano brasileiro tende, portanto, a se redesenhar em configurações metropolitanas e aglomerados urbanos. Essas espacialidades, por sua vez, ao mesmo tempo em que concentram a população no conjunto da urbanização, apresentam especificidades intrametropolitanas e intra-aglomerações, sobretudo no que se refere ao processo de redistribuição interna de suas populações, gerando espaços formados por sedes e entornos regionais, centros e periferias. São nessas novas configurações urbanas, portanto, que as populações se movimentam, deslocam-se e se circulam diariamente, trazendo novas demandas às políticas sociais, quer seja em termos de transporte e moradia, como de saúde e educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está-se diante de um processo de reestruturação espacial urbana, cuja especificidade é dada pelo processo de espraimento da população, tanto em direção a novas configurações urbanas quanto no interior de cada uma delas. A concomitância desse processo de desconcentração populacional tem contribuído para “expandir as fronteiras da dispersão populacional” (GOTTDIENER, 1993, p. 14).

Nesse contexto, vai-se redefinindo a organização social do espaço, com mudanças na diferenciação interna da metrópole e com a realocação de população em aglomerados urbanos de diferentes tamanhos.

A atual forma de crescimento socioespacial assiste à rápida expansão de outras áreas que não o município-sede das metrópoles ou dos aglomerados, contribuindo para a menor pressão demográfica em determinadas áreas. Se, de um lado, a desconcentração polarizada do processo de urbanização contribuiu para frear o caos urbano das antigas metrópoles nacionais, por outro lado, essas novas espacialidades anunciam fortes demandas sociais que têm de ser supridas, para que essas localidades não venham a repetir os problemas que as grandes concentrações metropolitanas experimentam há várias décadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T. M. B. "Nordeste, Nordeste: que Nordeste?" In: AFFONSO, R.; BARROS SILVA, P. L. (orgs). "Desigualdades regionais e desenvolvimento: federalismo no Brasil". São Paulo: FUNDAP/ ED. UNESP, 1995. p. 125-156.

BACELAR, T. "Evolução e perspectivas das desigualdades regionais: região nordeste: relatório de pesquisa". Recife: [S.l.], 1993.

BAENINGER, R. "Região, metrópole e interior: espaços ganhadores e espaços perdedores nas migrações recentes no Brasil: 1980/1996". 1999. Tese (Doutorado) – IFCH/UNICAMP, Campinas, 1999.

BAENINGER, R. "Urbanisation process and spatial redistribution of population in Brazil: recente changes and trends". In: GEYER, M. "International handbook of urban systems: studies of urbanization and migration in advanced and developing countries". Africa do Sul: University of Potchefstroom, 2002.

BANDEIRA, P. S. "A evolução recente da economia na região sul: relatório de pesquisa". [S.l.: S.n.], 1993.

CAMARANO, A. A. "Movimentos migratórios recentes na região nordeste". In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÃO, 1988, Curitiba. Anais... Curitiba: ABEP/IPARDES, 1998. p. 189-208.

CANO, W. (coord). "A interiorização do desenvolvimento econômico no estado de São Paulo: 1920-1980". São Paulo: Fundação SEADE, 1988. (Coleção Economia Paulista, v. 1, 2, 3).

CENTRO LATINO-AMERICANO DE DEMOGRAFIA Dinâmica de la población de las grandes ciudades en América Latina y el Caribe. In: "Grandes Ciudades de América Latina: Dos Capítulos". Documentos Docentes, Serie B, n. 98, Santiago de Chile, 1994

CUNHA, J. M. "Aspectos demográficos da estruturação das regiões metropolitanas brasileiras". In: HOGAN et al. "Migração e ambiente nas aglomerações urbanas". [S.l.]: NEPO/ PRONEX-UNICAMP, 2001.

CUNHA, J. M. "A mobilidade intra-regional no contexto das mudanças no padrão migratório nacional: o caso da região metropolitana de São Paulo". In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 7, 1997, Recife. Anais... Recife: ANPUR, 1997.

DEDDECA, C. S.; BRANDÃO, S. M. C. "Crise, transformações estruturais e mercado de trabalho". [S.l.]: CEDE/UNICAMP, 1992. (mimeo).

- EBANKS, E. G. "Determinantes socioeconômicos de la migración interna". Santiago de Chile: CELADE, 1993.
- FARIA, V. "Desenvolvimento, urbanização e mudanças na estrutura do emprego: a experiência brasileira dos últimos 30 anos". In: SOCIEDADE e política no Brasil pós-64. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- FARIA, V. "Mudanças na composição do emprego e na estrutura de ocupação". A Transição Incompleta: Brasil desde 1945. Paz e Terra, v. 1, Rio de Janeiro, 1986.
- GOTTDIENER, M. "A produção social do espaço". São Paulo: Edusp, 1993.
- GUIMARÃES, E.; LEME, H. "Caracterização histórica e configuração espacial da estrutura produtiva do Centro-Oeste". Campinas: NEPO/UNICAMP, 1997. (Textos NEPO, 33)
- HOGAN, D. et al. "Migração e ambiente nas aglomerações urbanas". [S.l.]: NEPO/PRONEXUNICAMP, 2001.
- LAMPARELLI, C. "A metropolização como um das formas de urbanização". In: "Seminário Metropolização e Rede Urbana: perspectivas dos anos 90". Coletânea de Textos. Edição IPPUR/UFRJ, 1990.
- MARTINE, G. "A redistribuição espacial da população brasileira durante a década de 80". Brasília: IPEA, 1994. (Texto para Discussão, n. 329)
- MARTINE, G. "Migração e metropolização". São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 1, n. 2, jul 1987.
- MATOS, R.; BAENINGER, R. "Migração e Urbanização no Brasil: Processos de Concentração e Desconcentração Espacial e o Debate Recente". Anais do XXIII Conferência Nacional da IUSSP, Salvador, Brasil, 2001. NEGRI, B. (1996). "Concentração e desconcentração industrial em São Paulo (1880-1990)". Campinas: Ed. UNICAMP.
- MOURA, H. M.; MOREIRA, M.M. "As migrações na região norte em período recente: uma abordagem preliminar". In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÃO, 1998, Curitiba. Anais... Curitiba: ABEP/IPARDES, 1998, p. 138-188.
- NEGRI, B. "Concentração e desconcentração industrial em São Paulo (1880-1990)". Campinas: Ed. UNICAMP, 1996.
- NEGRI, B.; PACHECO, C. A. "Mudança tecnológica e desenvolvimento regional nos anos 90: da interiorização do desenvolvimento à nova dimensão espacial da indústria paulista: relatório final do projeto: desenvolvimento tecnológico e competitividade da indústria brasileira". Campinas: SCTDE/FECAMP/IE-UNICAMP, 1993. (mimeo)
- NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL. Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Norte: Relatório 6. Campinas, 1998 a. (mimeo).

- NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Nordeste. Relatório 6. Campinas, 1998b. (mimeo).
- NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Sudeste. Relatório 6. Campinas, 1998c. (mimeo).
- NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: São Paulo. Relatório 6. Campinas, 1998d. (mimeo).
- NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Sul. Relatório 6. Campinas, 1998e. (mimeo).
- NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Centro Oeste. Relatório 6. Campinas, 1998f (mimeo).
- PACHECO, C. A. "Tendências da urbanização e do Crescimento Populacional Brasileiro: população em idade escolar: 1991-2000". Campinas: NESUR/IE-UNICAMP/MEC/FNDE, 1997. (Projeto de pesquisa)
- PACHECO, C. A. "Fragmentação da Nação". Campinas: IE/UNICAMP, 1998.
- PATARRA, N. L. et al. "Demografia". In: POLÍTICAS sociais no Brasil: avaliação e propostas para os anos 90. São Paulo: FUNDAP, 1991.
- RIGOTTI, J. I. R. "Fluxos migratórios e distribuição espacial da população na Região Metropolitana de Belo Horizonte: década de 70". 1994. Dissertação (Mestrado) - CEDEPLAR/FACE/UFMG, Belo Horizonte, 1994.
- SANTOS, M. et al. "Território, globalização e fragmentação". Hucitec: São Paulo, 1994.
- SANTOS, M. "Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional". 3 ed. Hucitec: São Paulo, 1997.
- SANTOS, M. et al. "Território, globalização e fragmentação". Hucitec: São Paulo, 1994
- VILLA, M. "Urbanización y Transición Demográfica en América Latina: una reseña del período 1930-1990". In: EL POBLAMIENTO de las Américas, Anais, IUSSP, vol 2, 1992.
- VILLA, M.; RODRIGUEZ, J. "Dinâmica sociodemográfica de las metrópolis Latinoamericanas". In: GRANDES ciudades de América Latina: dos capítulos. Santiago de Chile: CELADE, 1994. (Documentos Docentes, Serie B, n.98)
- VILLAÇA, F. "Brasil intra-urbano". [S.l.]: Nobel, 2001.
- ZUICHES, J. J. "Residential preferences in migration theory". In: NEW direction in urban rural migration: the population turnaround in America. New York: Academic Press, 1980.

PARTE III

Instrumentos metodológicos e proposição de políticas públicas

ANÁLISE ESPACIAL NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM AGLOMERADOS URBANOS

Gilberto Câmara

Professor Dr. OBT/INPE

Marília Sá Carvalho

Professora Dra. ENSP/Fiocruz

RESUMO

Diversas propostas metodológicas podem ser utilizadas para subsidiar a definição de políticas públicas em áreas urbanas densamente povoadas, desde a construção de indicadores compostos ao desenho de redes assistenciais. Neste capítulo abordamos duas questões fundamentais: a identificação de grupos mais vulneráveis e o acesso aos recursos e equipamentos urbanos. Os tópicos abordados incluem: representações computacionais de dados espaciais; a questão do georreferenciamento e da unidade de análise; os métodos de identificação de áreas prioritárias, baseados na idéia de carência absoluta e relativa; e diferentes formas de análise de acesso aos serviços de saúde do ponto de vista geográfico.

DESCRITORES: Sistemas de Informação geográfica; estatística.

INTRODUÇÃO

Dezenas de propostas metodológicas podem ser utilizadas para subsidiar a definição de políticas públicas em áreas urbanas densamente povoadas, da construção de indicadores compostos que permitem a síntese de vários aspectos das condições de vida, atualmente muito popular, ao desenho de redes assistenciais. Procuraremos abordar neste capítulo algumas idéias com grande aplicabilidade, que abordam duas questões fundamentais: a identificação de grupos mais vulneráveis e o acesso aos recursos e equipamentos urbanos. Essa opção baseia-se na constatação de que nos aglomerados urbanos, mais do que a carência absoluta, que certamente existe, um grande problema é a desigualdade, a falta de acesso e a iniquidade.

Particularmente na área da saúde senso estrito, o acesso a recursos voltados para a prevenção primária tem programas, atividades e mecanismos bem estabelecidos. O Programa de Saúde da Família, por exemplo, vem-se destacando como estratégia de atenção básica explicitamente voltada para vigilância à saúde e promoção da qualidade

de vida, ou as campanhas de imunização hoje usadas como exemplo de estratégia bem-sucedida. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS), com vasta rede hospitalar própria, conveniada e contratada, em recente trabalho analisando o suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), aponta relativa equidade no uso de serviços hospitalares (MONTEIRO-DE-CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002). Assim, o grande desafio metodológico é contribuir para identificar onde aplicar os recursos, não apenas do ponto de vista fixo, da capacidade instalada, mas principalmente considerando o acesso econômico, geográfico e cultural.

Diversos outros problemas mereceriam destaque em um capítulo dedicado a métodos que subsidiem políticas urbanas. Entre outros, cabe destacar a poluição ambiental, cada vez mais presente na agenda de gestão municipal, mas a respeito da qual ainda contamos com pouca informação de boa qualidade. Dentro, entretanto, dos limites de espaço deste capítulo, procuraremos apresentar o que existe de mais recente no uso dos dados disponíveis, de forma a gerar informação qualificada, aprofundando o diagnóstico das cidades, identificando onde se concentra a população com maior necessidade e/ou menor acesso aos recursos de saúde. A abordagem do tema se inicia pelos métodos de georreferenciamento e escala, discutindo adequação e viabilidade; segue-se a apresentação dos modelos estatísticos mais usuais; no item seguinte, as técnicas voltadas para a análise do uso dos serviços de saúde, com ênfase no acesso geográfico. Dada a variedade de métodos abordados neste capítulo, não temos a pretensão de guiar o leitor na implementação prática destes, mas apenas situá-lo quanto ao "estado da arte" e sistematizar as referências de mais fácil acesso para os que desejarem maior profundidade e detalhe.

1. O PROBLEMA DO ACESSO AOS SERVIÇOS COMO DEFINIDOR DE POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE

Um dos grandes problemas na produção de indicadores para políticas públicas em saúde reporta-se ao problema da desigualdade. Diferentes abordagens conceituais sobre o enfrentamento da desigualdade irão condicionar diferentes formas de tratamento dos dados. Dois conceitos serão brevemente explicitados, visando à construção das abordagens metodológicas aqui propostas. O primeiro destes baseia-se na abordagem proposta pelo Prêmio Nobel Amartya Sen, cujos estudos são referencia no tema do desenvolvimento e do atendimento às carências da população (SEN, 1981, 1992, 2001). Um conceito central aos escritos de Sen é a noção de "entitlement", conceito que indica a "capacidade de ter acesso aos bens que uma pessoa humana necessita" e que traduziremos por "intitlamento", adotando precedente do tradutor brasileiro de "Desenvolvimento como liberdade" (SEN, 2001). A idéia básica, demonstrada pelo autor no estudo *Poverty and Famines* (SEN, 1981), é que muitas situações de fome coletiva ocorrem num contexto de disponibilidade de alimentos, faltando acesso à comida

que existia na região. Caracteriza o problema a inexistência de uma política compensatória dessas diferenças de capacidades entre segmentos da população, afetados também pela alteração brusca em seus intitulentos em função de mudanças nas relações de troca. O segundo conceito, complementar à idéia anterior, é o de equidade, definida aqui como igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais (PORTO, 2002).

Alguns trabalhadores manuais (como os barbeiros) foram duramente atingidos pela mudança temporária e repentina dos padrões de troca entre preços de alimentos e preços de serviços ocorrida no período.

Traduzir esses conceitos em uma abordagem metodológica no contexto de saúde coletiva em aglomerados urbanos parte do reconhecimento de que uma boa parte das estatísticas de saúde se refere a valores médios dos indicadores usados nos diagnósticos de saúde, freqüentemente agregados por município. Por outro lado, também a oferta e o uso de serviços de saúde é analisado globalmente, na mesma escala pouco apropriada para discriminar os vários perfis que compartilham o espaço urbano. Tendo em vista as enormes diferenças de condição social nas cidades, essa diferenciação é fundamental. Nossa proposta, portanto, é contribuir para que as ferramentas capazes de analisar os diferentes componentes da população, com suas capacidades distintas de acesso a esses serviços, sejam disseminadas entre gestores. Dados como oferta média de leitos e disponibilidade média de médicos, indicadores de morbi-mortalidade, principalmente se compilados em grandes agregações de escala, são ineficientes para orientar decisões de política pública em saúde.

Para buscar compreender as diferenças de intitultamento com respeito à saúde, um dos instrumentos úteis é o uso das tecnologias de sistemas de geoinformação geográfica (SIG), que permitem explicitar a localização espacial dos eventos de saúde e dos serviços públicos e privados. Representar a ocorrência espacial dos dados de saúde num ambiente computacional é o primeiro passo para que possamos diferenciar a população segundo necessidades e acesso aos serviços de saúde. Dados, como o perfil socioeconômico da população, a ocorrências de eventos de saúde e a densidade de atendimento da rede pública permitem detectar as manifestações espacialmente explícitas de diferentes intitulentos – diferentes capacidades de exercer o direito constitucional de acesso aos serviços de saúde – e de inequidade – recursos desiguais para necessidades equivalentes.

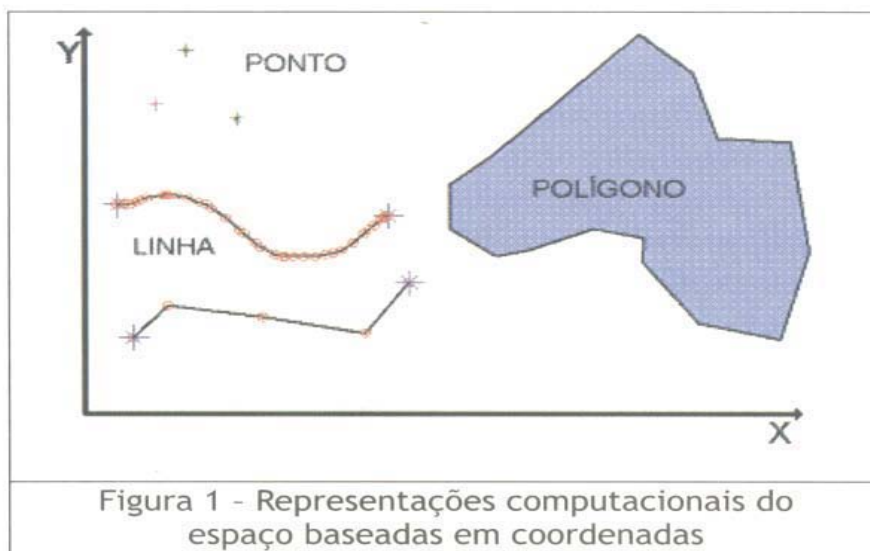
Note-se que produzir mapas de localização espacial dos eventos de saúde e das condições socioeconômicas da população por si só não é suficiente para estabelecer os intitulentos da população em estudo aos serviços de saúde coletiva. Será preciso ainda estabelecer: (a) se o fenômeno em estudo apresenta propriedades variantes no espaço, isto é, se os aglomerados eventualmente distinguíveis não são apenas flutuação aleatória; (b) se é possível estabelecer

relações causais entre a oferta de serviços, a ocorrência de eventos e as condições socioeconômicas da população; (c) se tais relações variam no espaço de forma estatisticamente significativa; (d) se tais relações, mesmo que constatadas, representam fatores condicionantes do intitlamento da população e portanto podem ser utilizadas como indicadores de política pública. Determinar em que casos essas hipóteses são válidas requer o uso de técnicas de estatística espacial, das quais daremos alguns exemplos neste capítulo.

2. REPRESENTAÇÕES COMPUTACIONAIS DE DADOS ESPACIAIS

Para que o leitor não-familiarizado com a tecnologia de geoinformação possa compreender a essência deste capítulo, apresentamos a seguir um breve resumo das principais representações computacionais utilizadas nos Sistemas de Informação Geográfica – SIG (CÂMARA et al., 2003).

Em primeiro lugar, vale lembrar que a maior parte das representações computacionais utilizadas nos SIG são estruturas de dados bidimensionais. Dessas estruturas, três são definidas por suas coordenadas cartesianas, como mostrado na Figura 1: o ponto, a linha e o polígono. Um ponto é um par ordenado (x, y) de coordenadas espaciais. O ponto pode ser utilizado para identificar localizações ou ocorrências no espaço. São exemplos: localização de unidades de saúde, residências de casos de doenças e focos de contaminação ambiental. Uma linha é um conjunto de pontos conectados. Um polígono é a região do plano limitada por uma ou mais linhas poligonais conectadas de tal forma que o último ponto de uma linha seja idêntico ao primeiro da próxima. Observe-se também que a fronteira do polígono delimita uma área, dividindo o plano em duas regiões: o interior e o exterior.



Os polígonos são usados para representar unidades espaciais individuais – setores censitários, distritos, zonas de endereçamento postal, municípios. Para cada unidade espacial são associados dados oriundos de levantamentos como censos e estatísticas de saúde. Note-se que apesar, desses levantamentos serem coletados em entrevistas individuais, por razões de confidencialidade os dados são agregados em áreas delimitadas por polígonos. Os dados de saúde – mortalidade, doenças de notificação compulsória, internações – podem ser representados graficamente como um ponto, quando utiliza-se o endereço individual, ou como agregados por áreas, que, relacionados à população em risco, permitem a estimativa dos indicadores usuais.

Os valores das taxas, contagens e indicadores associados às áreas são armazenados em tabelas, cuja primeira linha contém um descritor mnemônico, e as demais contêm valores numéricos ou textuais. Essas tabelas podem utilizadas em ferramentas computacionais como planilhas e bancos de dados relacionais.

Para o caso de *fenômenos contínuos*, resultantes de levantamento de recursos naturais, a forma de representação mais usual é por meio de matrizes. Essa representação pressupõe que o espaço pode ser tratado como uma superfície plana dividida em células de igual área. Cada elemento da matriz está associado a uma porção do terreno de mesmo tamanho e seu valor corresponde à estimativa do fenômeno considerado naquela porção de terreno.

Como um exemplo das estruturas computacionais utilizadas para apresentar dados espaciais, na Figura 2 são apresentados de forma gráfica dois tipos de estruturas computacionais associadas aos dados do Censo de 1991 para os distritos da cidade de São Paulo. Acima, apresenta-se um mapa com polígonos, no qual cada polígono fechado aproxima os limites de cada distrito da cidade. Abaixo, mostra-se uma tabela com dados provenientes do Censo de 1991, numa tabela cujas colunas têm os nomes de IBGE (código do distrito utilizado pelo IBGE), NOME (nome oficial do distrito), POPULAC (população total do distrito), POP70 (população acima de 70 anos de idade), TOTCH (número total de chefes de família), CHMULH (chefes de família mulheres), S_REND (chefes de família sem rendimento).

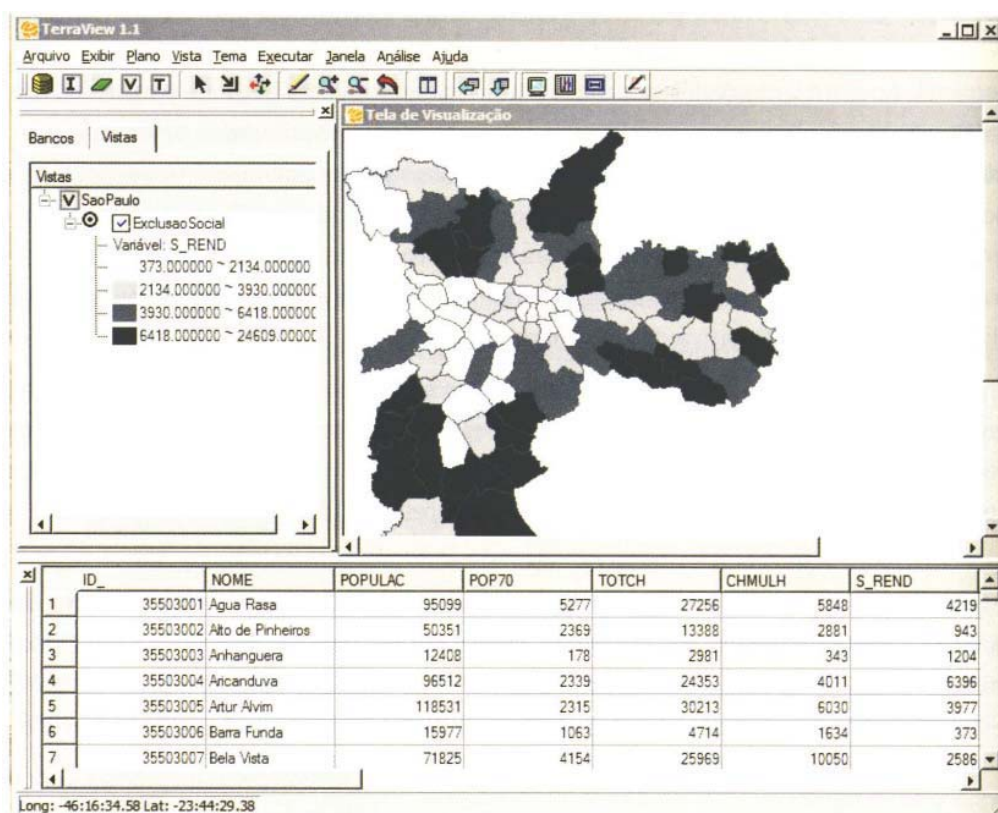


Figura 2 Exemplo de visualização de estruturas computacionais para dados socioeconômicos no espaço: acima (à esquerda), polígonos representando distritos de São Paulo; abaixo, tabela com dados censitários referentes a esses distritos (Fonte dos Dados: IBGE, Censo 1991).

Polígonos, pontos e matrizes são estruturas de dados bidimensionais, baseadas nos paradigmas conceituais da cartografia. No entanto, seria errôneo pensar nesses dados como "mapas digitais". À cada área correspondem múltiplos atributos, que podem ser combinados, analisados estatisticamente e apresentados de diferentes formas. Novas formas de visualização e representação podem ser geradas por combinação de dados de fontes distintas, gerando informação não disponível anteriormente. Em um SIG, o mapa é um produto efêmero e transitório do banco de dados geográfico, construído apenas para efeitos de visualização. O relevante é a organização e o conteúdo do banco de dados e as infinitas possibilidades de análise (SCHUURMAN, 2002.)

3. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE: GEORREFERENCIAMENTO¹ E ESCALA

As grandes fontes de informação sobre condições de vida e saúde das populações são as pesquisas do IBGE – censo demográfico, contagens, assistência médica (AMS) e PNAD –, os dados dos sistemas de informações de mortalidade (SIM), de nascimento (SINASC), de internações hospitalares pagas pelo SUS, de notificações de doenças (SINAN), de atenção básica (SIAB) entre outros e os sistemas de cadastro de unidades assistenciais. Exceto as informações completas do censo, que podem ser estimadas para regiões muito pequenas, os setores censitários, todas as demais em geral têm como unidade territorial de referência o município ou a unidade de saúde de atendimento, sem qualquer referência geográfica. Mesmo o SIAB, que define como alvo a atenção à família, entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive, não possibilita a análise a partir do território e do domicílio, mas somente consolidados por agente de saúde (PORTUGAL, 2003).

Nesse sentido, a primeira questão metodológica importante é o recorte territorial intramunicipal a ser adotado e, conseqüentemente, a forma de georreferenciamento. A questão a avaliar é que tipo de investimento no desenvolvimento de um Sistema de Informações Geográficas o município adotará: se disponível carta detalhada com arruamento e edificações, pode-se optar por localizar cada evento de saúde a partir do endereço de residência, como um ponto com coordenadas. Dessa forma está organizado o georreferenciamento, por exemplo, de Porto Alegre/RS. Outra opção é discretizar o território em áreas. Essa é a forma utilizada pelo IBGE no censo demográfico, cuja delimitação territorial pode ser adquirida, juntamente com as informações do censo 2000². O setor censitário, entretanto, ainda que proposto pelo Comitê Temático Interdisciplinar sobre Geoprocessamento e Dados Espaciais em Saúde (CTI-Geo) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)³ como área mínima para georreferenciamento das informações de saúde, é apenas uma definição operacional do censo. Assim, a unidade territorial adotada pode ser bairro, distrito ou outra definida pela administração local. A construção de SIGs ao nível de municípios deve ser planejada cuidadosamente, considerando custos, recursos materiais e humanos, com as vantagens de cada possível modelo (CARVALHO; PINA; SANTOS, 2000).

1 Localização de informações não-geográficas, por exemplo: eventos em saúde, em base cartográfica.

2 Maiores informações em ibge@ibge.gov.br

3 Ver relatórios e discussões em <http://www.datasus.gov.br/catalogo/ctigeo/principal.htm>

A principal característica do desenho de áreas na análise de dados em saúde é permitir cruzar informações socioeconômicas, demográficas e de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância de fazer coincidir os limites dessas áreas com uma agregação de setores censitários, que permita a utilização das informações geradas no censo. Além disso, sempre que trabalhando com áreas, a informação é proveniente de contagens: de óbitos, de nascimentos, de chefes de família analfabetos. Os indicadores estimados serão médias, taxas ou proporções, tão mais úteis quanto menor a dispersão ou a mistura de elementos. Resumindo, é fundamental que as áreas utilizadas como unidade de análise sejam razoavelmente homogêneas quanto ao perfil da população residente. Por razoável entende-se aqui que no mesmo bairro utilizado como unidade de análise não estejam incluídas nos indicadores áreas de residência de classes médias e favelas, por exemplo, o que dificulta a identificação da população prioritária para as políticas de saúde (BARCELLOS; SANTOS, 1997).

Entretanto, quanto maior a homogeneidade interna da área, menor ela será, e conseqüentemente os indicadores sofrerão o efeito de pequenos números, fluando bastante. É comum que a área com os piores e com os melhores indicadores, por exemplo de mortalidade, sejam áreas onde a população é tão pequena que um óbito a mais dobra a taxa estimada, ou a ausência em determinado ano de qualquer evento gere indicador igual a zero. Alguns métodos para contornar essa questão serão apresentados no item 5.

4. IDENTIFICANDO ÁREAS PRIORITÁRIAS: CARÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA

A identificação de áreas mais vulneráveis pode ser feita a partir dos indicadores sociais ou dos indicadores de saúde. No primeiro caso, são utilizadas as mais diversas variáveis socioeconômicas, havendo extensa literatura sobre critérios de seleção e métodos de construção de indicadores, indicadores compostos, qualidade de indicadores e de coleta (GALLOPIN, 1997; SOUZA et al., 2000; LILLEY, 2001; NEUMAYER, 2001). Quanto aos indicadores específicos da área da saúde também é vasta a literatura: dos mais tradicionais, como a mortalidade infantil, até os baseados em outros aspectos da vida nas grandes cidades, como por exemplo os vários indicadores de violência. Não abordaremos esses aspectos neste item, pois já é grande a literatura sobre o tema. Daremos prioridade ao tratamento estatísticos que deve ser dado ao indicador no contexto da análise espacial.

Um conceito-chave na compreensão e análise dos fenômenos espaciais é a dependência espacial. Essa noção parte de um postulado bastante intuitivo: "todas as coisas são parecidas, mas coisas mais próximas se parecem mais que coisas mais distantes" (TOBLER, 1979.) Generalizando, pode-se afirmar que a maior parte das ocorrências, sejam estas naturais ou sociais, apresentam entre si uma relação que depende da distância. Essa questão tem impacto importante na modelagem estatísticas, em duas direções principais: (i) qualquer

modelo estatístico que não leve em conta a existência dessa dependência espacial será equivocado, tanto mais quanto mais forte for a dependência; e (ii) essa propriedade pode ser utilizada para melhorar as estimativa dos indicadores.

Essa dependência espacial pode ser quantificada por meio de algumas medidas estatísticas. A idéia básica é medir o quanto a distribuição espacial do processo em estudo se afasta da completa aleatoriedade espacial. Baseiam-se nesse conceito as estatísticas de detecção de aglomerados (cluster) espaciais, que seriam afastamentos dessa distribuição espacial completamente ao acaso. Um bom exemplo, apresentado na Figura 3, é o tratamento do índice de exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo⁴, baseado em variáveis do censo de 1991. À esquerda (Figura 3A), está o mapa da cidade de São Paulo, onde cerca de 2/3 dos 96 distritos estavam abaixo dos índices mínimos de inclusão social em 1991. Uma forte polarização centro-periferia é claramente perceptível no mapa, que apresenta duas grandes regiões de exclusão social, as zonas Sul e Leste da cidade. Na zona Leste, nota-se um gradiente do índice de exclusão/inclusão social, que piora à medida que nos afastamos do centro. Na zona Sul, a descontinuidade do índice é mais abrupta, e verificamos a existência de distritos com altos índices de exclusão/inclusão social próximos a áreas excluídas. À direita (Figura 3B), a significância estatística do índice local de Moran, indicando as regiões que apresentam correlação local significativamente diferente do resto do dados. Essas regiões podem ser vistas como "bolsões", áreas com dinâmica espacial própria e que merecem análise detalhada (SPOSATI, 2000; CÂMARA et al., 2002).

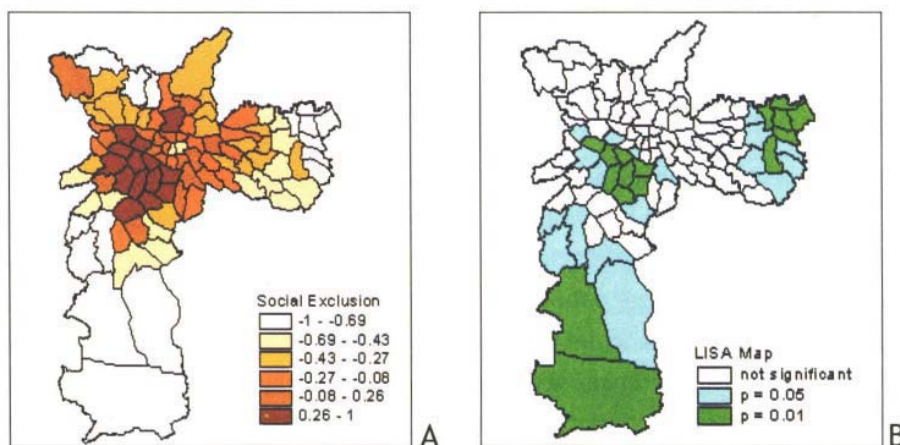


Figura 3 - Índice de Exclusão/Inclusão Social dos 96 distritos da Cidade de São Paulo, com agrupados por sextis (A) e mapa (B) de significância estatística do indicador de autocorrelação local (LISA)

4 O índice de exclusão/inclusão social é uma medida agregada das disparidades socioeconômicas, que varia de 1 a +1, em que o valor 0 (zero) indica o nível básico de inclusão social.

Uma questão fundamental no estudo das áreas é a flutuação aleatória dos indicadores, devido às pequenas populações das áreas. A contradição é: áreas pequenas permitem identificar melhor o risco, mas os valores estimados dos indicadores são pouco confiáveis; áreas maiores estabilizam os indicadores, mas são médias pouco esclarecedoras do que se deseja estudar. Esse problema já está bem resolvido tecnicamente, com o uso dos modelos bayesianos, cuja implementação ainda é bastante penosa (ASSUNÇÃO et al., 1998; ASSUNÇÃO, 2001; SOUZA et al., 2001).

Existem dezenas de métodos estatísticos voltados para a análise espacial, com grande potencial na identificação de áreas e dinâmicas espaciais, com características diferenciadas e úteis na identificação de carência social, e diversos livros-texto bastante atualizados. A proposta aqui, dadas as limitações de espaço, é apenas chamar a atenção para os aspectos conceituais mais importantes, remetendo o leitor para leitura mais técnica (ASSUNÇÃO, 2001; DRUCK et al., 2003).

5. ESTUDANDO O ACESSO

Abordaremos neste item três formas de analisar o acesso/uso de serviços de saúde, restritos a aspectos geográficos, como forma de buscar a inequidade e a ausência de intitulação: o diagrama de fluxos origem-destino, a construção de redes e a identificação de mercados.

A simples identificação das rotas de origem-destino dos pacientes que chegam a usar os serviços de saúde auxilia na compreensão dos mecanismos envolvidos. É uma técnica simples que permite construir setas proporcionais ao volume da população que se desloca. Na figura 4, pode-se visualizar o fluxo entre local de residência e local do óbito para cada componente da mortalidade infantil – neo e pós-neotal (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000). As diferenças são evidentes: enquanto que na mortalidade até os 7 dias de vida os trajetos são mais curtos, indicando alguma regionalização da assistência ao parto, as crianças mais velhas têm como padrão as longas distâncias percorridas em direção ao centro do Rio. O sombreado de fundo da imagem é uma classificação socioeconômica dos bairros do Rio de Janeiro baseada em indicadores do censo demográfico de 1991. As áreas mais escuras têm, na classificação realizada, pior qualidade de vida e são as áreas "exportadoras" de crianças doentes.

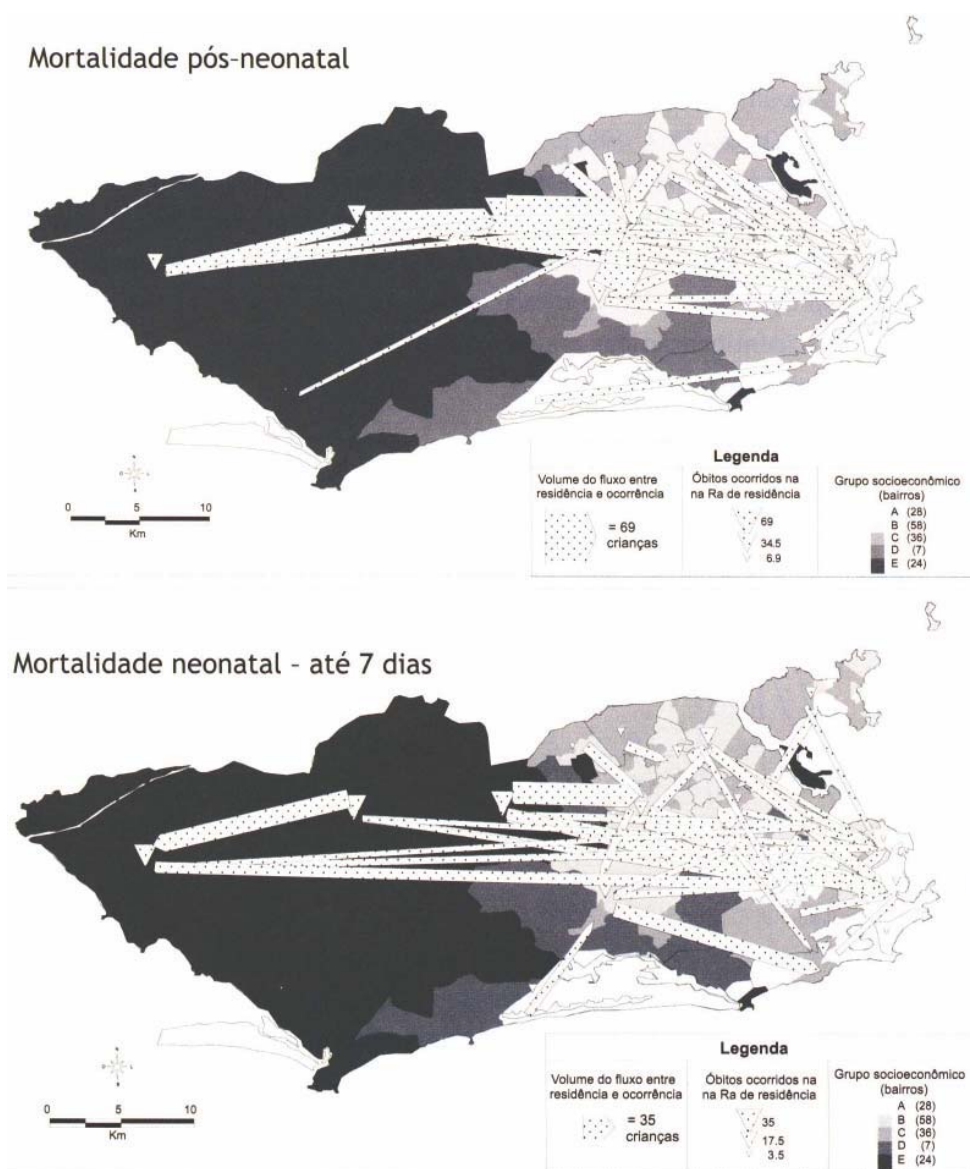


Figura 4 Diagrama origem-destino de entre residência da mãe e hospital do óbito infantil, Rio de Janeiro, 1994.

A mesma idéia, embora em nível maior de sofisticação, está presente na construção de redes hierarquizadas. A diferença é que não se desenha o fluxo dos indivíduos, mas considera-se cada unidade de área como um nó que recebe e/ou envia pacientes para outro nó (RABINO; OCCELLI, 1997). O fluxo dominante, definido como sendo o de maior volume entre áreas, permite desenhar uma hierarquia de centros (Figura 5). Esse tipo de modelagem é particularmente útil em regiões metropolitanas, onde subnúcleos (ou centros) assistenciais são freqüentes. Cada tipo de assistência – por especialidade, por recurso empregado – pode ser analisado visando à detecção de áreas com assistência insuficiente e a identificação dos reais processos de referência e contra-referência (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2003).

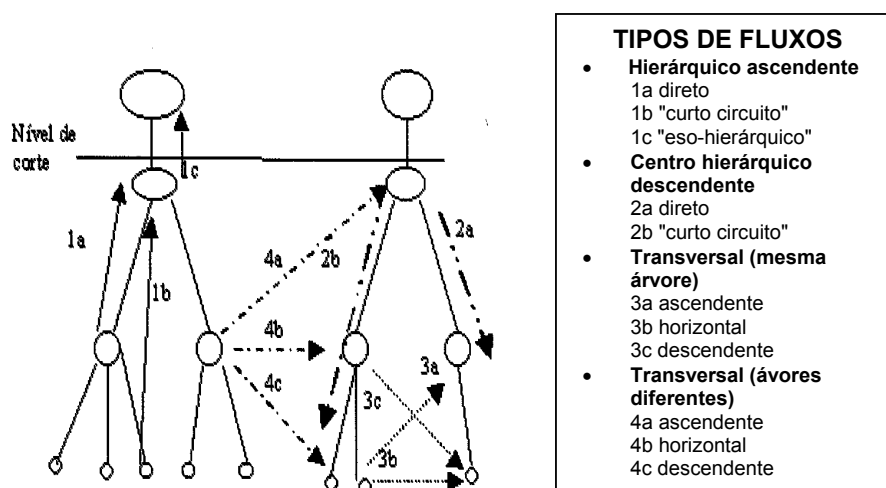


Figura 5. Tipos de fluxos

Por fim, a utilização do conceito de mercado: área cujos moradores, na sua maioria, recebem assistência daquele determinado serviço, ou rede articulada de serviços, que é pouco utilizada por moradores de outras regiões. A utilização desse tipo de recorte territorial permite avaliar diferenças na qualidade de serviços de saúde prestado à população, não somente a partir dos usuários, mas incluindo também os desassistidos em cada região assim definida (PINHEIRO et al., 2001).

Na figura 6, são apresentados alguns aspectos da malha viária – principais rotas de transportes coletivos – do município de Olinda, bem como a localização dos centros de saúde responsáveis pelo atendimento à hanseníase (LAPA, 2003). Observe que duas unidades são localizadas fora dos limites do município, o que, dada a grande densidade demográfica e perfeita continuidade em toda a Região Metropolitana do Recife, não é impeditivo para o deslocamento da população. Nos demais quadros, pode-se observar a

evolução temporal dos "mercados" dessas unidades. Nessa figura foram trabalhados somente os mercados "dominantes", ou seja, as áreas onde mais de 50% do atendimento são feitos por uma determinada unidade. Pode-se observar a evolução ao longo da década, com a maior participação das unidades locais (Peixinhos e São Benedito) nos períodos mais recentes. A importância desse tipo de análise é grande, permitindo qualificar o atendimento realizado pelos serviços, avaliar os resultados dos investimentos em treinamento, expansão de rede com o programa de saúde da família, entre outras.

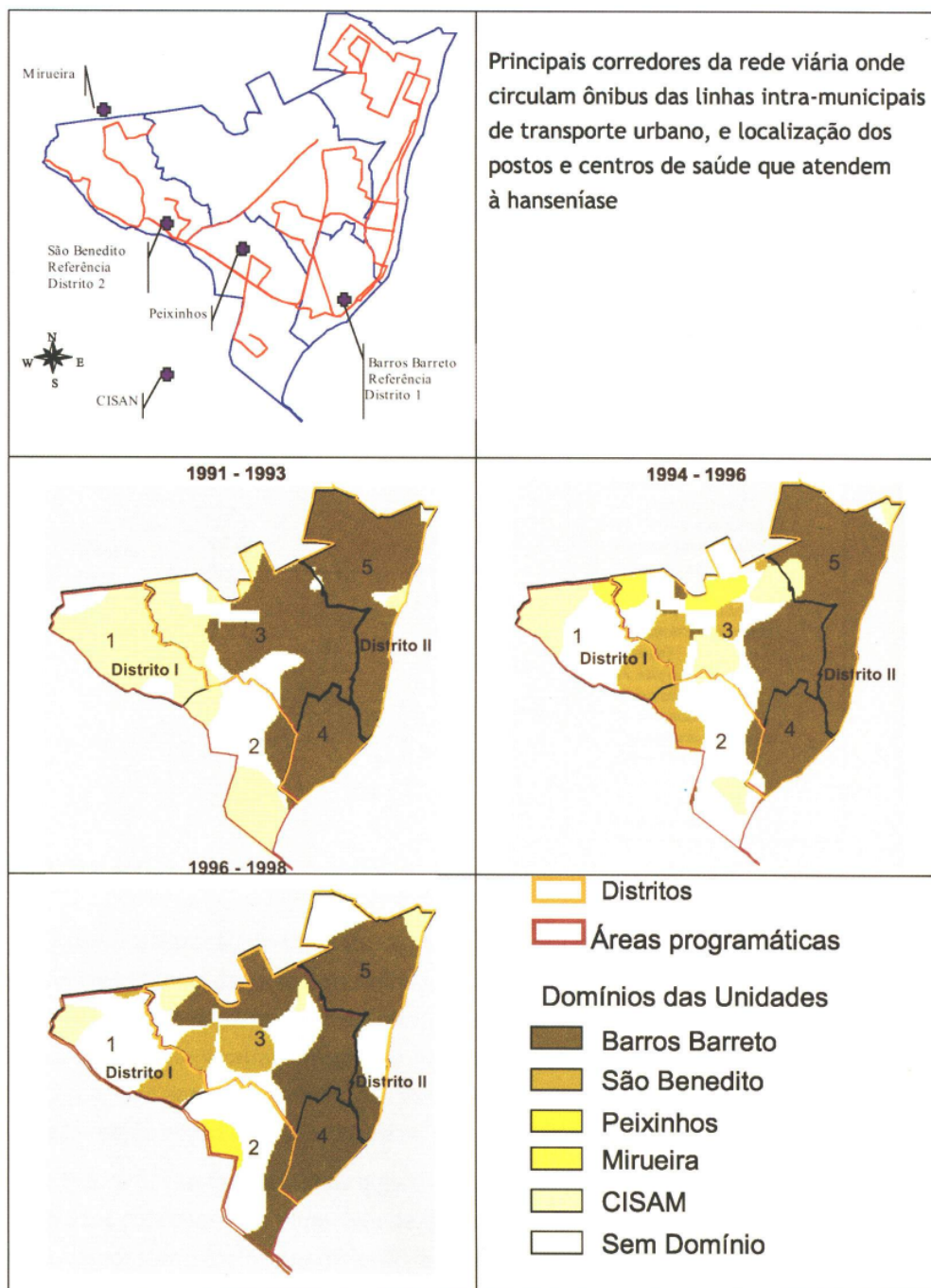


Figura 6 Evolução de áreas de domínio de atendimento segundo Unidades de Saúde. Olinda, 1991 - 1998

6. PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

Os métodos aqui descritos brevemente são bastante flexíveis e capazes de trazer um novo olhar para a cidade. Eles permitem analisar as diferenças existentes no perfil da população, identificando a desigualdade, a falta de intitulação e a iniquidade.

Entretanto sua, usabilidade ainda é baixa: os SIGs, ainda que poderosos instrumentos de gestão urbana, dependem de grande volume de investimento durante um longo tempo para viabilizar as propostas mais avançadas; os modelos estatísticos no contexto espacial não são de fácil execução; a integração entre SIG e métodos estatísticos, mesmo os mais simples, ainda não está ao alcance imediato do gestor. Ainda assim os avanços foram imensos na última década. Um grupo de instituições brasileiras vem buscando atender a essa carência no acesso à tecnologia de SIG e de estatística espacial no contexto de dados de saúde. Com a participação do Instituto Nacional de Pesquisa Espaciais (INPE – São José dos Campos/SP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – Rio de Janeiro e Recife), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC–RIO), Laboratório de Estatística Espacial da Universidade Federal de Minas Gerais (LESTE–UFMG), da Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (PRODABEL) e do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Paraná (DEST–UFPR), este grupo vem desenvolvendo soluções de geoinformação que incluem técnicas de estatística espacial. A mais recente geração dessas tecnologias está disponível na forma de uma biblioteca aberta de software e de aplicativos de visualização de dados espaciais, disponíveis no sítio <http://www.terralib.org>.

Cabe ressaltar que no centro de qualquer proposta inovadora metodologicamente está a capacitação de recursos humanos capazes de implementar as soluções desenhadas nos diversos projetos. Dispomos hoje no Brasil de instituições com grande experiência e capacidade formadora, cabendo aproximar gestores de desenvolvedores, integrando experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSUNÇÃO, R. "Estatística espacial com aplicações em epidemiologia, economia e sociologia". São Carlos: UFScar, 2001.
2. ASSUNÇÃO, R.M. et al. "Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-723, 1998.
3. BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. "Colocando dados no mapa: a escolha da unidade de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento". Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 6, n. 1, p. 21-29, 1997.
4. CÂMARA, G. et al. "Mapping social exclusion/inclusion in developing countries: social dynamics of São Paulo in the 90's". In: GOODCHILD, M.; JANELLE, D. "Spatially integrated social science: examples in best practice". Santa Barbara: Center for Spatially Integrated Social Science, 2002.
5. CÂMARA, G. et al. "Introdução À Ciência Da Geoinformação". [S.l.: S.n], 2003. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/introd/index.html> Acesso em: 08 mai 2003, 14:50:00.
6. CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S.; BARCELLOS, C. "Áreas de risco e trajetória dos pacientes aos serviços: uma discussão da mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro". Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 8, n. 3, p. 164-171, mar 2000.
7. CARVALHO, M. S.; PINA, M. F.; SANTOS, S. M. "Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados á saúde". Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.
8. DRUCK, S. et al. "Análise espacial de dados geográficos". Brasília: EMPRAPA, 2003.
9. GALLOPIN, G. C. "Indicators and their use: information for decision-making". In: MOLDAN, B.; BILLHARZ, S. CHICHESTER. "Sustainability Indicators". [S.l.]: John Wiley & Sons, 1997. p. 13-27.
10. LAPA, T. M. "Análise da demanda aos serviços de saúde através do use de técnicas de análise espacial: hanseníase: Olinda". 2003. Tese (Doutorado em preparação - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.
11. LILLEY, S. "An annotated bibliography on indicators for the determinants of health". [S.l.]: Canada Health, 2001. Disponível em http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/atlantic/pdf/annotated_bibliography_e.pdf Acesso em: 08 mai 2003, 15:37:00.

12. MONTEIRO-DE-CASTRO, M. S.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. "Fatores associados às internações hospitalares e aos grandes usuários de serviços hospitalares no Brasil". Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2002.
13. NEUMAYER, E. "The human development index and sustainability: a constructive proposal". Ecological Economics, [S.l.], v. 39, p. 101-114, 2001.
14. OLIVEIRA, E. X. G. D.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. "Fluxos de pacientes na assistência a saúde". [S.l.: S.n.], 2003. (Artigo em elaboração).
15. PINHEIRO, R. S. et al. "Mercados Hospitalares em áreas urbanas: uma abordagem metodológica". Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 5, p. 111-1121, 2001.
16. PORTO, S. M. "Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud". Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.
17. PORTUGAL, J. L. "Integração Siab e Sig: uma proposta para o funcionamento do programa de saúde da família". Tese (Doutorado em preparação) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.
18. RABINO, G. A.; OCCELLI, S. "Understanding spatial structure from network data: theoretical considerations and applications". CYBERGEO, v. 29, 1997.
19. SCHUURMAN, N. "Reconciling social constructivism and realism in gis". ACME: An International E-Journal for Critical Geographies, v. 1, n. 1, p. 73-90, 2002.
20. SEN, A. "Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation". Oxford: Claredon Press, 1981.
21. _____. "Inequality reexamined". Cambridge: Harvard University Press, 1992.
22. _____. "Desenvolvimento como liberdade". São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
23. SOUZA, W. V. et al. "Aplicação de modelo bayesiano empírico na análise espacial da ocorrência de hanseníase". Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 5, p. 474-480, 2001
24. SOUZA, W. V. et al. "The use of socioeconomic factors in mapping tuberculosis risk areas in a city of northeastern Brazil". Revista Panamericana de Salud Publica, v. 8, n. 6, p. 403-410, 2000.
25. SPOSATI, A. "Mapa de exclusão/inclusão social de São Paulo 2000: dinâmica social dos anos 1990". São Paulo: PUC/SP, 2000.
- TOBLER, W. "Cellular geography. Philosophy in Geography". Reidel: Gale, S and G., O. Dordrecht, 1979. p. 379-386.

SEGREGAÇÃO RESIDENCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: ANÁLISE DO ESPAÇO SOCIAL DA CIDADE NA GESTÃO DO TERRITÓRIO

Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro

Professor-Titular do IPPUR/UFRJ

Coordenador do Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal — Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional e Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional — IPPUR/FASE; Coordenador do PRONEX
Metrópoles: desigualdades socioespaciais e governança urbana

RESUMO

O objetivo do capítulo é apresentar aos atores envolvidos nos processos de elaboração, gestão e avaliação de políticas sociais as virtudes da análise social do espaço urbano como ferramenta capaz de identificar o possível papel dos efeitos da segmentação e da segregação residencial no processo de reprodução das desigualdades e da pobreza. O capítulo analisa as questões conceituais, metodológicas e técnicas relacionadas com o uso dessa ferramenta, além de descrever a história da sua constituição e de apresentar de maneira sintética a metodologia aplicada no interior da rede de pesquisa "Metrópoles: desigualdades socioespaciais e governança urbana".

DESCRIPTORIOS:

planejamento urbano.

INTRODUÇÃO

A literatura internacional acerca dos impactos da globalização sobre as grandes cidades tem insistentemente destacado o aumento da segregação residencial. Três têm sido os mecanismos apontados como causas desse fenômeno. Em primeiro lugar, a globalização; ao difundir ideais liberais pelo mundo, gerou mudanças dos modelos e paradigmas regulatórios que até então fundamentavam as políticas urbanas. Ocorreram em vários países, como consequência, reformas institucionais na direção da liberalização do mercado de terras e da moradia. Os preços imobiliários tornaram-se o mecanismo central de distribuição da população no território da cidade, o que tem significado o reforço das desigualdades de renda sociais na organização do espaço urbano. A privatização dos serviços urbanos, ao mesmo tempo, tem aumentado a desigualdade de acesso aos serviços

e equipamentos que distribuem o bem-estar urbano, especialmente no que concerne à qualidade. As áreas mais ricas, onde estão concentradas as camadas com maior poder aquisitivo, passam a dispor de uma oferta abundante – muitas vezes redundante (por exemplo, a oferta de novos terminais de telefonia fixa) – enquanto onde moram as camadas pobres a universalização dos serviços se realiza por meio da oferta de qualidade inferior. A globalização tem ainda ocasionado mudanças estruturais originadas nas transformações da base produtiva das cidades, surgindo tendências à dualização social. A estrutura social das grandes metrópoles deixa de ser representada pela figura da pirâmide e passa a se expressar na imagem da ampulheta, na qual as posições médias encurtam, enquanto aumentam as duas pontas opostas. Simultaneamente vem ocorrendo o aumento da distância entre a renda média dos estratos superiores e a inferiores.

Esses fenômenos provocam conjuntamente o aumento da segregação residencial na medida em que surgem bairros exclusivos das camadas superiores, ao mesmo tempo em que as camadas médias e, eventualmente, as inferiores, em processo de mobilidade social descendente, são deslocadas para outros bairros, diminuindo, assim, o grau de mistura social das cidades. Essa tendência estaria sendo reforçada pelo surgimento de novos grupos sociais, com alta renda e portadores de novos modelos culturais, o que se traduz na busca de localização exclusivista na cidade como forma de construção do seu reconhecimento social. Reforça ainda mais a tendência à segregação residencial o crescimento da percepção de insegurança nas cidades, levando os grupos sociais a busca a proteção no isolamento territorial, especialmente aqueles que possuem maiores recursos. Por último, a descentralização para o plano local da função de investimentos em equipamentos urbanos e de prestação dos correspondentes serviços urbanos, fazendo com que os municípios onde a renda per capita é maior passem a desfrutar de condições melhores de vida, ou, em outros termos, a segregação tende a aumentar em razão dos efeitos regressivos gerados pela maior correlação nível socioeconômico e capacidade de investimento dos municípios.

Todos esses processos de transformação têm provocado impactos nas representações coletivas das sociedades desenvolvidas, na medida em que o aumento da segregação residencial é contraditório com o ideário igualitário e democrático presente na ideologia republicana que fundamenta a dinâmica política dessas sociedades desde a segunda guerra mundial¹. Por outro lado, o tema da segregação residencial assume importância também em razão de outros estudos sobre a pobreza urbana destacarem os seus mecanismos de reprodução no contexto urbano. Tais estudos têm indicado a crescente correlação entre os fenômenos da destituição social e a concentração dos grupos em situação de

1 É bem verdade que o tema da segregação residencial aparece nas sociedades européias como questão e problema a ser enfrentado por meio das políticas urbanas já nos 60 e 70, momento em que o crescimento industrial parecia não realizar todos os ideais igualitários e integrativos destas sociedades. No Estados Unidos, por sua vez, o tema da segregação sempre esteve presente na agenda intelectual e política em razão da importância da problemática da assimilação e da discriminação racial como questão da construção da sociedade americana.

vulnerabilidade em território crescentemente homogêneos, na medida em que neles cria-se uma dinâmica de causação circular da pobreza. O "efeito vizinhança"² reproduz o "des-empoderamento" dos segmentos sociais submetidos e relações de precarização no mercado de trabalho e trajetória de mobilidade social descendente (WILSON, 1987; WACQUANT, 2000; KATZMAN, 2001).

Outros trabalhos têm indicado a transformação dos padrões de segregação residencial, que passa da grande escala para a microescala (RIBEIRO, 2000; SABATINI, 1999). Deixamos o momento em que as segmentações sociais das cidades poderiam ser representadas inteiramente no modelo centro/periferia para outro em que o espaço da cidade deve ser representado como fractal.

Essas constatações têm colocado na pauta da pesquisa urbana o tema da segregação, por duas razões. De um lado, pela percepção amplamente compartilhada no mundo acadêmico de que a globalização tem gerado importantes mudanças na dinâmica socioterritorial que historicamente organizava o espaço das cidades. Nos países da América Latina, encontramos, com frequência, análises e reflexões que apontam que a organização social das cidades da fase desenvolvimentista traduzia, em sua forma e conteúdo, os mecanismos de integração marginal à sociedade em vias de modernização dos amplos segmentos transferidos do campo. Tal dinâmica estaria sendo substituída pela exclusão socioterritorial das camadas populares que se tornaram excedente em relação às necessidades econômicas, com a transformação ocasionada pela globalização. Entretanto, a evidência empírica da hipótese de que a globalização esteja realizando a ruptura do modelo de cidade que tínhamos até então tem esbarrado na utilização de métodos e técnicas de análise que permitem apenas análises parciais e fragmentadas das mudanças em curso. Grande parte dos trabalhos de pesquisa peca por utilizar o recurso de estudos de casos aprofundados, geralmente focalizados nos segmentos extremos da estrutura socioespacial – por exemplo, em favelas ou bairros periféricos e em "condomínios-fechados" – de cujos resultados são extraídas generalizações sobre as tendências do conjunto da cidade.

No campo das políticas públicas, por outro lado, vem formando-se o consenso de que a política social dirigida àqueles que mais sofrem os impactos das transformações econômicas devem busca focalizar os território onde vem ocorrendo a concentração das desvantagens sociais, onde, portanto, os "efeitos de vizinhança" impedem o acesso da população aos recursos necessários à integração social e ao bem-estar social. Constatamos uma certa difusão da noção de "mapas sociais da cidade" como instrumentos de orientação das políticas e de racionalização e otimização dos gastos sociais. Tais representações cartográficas são

2 O "efeito de vizinhança" reproduz ou não "modelos, activos y estructuras de oportunidades disponibles para cada segmento sócio-econômico (Katzman, 1999), isto é, promove de maneira simultânea a reprodução intergeracional da riqueza e da pobreza", (Segregación residencial socioeconómica: ¿qué es?, ¿cómo se mide?, ¿qué está pasando?, ¿importa? Jorge Rodríguez Vignoli, PNUD)

construídas com bases em informações obtidas dos censos e pretendem estimar e localizar da forma a mais desagregada possível as carências sociais dos domicílios e a sua relação com certas características sociodemográficas da população moradora em cada unidade geográfica.

Vários autores, como por exemplo Katzman (1996), têm assinalado a importância dos mapas sociais como instrumentos de política social em razão da sua capacidade de:

- (i) quantificar e focalizar os beneficiários das políticas sociais;
- (ii) analisar de maneira sistemática e diferenciada a importância de variáveis sociodemográficas na compreensão das diversas causalidades dos problemas sociais;
- (iii) permitir comparações no tempo e no espaço dos problemas sociais e dos resultados nas políticas públicas;
- (iv) organizar uma base de informações geopreferenciadas.

A avaliação dos resultados do uso desses mapas pelos organismos públicos em vários países da América Latina tem evidenciado o seu potencial como instrumento de orientação das políticas sociais. Assim, Katzman (1996) destaca que, onde eles têm sido utilizados, pôde-se observar os seguintes resultados positivos:

- (i) elevou a sensibilidade pública sobre o tema da pobreza e estimulou o debate nacional sobre a adequação dos indicadores de pobreza;
- (ii) estimulou a uniformização das definições e usos de indicadores entre os organismos responsáveis pela ação social;
- (iii) reduziu a duplicidade de esforços e criou condições, para integrar a informação e coordenar melhor ação dirigida aos pobres.

Segundo ainda Katzman (1996), o uso de mapas sociais tem gerado a aproximação dos vários especialistas envolvidos nas tarefas de quantificação, análise da pobreza e na conceituação, desenho e gestão das políticas sociais. A sua elaboração e utilização, com efeito, tem incentivado a cooperação entre as atividades de diagnóstico e de ação. Os mapas sociais, ao criarem uma forma simples, atrativa e de fácil de compreensão e representação dos problemas sociais, favorecem a colaboração entre estatísticos, acadêmicos, especialistas em informática, gestores públicos, além de facilitarem o entendimento entre os responsáveis pelas políticas sociais e os representantes da sociedade envolvidos nas tarefas de monitoramento da ação pública. O resultado tende a ser a racionalização e a otimização dos gastos sociais, em razão de maior eficácia na focalização e desenho das políticas sociais, além das grandes possibilidades de elas poderem ser submetidas a um eficiente processo de accountability.

Encontramos em muitas cidades brasileiras experiências de territorialização de políticas públicas, caracterizadas, porém, pela ausência de uma análise social sistemática e adequada do conjunto da cidade. Inexistem em nossos organismos de planejamento

informações sociais especializadas e organizadas de maneira a oferecer aos formuladores e gestores adequados instrumentos de elaboração e de monitoramento dos objetivos e dos efeitos territoriais das intervenções públicas.

1. REFERÊNCIAS HISTÓRICAS DA ANÁLISE SOCIAL DO ESPAÇO URBANO

A primeira experiência de análise social do espaço urbano para fins de política pública pode ser atribuída ao estudo sobre a condição social e as ocupações em Londres, realizado por Charles Booth no final do século XIX. Rico negociante e armador, Booth inventa o conceito de "linha de pobreza" e torna-se importante personagem da política social durante o período de 1892 a 1905. Sob sua iniciativa e financiamento, realizou durante cerca de 17 anos a coleta sistemática de informações sobre as famílias moradoras dos bairros pobres de Londres. Os seus 900 mil habitantes são classificados e hierarquizados em categorias e cada rua é identificada e nomeada socialmente segundo esse esquema classificatório. Segundo Topalov (1994), um dos mil importantes historiadores da política social, "Booth realizou uma revolução nas representações eruditas da sociedade: pela primeira vez, as classes sociais do senso comum ou da economia política tornam-se classes estatísticas" (p.217). Até então, a pobreza era estudada pelos organismos públicos de política social por meio da utilização do método da "histórias de casos". As informações eram levantadas por intermédio de entrevistas realizadas pelos agentes públicos encarregados de supervisionar as famílias pobres. Tais levantamentos são considerados por Booth e seus ajudantes como "pitorescos" e subjetivos, além de não propiciarem a construção de um quadro amplo e exaustivo da situação social a partir do qual a pobreza deveria ser compreendida em suas causas e particularidades. Menos ainda, os estudos de caso não permitiam gerar instrumentos eficazes de monitoramento da evolução da pobreza e dos efeitos das intervenções públicas dirigidas ao seu combate. Charles Booth busca, então, apoio nos métodos das ciências naturais para conceber o seu sistema de análise e monitoramento baseado na classificação dos territórios onde residia a população considerada em estado de pobreza: cada indivíduo é identificado em uma categoria socioespacial, todos os indivíduos são classificados e os critérios de classificação utilizados pretendem ser objetivos.

O conjunto de bairros do Leste de Londres é desagregado e hierarquizado em 8 categorias, segundo o seu grau relativo de pobreza. Os critérios utilizados foram a renda semanal da família, combinada com o status social da moradia (natureza e localização do habitat) e a forma de emprego (casual, irregular, regular, assalariado, independente). O objetivo de Booth era distinguir a população e os territórios segundo suas diferenças em termos de condições e causas da pobreza e, com base nesses resultados, desenhar ações sociais diferenciadas. A seguir reproduzimos a cópia do mapa original elaborado por Charles Booth e seus assistentes.



The Streets are coloured according to the general condition of the inhabitants, as under.

	Lowest class, vicious, semi-criminal.		Fairly comfortable. Good ordinary earnings.
	Very poor, casual. Chronic want.		Middle-class. Well-to-do.
	Poor. 18s. To 21s. A week for a moderate family		Upper-middle and Upper classes, Wealthy.
	Mixed. Some comfortable, others poor.		

A combination of colours- as dark blue and black, or pink and red- indicates that the street contains a fair proportions of each of the classes represented by the respective colours.

A análise social do espaço foi também desenvolvida pelos integrantes da chamada "Escola de Chicago". Sob a liderança intelectual de Robert Park, Ernest Burgess e outros, e utilizando as hipóteses ecológicas na explicação da distribuição da população no território, vários pesquisadores buscaram desenvolver e aplicar técnicas que evidenciassem a influência do território – entendido como meio social – na compreensão de um vasto rol de "problemas sociais", tais como a delinquência juvenil, doenças mentais etc. Todas as técnicas utilizavam o conceito de "áreas naturais", nucleares da concepção ecológica da sociedade, a partir do qual eram identificadas as comunidades que constituíam a organização social da cidade. As "áreas naturais" eram definidas por dois elementos: de um lado, uma unidade espacial delimitada por fronteiras naturais no interior das quais vive uma população socialmente homogênea, provida de um sistema de valores específicos, e, de outro lado, uma unidade espacial habitada por uma população organizada por relações simbólicas internas.

A categoria de "áreas naturais" teve, posteriormente, enorme importância nos estudos urbanos realizados para subsidiar a intervenção pública sobre a cidade. No urbanismo, por exemplo, ela veio a ser traduzida na noção prática de "unidade de vizinhança", utilizada nas ações de zoneamento da cidade. Também os conjuntos habitacionais foram idealizados a partir dessa mesma noção, na medida em que pressupunha a restauração do sentido de vida comunitária, pela reconstrução do habitat. Ainda hoje, a presença na linguagem técnica utilizada no planejamento urbano do vocábulo habitat denota a influência contemporânea da concepção da cidade constituída como uma reunião de "áreas naturais". Na sociologia, essa categoria influenciou a busca da construção de tipologias de comunidades territoriais, diferenciadas pela relação que cada tipo estabelece entre quadro espacial e práticas sociais. Na obra de R. Ledrut (1968), por exemplo, a organização social é representada por um continuum hierárquico de unidades socioespaciais em função da composição, das relações e das práticas sociais. A aldeia seria a unidade mais homogênea, apresentando fraca diferenciação interna e onde as relações espaciais essenciais são de circulação em torno dos centros de atividades. A unidade de vizinhança é constituída por conjunto de moradias onde prevalecem redes de ajuda mútua e contatos pessoais. A vila corresponde à escala da comunidade, onde encontramos, por exemplo, equipamentos coletivos comuns e onde o espaço está na escala do pedestre. O bairro é definido por uma dupla delimitação: também está provido de equipamentos coletivos e acessíveis ao pedestre, mas, além disso, ele se constitui em torno de uma subcultura e representa um corte significativo na estrutura social, podendo chegar até mesmo a uma certa institucionalização em termos de autonomia local. A cidade, entendida pela reunião, num nível superior, dos indivíduos ou dos grupos,

3 Segundo Robert Park, as cidades de certo porte tendem a reproduzir em seu interior as "áreas naturais" encontradas em todas as cidades.

"...toda cidade americana de certo tamanho tende a reproduzir todas as áreas típicas de".

todas as cidades, e os moradores dessas áreas demonstram, de cidade em cidade, os mesmo característicos culturais, os mesmos tipos de instituições, os mesmos sociais, com as mesmas opiniões, interesses e modos de encarar a vida". (D.P.P. 344)

enquanto que a megalópole supõe uma exposição de unidades primárias, anunciando, talvez, reestruturação da vida local em outras bases.

No Brasil, podemos identificar como pioneiros da análise social do território para fins de planejamento urbano os estudos da SGMACS⁴ sobre o Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, realizados sob orientação das idéias do Padre Lebrete e seus seguidores. A cidade era analisada segundo dois planos, um regional, no qual as necessidades e potencialidades de desenvolvimento eram levantadas, e outro intra-urbano, dedicado aos estudos dos bairros populares. Para tanto, o espaço da cidade era desagregado em unidades territoriais sobre as quais buscava-se acumular um vasto conjunto de informações obtidas pela aplicação de diversas técnicas: observação e contagens diretas realizadas diretamente no campo, aplicação de questionários e realização de entrevistas. Segundo Lamparelli (1981), integrante da equipe da SGMACS, para cada unidade era constituído o que modernamente podemos identificar como um banco de dados que identificava e quantificava "as condições locais dos equipamentos e dos serviços e seus âmbitos de atendimento; os níveis de vida pelo grau de satisfação de suas necessidades; a opinião das suas autoridades e lideranças sobre as principais carências; a posição relativa de cada unidade dentro da aglomeração e quanto aos escalões de equipamentos e serviços; e outros dados particulares" (p.95). Essas informações eram posteriormente utilizadas para classificar hierarquicamente os bairros em áreas típicas que retratassem a diferenciação da estrutura e das dinâmicas urbanas, das quais se extraía uma amostra para a realização de uma pesquisa urbanística de campo. O objetivo da técnica desenvolvida pelo Padre Lebrete era o de identificar as "anomalias" do processo de urbanização, a partir das quais deveriam ser elaboradas as leis de uso e ocupação do solo urbano.

A importância do conceito de "áreas naturais" nos estudos urbanos pode ser atribuída ao fato de ele dar sentido empírico à dualidade teórica fundadora entre comunidade e sociedade e o seu desdobramento no plano analítico, que ensejou a difusão da concepção da organização da sociedade em escalas espaciais em um contínuo, partindo de relações primárias e suas instituições até as relações secundárias. É certo que muitos estudos empíricos e outras vertentes teóricas colocaram em dúvida essa concepção da sociedade. O próprio Ledrut, em seus estudos empíricos sobre Toulouse, concluiu no sentido da negação dessa hierarquia, ao constatar que na sociedade existe uma "polarização da vida social em torno de dois extremos, a cidade e a moradia, sem que haja mais possibilidades de sobrevivência para os grupos intermediários na sociedade moderna" (Castells, p. 162). A influência dessa concepção permanece, porém, presente nos estudos contemporâneos sobre a divisão social da cidade e a segregação residencial, assim como, de maneira implícita, não teorizada, nos atuais modelos de políticas urbanas.

4 Sociedade da Análise Gráfica e Mecnográfica Aplicada aos Complexos Sociais. Sobre a concepção teórica da SGMACS e a sua importância na formação intelectual dos modernos planejadores urbanos o leitor interessado poderá encontrar na rica crônica de experiência escrita por Lamparelli (1981).

2. DIFERENCIAÇÃO, SEGMENTAÇÃO E SEGREGAÇÃO: PRECISÕES CONCEITUAIS

Este breve retrospecto histórico nos indica que a análise social do espaço constitui-se na classificação do território da cidade e de sua população, de maneira a encontrar unidades de análise que permitam construir uma representação sintética das suas diferenças. De maneira mais específica, levando em consideração o exposto na introdução deste texto, trata-se de aplicar procedimentos metodológicos e técnicos para avaliar a existência de processos segregativos e seus efeitos sobre a despossessão de determinados grupos dos recursos e das capacidades que lhes permitam aumentar o seu nível de bem-estar social.

O termo segregação residencial denota a idéia de separação e de exclusão de determinados grupos sociais do conjunto da sociedade, situações nas quais ocorre a ausência de relações que vinculem esses grupos com o conjunto social. Trata-se de noção que parece auto-evidente, não necessitando de qualquer esforço de definição, na medida em que todas as cidades manifestam claros sinais de divisão social do seu território. Entretanto, nem toda divisão social do espaço caracteriza uma situação de segregação. Quando podemos falar em segregação de uma maneira teoricamente controlada, para além das supostas auto-evidências? A utilização do termo segregação como conceito depende da visão teórica que adotamos para explicar as relações sociais e da compreensão da distinção entre diferenciação, segmentação e segregação.

A diferenciação social tem a ver com a crescente especialização de tarefas decorrente do aumento da divisão social do trabalho. Ela gera diferenças de atributos, de recursos, de poder e de status que se constituem nas bases materiais da formação de categorias sociais. Observamos tendências a que essas categorias sociais busquem localizações específicas na cidade, criando a divisão social do território. Se utilizarmos a visão clássica de Durkheim sobre a solidariedade, a espacialização da diferenciação social não significa necessariamente segregação, podendo mesmo ser uma forma de integração societária, na medida em que a separação espacial dos grupos sociais esteja associada à existência de vínculos que insiram os indivíduos na sociedade. Na concepção da ecologia humana, a segregação é a condição do processo de assimilação e integração dos grupos sociais à sociedade. Pelos processos de competição, a população é segregada segundo as "áreas naturais", formando agrupamentos naturais, estendida como uma unidade da estrutura física da cidade, tipificada não só por sua individualidade física, como também pelas atitudes e sentimentos característicos de seus habitantes, de uma área administrativa arbitrariamente modelada para fins de conveniência administrativa. Mesmo na perspectiva marxista, a diferenciação social e a sua especialização não implicam necessariamente a situação de segregação, em razão de ela estar fundada em relações conflituosas que realizam a integração societária dos grupos antagônicos.

A divisão social da cidade pode, contudo, expressar não apenas a espacialização da diferenciação social, mas também a segmentação da sociedade. Esta ocorre quando existem barreiras que impedem a mobilidade social dos indivíduos entre as categorias. Nesse caso, a segmentação social implicará na existência da segmentação espacial, na medida em que essas barreiras bloqueiem a mobilidade territorial. Estamos próximos da divisão social da cidade transformada em segregação residencial. Devemos, porém, reservar a utilização desse termo para designar a situação na qual a segmentação da sociedade estiver fundada na crença compartilhada coletivamente sobre a necessidade da manutenção – ou mesmo do aumento – das barreiras que bloqueiam a livre circulação dos indivíduos entre as categorias e, conseqüentemente, entre as localizações espaciais.

Em sociedade em que a separação social e física entre as categorias que a compõem constitui-se no próprio fundamento da ordem social – por exemplo, sociedades de castas – o termo segregação deixa de ter pertinência teórico-conceitual. Já nas sociedades capitalistas, em que o mercado é o mecanismo central da ordem social e os valores igualitários são a base da cultura compartilhada pelos seus integrantes, o termo segregação é pertinente como instrumento capaz de enunciar problemas da ordem social. Nesse caso, a segregação residencial tem sentido para designar certas formas de segmentação socioespacial fundadas no controle institucional de recursos que desfrutam certas categorias para a manutenção ou ampliação de barreiras ao contato físico e social e, ao mesmo tempo, na imposição legítima ou não de uma ordem simbólica fundada na crença compartilhada do que as pessoas não são naturalmente iguais.

O termo segregação residencial é, portanto, uma categoria de análise que contém sempre duas dimensões: (i) conceitual, relacionada com os princípios teóricos adotados para explicar a organização socioterritorial; (ii) prática, relacionada com as concepções normativas da sociedade fundadas em princípios de igualdade.

Podemos identificar duas concepções do conceito de segregação residencial. A primeira concebe a segregação como diferença de localização de um grupo em relação aos outros grupos. Essa é a concepção clássica, cujo fundamento é a explicação ecológica da sociedade. O conceito-chave é o de distância social, que se contrapõe à idéia de mistura, considerada como a forma de organização ideal. Nessa concepção, a distância espacial expressa a existência de distâncias sociais entre os grupos existentes na sociedade. Tal fato resultaria da busca dos indivíduos por se agruparem por afinidades raciais, étnicas

5 "É porque as relações sociais são freqüentemente ligadas a relações, na medida em que as distâncias físicas são ou parecem ser indicadores de distâncias sociais, que estatística têm alguma importância para a sociologia. E isto é verdadeiro, definitivamente, porque é somente na medida em que podemos reduzir ou relacionar fenômenos sociais ou físicos aos fenômenos espaciais que podemos medir de uma maneira ou de outra." (Robert Park, "A Comunidade Urbana: um modelo espacial de ordem moral".)

e por posição social como forma de se resguardarem dos efeitos fragmentadores da personalidade gerados pela aglomeração e da vida na cidade. Nesse sentido, a segregação residencial é produto de lógicas individuais, isto é, efeito de suas escolhas.

Na segunda concepção, a segregação designa as desigualdades sociais expressas como organização do território da cidade. O espaço urbano contém um conjunto de recursos importantes à reprodução das categorias sociais, na forma de bens materiais e simbólicos, mas a sua distribuição reflete as chances desiguais de acesso. Encontramos, aqui, duas abordagens teóricas que fundamentam essa concepção: (i) a primeira, de inspiração marxista, explica a segregação como decorrência das desigualdades de classes da sociedade; (ii) já a segunda, de inspiração weberiana, explica a segregação como resultado das desigualdades da distribuição desigual do prestígio, da honra social e do poder. Nas duas vertentes, a segregação é a espacialização da estratificação da sociedade e, como consequência, ela é compreendida como decorrência de lógicas coletivas cujo fundamento são as relações sociais.

O princípio normativo que organiza essa concepção é o da justiça distributiva, já que a disposição dos grupos sociais no território e a distribuição dos equipamentos e serviços na cidade geram uma desigualdade de bem-estar social, em razão das lutas entre as categorias pela apropriação dos recursos materializados na cidade.

A aplicação da concepção de espaço social de P. Bourdieu (2001) à análise da estrutura urbana permite unificar essas duas concepções da segregação. Com efeito, a ocupação do espaço da cidade resulta dos princípios de estruturação do espaço social. Cada princípio representa uma forma de hierarquia do poder: econômico, social e simbólico. A noção de distância social coagulada das distâncias físicas é entendida como manifestação dos poderes das classes sociais de se apropriarem da cidade como recurso.

3. TIPOLOGIAS SOCIOESPACIAIS: INSTRUMENTOS DE ANÁLISE

É possível quantificar a segregação? Podemos dizer que existe uma tradição na sociologia e na geografia de trabalhos empíricos que procuram objetivar e quantificar a segregação residencial. Identificamos duas famílias de metodologia de quantificação: (i) as que traduzem em índices sintéticos (dissimilaridade, segregação etc.); e (ii) as que procuram construir tipologias. As medidas sintéticas procuram traduzir a segregação em índices construídos com a utilização de duas variáveis, úteis na avaliação comparativa, entre cidades e em momentos históricos diferentes de uma mesma cidade. Tal metodologia, porém, não nos permite conhecer de maneira aprofundada e tecnicamente controlada as dinâmicas geradoras da segregação. Já a utilização da técnica da tipologia nos permite, ao mesmo tempo,

construir uma descrição global e compreensiva da segregação e formular hipóteses explicativas sobre suas dinâmicas geradoras. Trataremos neste trabalho desta segunda família de metodologia.

O que é uma tipologia? A tipologia é um instrumento de classificação e descrição. Ela atende aos objetivos de ordenamento e de categorização dos fenômenos sociológicos, permitindo a realização de comparações. Podemos identificar dois procedimentos teórico-metodológicos envolvendo o uso de tipologias. O primeiro concerne à utilização do método tipo-ideal desenvolvido por Max Weber, que, aplicado ao nosso objeto, permite construir tipologias qualitativas da divisão social do espaço. Os tipos socioespaciais, neste caso, resultam de uma construção intelectual, fundada na escolha de alguns poucos atributos ou variáveis observáveis na realidade, justificada teoricamente em razão de algumas hipóteses assumidas pelo pesquisador. Com eles, podemos realizar estudos de caso, por exemplo, de "bairros populares" ou "bairros nobres". O método da tipologia qualitativa tem grande utilidade na compreensão detalhada dos processos de segregação residencial e dos seus efeitos, mas não nos permite obter a compreensão sintética da segregação residencial. A tipologia quantitativa, por sua vez, é uma construção empírica sobre o conjunto da cidade, na qual podemos utilizar um grande número de variáveis supostamente correlacionadas com a distribuição espacial da população. Ela propicia, simultaneamente, a construção de uma representação sintética da divisão social da população e de espaços residenciais e indícios empíricos sobre a sua relação com alguns processos de diferenciação social, segmentação e se segregação existentes da sociedade. Essa representação sintética é expressa na identificação de áreas-tipos que podemos considerar como aquelas socialmente homogêneas segundo as variáveis escolhidas. Trata-se do emprego de procedimentos metodológicos e técnicos para classificar de maneira hierárquica os territórios e a população de uma cidade de acordo com as variáveis consideradas como centrais na descrição e na interpretação dos princípios de divisão do espaço. Cada tipo reúne as unidades geográficas nas quais as variáveis escolhidas apresentam valores idênticos ou vizinhos. Por essa razão, a tipologia quantitativa pode se constituir em poderosa ferramenta de avaliação das

6 Para o conhecimento extenso dos índices sintéticos de segregação utilizados tradicionalmente nos estudos de sociologia e geografia o leitor poderá consultar o documento elabora pelo bureau do censo americano através do endereço <http://mumford1.dyndns.org/cen2000/report.html>.

7 O tipo-ideal se diferencia do tipo médio. Este é a construção de um tipo à partir de várias realidades que se diferenciam em graus, mas são fatos quantitativamente iguais. O tipo-ideal é construído à partir de realidades qualitativamente heterogêneas. Ou seja, para analisar a complexidade e pluralidade presentes na realidade social, Weber propõe a construção de um tipo-ideal. O tipo-ideal não é uma representação exata do mundo social, mas que, para as necessidades da pesquisa, acentuam deliberadamente certos traços. O tipo-ideal não reflete o real, mas facilita a análise dos seus componentes. Esta imagem mental é um meio de elaborar hipóteses, de clarificar a linguagem. É um instrumento de pesquisa puramente lógico. Como se usa o conceito tipo-ideal? Comparando a realidade do fenômeno e a lógica de seu tipo-ideal que o pesquisador aponta e valida a coerência do fenômeno, que ele o relaciona a causas externas que agem sobre ele.

8 O leitor encontrará um texto de Katzman (1999) um bom exemplo da utilização deste procedimento

desigualdades socioespaciais e da incidência dos "efeitos de vizinhança" na explicação dos processos de reprodução da pobreza. Também nos permite construir um sistema de indicadores socioespaciais para a orientação das políticas públicas na cidade, em suas fases de elaboração e implementação.

4. TIPOLOGIAS SOCIOESPACIAIS: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Há três aspectos fundamentais a serem observados: a) escolha da unidade social de análise; b) escolha das variáveis pelas quais a distribuição das pessoas no espaço será descrita; e c) escolha da unidade espacial de análise a partir da qual essa descrição será efetuada. A definição desses três aspectos é fundamental para a validação das hipóteses.

Há duas possibilidades de escolha da unidade de análise: família ou pessoas. Cada uma delas apresenta conveniências e inconveniências. As pessoas, na grande maioria, vivem em famílias e as escolhas de localização residencial expressam os recursos mobilizados e alocados no interior desse universo familiar. Porém, ao se escolher a família como unidade de análise, perde-se a oportunidade de relacionar a segregação com certos atributos, tais como; posição social (por ocupação, renda ou escolaridade), gênero, cor/etnia etc., em razão da diferenciação social no interior da família. Alguns estudiosos da estratificação social defendem a escolha dos atributos do chefe da família como unidade de análise, na suposição de que a diferenciação social verificada não implica posições diferentes dos seus integrantes. Muitas vezes, por outro lado, a escolha do chefe da família decorre da inexistência de informações para o conjunto da população. Como é o caso da França, onde o censo pesquisa a ocupação e a renda daquele considerado como responsável pelo domicílio. No caso do Brasil, ao se estudar a segregação com dados censitários, é possível adotar uma outra unidade de análise, já que o FIBGE levanta informações demográficas e socioeconômicas para o conjunto da população.

Qualquer pesquisa social, tanto as quantitativas quanto as qualitativas, necessita escolher um certo número limitado de variáveis a partir das quais se podem descrever os indivíduos ¹⁰ em suas diferenças e semelhanças. Com efeito, essa operação é fundamental para que o pesquisador não mergulhe de forma confusa no mundo de informações que ele não consegue ordenar. Essa escolha torna-se ainda mais crucial quando se trata de pesquisas sobre um grande contingente de indivíduos, como são os estudos sobre a segregação residencial. Trata-se, portanto, de escolher as variáveis que melhor permitam

⁹ Os estudos sobre mobilidade social utilizam classicamente a família como unidade de análise. Ver Boudon,
¹⁰ No restante do texto utilizamos o termo indivíduos no sentido estatístico, ou seja, de unidade de análise.

a identificação e a classificação dos indivíduos. Segundo Grafmeyer (1995), essa operação implica a escolha de uma das seguintes lógicas.

A primeira consiste em considerar isoladamente, para depois comparar, diversos critérios de identificação dos indivíduos. Ou seja, a partir de alguns supostos sobre as lógicas que presidem a distribuição espacial dos indivíduos, escolhe-se um certo número de dimensões da estruturação do espaço (cada variável representa uma dimensão) para as quais se calculam alguns índices ou se elaboram mapas de localização específicos. Consideram-se usualmente como as dimensões mais fortemente associada à organização social da cidade aquelas relacionadas com o status social dos indivíduos (profissão, renda e escolaridade), a diferenciação racial/étnica e a diferenciação familiar (tamanho, composição e ciclo familiar). Os resultados são posteriormente comparados na busca da identificação das variáveis que melhor explicam as diferenças da distribuição dos indivíduos no espaço.

Um exemplo de utilização dessa lógica é o célebre estudo de Duncan e Duncan (1955) para a cidade de Chicago, realizado em 1930, no qual constataram que a profissão do pai era a variável que mais discriminava as diferenças de localização dos indivíduos no espaço. A conclusão desse estudo é que a escolha da localização residencial expressa os efeitos duradouros da socialização familiar. Os estudos de ecologia fatorial são outros exemplos dessa lógica, na medida em que a utilização dessa técnica implica a análise separadamente de um grande número de variáveis, para em seguida, comparando os resultados, identificar os esquemas de localização associados a cada uma das variáveis.

A segunda lógica consiste em escolher uma das dimensões da estrutura urbana como central na explicação da localização dos indivíduos. Essa escolha é prévia à análise e fundamenta-se em algumas suposições teóricas. Na prática, os estudos realizados com esse tipo de lógica têm utilizado as variáveis relacionadas com a posição dos indivíduos nas relações de produção, organizadas em um sistema de classificação socioprofissional ou sócio-ocupacional. As justificativas metodológicas dessa escolha podem ser sintetizadas em duas proposições teóricas amplamente admitidas na sociologia em razão de resultados empíricos de pesquisas, a saber; que nas sociedades capitalistas, especialmente nas que alcançaram um certo grau de industrialização, o lugar dos indivíduos é determinado pela sua inserção na estratificação social definida pelas relações sociais de produção, contrariamente às sociedades tradicionais, nas quais a origem social (familiar, étnicas etc.) define a posição social; por outro lado, cada posição está associada a um feixe de propriedades mais ou menos convergentes, o que a torna (profissão ou ocupação) um indicador importante de identidade social (Desroisères, Goy et Thevenot, 1983) e de indicador diferenciada de recursos em termos de quantidade e qualidade (magnitude e natureza

de capitais: econômico, social, cultural e simbólico). Portanto, a utilização desse indicador permite discriminar a localização dos indivíduos no espaço como resultante da posse de recursos, de orientações ou de preferências e de restrições. Esse critério tem um papel unificador das várias dimensões implicadas na distribuição das pessoas no espaço urbano.

A utilização desse procedimento permite operar de forma menos metafórica com a noção de espaço social nas análises da segregação espacial. Com efeito, segregação passa a ser pensada como tradução territorial da estrutura social.

A terceira lógica consiste em utilizar as categorias sócio-ocupacionais associadas a outras variáveis, indicando outras dimensões da diferenciação social que também podem ter importância na descrição e na explicação da estruturação do espaço social da cidade. Por exemplo, podemos utilizar as categorias sócio-ocupacionais associadas aos indicadores da diferenciação familiar da população (tamanho e ciclo familiar). Esse procedimento nos permite avaliar a existência de padrões diferentes de localização residencial no interior de uma mesma categoria sócio-ocupacional em razão da diferenciação dos universos familiares. Como assinalamos anteriormente, sabemos que as decisões de localização no espaço são tomadas pelos indivíduos no interior de estruturas familiares em função de recursos, constrangimentos e preferências diferentes quando se trata de uma família extensa ou nuclear, famílias em fases iniciais de formação ou de consolidação etc. Podem aplicar o mesmo procedimento com indicadores da diferenciação etária/radical, de origem social, de gênero etc. Ele nos permite operar com uma concepção multidimensional do espaço social da cidade, pois é constituído por múltiplas dimensões e não apenas pelas posições sociais representadas pelas categorias sócio-ocupacionais. Por esse procedimento, deixamos de operar metodologicamente com a noção de estratos e passamos a entender a divisão social da cidade pela distribuição territorial de meios sociais. Cada meio social é o resultado da combinação singular de um conjunto de posições e de disposições (orientações ou preferências) decorrentes da divisão social do trabalho e da diferenciação social, de cujo jogo decorre a possível coerência entre atitudes e práticas sociais.

A aplicação desse procedimento nos permite identificar nuances nos padrões de localização residencial das categorias sociais. Exemplo interessante é citado por Grafmeyer (1994) sobre a localização das famílias operárias na aglomeração parisiense. Como é conhecido, nessa metrópole formaram-se historicamente bairros operários ("cinturão vermelho") localizados em áreas limítrofes da cidade de Paris em razão da forte concentração industrial. Ao mesmo tempo, observa-se a fraca presença no interior da cidade de Paris de famílias com crianças, localizadas mais fortemente em suas periferias metropolitanas. Os operários estrangeiros, meios sociais onde prevalece o padrão de famílias ampliadas, portanto numerosas, apresentam um

padrão de distribuição espacial bastante singular, pois estão repartidos entre a cidade de Paris e as duas periferias próximas e distantes. Esse exemplo indica o valor da aplicação do procedimento multidimensional, pois permite capturar o sentido particular das combinações singulares da variável posição social e as que indicam diferenciação social. O padrão de localização residencial das famílias de operários estrangeiros não segue o dos operários e tampouco o relativo às famílias. Certamente em razão do fato de que nesse meio social verifica-se uma combinação singular entre recursos, constrangimentos e preferências.

A escolha da unidade espacial de análise é também uma operação de fundamental importância na análise da segregação. Temos aqui duas questões: os critérios utilizados para definir as unidades espaciais e o seu tamanho demográfico. Previamente à análise, é necessário recortar o território da cidade em unidades a partir das quais estudamos a variação da distribuição da população, segundo a ou as variáveis escolhidas. Quanto maior o número de unidades definirmos, mais fina a nossa análise, na medida em que podemos capturar maior diferenciação social do espaço. Que critérios utilizar nessa tarefa de maneira que o resultado da análise não seja influenciado? É necessário que a desagregação seja suficientemente fina para que ela não imponha sua própria lógica, mas, ao contrário, deixe transparecer "todas as continuidades, as rupturas e as linhas de forças segundo as quais se organiza o espaço social da cidade" (GRAFMEYER;1999, p 100). A dificuldade está no fato de os dados disponíveis serem organizados geograficamente com base em recortes territoriais instituídos, como os utilizados pelo FIBGE. Esses recortes são influenciados pelos saberes e pelas representações sobre a divisão social da cidade que orientaram a organização do sistema espacial de coleta e agregação. Na experiência brasileira, o FIBGE, utiliza as escalas setor censitário, distritos e subdistritos. O setor é definido como a unidade de coleta na qual moram cerca de 1.000 pessoas e cuja extensão permite ser percorrida a pé pelo recenseador. Entretanto, o desenho dessa unidade não é absolutamente neutro, especialmente em aglomerados urbanos densamente ocupados. O setor censitário, não obstante ser definido por esses critérios demográfico, exprime em seu desenho alguma pré-concepção sobre a diferenciação socioespacial. Já os bairros, subdistritos e distritos são categorias de classificação do espaço que contêm as representações administrativamente institucionalizadas da divisão do espaço. Por outro lado, essas escalas de organização das informações são bastante heterogêneas em termos demográfico e geográfico. Tais considerações implicam a necessidade de uma análise crítica dos recortes espaciais utilizados nos sistemas de organizações que serão utilizadas na análise da segregação.

Outro problema é o tamanho demográfico das unidades geográficas. Sabemos que o resultado da utilização das medidas sintéticas – tais como os índices de dissimilaridade

e de segregação – é fortemente influenciado pelas diferenças demográficas entre as áreas. O tamanho demográfico também favorece mais ou menos o resultado da análise em termos de maior ou menor diferenciação social dos espaços. Por último, o tamanho demográfico também tem implicações na confiabilidade estatística dos dados.

Em suma, a definição das unidades geográficas é uma etapa importante e sensível no estudo da segregação residencial. Com efeito, a escolha da escala e do tamanho demográfico não se constitui apenas na realização de uma operação técnica, mas ela implica buscar uma definição mais neutra possível em relação aos pressupostos teóricos assumidos.

5. ANÁLISE SOCIAL DO ESPAÇO METROPOLITANO: ESTUDO DA METRÓPOLE DO RIO DE JANEIRO

A seguir apresentamos de maneira sintética a aplicação do método da tipologia quantitativa¹¹ na análise da divisão social da metrópole do Rio de Janeiro, na qual usamos os dados censitários de 1981. Utilizamos a categoria sócio-ocupacional¹² como variável central, constituída pelo agrupamento hierárquico das cerca de 400 ocupações utilizadas pelo FIBGE, mas associada a outras relativas à diferenciação social, utilizando o terceiro procedimento descrito no item anterior. Como pretendemos aqui apenas apresentar uma ilustração, nos limitar-nos-emos a apresentar os resultados da análise da divisão social do espaço metropolitano usando a variável categoria sócio-ocupacional. Construímos 219 áreas geográficas como unidade espacial de análise, pelo agrupamento dos setores censitários. O ponto de partida foi, então, uma tabela que indicava perfil sócio-ocupacional de cada uma das áreas, com o qual realizamos uma análise fatorial por correspondência, seguida da classificação hierárquica¹³ segundo a posição de cada uma no espaço obtido com os dois primeiros fatores. Pudemos, assim, identificar os princípios segundo os quais o espaço social da metrópole do Rio de Janeiro se divide, sintetizado em 8 áreas-tipo que retratam a hierarquia socioespacial da metrópole fluminense, ilustrada no mapa social mostrado mais adiante.

Os espaços superiores são caracterizados por concentrarem fortemente a categoria de empregados e dirigentes: 60,8% dos empresários, 67,5% dos dirigentes do setor

11 A tipologia aqui descrita foi elaborada em colaboração com Edmond Preteceille do CSU- Centre National de la Recherche Scientifique e Luciana Corrêa do Lago do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da UFRJ.

12 Em anexo apresentamos a lista das categorias construídas, bem como a sua definição. Utilizamos como referência inicial o sistema de classificação das profissões na França (CSP), criado no início dos 50 e aperfeiçoado desde então pelo Institut National d'Economie et Statistique - INSEE, e que tem sido utilizado como instrumento de análise de temas diversos, entre eles, a mobilidade social, a estrutura e as práticas de consumo, as mudanças demográfica e, mais recentemente, a estrutura socioespacial (Tabard & Chenu, 1993; Tabard, 1993). Embora não tenhamos no Brasil uma proposta tão sistemática e testada de classificação, utilizamos ainda como referência trabalhos anteriores que também propuseram sistemas de classificação, com base nas variáveis ocupacionais¹⁴, utilizadas pela FIBGE nos censos demográficos e nas pesquisas por amostra (JORGE et al, s/d; JORGE et al, 1985; VALLE SILVA, 1973; VALLE SILVA, 1985).

13 Para a descrição das técnicas de análise fatorial por correspondência múltipla e classificação ascendente, ver SANDERS (1989) e FENELON (1981).

privado, 80,3% dos dirigentes do setor público e 76,1% dos profissionais liberais, muito embora o conjunto da elite dirigente represente apenas 5,8% dos ocupados que moram nesses espaços. O peso da elite dirigente está expresso pela densidade relativa alcançada; 5 a 7 vezes superior ao que tem no conjunto da estrutura social da região metropolitana. A elite intelectual tem também importante presença nos espaços superiores, pois 43,7% dos profissionais de nível superior autônomos e 38,6% dos profissionais de nível superior empregados estão neles concentrados, o que representa uma densidade relativa 4,1 a 3,6 superior ao peso dessas categorias na estrutura social da metrópole. Ao lado das elites dirigente e intelectual, os espaços superiores também são caracterizados pela importante presença dos pequenos empregadores, dos empregados de supervisão e dos técnicos e artistas. As elites, os pequenos empregadores e as frações superiores da classe média, conjuntamente, representam 55,3% dos ocupados que moram nos espaços superiores. Observa-se, contudo, traços de um espaço polarizado, pois as categorias populares representam 28,9% dos ocupados que moram nos espaços superiores, dos quais 10,3% são empregados domésticos cuja presença decorre essencialmente de relações de trabalho e não de vizinhança, e 13,4% compõem o proletariado terciário (empregado do comércio e prestadores de serviços). Por outras palavras, podemos estimar que cerca de 18% dos ocupados moradores dos espaços superiores são integrados por aqueles que atendem à demanda de serviços de serviços pessoais das elites e de parte da classe média.

Os espaços médios-superiores têm composição social próxima à dos espaços superiores, porém com maior grau de mistura. Diminui o peso das elites dirigente e intelectual e dos pequenos empregadores, que representam 37% dos ocupados. A classe média, por sua vez, representa 39% dos ocupados, sendo que aumenta a presença das frações menos qualificadas dos empregados de escritório e dos empregados da segurança, da justiça e dos correios e dos empregados da saúde e da educação. Aumenta a presença das categorias populares (36,6%) em razão maior peso das frações operárias e dos empregados do comércio.

Nos espaços médios, cai muito fortemente a presença das elites dirigente e intelectual, permanece inalterado o peso da classe média e aumenta o grau de mistura social pelo aumento do proletariado terciário e o operariado. Os espaços médios-inferiores constituem a fronteira entre as duas pontas da estrutura socioespacial da metrópole fluminense. Neles, o conjunto das categorias operárias e subproletárias atinge densidades relativas superiores a 100, o que significa dizer que passam estar sobre-representados, com destaque para os operários da indústria moderna e os dos serviços auxiliares da economia. Há diminuição da classe média em relação ao tipo médio, mas que continua representando cerca de 1/3 dos ocupados que moram nesses espaços.

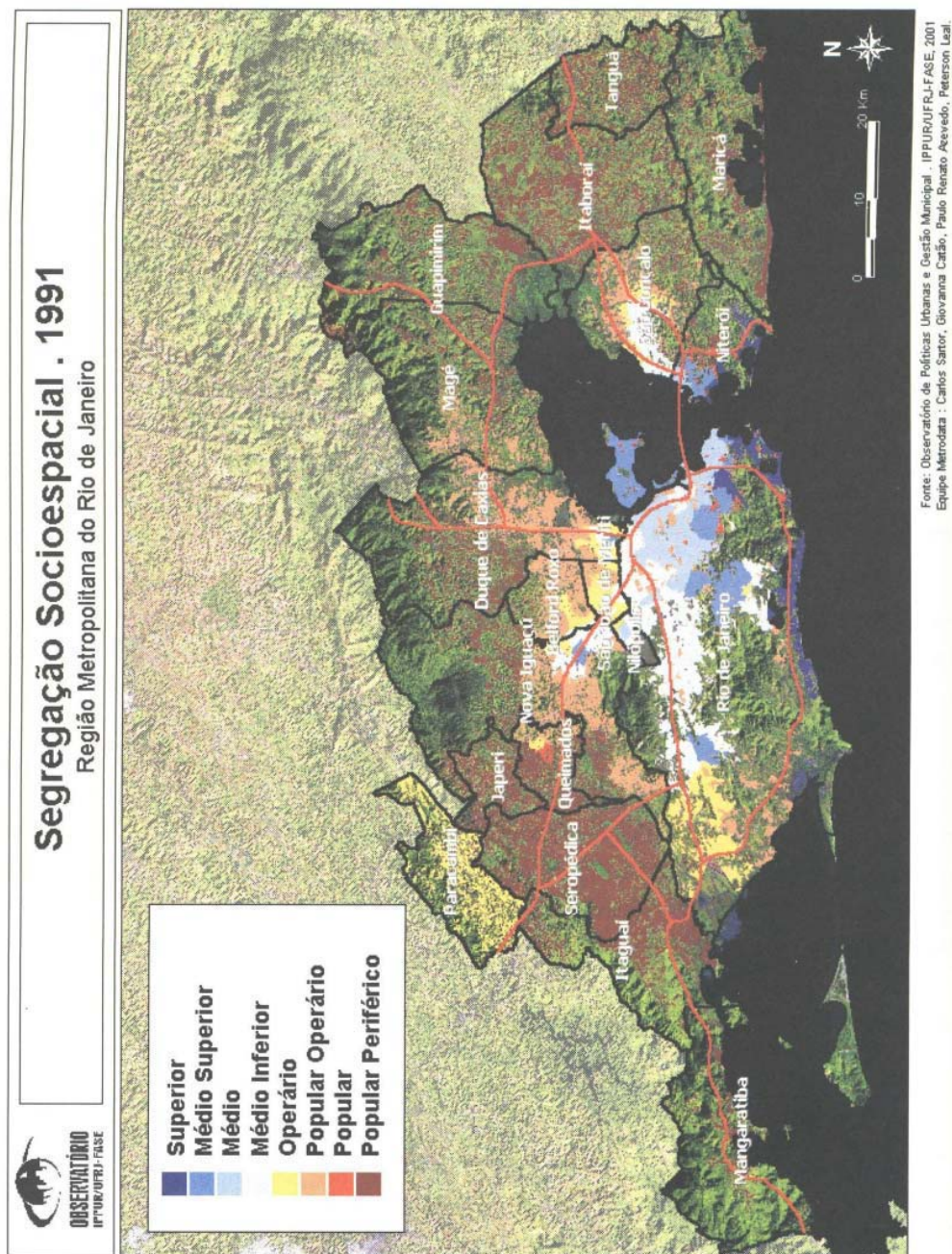
Nos espaços operários cai significativamente a densidade relativa da classe média, que passa a estar sub-representada, com exceção dos empregados da segurança, da

justiça e dos correios. O operariado representa um pouco menos que 1/3 dos ocupados, sendo que o proletariado propriamente industrial (indústria moderna, indústria tradicional e serviços econômicos auxiliares) representa 17,5%. Os espaços populares-operários apresentam composição semelhante aos do tipo operário, mas com menor presença da classe média e aumento da presença dos operários da construção civil (12,5%) e dos empregados domésticos (12,2%).

Nos espaços populares, cai a presença do operariado industrial e aumenta ainda mais a presença dos empregados domésticos (16%) e dos prestadores de serviços não-especializados (8,8%). O subproletariado e o proletariado terciário representam 55% dos ocupados que moram nos espaços populares. Os espaços populares-periféricos diferenciam-se dos demais tipos populares principalmente pela elevada participação da categoria agrícola (6,2%), percentual 5,5 vezes superior ao peso da categoria na estrutura social da metrópole. Também estão sobre-representados os operários da construção civil, os biscateiros e os empregados domésticos. É o tipo com a menor participação das ocupações "médias".

O mapa construído com a tipologia socioespacial representa a geografia da divisão social do espaço metropolitano. Cada tipo reúne um conjunto de áreas que em termos relativos consideramos como socialmente homogêneas. Como dissemos anteriormente, a associação entre os tipos e outras variáveis indicam a diferenciação social, especialmente as relacionadas com (i) o tamanho, tipo e ciclo familiar, (ii) a faixa etária, (iii) a cor, (iv) condições de moradia, permitiu-nos identificar os meios sociais de que se compõe o espaço social da metrópole fluminense. Temos, dessa forma, condições de reconhecer e discriminar as diferenças da população e de seus territórios, superando assim as concepções abstratas e homogenizadoras da divisão social da cidade. Por exemplo, vias de regras no senso comum técnico das políticas habitacionais, as "favelas" são concebidas como espaços sociais homogêneos, o mesmo acontecendo com a "periferia". As propostas de integração do habitat popular à cidade, em consequência, não levam em consideração as diferenças internas das estrutura e da organização social desses espaços, o que, ao nosso juízo, é uma das razões que explicam o seu pouco êxito.

A tipologia socioespacial é uma valiosa ferramenta analítica para a investigação da possível associação entre a regularidade de certos fenômenos com as características singulares de cada meio social. Por exemplo, podemos nos perguntar se a incidência de dengue está associada a algum meio social existente na metrópole e, se a resposta for positiva, focalizar a intervenção pública preventiva. Da mesma maneira, podemos investigar se a situação de pobreza urbana está associada a algum dos indicadores da diferenciação social. O mapa mostrado a seguir ilustra o resultado da análise social da metrópole do Rio de Janeiro.



ANEXO

DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS SÓCIO-OCUPACIONAIS

1. Categoria dirigente
 - 1.1 Empresários, que reúne os empregadores com dez ou mais empregados;
 - 1.2 Dirigentes do setor público, formada pelas ocupações do alto escalão decisório no setor público, como ministros, magistrados e procuradores;
 - 1.3 Dirigentes do setor privado, categoria formada pelas ocupações de administradores de empresas dos setores de extração mineral, indústria, construção civil e empresas financeiras;
 - 1.4 Profissionais liberais, categoria formada pelas ocupações tradicionalmente definidas como de profissionais liberais (médicos, engenheiros, arquitetos, dentistas, advogados), empregadores e autônomos¹⁴.
2. Categoria Intelectual
 - 2.1 Profissionais autônomos de nível superior;
 - 2.2 Profissionais empregados de nível superior;
3. Pequena Burguesia
 - 3.1 Pequenos empregadores urbanos, que reúnem os empregadores com menos de dez empregados;
 - 3.2 Comerciantes por conta própria que desenvolvem suas atividades em casa ou em empresas próprias.
4. Categoria Média
 - 4.1 Trabalhadores em atividades de rotina, categoria formada pelas ocupações sem função decisória, tais como secretárias, auxiliares administrativos e auxiliares de escritório;

14 Colocar esta categoria no grupo da elite dirigente deveu-se a compreensão de que, no Brasil, (i) essas profissões foram historicamente exercidas pelos filhos da elite, (ii) são as profissões que melhor se organizaram enquanto corporação e (iii) são identificadas como de mais elevado status social. São portanto as ocupações que se estruturam em torno do controle e da valorização de um capital social. Nesse sentido, pareceu-nos pouco relevantes a separação empregadores e conta-própria.

- 4.2 Trabalhadores em atividades de supervisão, formada por ocupações com algum poder de decisão, tais como assistentes de administração, corretores de imóvel e administradores do comércio.
- 4.3 Técnicos e artistas, formada pelas ocupações que requerem um conhecimento específico, tais como desenhistas, técnicos em contabilidade, caixas, técnicos em energia elétrica, programadores de computação, músicos e fotógrafos;
- 4.4 Trabalhadores nas áreas de saúde e educação, como professores de 1º grau e enfermeiras não-diplomadas;
- 4.5 Trabalhadores nas áreas de segurança pública, justiça e correios, tais como investigadores da polícia, oficiais do corpo de bombeiros, praças das forças armadas e carteiros.

5. Proletariado do Secundário

- 5.1 Operários da indústria moderna, categoria formada pelos trabalhadores nas indústrias metalúrgica, mecânica, material elétrico, química, produção de petróleo e farmacêutica, entre outras, que envolvem trabalhadores com posição mais elevada entre o operariado, em razão de as ocupações exigirem maior qualificação, proporcionarem nível mais elevado de remuneração e de proteção social e os trabalhadores apresentarem maior grau de organização corporativa;
- 5.2 Operários da indústria tradicional, formada pelos trabalhadores das indústrias dos demais ramos, exceto a construção civil;
- 5.3 Operários dos serviços auxiliares, categoria formada pelos empregadores nos setores de transportes, comunicação e serviços auxiliares;
- 5.4 Operários da construção civil, categoria formada pelos trabalhadores em ocupações ligadas à construção civil, tais como mestres, ladrilheiros, pedreiros, pintores, serventes de pedreiro;
- 5.5 Artesãos, categoria formada pelos trabalhadores autônomos nas ocupações de alfaiate, sapateiro, marceneiro, carpinteiro, estofador e ourives.

6. Proletariado Terciário

- 6.1 Trabalhadores do comércio, categoria formada pelas ocupações diretamente ligadas às atividades do comércio, tais como vendedores, operadores de caixa e praticistas;

- 6.2 Prestadores de serviço especializado, categoria formada pelos trabalhadores autônomos em ocupações manuais que requerem um saber específico, tais como mecânicos, cabeleireiros etc. e os empregados de ocupações manuais nos setores de prestação de serviços, atividades sociais e administração pública;
- 6.3 Prestadores de serviço não-especializado, categoria formada pelos empregados em ocupações de porteiro e vigia.

7. Sub-Proletariado

- 7.1 Trabalhadores Domésticos;
- 7.2 Ambulantes e Biscateiros, categoria formada pelos feirantes, doceiros, quitandeiros, carroceiros e outras ocupações ambulantes e pelos guardadores de automóvel, engraxates e trabalhadores braçais autônomos. Trata-se de uma categoria restrita aos autônomos sem qualquer saber específico, não correspondendo portanto à noção freqüentemente usada nos estudos sociológicos, em que trabalhadores autônomos no setor da construção, por exemplo, são definidos como biscateiros.
- 7.3 Trabalhadores Agrícolas, categoria formada por todas as ocupações agrícolas, exceto as ocupações criador bovino, proprietário agropecuário e avicultor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOUDON, R. "A desigualdade das oportunidades". Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

BOOTH, C. (Ed.) "Life and labour in London: first series: poverty". Londres: Macmillan, 1902.

BOURDIEU, P. "Espaço social e espaço simbólico". In: "Razões práticas: sobre a teoria da ação". Campinas: Papirus Editora, 2001.

_____. "Efeitos do lugar". In: BOURDIEU, P. (coord). "A miséria do mundo". [S.l.]: Vozes, 1997.

BRUN, J. "Essai critique sur la notion de ségrégation et sur son usage en géographie urbaine". In: BRUN ET RHEIN (org.) "La ségrégation dans la ville". [S.l.] L'Harmattan, 1994. p. 21-57.

CASTELLS, M. "A questão urbana". Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

DESROISIÈRES, A.; GOY, A.; THEVENOT, L. "L'identité sociale dans le travail statistique: La nouvelle nomenclature des professions et catégories professionnelles". Economie et Statistique, Paris, n. 152, fev 1983.

DUCAN, O.D.; DUCAN, B. "Residential distribution and occupational stratification". American Journal of Sociology, [S.l.], n. 60, p. 493-503, 1955.

FENELON, J.P. "Qu'est-ce que L'Analyse des Données". Paris: Lefonen, 1981.

LEBRET, J.L. et al. "Guide pratique de l'enquete social: manuel de l'enqueteur". Paris: Presse Universitaire de France, 1951.

LEBRET, J. L. et al. "Guide pratique de l'enquete social II: manuel de l'enqueteur". Paris: Presse Universitaire de France, 1951.

LEBRET, J. L. et al. "L'enquete urbaine: l'analyse du quartier et de la ville". Paris: Presse Universitaire de France, 1955.

KATZMAN, Rubén. "Virtudes y limitaciones de los mapas censales de carencias críticas". Revista da CEPAL, Santiago de Chile, n. 58, 1996.

KATZMAN, Rubén (coord.). "Activos y estructuras de oportunidades: estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el Uruguay". Montevideo: PNUD: CEPAL, 1999a. (LC/MVD/R. 180)

_____. "Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay". Santiago de Chile: OIT/Equipo Técnico Multidisciplinario, 1999b. (Documento de trabajo, n. 107)

_____. "¿Por qué los hombres son tan irresponsables?". Revista de la CEPAL, Santiago de Chile, n. 46, abr 1992.

_____. "Seducios y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos". Revista de la CEPAL, Santiago do de Chile, n. 75, dez/abr 2001.

LAMPARELLI, C. Louis. "Joseph Lebreu e a pesquisa urbano-regional no Brasil: crônicas tardias ou história prematura". Espaço e Debates, Neru, n. 37, p. 90-99.

LEDROUT, R. "Sociologie urbaine". Paris: Presse Universitaire de France, 1968.

MASSEY, D. "Residential segregation of Spanish Americans in United States urbanized areas". Demography, [S.I.], n. 4, nov 1979.

MASSEY, D.; M. Eggers. "The ecology of inequality; minorities and the concentration of poverty, 1970-1980". American Journal of Sociology, [S.I.], n. 95, 1990.

RIBEIRO, L.C.Q.; LAGO, L. "O espaço social das grandes metrópoles brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte". Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, [S.I.], n. 3, nov 2000.

RIBEIRO, L.C.Q. "A Cidade, as Classes e a Política: uma nova questão urbana brasileira?" In: LIPPI, L.O. "Cidade e História". [S.I.]: Editora da FGV, 2002.

RIBEIRO, L.C.Q.; SANTOS JUNIOR, O. "Democracia e segregação urbana: reflexões sobre a relação entre a cidadania na sociedade brasileira". Curitiba, 2001. (Seminário "Democracia: Teoria e Prática")

RIBEIRO, L.C.Q. "Cidadania desigual ou cidade partida?: tendências de metrópole do Rio de Janeiro". In: RIBEIRO, L.C.Q. (org.) "O futuro das metrópoles: desigualdades e governabilidade". Rio de Janeiro: Revan/Observatório, 2000.

VALLE SILVA, N. "Posição social das ocupações". [S.I.]: Centro de Informática/IBGE, 1973. (Mimeo)

_____. "Atualização da escala socioeconômica de ocupações para 1980". [S.I.]: Laboratório Nacional de Computação Científica, 1985. (Mimeo)

RHEIN, C. "La Ségregation et ses Mesures". In: BRUN, J.; RHEIN, C. "La ségrégation dans la ville. concepts et mesures". Paris: L'Harmattan, 1995.

SABATINI, F. "Tendencias de la segregation residencial urbana en Latinoamerica: reflexiones a partir del caso de Santiago de Chile". Santiago do Chile: Instituto de Estudios Urbanos/Pontificia Universidad Catolica, 1999. (Série Azul, n. 29)

_____. "Reforma de los mercados de suelo en Santiago, Chile: efectos sobre os precios de la tierra la segregacion espacial". Santiago do Chile: Instituto de Estudios Urbanos/Pontificia Universidad Catolica, 1998. (Série Azul, n. 24)

_____. "Reforma de los mercados de suelo en Santiago, Chile: efectos sobre los precios de la tierra y la segregación residencial". EURE, [S.I.], v. 26, n. 77, p. 49-80, 2000.

_____. "Tendencias de la segregación residencial urbana en Latinoamérica: reflexiones a partir del caso de Santiago de Chile". (ponencia presentada al seminario "Latin America: Democracy, markets and equity at the Thresfold of New Millenium", Universidad de Upsala, Suecia, 1 a 13 de septiembre, 1999).

_____. "Transformación urbana: dialéctica entre integración y exclusión social". Santiago do Chile: Instituto de Estudios Urbanos/Pontificia Universidad Católica, 1998. (Serie Azul, n. 19)

TABARD, N. "Des Quartiers pauvres aux quartiers aisée: une representacion sociale tu territoire". Economie et Statisque, Paris, n. 270, p. 5-22, 1993.

TOPALAV, C. "Naissance du chômeur. 1880-1910". Paris: Éditions Albin Michel, 1994.

VEIGA, D. Et RIVOR, A. L. "Fragmentación socioeconômica y pobreza: desafios para la gobernabilidad urbana: el caso de Montivideo". (Articlo presentado a la International Association Confere "Social Inequality, Redistributive Justice and the City", ISA-International Committee on Regional and Urban Development RC21", Amesterdan, June 2001).

WACQUANT, L. "Procristos da cidade: estigma e divisão social no gueto americano e na periferia urbana francesa". Novos Estudos CEBRAP, [S.I.], n. 43, p. 64-83, nov.

WEBER, M. "Classes, estamentos e partidos". In: "Economia e Sociedade". Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1999. v. 2.

WILSON, W. J. "The truly disadvantaged: the inner city, the underclass and public policy". Chicago: University of Chicago, 1987.

PARTE IV

O sistema urbano brasileiro e as políticas de atenção à saúde

GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS CIDADES

Jairnilson Silva Paim

*Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
Pesquisador I – A do CNPq*

RESUMO

O artigo tem como objetivo discutir questões referentes à gestão da atenção básica de saúde nas cidades e algumas proposições preliminares para a sua consolidação no Sistema Único de Saúde. A abordagem desenvolvida insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, contemplando um eixo vertical (formulação de políticas públicas de caráter nacional) e um eixo horizontal (análise da situação de saúde das cidades e possíveis intervenções). Após uma breve revisão sobre as noções de atenção primária de saúde, administração estratégica e território, apresenta uma contextualização da gestão da atenção básica nas políticas de saúde. Na análise da situação atual, são discutidos três problemas centrais: o desprestígio da análise da situação de saúde, a segmentação do sistema de saúde e o viés do planejamento agregado e normativo. São formuladas algumas propostas que enfatizam a distritalização, os sistemas de informação geográfica, o planejamento e a programação local, a vigilância da saúde, as cidades saudáveis, a saúde da família e a regulação de modalidades assistenciais não-SUS. Reconhece que a gestão da atenção básica efetiva implica interagir com todo o sistema de saúde e com todos os setores que influenciam na qualidade de vida.

DESCRIPTORIOS: política de saúde; atenção primária à saúde; cidade saudável.

INTRODUÇÃO

O presente texto apresenta uma breve revisão sobre as noções de atenção primária de saúde (APS) e de atenção básica de saúde (ABS), tendo como referência as políticas de saúde implementadas no Brasil nas últimas décadas. Seu objetivo é discutir algumas questões referentes à gestão da atenção básica de saúde (ABS) nas cidades e certas proposições para a sua consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS).

As reflexões elaboradas não derivam da experiência de um gestor nem de um estudo de caso de uma cidade cuja gestão da atenção básica fosse considerada exemplar ou problemática. Não se trata, portanto, da visão de um técnico municipal ou de um urbanista com um enfoque integral sobre o espaço urbano. A abordagem desenvolvida, a partir do campo disciplinar da Política de Saúde, busca contemplar o encontro de dois eixos: um vertical, que corresponde à formulação e implementação de políticas públicas de caráter nacional em que a condução do Sistema Único de Saúde (SUS) adquire proeminência para todo o país em função da Constituição de 1988 e da legislação federal (CONASEMS, 1990), ainda que mediada pelos pactos construídos com instrumentos normativos (BRASIL, 1993; 1996; 2001; 2002b); e um eixo horizontal, voltado para a análise da situação de saúde das cidades e possíveis intervenções, considerando a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade das condições de vida dos seus habitantes.

Nessa perspectiva, as intervenções referentes a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação da saúde das populações que ocupam distintos territórios são pensadas na confluência desses dois eixos. Esse encontro pode ser representado por modelos de atenção compatíveis com a integração desses eixos (política nacional de saúde e análise da situação de saúde nas cidades) e disponíveis para a gestão da atenção básica, a exemplo das propostas de vigilância da saúde, saúde da família e cidades saudáveis. Procura-se, desse modo, “articular a dimensão política com as instâncias de decisão sobre a produção, distribuição e organização assistencial, no espaço onde tais políticas se concretizam: os serviços locais de saúde” (BODSTEIN, 1993, p. 9).

1. ASPECTOS CONCEITUAIS

A partir da difusão do corpo doutrinário da atenção primária à saúde (APS), três distintas concepções têm fundamentado as políticas e práticas de saúde no Brasil: a) APS enquanto programa de medicina simplificada ou “atenção primitiva de saúde” (TESTA, 1992); b) APS enquanto nível de atenção – primeiro nível, atendimento de primeira linha ou “atenção primeira e básica” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996); c) APS enquanto componente estratégico da proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 (OPS, 1990).

AAPS tem sido, também, reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários (distritalização) e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 1990). Para Tejada de Rivero (1992), importa destacar o que não é atenção primária de saúde:

1. Não é uma forma primitiva, empírica e elementar de atenção – cuidado de segunda ou terceira categoria para os pobres – nem se sustenta somente em tecnologias que não incorporam os maiores avanços do desenvolvimento científico;
2. Não é uma ação exclusiva dos serviços de saúde ou de algumas instituições desse setor, nem é um programa independente e paralelo às demais atividades de saúde;
3. Não é um nível de atenção dentro de um sistema de serviços de saúde nem se reduz ao que poderia considerar-se como o nível mais periférico;
4. Não se reduz à utilização de pessoal não-profissional nem pode circunscrever-se a membros da comunidade treinados para prestar uma atenção elementar (TEJADA DE RIVERO, 1992, p. 174).

Ao conceber a APS como estratégia, esse autor destaca seus princípios fundamentais (participação, descentralização, ação multisetorial e tecnologia apropriada), rejeitando a idéia de “uma cortina de fumaça paliativa e tendente a postergar reivindicações sociais em sociedades onde existem grandes desigualdades e injustiças” (TEJADA DE RIVERO, 1992, p.174).

No entanto, no âmbito internacional, a atenção primária tem sido definida como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas” (STARFIELD, 2002, p. 28).

Recusando, também, a concepção de APS como assistência simplificada e de baixo custo para problemas simples de gente pobre, autores brasileiros enfatizam que as demandas nesse nível “exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.36).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem utilizado a expressão atenção básica talvez para evitar a confusão com a concepção de APS correspondente a “atenção primitiva de saúde”. Desse modo, a atenção básica de saúde (ABS) tem sido definida, no âmbito oficial, como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1998b, p. 11). Admite que “a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente” (BRASIL, 1998b, p. 11).

Constata-se, assim, um movimento no sentido de defender a ABS, simultaneamente, como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. Pode-se concluir que a opção política expressa no discurso institucional reconhece a atenção básica como algo fundamental, primeiro ou primordial e não no sentido de elementar, simples ou reduzido, tal como o senso comum refere-se à “cesta básica” de alimentos.

Isso significa que a gestão da atenção básica, ao mesmo tempo em que administra esse primeiro nível do sistema de serviços de saúde, deve conduzir a estratégia de reorientação de todo o sistema buscando uma atuação intersetorial. Trata-se, portanto, de uma administração estratégica requerendo o desenho de instrumentos que permitam identificar todos os conjuntos sociais e os problemas de saúde, a atenção a toda a população que vive em sua área de intervenção, a gerência de todos os recursos que se encontrem nessa área, além da capacidade técnica, poder decisório, democratização e participação social ampliada no nível local (OPS, 1992).

A gestão da atenção básica, nessa perspectiva, pode ser entendida como uma “forma de relacionar os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema” (OPS, 1992, p. 48).

A gestão da atenção básica nas cidades, por sua vez, implica analisar o espaço urbano utilizando como categoria de análise não o território em si, mas o território-processo ou o território utilizado (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Como chamam à atenção esses autores,

“quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 247). Portanto, o caráter histórico desse espaço torna-o um “território vivo” onde se expressam interesses, divisão do trabalho, localização de capitais, movimentos sociais, residências de pessoas, lazer, cultura e poderes diversos. E o caráter estratégico da gestão da saúde no nível local procura levar em conta a ação humana, enquanto trabalho e política, voltada para o êxito, mas também a ação comunicativa, orientada para o entendimento e para a intersubjetividade (RIVERA; GALLO, 1995).

Nessa perspectiva, oficinas de territorialização que permitam recuperar fragmentos da história e da cultura de grupos sociais que ocupam diferentes lugares do espaço urbano (VILASBÔAS, 1998) e oficinas de trabalho que possibilitem realizar análises de situação de saúde, formular proposições (BAHIA, 1987) e elaborar um orçamento participativo, constituem, além de tecnologias de gestão, momentos de sociabilidade e de invenção de novos modos de pensar e agir em saúde.

Entre as características da urbanização brasileira, destaca-se a criação da pobreza (SANTOS, 1993). Pensar as cidades em tempos de globalização implica reconhecer os novos pobres no meio da nova riqueza. Assim, “amplia-se a variedade de tipos econômicos, culturais, religiosos e lingüísticos, multiplicam-se os modelos produtivos, de circulação e de consumo, segundo qualificações e quantidades, e também aumenta a variedade de situações territoriais. (...) Nessas condições, a metrópole está sempre se refazendo: na forma, na função, no dinamismo e no sentido. Essa riqueza do inesperado constitui a possibilidade de construção de novos futuros” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 287).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

A atenção primária de saúde (APS) passou a ter mais visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS), realizada em 1980. Antes desse evento, a APS restringia-se às experiências da medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura (PECS) das décadas de 1960 e 1970 (PAIM, 2002).

A VII CNS, cujo tema central foi “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos” (CNS, 1980), representou um momento privilegiado para a discussão das propostas da Conferência de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde (BRASIL, 2001b). Contou, inclusive, com a presença do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, repetindo questões levantadas em Alma-Ata, indagou aos participantes se estavam “dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de

prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade” (MAHLER, 1980, p. 14). Nessa oportunidade, o governo federal anunciou a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), no sentido de integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência Social na prestação de serviços, juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Apesar de o PREV-SAÚDE não ter sido implantado, parte do corpo doutrinário da APS continuou inspirando no Brasil certas políticas de saúde, a exemplo dos programas especiais do Ministério da Saúde e das tentativas de descentralização dos serviços de saúde na década de 1980, com destaque para as Ações Integradas de Saúde (AIS). Diante das limitações dessas iniciativas, a atenção básica não foi enfatizada nas proposições elaboradas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (PAIM, 2002).

Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 1990 (BRASIL, 1993b), a APS retomou a agenda política. O PACS, enquanto programa especial nascido no Governo Collor, tinha como finalidade estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e às periferias urbanas, voltando-se, especialmente, para o grupo materno-infantil (BRASIL, 1994a). Foi criticado nessa época por traduzir uma política de focalização prescrita por organismos internacionais, além de ir na contramão da construção de um SUS universal, igualitário e integral.

A partir de 1993, o programa ampliou os seus objetivos, no sentido de o agente comunitário tornar-se capaz de articular os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre as suas atribuições o desenvolvimento de ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo nos níveis individual e coletivo (BRASIL, 1994b).

Na segunda metade da década de 1990, o PACS foi acoplado ao Programa Saúde da Família (PSF), enquanto o governo federal lançava o documento “1997: o ano da saúde no Brasil”, destacando a prevenção, com ênfase no atendimento básico, e apresentando a saúde da família como o novo modelo assistencial do SUS (BRASIL, 1997). A implantação da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) e a adoção do Piso da Atenção Básica (PAB)¹ possibilitaram um reforço da atenção básica e a expansão do PSF (BRASIL, 1998a). Essa NOB-96 previa duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1998a).

No caso do Programa de Saúde da Família (PSF), foi dirigido para a atenção básica e implantado mediante equipes voltadas para uma população adscrita de 600 a 1.000 famílias e compostas por médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários, podendo ser

1 O PAB corresponde a um valor per capita, que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, deveria financiar a atenção básica da saúde (Brasil, 1998).

acrescidas de odontólogos, assistentes sociais, psicólogos etc. (BRASIL, 1998b).

A partir da NOAS-01, as principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pelas equipes de saúde da família (ESF) são: ações de saúde da criança e da mulher; controle de hipertensão, diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001c).

3. ATENÇÃO BÁSICA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A discussão sobre gestão da atenção básica e modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância na formulação de políticas de saúde no Brasil. Assim, a NOB-96 concebia para o SUS “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (BRASIL, 1998a, p. 12).

Além de propugnar por ações intersetoriais, essa norma defendia “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde” (BRASIL, 1998a, p. 13).

Depois de implantado o PAB, contendo um valor fixo e uma parte variável destinada ao incentivo de intervenções, como Ações Básicas de Vigilância Sanitária, PACS/PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais, vigilância epidemiológica etc., o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as orientações para a organização da atenção básica, por meio da Portaria N° 3.925/GM de 13 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998a).

O PSF tem sido visto como estratégia para a reorientação do modelo de atenção, além de constituir-se em porta de entrada do sistema municipal de saúde. Prevê a participação da comunidade em parceria com as equipes na discussão dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento e na avaliação. Considera um erro ser imaginado como serviço paralelo, com equipes responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção de doenças, “enquanto a assistência curativa continua sob a responsabilidade de outros profissionais do modelo anterior” (BRASIL, 2001a, p. 60).

Na avaliação da implantação e do funcionamento do PSF, constatou-se que 71% dos coordenadores estaduais consideram o programa como uma estratégia de reorganização da atenção básica, embora apresentando as seguintes limitações: falta de entendimento dos gestores, alta rotatividade dos secretários municipais e estaduais de saúde, infraestrutura precária das Unidades de Saúde da Família, dupla militância de médicos, condições de trabalho

e vínculos empregatícios precários, insuficiência de profissionais, formação inadequada e dificuldade institucional de absorver o novo modelo (BRASIL, 2000b).

Presentemente, encontram-se em atividade 16.000 equipes de saúde da família, abrangendo mais de 55 milhões de brasileiros (Saúde, Brasil, 2003). A análise da implementação do PSF, enquanto política pública, durante a década de 1990, aponta para perspectivas promissoras, a despeito das dificuldades verificadas, tendo em vista restrições do financiamento e ambigüidades dos diferentes governos. Apesar da precariedade das relações de trabalho, alguns estudos apontam para um comprometimento dos profissionais com o PSF, “associado a sentimentos de satisfação social, apego, envolvimento ligado a razões morais, quando consideram seu trabalho uma atividade de responsabilidade social, um dever a ser cumprido” (SCALDAFERRI, 2000).

Outros reconhecem o PSF enquanto “proposta contra-hegemônica em maturação”, apresentando fragilidades (SILVA, 2002). A autora realiza uma análise da natureza das atividades das equipes do PSF, seja no planejamento e gestão, seja na promoção, proteção, assistência e reabilitação da saúde. Em outras palavras, a pesquisa indica os avanços alcançados pelo PSF, no caso concreto investigado de Vitória da Conquista (BA), no que se refere à realização de atividades voltadas para o controle de riscos e de danos e à insuficiência das ações de controle das causas dos problemas de saúde. Portanto, os acúmulos sóciopolíticos e a “pedagogia do exemplo” dessa iniciativa, não obstante os seus percalços, parecem contribuir, via ação política, para a reorientação do sistema e redefinição das práticas de saúde (GOULART, 2002).

4. GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A gestão da atenção básica tem utilizado um conjunto de ferramentas resultantes de normas técnicas e administrativas emanadas da direção nacional do SUS e pactuadas, na maioria das vezes, com as instâncias estadual e municipal por meio da Comissão Inter-gestora Tripartite (CIT). A partir dessas iniciativas, alguns instrumentos e procedimentos tem sido propostos, tais como cadastro e implantação do Cartão SUS, adscrição de clientela, referência para assistência de média e alta complexidade, acompanhamento, avaliação e “estratégia de saúde da família” (BRASIL, 2000a).

De acordo com a NOB-96, os municípios teriam responsabilidades na gestão da atenção básica, tais como: desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde; desenvolvimento de mecanismos de

controle e avaliação; desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária; administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica; e fortalecimento do controle social no município (BRASIL, 2000a).

A NOAS-SUS 01/2001 atualizou as condições de gestão do NOB-96, definiu prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, propôs a formulação de plano diretor de regionalização e a qualificação das microrregiões na assistência à saúde, além de recomendar a organização dos serviços de média e alta complexidade. A NOAS-02 manteve as duas modalidades de habilitação previstas pela NOAS-01 para a gestão dos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM (BRASIL, 2001c; 2002b).

Além dessas normas, existe o Pacto da Atenção Básica, que permite, desde 1999, a realização de uma espécie de "contrato de gestão", pautado em indicadores selecionados e em negociação de metas, bem como o estabelecimento de processos sistemáticos de acompanhamento e de avaliação. Desse modo, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica "inaugura no cotidiano da gestão do SUS uma nova prática que vincula a organização de ações e serviços de saúde à análise do desempenho de indicadores de saúde selecionados" (BRASIL, 2000a, p. 2), no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Ao definir as responsabilidades de cada uma das instâncias gestoras, o Pacto da Atenção Básica integra-se à Programação Pactuada Integrada (PPI)², que pretende "estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS" (BRASIL, 2002b, p. 18). Esse Pacto, com seus respectivos indicadores, tem sido renovado a cada ano mediante portarias (Portaria Nº 779 de 14/7/2000). Além disso, tem sido discutida com estados e municípios a Agenda Nacional de Saúde.³

O desenvolvimento dessas ferramentas parece constituir passos relevantes para a gestão da ABS (SAMPAIO, 2003). Entretanto, a utilização de todas as potencialidades dessas tecnologias de gestão fica, em parte, na dependência da capacitação técnica das equipes municipais e do compromisso político dos dirigentes em relação ao SUS.

2 Entre os objetivos da PPI, destacam-se: a) garantir a equidade do acesso; b) explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS; c) consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação da política estadual de saúde e na regulação geral do sistema estadual de saúde; d) estabelecer processos e métodos que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada esfera de governo; e) consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde; f) explicitar a programação dos recursos estaduais e municipais, respeitada a autonomia dos vários níveis de gestão e realidades locais (Brasil, 2000a).

3 A Agenda estabelece os seguintes eixos prioritários de intervenção: a) redução da mortalidade infantil e materna; b) controle de doenças e agravos prioritários; c) reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde (Brasil, 2001d).

5. ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS CIDADES

Não obstante os esforços mencionados no tópico anterior, a gestão da atenção básica encerra um conjunto de problemas a exigir análise e encaminhamento.⁴ O fato de a assistência hospitalar/urgência/emergência ter ganho maior proeminência, face à visibilidade que adquire na mídia em função de pacientes graves sem acesso ao sistema, não deve obscurecer os desafios postos para a gestão da atenção básica.

Nesse particular, merecem ser mencionados os desafios referentes à complexidade do perfil epidemiológico, recursos humanos (relações de trabalho, qualificação, compromisso, remuneração etc.), gestão participativa, financiamento, intersetorialidade, equidade, eficiência, entre outros. Apesar da relevância desses desafios, três problemas serão destacados para discussão na situação brasileira: o desprestígio da análise da situação de saúde, o viés do planejamento agregado e normativo e a segmentação do sistema de saúde. Ainda que tais problemas não apresentem a mesma estatura daqueles desafios, têm, no entanto, a possibilidade de diálogo com os mesmos, e assim possíveis soluções levantadas para algumas partes poderiam influenciar o todo.

a) Desprestígio da análise da situação de saúde

A análise da situação de saúde corresponde ao momento explicativo do processo de planificação/gestão. A partir desse momento, podem ser identificados os problemas de saúde (riscos e danos), examinado o perfil demográfico e suas tendências, realizado o balanço entre demanda e oferta de serviços de saúde e discutidas as necessidades na situação atual. A explicação dos problemas e a busca dos determinantes das necessidades de saúde conferem maior racionalidade na análise da situação, oferecem elementos para a configuração de prognósticos ou cenários (KNOX, 1981) e permitem vislumbrar certas oportunidades para a ação. Apesar de alguns esforços esparsos de institucionalização do planejamento como ferramenta de gestão (PAIM, 2002), e não obstante a exigência legal de elaboração de planos municipais de saúde, constata-se um progressivo desprestígio da análise da situação de saúde.

Assim, as necessidades de saúde que requerem ações individuais e coletivas visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos, bem como as de proteção e promoção da saúde, não têm sido dimensionadas para melhor planejar e organizar a atenção básica. Os problemas de saúde que constituem a demanda por serviços de ambulatório, apoio diagnóstico e terapêutico, urgência/emergência e assistência

4 Nesse particular, não se pode esquecer a grande variedade das cidades brasileiras. O país possui cerca de 5.500 municípios com grande diversidade de extensão, de população e de condições sócioeconômicas. Se forem consideradas apenas as cidades com mais de 100.000 habitantes, elas passaram de 12 em 1940 para 101 em 1980 e 175 em 1996 (Santos & Silveira, 2001:205).

hospitalar têm sido pouco investigados para orientar a oferta. Desse modo, as doenças e os agravos que se distribuem na população nem sempre são considerados para o estabelecimento de prioridades ou mesmo para fundamentar as intervenções. A utilização da epidemiologia na planificação da atenção à saúde (KNOX, 1981) passa a ser supérflua, cumprindo apenas o ritual de apresentar certos indicadores no capítulo diagnóstico dos planos de saúde. As recentes propostas de elaboração de agendas de saúde (nacional, estadual e municipal) ainda não modificaram tal situação,

A ausência de um sistema de informação que forneça indicadores de necessidades e cobertura/utilização de serviços de saúde restringe a análise dos problemas. A inexistência de indicadores que apontem tais necessidades ou mesmo as demandas real e potencial, considerando a população residente nos diversos lugares da cidade e o fluxo adicional de pessoas de outros municípios ou estados que buscam serviços de saúde de grandes centros urbanos, compromete o processo decisório referente à condução dos sistema de saúde e, em particular, a gestão da atenção básica.

Até o sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), montado sob uma lógica inampliada vinculada a procedimentos e produtividade, tem sido pouco utilizado para fins de planejamento. Esse sistema encontra-se atualmente em declínio, pois a implantação do PAB, viabilizando repasses financeiros globais em vez de pagamentos por procedimentos, teve como efeito colateral o abandono do SIA-SUS por parte de certos gestores municipais (SAMPAIO, 2003).⁵

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), inicialmente concebido para o acompanhamento do PACS/PSF, inclui diversos indicadores (demográficos, sociais, cobertura do PACS e PSF, morbidade, mortalidade, difusão de práticas preventivas e de utilização de serviços), além de contemplar as dimensões de território, microlocalização de problemas e responsabilidade sanitária. Abrange diversos níveis de agregação—microárea em que residem 150 a 250 famílias cobertas por agentes comunitários, território com 600 a 1.000 famílias vinculadas à equipe de saúde da família (ESF), segmento, estado, regiões e país. Esse sistema tem sido objeto de propostas de reformulação, no sentido de contemplar todas as unidades básicas de saúde e não apenas aquelas de saúde da família, podendo contribuir para "identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais" (BRASIL, 2000a, p. 22).

Apesar da sua importância e dos indicadores que produz, esses sistemas de informação não são suficientes para uma análise da situação da saúde que contemple

5 Existe, no entanto, um conjunto de indicadores para o acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados pelas normas em vigor, tendo em conta os seguintes bancos de dados nacionais: a) Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; b) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; c) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; d) Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAN (Brasil, 1998b).

tanto os problemas do estado de saúde da população quanto os problemas dos serviços de saúde. Portanto, o planejamento presentemente realizado por intermédio da PPI, embora tenha alcançado indiscutível progresso, ainda se mostra deficiente para aferir necessidades e demandas, restando para muitos gestores apenas uma impressão geral sobre a insuficiência na oferta da atenção básica.

b) Viés do planejamento agregado e normativo

Além da insuficiência de informações, o próprio enfoque do planejamento utilizado compromete a racionalização da oferta da ABS, pois, normalmente, toma como "objetos" uma população supostamente homogênea da cidade e uma rede de serviços aparentemente comungando os mesmos objetivos e interesses. Esse viés do planejamento agregado e normativo negligencia a heterogeneidade estrutural que segmenta a população em classes sociais com distintos poderes econômico, político, cultural e simbólico, bem como a apropriação e a ocupação diferenciadas do espaço urbano (SILVA et al., 1999), de um lado, e a distribuição desigual dos poderes técnico, administrativo e político (TESTA, 1992) nos serviços de saúde, de outro.

As desigualdades sociais que resultam desses determinantes estruturais produzem perfis epidemiológicos diversos segundo as condições de vida dos diferentes segmentos sociais (PAIM, 2000), assim como padrões de consumo de bens e serviços de saúde bastante diferenciados. Se o planejamento ignora as desigualdades em saúde, enquanto expressão de desigualdades sociais, deixa de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população que ocupam o espaço urbano, perdendo, conseqüentemente, a sua relevância. Propostas alternativas como as cidades saudáveis, promoção e vigilância da saúde (TEIXEIRA, 2002), apesar de mencionadas em documentos técnicos e oficiais (BRASIL, 1996; RADIS, 2000; BRASIL, 2002a) e desenvolvidas em alguns municípios, não chegaram a constituir políticas para o conjunto das cidades brasileiras.

Do mesmo modo, o planejamento encontra obstáculos para a racionalização pretendida no que tange à organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde com mecanismos formais e eficientes de referência e contra-referência⁶, quando negligencia os diagnósticos estratégico e ideológico no âmbito do setor e não desenvolve um pensamento estratégico que apreenda as contradições e estabeleça cursos de ação para contornar os impasses, seja na oferta, seja na demanda.

6 Observou-se em São Paulo que "as unidades básicas atendiam à população e faziam seu encaminhamento, sem entrar no mérito de ter essa assistência se transformado ou não em 'encaminhoterapia', quando o paciente chegava aos serviços de referência, ou não recebia atendimento, ou, se atendido, os diagnósticos e tratamento preconizados nas unidades básicas não eram considerados" (HEIMANN et al., 1992, p. 151). Resultados semelhantes foram constatados na Bahia (CARDOSO, 1988).

Do lado da oferta, os hospitais integrantes dos SUS funcionam de modo autárquico⁷, pouco se preocupando com o que ocorre na rede básica, na maioria das vezes com serviços redundantes nos seus ambulatorios⁸, ao ponto de hospitais universitários atenderem casos simples de infecção respiratória aguda, diarreia e escabiose. Se essa inserção não solidária no sistema de serviços de saúde já se fazia na época do SUDS e das AIS (CARDOSO, 1988), a situação agravou-se com a lógica de produtividade inoculada pelas AIH e demais mecanismos de remuneração dos hospitais públicos, semelhantes aos dos serviços privados contratados pelo SUS.

Do lado da demanda, evidências reforçam o pressuposto de que "o acesso real não ocorre em função de uma hierarquização formal idealizada, mas, pelo contrário, da utilização de diversas estratégias que a população utiliza, em face dos constrangimentos impostos pela precariedade da oferta" (BODSTEIN, 1993, p. 12).

c) Segmentação do sistema de saúde brasileiro

Se é possível enfrentar os problemas relativos à análise da situação de saúde e ao planejamento de grandes agregados nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional do SUS, mediante a incorporação de propostas alternativas de atenção e da planificação estratégica e situacional (TEIXEIRA, 2002), o mesmo não ocorre com o problema da segmentação do sistema de saúde brasileiro. Nesse caso, tem-se uma questão política bastante complexa, social e historicamente determinada. Assim, cabe reconhecer as diferentes modalidades assistenciais que mantêm paralelismo de ações e relações competitivas, parasitas ou predatórias com o SUS. Trata-se de modalidades assistenciais vinculadas ao "sistema de assistência médica supletiva" (SAMS), tais como a medicina de grupo, o seguro-saúde e outros "planos de saúde", e aquelas vinculadas ao desembolso direto (medicina liberal e certas empresas médicas).

Apesar da denominação Sistema Único de Saúde, podem ser constatados nas grandes cidades brasileiras três "sistemas": o SUS (público), o SAMS (pré-pagamento) e o da chamada "medicina liberal" (desembolso direto). Alguns autores chamam a atenção para a "perversidade que a manutenção dos três sistemas separados induz pela existência de subsídios cruzados entre eles e pela sustentação, ainda que parcial, dos sistemas privados com base em renúncias fiscais e contributivas" (MENDES, 1998, p. 42).

A mera existência dessas modalidades assistenciais do setor privado em saúde produz efeitos simbólicos ao insinuar maior qualidade, amenidade, agilidade e conforto aos pacientes,

7 "É na assistência médica especializada que a força do corporativismo se faz decisiva e os critérios de acesso mais 'obscuros'. Trata-se de uma clientela construída pela própria prática médica. Destarte é nos hospitais especializados que sobressai o intercâmbio informal entre médicos, sobrepondo-se ao sistema de referência e contra-referência, formando verdadeiras clientelas cativas dentro do serviço público" (VELLOZO; SOUZA, 1993, p. 109).

8 Estudo realizado em uma área de planejamento do Rio de Janeiro no início da implantação do SUS indicava uma "proporção de praticamente 50% entre o número de hospitais e de unidades ambulatoriais e, conseqüentemente, um enorme déficit de unidades básicas na área" (CARVALHO, 1993, p. 126).

em contraposição aos serviços públicos. Esse sistema, voltado para subespecialidades médicas, compromete a equidade, já que "os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles" (STARFIELD, 2002, p. 21). Além disso, a oferta desordenada de assistência médica ambulatorial desse setor privado dificulta a realização do planejamento e da programação local em saúde e favorece a concentração de atendimentos em uns indivíduos em detrimento de outros.

Apesar de a Lei 8080/90 estabelecer a regulação em saúde para todo o sistema de saúde e não apenas para o subsistema público (SUS), a sua regulamentação, mediante normas operacionais e assistenciais, não contemplou as modalidades assistenciais supostamente autônomas por referência ao SUS (SAMS ou serviços não –SUS). Os planos municipais e estaduais de saúde e a vigilância sanitária que poderiam orientar, pelo menos, a instalação e o funcionamento de estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios, consultórios, clínicas, ambulatórios etc.) não têm prestado atenção ao pleno cumprimento da Lei. Esqueceram-se do preceito constitucional segundo o qual os serviços de saúde são de relevância pública, apesar de serem livres à iniciativa privada.

Até mesmo a Lei dos Planos de Saúde e a própria criação de Agência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002c), nascidas sob o modismo da regulação, não regularam adequadamente a oferta de serviços de saúde e, em particular, a ABS nessas modalidades assistenciais não – SUS.

Esses fatos tornam a gestão da atenção básica muito complexa, sobretudo por não poder se descolar dos outros níveis do sistema, do mesmo modo que os municípios não conseguem prescindir das instâncias de gestão estadual e nacional do SUS. Assim, ao lado da engenharia política necessária à implementação da descentralização da gestão em saúde face às características do federalismo brasileiro, o gestor da atenção básica participa de negociações penosas para compra de serviços no setor privado contratado pelo SUS e tem fora de sua governabilidade a assistência médica supletiva. Resolver essa equação, composta por elementos extremamente contraditórios, representa uma das questões centrais da gestão da atenção básica nas grandes cidades brasileiras.

6. QUESTÕES PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pensar a atenção básica nas grandes cidades brasileira, portanto, requer levar em consideração duas questões que continuam a produzir fatos negativos para a ABS em situações concretas: o aprofundamento das desigualdades sociais entre os diferentes segmentos populacionais que ocupam distintamente o espaço urbano e a segmentação do sistema de saúde brasileiro, com superposição de consumo entre diversas modalidades assistenciais para as classes alta e média e dificuldades de acesso ou exclusão para os mais pobres.

No primeiro caso, caberia examinar os diferenciais intra-urbanos da mortalidade, morbidade e riscos enquanto expressão das desigualdades de saúde. Estas representam a face fenomênica das iniquidades sociais a serem investigadas pela economia política da cidade (SANTOS, 1994). Na realidade, as iniquidades sociais constituem a essência das formas de produção e reprodução social nas cidades sob o capitalismo, tal como revelam em diversos estudos sobre saúde e condições de vida. A própria constituição do espaço urbano, por sua vez, indica certos determinantes históricos e estruturais que conformam a distribuição espacial das populações, segundo condições de vida, e ajuda a analisar a situação de saúde e a explicar as desigualdades em saúde (PAIM, 1995). O estudo desse espaço, território utilizado ao longo da história, com seus sistemas de objetos e sistemas de ações, seus fixos e fluxos, "aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território" (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 20).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro, instalada a despeito do SUS, reproduz as mesmas desigualdades observadas nas condições de saúde, dessa vez em relação ao acesso e à qualidade da atenção. Propostas de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, tal como as contidas nas NOAS (2001 e 2002), e o fortalecimento da "estratégia de saúde da família", apesar de inteligíveis pelo seu caráter racionalizador, estão longe de responder à segmentação do sistema, sobretudo sem os investimentos necessários à expansão da rede pública e à remuneração adequada dos seus recursos humanos.

Esse apartheid sanitário representa, portanto, o enigma a ser decifrado para a gestão da atenção básica, especialmente nas grandes cidades. Assim, a pergunta central é: como fortalecer processos de reorganização da atenção básica, mantendo o padrão de desigualdades e a segmentação do sistema de saúde por tempo indeterminado? Evidentemente que tais questões, ao permanecerem sem políticas públicas consistentes voltadas para a sua equação, configuram constrangimentos para o desenvolvimento da ABS na perspectiva da equidade, qualidade, efetividade e humanização.

7. PROPOSIÇÕES PRELIMINARES

As proposições e estratégias expostas a seguir constituem uma sistematização preliminar, sem proceder, por conseguinte, a análises de coerência, factibilidade e de viabilidade. Seu propósito é estimular uma reflexão capaz de propiciar debates e encaminhamentos políticos que favoreçam a consolidação da ABS nas grandes cidades. O Brasil já dispõe de um acúmulo de experiências inovadoras nas últimas décadas (ALMEIDA, 1989; SCHRAIBER, 1990; CECÍLIO, 1994; CAPISTRANO FILHO, 1995; TEIXEIRA; MELO,

1995; SCHRAIBER et. al., 1996; MERHY; ONOCKO, 1997; MENDES, 1998; SILVA JR, 1998; TEIXEIRA, 2002) que precisam ser valorizadas e difundidas, no sentido de contribuir para a qualificação da gestão da atenção básica.

No que diz respeito à análise da situação de saúde cabe reforçar o estudo da distribuição espacial de problemas de saúde no sentido de identificar grupos mais vulneráveis para a adoção de políticas públicas. Desde a constatação de uma distribuição extremamente desigual da mortalidade infantil entre diferentes distritos ou bairros em cidades como São Paulo, Porto Alegre e Salvador na década de 1980, aponta-se para a pertinência da utilização dessa abordagem na planificação e gestão. Tais investigações sobre desigualdades em saúde recuperaram os estudos ecológicos da epidemiologia para a planificação em saúde e possibilitaram a sua utilização pela mídia, organizações da sociedade civil e secretarias de saúde. Na Bahia, verificou-se o aproveitamento dos resultados dessas pesquisas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, no desenvolvimento dos seus programas entre 1993 e 1996 e na elaboração do Plano Municipal de Saúde (1997-2001), e pela Secretaria do Estado no caso do Plano Estadual de Saúde (1996-1999). Tais estudos (PAIM et al., 1999; PAIM, 2000) revelam o caráter desigual da distribuição espacial das violências, possibilitando compor "mapas do risco" de homicídios (NORONHA et al., 1997). Desse modo, tornou-se possível "microlocalizar" o risco de morrer por essa causa e identificar os diferenciais intra-urbanos de mortalidade. O mapeamento das áreas de maior risco permite, portanto, uma maior atenção para as populações vulneráveis e a formulação de políticas públicas tendo em conta os espaços de ocorrência das violências e de residência das vítimas.

Portanto, a análise de informações desagregadas no espaço urbano pode ensejar, também, um planejamento desagregado e a organização da saúde no nível local (MENDES, 1998). No caso da gestão, caberia assegurar a universalização da atenção básica ampliada, iniciando pelas áreas com piores condições de vida e saúde, enquanto se racionaliza a oferta dos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade) e se valorizam os mecanismos formais referência e contra-referência mediante um desenho estratégico.

O caminho a ser acionado seria o cadastro amplo dos indivíduos e famílias para o cartão SUS, por intermédio da distritalização. As iniciativas de organização de distritos sanitários em cidades como Salvador, Maceió, Natal, Fortaleza, Curitiba e São Paulo, entre outras (TEIXEIRA; MELO, 1995; SILVA JR, 1998), apesar de negligenciadas até recentemente pelo Ministério da Saúde, poderão ser recuperadas por processos inovadores de gestão da atenção básica. A metodologia a ser adotada seria semelhante à usada pelo IBGE nas pesquisas censitárias. Isso facilitaria procedimentos posteriores de geoprocessamento dos dados, bem como a utilização de técnicas de análise espacial (NAJAR; MARQUES, 1998).

Diversas experiências têm sido acumuladas no Brasil com sistemas de informação geográfica (SIG) para a área de saúde (TASCA et al., 1993; 1995; KADT; TASCA, 1993; FERREIRA; AZEVEDO, 1998; RIPSÁ, 2000) e precisam ser utilizadas mais amplamente como ferramenta de gestão da atenção básica. Entretanto, o alto custo e complexidade tecnológica de alguns desses empreendimentos não devem inibir a análise da distribuição espacial dos eventos de interesse para a saúde. Desde os estudos clássicos do jovem Engels sobre a situação da classe trabalhadora em Londres no início do século XIX, podem ser constatadas as desigualdades em saúde e suas relações com as condições de vida (PAIM, 1995), mesmo sem a utilização do computador...

No que concerne a uma alternativa ao planejamento de agregados e normativo, a distritalização pode ser considerada uma tática de reorientação de sistemas de saúde que considera a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade da situação de saúde segundo as condições de vida das populações inseridas nos distintos territórios. Requer no seu desenho estratégico o teste de modelos de atenção, epidemiologicamente orientados com ênfase na atenção básica, a exemplo da oferta organizada, das ações programáticas e, especialmente, da vigilância da saúde. O distrito sanitário não se restringe, portanto, a uma concepção topográfica e burocrática (MENDES, 1996). Ao contrário, quando a distritalização é acompanhada de propostas alternativas de modelos de atenção, verificam-se novas perspectivas para a gestão da atenção básica.

No caso da vigilância da saúde, trata-se de uma proposta reconhecida como uma via de reorganização da atenção básica (BRASIL, 2000a), na medida em que orienta uma intervenção integral sobre distintos momentos do processo saúde-doença: os determinantes estruturais sócioambientais, riscos e danos (PAIM, 1999). Assim, contempla a promoção da saúde, a prevenção de doenças e outros agravos e a atenção curativa e reabilitadora.

A proposta de vigilância da saúde transcende à idéia de análise de situações de saúde (monitoramento e vigilância da situação de saúde por meio da "inteligência epidemiológica") ou a mera integração institucional das vigilâncias sanitária e epidemiológica. Ao contrário, apoia-se na ação intersetorial sobre o território e privilegia a intervenção, sob a forma de operações, nos problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos. A sua operacionalização se realiza mediante a microlocalização dos problemas de saúde, a apropriação de informações sobre território-processo por intermédio de "oficinas de territorialização" e utilização da Geografia Crítica e do planejamento e programação local de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

Se a perspectiva da gestão corresponde à da vigilância da saúde e não à primazia da assistência médica-hospitalar, pouco importaria se as pessoas com melhores condições

de vida informassem que não pretendem "usar" o SUS⁹. Na realidade, elas poderão utilizar o SUS na urgência/emergência, nos procedimentos de alta complexidade, ou mesmo no atendimento domiciliar para idosos, pacientes com transtornos mentais e doenças crônicas. E ainda que não utilizem tais serviços, estarão sujeitas a surtos e epidemias a exigir ação coletiva (que também é SUS), bem como a ações de proteção a riscos, prevenção de danos e de promoção da saúde.

No caso da proposta referente às cidades saudáveis, contempla uma gestão governamental, que "inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações 'comunitárias' no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais" (TEIXEIRA, 2002, p. 90-91).

Essa proposta, apoiada pela OMS a partir da década de 1980, vem sendo reconhecida como geradora de políticas públicas saudáveis com impacto positivo sobre a qualidade de vida nas cidades (FERRAZ, 1993). Alguns setores do Ministério da Saúde vêm estimulando o desenvolvimento da Promoção da Saúde e apoiando a estratégia do Município Saudável (RADIS, 2000; BRASIL, 2002a)¹⁰. De acordo com o Ministério, "um município começa a se tornar saudável quando suas organizações locais e seus cidadãos adquirem o compromisso e iniciam o processo de melhorar continuamente as condições de saúde e bem-estar de todos os seus habitantes" (BRASIL, 1999, p. 1)¹¹.

O movimento das cidades saudáveis pode potencializar a ampliação progressiva do PSF.¹² Assim, o cadastro amplo, sugerido no início deste tópico, deveria distinguir os segmentos da população totalmente usuários do SUS e aqueles apenas parcialmente usuários, qualificando os vários graus e níveis. O PSF seria mantido como a estratégia fundamental para tal proposição face a sua compatibilidade com a vigilância da saúde e com a proposta das cidades saudáveis. No entanto, deveriam ser cogitadas algumas

9 O atual Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jorge Solla, lembrou que "o senso comum diz que o usuário do SUS está na população de baixa condição sócio-econômica, enquanto sabemos que, hoje, o SUS é utilizado por toda a população. O que difere é o quanto você precisa utilizar e o que você precisa utilizar" (Radis, 2003:31).

10 Entre as principais características desses municípios destacam-se: iniciativa local com forte compromisso político; mobilização e participação comunitária; estrutura organizada e ações intersetoriais; diagnóstico de problemas e necessidades; liderança local reconhecida.

11 Essa estratégia teria as vantagens de apoiar processos de descentralização, fortalecer a participação social e o processo democrático, influir nas políticas públicas locais, incorporar a promoção da saúde na agenda de desenvolvimento local e de coadjuvar com a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1999).

12 O Secretário de Atenção à Saúde informou, recentemente, o propósito da expansão e qualificação da atenção básica, com investimentos apoiados pelo Banco Mundial para os próximos cinco anos e meio. No que se refere ao PSF, a meta é implantar mais 4000 equipes em 2003 (Saúde, Brasil, 2003) e dobrar a população coberta em quatro anos (100 milhões de pessoas). Assim, pretende "requalificar a Atenção Básica, criando condições de maior resolutividade para o PSF, articulando o acesso de pacientes que precisarem da Atenção Especializada, melhorando e investindo em ações de qualificação de recursos humanos visando superar a precarização do trabalho na área da Saúde" (RADIS, 2003:29).

alternativas para os "sem família", ou seja, os moradores de rua, crianças e adolescentes em situação de risco e até mesmo certos grupos de residentes em áreas sob o domínio do narcotráfico e demais organizações criminosas. Nesses casos, os procedimentos utilizados pelo PSF e pela vigilância da saúde teriam de ajustar-se, com criatividade e respeito à cidadania, às especificidades de cada contexto.

Num segundo momento, poder-se-iam cruzar informações do cadastro para o cartão SUS com as obtidas pelo IBGE nas pesquisas da assistência médica e sanitária e PNAD-saúde no sentido de dimensionar necessidades, cobertura e utilização da ABS por diferentes segmentos sociais, considerando as variáveis renda, educação e ocupação. Finalmente, seriam utilizados os dados produzidos pelo cadastro e pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), adotados pelo PACS/PSF (decorrentes da sua ampliação ou quase universalização), na perspectiva da distritalização e da vigilância da saúde.

Já que o SIAB e as equipes de saúde da família não cobrem toda a população, poderiam ser adotados certos parâmetros utilizados no aplicativo da PPI¹³ (SAMPAIO, 2003) e modificados, progressivamente, considerando a experiência de implantação do SUS e do próprio SIAB. Esse procedimento poderia, mediante aproximações sucessivas, calcular os investimentos necessários à ampliação da oferta da atenção básica, estimando as possibilidades de uso dos serviços da SAMS e da medicina liberal por certos segmentos da população.¹⁴

As informações obtidas por tais mecanismos orientariam a implantação de novas equipes de saúde da família (ESF), a instalação de unidades de saúde da família (USF), de ambulatórios e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que assegurem a atenção básica ampliada (ABA). Daí a relevância do PSF: enquanto se montam serviços estruturados, podem ser criadas equipes de saúde da família (ESF) voltadas para necessidades e demandas. A partir delas seriam estruturados serviços com outras lógicas, inclusive da oferta pública da atenção

13 A partir de maio de 2001 a primeira versão eletrônica de um instrumento de programação elaborado pelo Ministério da Saúde foi colocada à disposição dos estados para subsidiar a elaboração da PPI juntamente com os municípios. "Este instrumento buscou relacionar e explicitar compromissos que iam desde a agenda nacional e agendas estaduais e municipais de saúde, o pacto da atenção básica, até a programação das ações propriamente ditas e relatórios de cunho gerencial. A programação iniciava-se pela atenção básica, seguindo para média e alta complexidade, programação hospitalar, do tratamento fora do domicílio - TFD, das órteses e próteses, enfim de todos os grupos que compõem as ações financiadas pelo SUS nos três níveis de governo (SAMPAIO, 2003, p. 11-12).

14 Uma das desvantagens atuais desse aplicativo da PPI reside no planejamento de agregados e normativo. Assim, o objeto de programação é a população do município e não os residentes de unidades menores como regiões administrativas, distritos sanitários ou bairros, tal como trabalha o planejamento e programação local da vigilância a saúde. No entanto, ao nível local este aplicativo poderia ser complementado com os instrumentos elaborados por Silva (2002). Nesse estudo, a autora indica os avanços alcançados pelo PSF, no que se refere à realização de atividades voltadas para o controle de riscos e de danos, porém com insuficiência das ações de controle das causas. Os 6 instrumentos elaborados servem ao planejamento e gestão do trabalho em Saúde da Família e, especialmente, para a supervisão das equipes e dos agentes das práticas de saúde. Mesmo reconhecendo a pertinência de considerar o trabalho vivo em ato e, portanto, as tecnologias leves como propõe Merhy (1997), que permitiriam a criatividade e a adequação às singularidades do real, não creio ser dispensável certo grau de padronização de condutas técnicas tendo em vista a meta de mais de 30.000 equipes de saúde da família no Brasil. Consequentemente, as atividades relacionadas nos 6 instrumentos poderiam representar um embrião para o estabelecimento de normas técnicas para o trabalho das equipes e, como tal, balizamentos para a formação das equipes e para a educação permanente dos seus agentes. Nessa perspectiva, as universidades e serviços de saúde que integram os Pólos de Capacitação em Saúde da Família teriam muito o que contribuir para o salto de qualidade que requer o PSF tendo em conta a sua expansão no Sistema Único de Saúde.

especializada. Esses elementos deveriam, necessariamente, compor o plano diretor de investimentos, articulado ao plano municipal de saúde, tendo em conta as experiências do orçamento participativo (OP).

Se o acesso e a cobertura representam variáveis importantes para a ABS, torna-se imprescindível desagregar o máximo possível a produção de dados e informações no espaço urbano. Assim, a espacialização dessas informações entre distritos sanitários, bairros, zonas de informação, setores censitários e logradouros é fundamental para analisar a situação de saúde segundo as condições de vida da população e, sobretudo, para planejar a melhoria do acesso à ABS na malha urbana, considerando os fixos e os fluxos (SANTOS, 1997), tais como unidades de saúde, acesso físico, vias de transportes etc. Portanto, a ênfase no planejamento e na programação local em saúde (TEIXEIRA, 1993) corresponde a uma via para o alcance de maior racionalização na oferta da ABS e, conseqüentemente, em uma utilização mais razoável dos níveis secundário e terciário da atenção¹⁵. A experiência de Vitória da Conquista (BA) demonstra como a gestão da atenção básica, apoiada na distritalização, vigilância da saúde e saúde da família, pode reorganizar o sistema de saúde e assegurar o atendimento nos níveis secundário e terciário, incluindo central de marcação de consultas e procedimentos especializados com terminais funcionando em rede (BRIGHAM; RODRIGUES, 2000; GOULART, 2002).

Finalmente, cabe enfrentar a questão da segmentação do sistema de saúde brasileiro, tendo em vista o preceito constitucional segundo o qual a saúde é livre à iniciativa privada e, também, as restrições financeiras impostas à expansão do setor público de saúde.

Seria útil refletir, do ponto de vista jurídico, sobre as possibilidades de regulação da ABS do setor privado mediante regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (CONASEMS, 1990) e da Lei 5536/98 (BRASIL, 2002c), seja por decreto presidencial ou portaria ministerial. Em caso positivo, seria estimulada a elaboração de projetos de lei nos níveis estadual e municipal sobre a matéria, além de pactuar novas normas, portarias e decretos a serem estabelecidos pelo nível federal que pudessem respaldar tais iniciativas. No que diz respeito ao desenho estratégico, essa regulamentação poderia ser realizada por etapas, iniciando com a ABS e concomitante à expansão do PSF nos centros urbanos. Em caso negativo, caberia elaborar projeto de lei no sentido de regular o mercado nessas modalidades assistenciais não-SUS, assim como a oferta de serviços públicos de saúde (ABS, média e alta complexidade), inclusive no que diz respeito a importação, localização e instalação de equipamentos médico-hospitalares.

15 A partir do instrumento desenvolvido para a PPI foi possível proceder estimativas e simulações, com parâmetros flexíveis para o cálculo automático das ações, inclusive de exames complementares para o cumprimento de protocolos de pré-natal, hipertensão e diabetes. Desse modo, torna-se possível calcular déficit de coberturas, além de programar diversas áreas. Na PPI/AB-2002 foram acrescidas às 12 telas existentes mais duas: saúde do trabalhador e outras atividades (promoção e vigilância a saúde). A partir do diagrama de vigilância da saúde (PAIM, 1999) foi observado em 2001 que 60% das ações eram destinadas ao "controle de danos", 38% ao "controle de riscos" e apenas 2% para o "controle de causas". Este em 2002, representou a mudança mais expressiva pois passou para 10% (SAMPAIO, 2003).

COMENTÁRIOS FINAIS

As proposições acima formuladas, no sentido de contribuir nos debates para superar o desprestígio da análise da situação de saúde, o viés do planejamento agregado e normativo, bem como a segmentação do sistema de saúde que incidem sobre a reprodução do apartheid sanitário brasileiro, requerem, além de análise crítica e fundamentação técnica, a mobilização de vontades para a construção da sua viabilidade.

A gestão da atenção básica, portanto, não está imune aos grandes desafios postos para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. As dicotomias historicamente postas entre saúde pública e medicina, desde o século XIX, tem sido objeto de reflexão e de intervenção pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil. E a chamada rede básica de serviços de saúde atraiu para si distintos projetos tecno-assistenciais que competiram na condução das políticas de saúde nas diferentes conjunturas da República: posições conservadoras, em que a assistência médica é vista sob a lógica do mercado em que a saúde pública é destinada aos necessitados ou excluídos, mediante campanhas, programas especiais e educação sanitária em postos e centros de saúde; posições reformadoras, que preservam a dicotomia assistência médica e saúde pública e apenas propõem uma rede básica como "porta de entrada" do sistema público de saúde; e as posições transformadoras, originárias do movimento sanitário e da 8ª CNS, ao postularem que a "a rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas" (MERHY, 1997, p. 224).

A Constituição de 1988, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, eleva-a como expressão da qualidade de vida. Desse modo, ou a questão saúde configura-se como questão de Estado e não apenas de governo, ou haverá grandes obstáculos para a superação dos seus impasses. Essas reflexões apontam para a tese segundo a qual a questão da saúde no Brasil não pode ser enfrentada exclusivamente por políticas setoriais. Enquanto qualidade de vida, a saúde deve mobilizar todas as pessoas, individualmente, e a sociedade, organizada ou não.

Na medida em que a atenção básica de saúde (ABS) não fique confinada aos antigos "pobres da cidade" (MONTANO, 1983) nem à gente pobre criada pelas grandes cidades junto ao desmantelamento do estado de bem-estar (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 287), a gestão da ABS terá de interagir com todo o sistema de saúde e com arranjos intersetoriais para garantir efetividade, qualidade, equidade e integralidade das intervenções. Nesse

sentido, alguns autores tem mostrado a necessidade de "novas missões e papéis para essa rede básica, que se traduzem pela construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo" (MERHY, 1997, p. 198).

Algumas das reflexões e proposições esboçadas nos tópicos anteriores tiveram a preocupação de examinar certas vias para o cumprimento dessas "novas missões" da gestão básica, embora sem a pretensão de apresentá-las como uma norma dura capaz de ser adotada em todas as situações. Ao contrário, o recurso ao enfoque estratégico-situacional no planejamento participativo das ações de saúde, locais e intersetoriais, para a promoção da saúde e qualidade de vida, talvez seja um dos caminhos a explorar (TEIXEIRA; PAIM, 2000). Nessa perspectiva, a produção de conhecimentos e a cooperação técnica em políticas públicas, planificação e gestão podem fazer diferença no processo de formulação e de implementação de políticas de saúde e de mudança das práticas sanitárias em conjunturas que contem com governos democráticos, efetivamente comprometidos com a transformação social.

NOTAS

- 1 O atual Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jorge Solla, lembrou que "o senso comum diz que o usuário do SUS está na população de baixa condição sócioeconômica, enquanto sabemos que, hoje, o SUS é utilizado por toda a população. O que difere é o quanto você precisa utilizar e o que você precisa utilizar" (Radis, 2003:31).
- 2 Entre as principais características desses municípios, destacam-se: iniciativa local com forte compromisso político; mobilização e participação comunitária; estrutura organizada e ações intersetoriais; diagnóstico de problemas e necessidades; liderança local reconhecida.
- 3 Essa estratégia teria as vantagens de apoiar processos de descentralização, fortalecer a participação social e o processo democrático, influir nas políticas públicas locais, incorporar a promoção da saúde na agenda de desenvolvimento local e de coadjuvar com a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1999).
- 4 O Secretário de Atenção a Saúde informou, recentemente, o propósito da expansão e qualificação da atenção básica, com investimentos apoiados pelo Banco Mundial para os próximos cinco anos e meio. No que se refere ao PSF, a meta é implantar mais 4.000 equipes em 2003 (Saúde, Brasil, 2003) e dobrar a população coberta em quatro anos (100 milhões de pessoas). Assim, pretende "requalificar a Atenção

Básica, criando condições de maior resolutividade para o PSF, articulando o acesso de pacientes que precisarem da Atenção Especializada, melhorando e investindo em ações de qualificação de recursos humanos, visando a superar a precarização do trabalho na área da Saúde" (RADIS, 2003:29).

- 5 A partir de maio de 2001, a primeira versão eletrônica de um instrumento de programação elaborado pelo Ministério da Saúde foi colocada à disposição dos estados para subsidiar a elaboração da PPI juntamente com os municípios. "Esse instrumento buscou relacionar e explicitar compromissos que iam desde a agenda nacional e agendas estaduais e municipais de saúde, o pacto da atenção básica, até a programação das ações propriamente ditas e relatórios de cunho gerencial. A programação iniciava-se pela atenção básica, seguindo para média e alta complexidade, programação hospitalar, do tratamento fora do domicílio – TFD, das órteses e próteses, enfim de todos os grupos que compõem as ações financiadas pelo SUS nos três níveis de governo (SAMPAIO, 2003, p. 11-12).
- 6 Uma das desvantagens atuais desse aplicativo da PPI reside no planejamento de agregados e normativo. Assim, o objeto de programação é a população do município e não os residentes de unidades menores, como regiões administrativas, distritos sanitários ou bairros, tal como trabalha o planejamento e a programação local da vigilância à saúde. No entanto, ao nível local, esse aplicativo poderia ser complementado com os instrumentos elaborados por Silva (2002). Nesse estudo, a autora indica os avanços alcançados pelo PSF, no que se refere à realização de atividades voltadas para o controle de riscos e de danos, porém com insuficiência das ações de controle das causas. Os 6 instrumentos elaborados servem ao planejamento e à gestão do trabalho em Saúde da Família e, especialmente, à supervisão das equipes e dos agentes das práticas de saúde. Mesmo reconhecendo a pertinência de considerar o trabalho vivo em ato e, portanto, as tecnologias leves, como propõe Merhy (1997), que permitiriam a criatividade e a adequação às singularidades do real, não creio ser dispensável certo grau de padronização de condutas técnicas, tendo em vista a meta de mais de 30.000 equipes de saúde da família no Brasil. Conseqüentemente, as atividades relacionadas nos 6 instrumentos poderiam representar um embrião para o estabelecimento de normas técnicas para o trabalho das equipes e, como tal, balizamentos para a formação das equipes e para a educação permanente dos seus agentes. Nessa perspectiva, as universidades e os serviços de saúde que integram os Pólos de Capacitação em Saúde da Família teriam muito o que contribuir para o salto de qualidade que requer o PSF, tendo em conta a sua expansão no Sistema Único de Saúde.

- 7 A partir do instrumento desenvolvido para a PPI, foi possível proceder estimativas e simulações, com parâmetros flexíveis para o cálculo automático das ações, inclusive de exames complementares para o cumprimento de protocolos de pré-natal, hipertensão e diabetes. Desse modo, torna-se possível calcular déficit de coberturas, além de programar diversas áreas. Na PPI/AB-2002, foram acrescentadas às 12 telas existentes mais duas: saúde do trabalhador e outras atividades (promoção e vigilância à saúde). A partir do diagrama de vigilância da saúde (PAIM, 1999), foi observado em 2001 que 60% das ações eram destinadas ao "controle de danos", 38% ao "controle de riscos" e apenas 2% ao "controle de causas". Este, em 2002, representou a mudança mais expressiva, pois passou para 10% (SAMPAIO, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C. M. de. "Os atalhos da mudança na saúde do Brasil: serviços em nível local: 9 estudos de caso: uma análise comparativa". Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 1989. 119p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.10).
2. BAHIA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Plano estadual de saúde (1988-1991). Salvador: SESAB/Assessoria de Planejamento; 1987. 106p.
3. BODSTEIN, R. (org.) "Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas". Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. 136p.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica SUS – 01/1993. Inf. Epid. SUS Jul 1993; 49-73; Número Especial, 1993a.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de agentes comunitários de saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993b.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994a.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PACS. Normas e Diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994b.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01 /96. DOU 1996 Set 2(70):17064-17071.
9. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. 1997, o ano da saúde do Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília, 1997. 16p.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998a. 369p.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998b. 39p.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programas e projetos: promoção da saúde e município saudável. Brasília, 1999. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 20 set. 1999.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPS/DAB/CGPLAN. Termo de Referência da Oficina de Avaliação da Atenção Básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador, Bahia. Anais. Salvador, 2000a. 35p. Anexos I e II.
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília, 2000b. 65p.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia prático do programa de Saúde da Família. Brasília, 2001 a. 128p.

16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata. In: _____. Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises, Declaração do México. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde; 2001b. p.15-17.*
17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. NOAS – SUS 01/01. Brasília, 2001c. 114p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria No. 393 de 29 de março de 2001. DOU 2001 Mar 30(63):2001d
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Promoção de Saúde: documento de discussão. Brasília, 2002a. 43p.
20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. NOAS – SUS 01/02. 2 ed. Brasília, 2002b. 107p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, 2002c. 264p.
22. BRIGHAM, C; RODRIGUES, A. "Vitória da Conquista: a estratégia está no nome". Rev. Bras. de Saúde da Fam., [S.l.], v. 1, n. 2, p. 12-19, 2000.
23. CAPISTRANO FILHO, D. "Da saúde e das cidades". São Paulo: Hucitec; 1995. 155p
24. CARDOSO DE ARAUJO, E. "A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde". 210 f. 1988. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1988.
25. CARVALHO, M. R. de. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. (org.) Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.117-136.
26. CECÍLIO, L. C. de O (org.) "Inventando a mudança na saúde". São Paulo: Hucitec, 1994. 334p.
27. CONASEMS. Sistema Único de Saúde: Constituição Federal – Seção II; Lei Orgânica da Saúde No. 8080; Lei 8142; Decreto No. 99.438; Carta de Fortaleza. Porto Alegre, 1990. 28p. (Publicações Técnicas, 2).
28. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280p.

29. FERRAZ, S. T. "A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil". *Saúde em Debate*, [S.l.], n. 41, p. 45-49, dez 1993.
30. FERREIRA, S. M. G.; AZEVEDO, P. C. V. de. "Sistema de Informação para Tomada de Decisões em Saúde – SINTOMAS. Sistema de Informação Geográfico para Sistemas Locais de Saúde". In: MENDES, E. V. "A organização da saúde no nível local". São Paulo: Hucitec, 1998. p.133-153.
31. GALLO, E. (org). "Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade". São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 154p.
32. GOULART, F. A. de A. "Experiências em Saúde da família: cada caso é um caso?" 387f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2002.
33. HEIMANN, L. S. et al. "O município e a saúde". São Paulo: Hucitec, 1992. 200p.
34. KADT, E. de; TASCA, R. "Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde". São Paulo: Hucitec: Cooperação Italiana em Saúde, 1993. p. 69-91.
35. KNOX, E. G. "La epidemiologia en la planificación de la atención a la salud". Mexico: Siglo XXI, 1981. p. 23-51.
36. MAHLER, H. Discurso de Halfdan T. Mahler, Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 11-14.
37. MENDES, E. V. "Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud". In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE, M. I. R. R. "Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias". Washington D.C.: OPS, 1990. p.21-27. (Publicación Científica, 519).
38. MENDES, E. V. "Uma agenda para a saúde". São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.
39. MENDES, E. V. "A organização da saúde no nível local". São Paulo: Hucitec, 1998. 359p.
40. MERHY, E. E. "A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas". In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. "Agir em saúde: um desafio para o público". São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.197-228.
41. MERHY, E. E.; ONOCKO R. "Agir em saúde: um desafio para o público". São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 385p.
42. MONTANO, J. "Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos: poder y política". 4 ed. México: [S.n.], 1983. 224p.
43. NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (org.). "Saúde e Espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise". Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 276p.

44. NORONHA, C. V. et al. "Mapa de Risco da Violência: cidade de Salvador". CEDEC: São Paulo, 1997.
45. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica. Washington, D.C.; 1992. 159p.
46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE MIR, R. "Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias". Washington, D.C.: OPS; 1990. p. 5-20. (Publicación Científica, 519).
47. PAIM, J. S. "Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação". In: BARATA, R. B. (org.). "Condições de vida e situação de saúde". Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 7-30.
48. PAIM, J. S. "A reforma sanitária e os modelos assistenciais". In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). "Epidemiologia Et saúde". 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-87.
49. PAIM, J. S. "A Epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde". Acta Paul Enf, [S.l.], v. 13, n. 2943, 2000. (Número Especial).
50. PAIM, J. S. "Saúde, política e reforma sanitária". Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.
51. PAIM, J. S. et al. "Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil". Rev. Panamericana de Salud Pública/ Pan Am J Public Health Washington, v. 6, n. 5, p. 321-332, nov 1999.
52. CIDADES Saudáveis. Radis Temas, [S.l.], n. 19, p. 30, mai 2000.
53. RADIS. Radis Entrevista: Jorge Solla. Radis Comunicação em Saúde 2003 Abr (8):29-31.
54. RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicada à saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde; 2000. 124p.
55. RIVERA, F. J. U. "Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico". Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253p.
56. SAMPAIO, L. F. R. "Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica: PPI/AB, 2001/2002. 2002". Dissertação (Mestrado) - ISC/UFBA. Salvador, 2003.
57. SANTOS, M. "A urbanização brasileira". São Paulo: Hucitec, 1993. 157p.
58. SANTOS, M. "Por uma economia política da cidade". São Paulo: Hucitec, 1994. p. 115-145.
59. SANTOS, M. "A natureza do espaço: técnica e tempo, razão emoção". 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 15-88.

60. SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. "O Brasil: território e sociedade no início do século XXI". Rio de Janeiro: Record, 2001.471p.
61. Saúde, Brasil. Medidas reforçam atenção básica. *Saúde, Brasil* 2003 (84):4-5.
62. SCALDAFERRI, M. C. "O profissional faz acontecer: Comprometimento no trabalho: Avaliando uma dimensão do Programa de Saúde da Família". 133f. 2000. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador, 2000.
63. SILVA, A da P. "A prática da equipe do Programa de Saúde da Família". 100f. 2002. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador; 2002.
64. SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. "Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais". *Rev. Saúde Pública [S.I.]*, v. 33, n.2, p. 187-97, 1999.
65. SILVA JR, A. G. da. "Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva". São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.
66. SCHRAIBER, L. B. (org.). "Programação em saúde, hoje". HUCITEC: São Paulo, 1990. 226p.
67. SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. "Necessidade de saúde e atenção primária". In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) "Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica". São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.
68. SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. C. (org.) "Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica". São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.
69. STARFIELD, B. "Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia". Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725p.
70. TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. di. "Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários". In: MENDES, E. V.(org.) "Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 267-310.
71. TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. di. "A construção de um sistema de informação territorializado nos distritos de saúde de Campo Limpo e de Itaquera, SP". In: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. "Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo". São Paulo: Hucitec, Salvador: Cooperação Italiana em Saúde, 1995. p. 45-68.
72. TEIXEIRA, C. F. "Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização". In: MENDES, E. V. (org.) "Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 237-265.

73. TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. "Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo". São Paulo-Salvador: Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde; 1995. 107p.
74. TEIXEIRA, C. F. "Promoção e vigilância da saúde". Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128p.
75. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. "SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde". Inf Epidem SUS, [Brasília], v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.
76. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. "Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida". RAP, [S.I.], v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.
77. TEJADA DE RIVERO, D. "Salud pública y atención primaria de salud: una evaluación crítica". In: ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. "La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate". Washington, D. C., 1992. p. 173-183. (Publicación Científica, 540).
78. TESTA, M. "Pensar em saúde". Porto Alegre: Artes médicas: ABRASCO, 1992. 226p.
79. VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. de. "Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído". In: BODSTEIN, R. (org.) "Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas". Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.97-115.
- VILASBOAS, A. L. "Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima". 114f. 1998. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador, 1998.

DESAFIOS DAS AÇÕES REGIONALIZADAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REDE URBANA BRASILEIRA

José Marcos Pinto da Cunha

Prof. Dr. do Núcleo de Estudos da População – NEPO/UNICAMP

Aurea M. Q. Davanzo

Pesquisadora do Núcleo de Economia Social Urbana e Regional do Instituto de Economia – NESUR/UNICAMP

Rovena M. C. Negreiros

Pesquisadora do Núcleo de Economia Social Urbana e Regional do Instituto de Economia – NESUR/UNICAMP

RESUMO

O texto identifica desafios que se colocam à estratégia de regionalização e hierarquização das ações de saúde no Brasil, derivando-os de conclusões sobre a dinâmica e as principais características da rede urbana brasileira, bem como da análise de dados específicos da área de saúde. Parte da premissa de que as propostas de regionalização devem levar em conta fatores estruturais, que definem dinâmicas sócioeconômicas regionais, e que condicionam os processos de articulação funcional e de fluxos de bens e serviços entre centros urbanos.

Utilizando metodologia baseada na identificação de fluxos de pessoas em função da busca por assistência hospitalar e lançando mão de uma fonte de dados secundária, as AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares), em que consta a informação da residência do paciente e da ocorrência dos atendimentos hospitalares, são identificados Aglomerados de Saúde para cada uma das Unidades da Federação.

O texto expõe as idéias centrais e a metodologia que nortearam a configuração desses Aglomerados, estudo que foi feito em conjunto pelo NEPO – Núcleo de Estudos da População e NESUR – Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional, ambos da UNICAMP, no âmbito de projeto de pesquisa, Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, contratado pelo Ministério da Saúde.

DESCRIPTORIOS: regionalização; aglomeração urbana.

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

Este texto procura identificar alguns dos desafios que se colocam à estratégia de regionalização e hierarquização das ações de atendimento à saúde no Brasil, que vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde, derivando-os de conclusões de um estudo sobre a dinâmica e as principais características da rede urbana brasileira, bem como da análise de dados específicos da área de saúde. Parte-se também da premissa de que as propostas de regionalização, quaisquer que sejam os campos de atuação pública a que as mesmas se refiram, devem levar em conta fatores estruturais que definem dinâmicas sócioeconômicas regionais e que condicionam os processos de articulação funcional e de fluxos de bens e serviços entre centros urbanos.

A aprovação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01/2001 desencadeou nos Estados o processo de elaboração e institucionalização dos Planos Diretores de Regionalização – PDRs –, definidos como instrumentos de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal. Tais planos estão situados no âmbito de consolidação e aprimoramento do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à adequada organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento à saúde no país.

A NOAS prevê que as propostas de regionalização incorporem a indicação de espaços/recortes espaciais, configurados pela delimitação de conjuntos de municípios, com uma hierarquia funcional estabelecida a partir da capacidade de ofertar tipos de ações e serviços, vinculados a um conjunto de responsabilidades mínimas indicados pela norma. Seu intuito é organizar, dentro desses espaços/recortes espaciais, as ações de saúde e a oferta de serviços, de forma a racionalizar o atendimento, garantindo que a população possa ter acesso aos procedimentos necessários, em qualquer nível de atenção à saúde, no município de residência ou fora dele, mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores, para o atendimento de referências intermunicipais¹.

Essas disposições têm em vista o equacionamento de problemas advindos da descentralização do SUS que são resultantes da ênfase na municipalização. Tais problemas referem-se principalmente à ausência de articulação de um projeto regional de intervenção que, ao respeitar as características próprias do processo de trabalho em saúde, bem como as restrições colocadas pela pequena dimensão e pela precária capacidade de intervenção da maioria dos municípios brasileiros, possa promover a adequada definição

1 De acordo com o que prevê a NOAS – SUS 2001, nos PDRs, os Estados devem definir as bases territoriais para a descentralização e organização do atendimento à saúde, delimitando: Regiões e Microrregiões de Saúde, Módulos Assistenciais, Municípios-Sede de Módulos Assistenciais, Municípios-Pólo e Unidades Territoriais de Qualificação na Assistência à Saúde. (NOAS – SUS 2001, Capítulo I).

e implementação de sistemas regionalizados de atenção à saúde, fundados na equidade e na resolutividade. Para isso, o planejamento e a operacionalização da assistência à saúde, além dos elementos específicos do setor, devem incorporar variáveis e aspectos que dizem respeito às características da dinâmica sócioeconômica e urbana regional. Como se sabe, tais características, que extrapolam o campo da saúde, têm impacto estrutural na organização regionalizada do território e, por isso mesmo, devem ser consideradas nas decisões políticas relativas ao processo de descentralização da assistência e da gestão do SUS.

É esse o contexto em que se insere a pesquisa desenvolvida pela UNICAMP, por solicitação do Ministério da Saúde, cujos resultados são apresentados neste texto. Os resultados ora apresentados tiveram como base teórica a noção de centralidade e áreas de influência, além de um amplo estudo realizado pelo IPEA em parceria com o NESUR – Núcleo de Economia Social Urbana e Regional, do Instituto de Economia da UNICAMP, e pelo DGEO – Departamento de Geografia, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, referente à identificação e tendências da rede urbana do Brasil.

Partindo-se de uma metodologia relativamente simples baseada na identificação de fluxos de pessoas em função da busca por assistência médica – mais especificamente assistência hospitalar – e lançando mão de uma fonte secundária, as AIHs (autorizações de internações hospitalares), nas quais constam residência do paciente e ocorrência dos atendimentos hospitalares, foi possível identificar, para cada Unidade da Federação, o que se convencionou chamar de Aglomerados de Saúde.

O presente documento apresenta, de maneira sucinta, as idéias centrais e metodologia que nortearam a configuração desses Aglomerados, estudo que foi feito em conjunto pelo NEPO – Núcleo de Estudos da População e NESUR – Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional, ambos da UNICAMP, no âmbito de projeto de pesquisa, Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, contratado pelo Ministério da Saúde.

2. ALGUNS ANTECEDENTES

A existência das aglomerações urbanas brasileiras vem problematizando, sobretudo, a otimização dos recursos repassados pelo SUS, especialmente em função da complexidade das relações e dos fluxos que se estabelecem entre o núcleo e os demais municípios que integram essas áreas. Nas aglomerações urbanas, dadas as especificidades que definem essa integração dos espaços componentes, a descentralização dos recursos e equipamentos de saúde pode não se configurar como a solução mais adequada, já que a mesma lido se traduz, necessariamente, como se planeja, em maior eficiência da alocação de recursos, por

parte do governo federal, e nem mesmo em maior eficácia e produtividade da gestão local.

A isso se agrega o fato de que a questão da ausência estrutural de equidade na distribuição dos recursos nas grandes metrópoles e em suas áreas de influência tampouco foi resolvida, materializando-se, sobretudo, na forma de desigualdades centro-periferia nas áreas que constituem as aglomerações urbanas do país

Com efeito, nesses estratos mais complexos da rede urbana do Brasil, verifica-se que a concentração espacial dos recursos de saúde em geral privilegia as cidades-pólo, configurando um grave problema a ser resolvido, sobretudo porque os hospitais existentes nessas áreas são, via de regra, indevidamente sobrecarregados, na medida em que não existe uma rede secundária de suporte nos municípios da periferia, rede essa que possa evitar, ou pelo menos minorar, o fluxo de população demandante de pronto-atendimento da periferia para o núcleo.

Por outro lado, remarca-se, ainda, que os estados, por sua vez, também vêm deixando de assumir o papel estratégico de planejamento e coordenação das redes regionais de saúde, atribuição que, de resto, extrapola a capacidade técnica e administrativa de ação das prefeituras municipais, o que problematiza a adequada distribuição dos equipamentos e recursos destinados ao atendimento de saúde.

Dessa forma, em função desses problemas, multiplicam-se os exemplos de municipalização da saúde mal sucedidos, em várias aglomerações urbanas do Brasil.

Fica claro, assim, que não basta repassar recursos e/ou serviços às Prefeituras Municipais, impondo-se a necessidade inadiável de estabelecer parâmetros e orientações básicas de organização e hierarquização regionalizada dos serviços de saúde, particularmente aqueles destinados a áreas cujos limites extrapolam as fronteiras municipais, encarando-se esse tipo de procedimento como parte imprescindível do planejamento da destinação e alocação dos recursos de saúde, especialmente nas aglomerações urbanas do país.

Tendo em vista a importância dos fluxos de bens e serviços na definição das formas de articulação entre população e espaço e o papel da descentralização do sistema de saúde como interveniente nessa relação, como etapa prévia para a realização deste estudo, considerou-se adequado que o ponto de partida da definição de uma rede hierarquizada de saúde fosse um diagnóstico atualizado das características da rede de cidades do Brasil. Nesse sentido, este trabalho beneficiou-se diretamente de estudo disponível sobre essa questão, Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil, coordenado pelo IPEA e desenvolvido em parceria pelo NESUR – Núcleo de Economia Social Urbana e Regional, do Instituto de Economia da UNICAMP, e pelo DGEO – Departamento

de Geografia, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Uma primeira observação a ser feita diz respeito às mudanças experimentadas pelo processo de urbanização brasileiro. Nas décadas de 1980 e 1990, o processo de urbanização no Brasil experimentou um conjunto de transformações fortemente articuladas às grandes mudanças espaciais da atividade econômica. A trajetória de desconcentração econômica ocorrida no Brasil, a partir de meados da década de 1970, aumentou a heterogeneidade econômica e social no desenvolvimento das regiões e cidades brasileiras, além de ter estruturado algumas características novas que definem o processo de urbanização, bem como o desenho do sistema de cidades: crescimento populacional mais elevado das antigas periferias econômicas nacionais, provocando a intensificação do fenômeno da formação de aglomerações urbanas; padrões relativamente baixos de crescimento das regiões metropolitanas, e sobretudo de suas sedes; e um peso crescente do conjunto das cidades de porte médio.

Com exceção do Nordeste, onde o crescimento de algumas áreas metropolitanas ainda é elevado – e onde as capitais estaduais estão entre as cidades que apresentam maior crescimento –, pode-se dizer que as cidades brasileiras de porte médio passaram a apresentar taxas de crescimento mais elevadas que as metrópoles. Com isso, o conjunto da rede urbana do País passou a ter um papel mais significativo do que o das grandes metrópoles nacionais, servindo como uma espécie de amortecedor dos movimentos migratórios, fato que reforçou a característica histórica de relativa desconcentração do sistema brasileiro de cidades, diferentemente do que ocorreu em outros países da América Latina.²

Uma outra evidência importante das transformações ocorridas é o fato de que o tipo de urbanização dominante nas principais cidades do País apresenta traços de regularidade que afetam o conjunto da rede urbana, conformando um padrão de crescimento definido pela baixa qualidade de vida urbana e pelo comprometimento da capacidade de desenvolvimento sustentável.

Assim sendo, não há como desconsiderar as evidências sobre esses fenômenos na definição e implementação de propostas de regionalização e hierarquização das ações de saúde. Assim, o projeto de pesquisa desenvolvido pela UNICAMP adotou a perspectiva de desenvolver uma metodologia que pudesse servir de instrumento da organização da atenção e da gestão em saúde, dimensionando e qualificando elementos que têm impactos sobre o processo de descentralização.³

² Ver IPEA/UNICAMP, IE.NESUR/IBGE, 1999.

³ Sobre a metodologia adotada na pesquisa, consulte-se Identificação e Caracterização de Aglomerados de Saúde: notas metodológicas. Relatório I, Projeto de Pesquisa Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, NESUR/NEPO/UNICAMP, abril de 2000.

Utilizando dados secundários e indicadores de diversas naturezas, foram elaborados diagnósticos circunstanciados para todas as Unidades da Federação, que utilizaram amplamente elementos relativos à conformação e à dinâmica da rede urbana, que evidenciam as relações de hierarquia e subordinação presentes na sua estrutura, as áreas de influência entre centros urbanos, que se estruturam em função dessas relações e, ainda, os fluxos de bens e serviços que lhes dão substrato. Tais elementos foram articulados com dados e informações específicas do campo da saúde – no caso, fluxo de internações hospitalares, epidemiológicos e de capacidade instalada de serviços de saúde. Foram articulados também com dados e informações sócioeconômicas e demográficas, que permitiram definir o contexto mais geral em que se dão os chamados fluxos saúde.

No âmbito da investigação realizada interessou, particularmente, a pesquisa e a análise das relações de hierarquia e subordinação entre centros urbanos dos Estados, em função da oferta/demanda de serviços de saúde, explicitando-se como resultado do trabalho:

- a) a identificação de municípios-pólo na prestação de serviços de saúde;
- b) a delimitação das áreas de influência que se definiam em função da centralidade desses municípios-pólo na prestação de serviços de saúde e de sua articulação com municípios periféricos, demandantes desses serviços;
- c) o volume dos fluxos que se observavam entre municípios-pólo, que ofertam bens e serviços de saúde, e municípios periféricos, que demandam esses serviços;
- d) a distribuição espacial dos equipamentos, serviços e recursos de saúde existentes;
- e) o perfil demográfico e epidemiológico da população estudada.

Buscou-se, em suma, a partir de metodologia adotada pelo projeto de pesquisa, desenvolver estudos que possibilitassem definir o grau de centralidade de municípios-pólo na prestação de serviços à saúde e sua articulação com municípios satélites, definindo, configurando e caracterizando Aglomerados de Saúde.

Cabe deixar claro que a preocupação de fundo que deu base a esse procedimento foi a de que, de um estudo desenvolvido com esse eixo, seriam derivados resultados que pudessem ser apropriados como subsídios e/ou parâmetros fundamentais e que são, hoje, apenas marginalmente considerados como elementos integrantes dos processo de planejamento e de tomada de decisões no âmbito do SUS.

A adoção do eixo de investigação e análise incorporado pela pesquisa parte da constatação de que, em especial nas aglomerações urbanas do País, onde ocorrem fluxos de bens e serviços e relações de interdependência entre centros urbanos, de distintos níveis hierárquicos e com diferentes papéis funcionais, é necessário buscar a otimização da alocação de recursos para o atendimento das demandas de saúde. Nessas áreas, em geral os municípios-pólo concentram os recursos de atendimento e, em função disso, canalizam demandas regionais.

Contudo, em que pese essa concentração de recursos, nem sempre as demandas são adequadamente atendidas, uma vez que a alocação dos mesmos é planejada sem considerar a realidade da polarização, bem como a existência de áreas de influência delimitadas e com características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas definidas.

Com efeito, na esfera federal, e mesmo nos estados, os processos de decisão relativos à descentralização da saúde são rotineiramente definidos em função de demandas locais, a despeito do fato de que, nas aglomerações urbanas, dadas as especificidades que definem a integração dos espaços componentes, a descentralização dos recursos e a alocação de equipamentos de saúde no nível local nem sempre se configuram como soluções adequadas, ou em soluções que se traduzem necessariamente em maior eficiência, no que tange às decisões de descentralização adotadas, e nem mesmo em maior eficácia e produtividade da gestão local desses recursos.

Assim, estava presente no estudo o objetivo de definir uma metodologia de organização e hierarquização das ações da saúde, baseada fundamentalmente na articulação entre elementos relativos às características e dinâmica da rede urbana e em elementos que compunham o quadro de distribuição espacial dos recursos de saúde, considerando o tipo e a qualidade dos equipamentos e recursos, a distribuição espacial da clientela do sistema e o perfil epidemiológico da população.

3. NOTAS METODOLÓGICAS

A pesquisa Organização e Hierarquização das Ações de Saúde orientou-se pelo objetivo de identificar e caracterizar aglomerados de saúde, entendidos como áreas compostas por conjuntos de municípios, configuradas com base em critérios de contigüidade espacial e, sobretudo, em critérios e/ou procedimentos definidores da polarização exercida, por centros urbanos determinados, bem como de suas áreas de influência, como decorrência da oferta e demanda dos serviços de saúde. O trabalho foi, dessa forma, organizado para aportar subsídios para o processo de definição de regionalizações de saúde, identificando áreas espaciais que se estruturam com base na articulação funcional, nas relações hierarquia e subordinação e nos fluxos de pessoas que se estabelecem em função da oferta e demanda de atendimento à saúde.

Para tanto, procedeu-se inicialmente à identificação de contribuições teóricas e empíricas decorrentes do Estudo da Rede Urbana do Brasil⁴, agregando-se a elas a análise de dados secundários específicos da área de saúde, passíveis de serem utilizados para a configuração dos aglomerados de saúde.

4 IPEA/UNICAMP – IE/NESUR/IBGE, 1999.

Partiu-se da premissa de que, da mesma forma que a circulação da produção de bens e serviços em geral articula-se a partir de uma lógica de estruturação de espaços e/ou municípios mais ou menos polarizadores e espaços e ou municípios tributários dessa polarização, também no caso da saúde seria possível encontrar uma configuração semelhante, tendo em vista que o atendimento nesse campo de atuação claramente constitui-se num dos mais importantes ramos do setor serviço no País. Adotou-se o suposto de que a forma mais eficaz de identificar pólos de atendimento seria a análise de informações relativas ao fluxo de bens e serviços de atendimento à saúde. E, embora reconhecendo que a polarização constitui um fenômeno que responde a determinações e a uma lógica mais geral, que reflete as várias dimensões sócioeconômicas que estão na base da circulação de bens, serviços e pessoas, optou-se por considerar na determinação dos pólos e de suas áreas de influência apenas dados relativos ao movimento de pacientes para internação, admitindo-se que isso poderia conferir maior especificidade às propostas de definição de regionalizações de saúde.

As informações específicas de saúde mais pesadamente utilizadas pela pesquisa foram derivadas do banco SIH – Sistema de Informação Hospitalar⁵ –, implantado a partir de 1989, cujos registros são organizados e gerenciados pelo DATASUS. A partir da análise das AIHs – Autorizações de Internação Hospitalar – aí registradas, foi possível identificar municípios de ocorrência das internações, bem como municípios de residência dos pacientes e, de posse dessas duas informações, tornou-se factível identificar os fluxos de saúde estabelecidos entre municípios pela internação de pacientes nos serviços de saúde existentes.⁶

Com base em processamentos especiais das AIHs, foram construídas Matrizes de Ocorrência/Residência, as quais forneceram as bases empíricas para a determinação e a mensuração dos fluxos de pacientes.

Convém insistir que a concepção que orientou esse procedimento metodológico foi a de que os fluxos de saúde não são autônomos. Ao contrário, são parte de uma dinâmica regional mais complexa, que vai além da especificidade das determinações do setor saúde. São determinados, em larga medida, pela articulação funcional entre centros urbanos e pela hierarquia que se estabelece entre esses centros, a partir da oferta e demanda de um variado conjunto de bens e serviços, entre os quais os serviços de atendimento à saúde. Os fluxos das AIHs entre duas cidades tendem apenas a acompanhar os movimentos que expressam uma determinada dinâmica regional e, com isso, as polarizações detectadas pelo estudo da rede urbana proporcionam indicações seguras para identificar a polarização dos fluxos de pacientes.⁷

5 Sobre as características desta fonte de dados, particularmente suas limitações, ver Anexo.

6 Na identificação e caracterização dos aglomerados de saúde foram utilizados os seguintes bancos de dados gerais e específicos da saúde: SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares; SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais; SIM-SUS – Sistema de Informações de Mortalidade; Censo Demográfico de 1991 e 2000 – IBGE; Contagem Populacional 1996 – IBGE; STN – Secretaria do Tesouro Nacional: Balanços Estaduais e Municipais.

7 Sobre algumas limitações das AIH's ver anexo.

A versão hipotética da matriz de fluxos utilizada no trabalho é apresentada a seguir:

MATRIZ HIPOTÉTICA DE FLUXOS DE AIHS PARA O ESTADO E1

Residência do Paciente	Local do atendimento									
	Munic. 1	Munic. 2	Munic. 3	Munic. 4	Munic. 5		E1	E2		Evasão
Município 1	X_{11}	X_{12}	X_{13}	X_{14}	X_{15}					$X_{1.}$
Município 2	X_{21}	X_{22}	X_{23}	X_{24}	X_{25}					$X_{2.}$
Município 3	X_{31}	X_{32}	X_{33}	X_{34}	X_{35}					$X_{3.}$
Município 4	X_{41}	X_{42}	X_{43}	X_{44}	X_{45}					$X_{4.}$
Município 5	X_{51}	X_{52}	X_{53}	X_{54}	X_{55}					$X_{5.}$
.	.	.	.	.	.					.
.	.	.	.	.	.					.
E1		.	.							.
E2										
.										
.										
Invasão	$X_{.1}$	$X_{.2}$	$X_{.3}$	$X_{.4}$	$X_{.5}$					

Em que:

X_{ij}: volume de AIHs de pacientes com residência no município (ou Estado) "i" e cujo atendimento deu-se no município (ou Estado) "j".

Como se pode notar, a partir da construção dessa simples matriz é possível estudar os movimentos de pacientes entre os municípios de um mesmo estado ou de estados diferentes. Nesse estudo, essa matriz foi criada de forma a discriminar todos os municípios do Estado a ser analisado, sendo os demais movimentos especificados apenas em termos das outras Unidades da Federação em que ocorreram ou se originaram os atendimentos.

Fica claro que com essa forma de analisar os dados é possível mensurar os seguintes volumes:

- Total de AIHs de residentes no município (ou Estado) "i" = $X_{i.}$;
- Total de AIHs com atendimento no município (ou Estado) "j" = $X_{.j}$;
- Total de AIHs de pacientes residentes no município (ou Estado) "i" atendidos no próprio município (ou Estado), ou seja, $i = j = X_{ii}$;
- Vol. total de "invasão"⁸ de atendimentos no município (ou Estado) "j" = $(X_{.j} - X_{jj})$;
- Vol. total de "evasão" de atendimentos no município (ou Estado) "i" = $(X_{i.} - X_{ii})$

8 O termos invasão e evasão serão usados de maneira análoga ao que é feito na demografia e epidemiologia quando se trata de analisar as estatísticas vitais. Assim, no caso das AIHs, o termo invasão refere-se ao local de atendimento do paciente que apresenta lugar de residência distinto e o termo evasão, tem como referência o local de residência do paciente, configurando-se sempre que o atendimento não ocorra nessa área. Para detalhes sobre o uso desses termos nos estudos com estatísticas vitais ver, por exemplo, Fundação SEADE, 1982.

Dessa forma, supõe-se que tais fluxos refletiriam não apenas demandas reprimidas por internação em certos municípios, mas sobretudo áreas que, por sua capacidade instalada e complexidade de serviços de saúde disponíveis, acabavam atraindo pacientes, configurando-se como pólos de atendimento.

Para se posicionar como pólo, não basta, contudo, que o município apresentasse um contingente populacional elevado, que tivesse um grande número de internações de não-residentes, ou tão somente que se destacasse regionalmente pelo volume desse tipo de demanda. A identificação do município-pólo dependeu de uma análise multidimensional que, além do fluxo e do volume dos atendimentos, também levou em conta a capacidade da rede de saúde instalada, o perfil sócio demográfico e epidemiológico da população etc. Dessa forma, foi possível definir mais apropriadamente as áreas de influência dos pólos, evitando definições equivocadas de regionalizações que poderiam ser propostas pela simples análise dos fluxos das AIHs.

Nesse sentido, a metodologia de definição de pólos e de suas áreas de influência foi apresentada para a proposição do quadro dos aglomerados de saúde dos Estados, quadro esse passível de modificação no âmbito da definição dos Planos Diretores de Regionalização, que eventualmente podem considerar dados e informações sobre a dinâmica de atendimento à saúde que não são disponíveis nos bancos do DATASUS.

Tendo em vista o tipo de informação utilizada, a metodologia adotada para a caracterização dos municípios em termos de atração ou expulsão de atendimentos em saúde, baseou-se em grande medida nos estudos realizados no NEPO/UNICAMP sobre migração. Embora relativos a um fenômeno de natureza distinta, os dados sobre os movimentos migratórios são similares àqueles derivados dos fluxos de AIHs. Portanto, nos dois casos, a análise quantitativa do fenômeno – de um lado, a invasão ou a evasão de pacientes e, de outro, a imigração ou a emigração de indivíduos – pode ser feita da mesma forma, já que ambas tratam de fluxos de pessoas. Sendo assim, de modo similar ao que é usualmente feito nos estudos migratórios, a partir da matriz apresentada foram construídos indicadores, destinados a discriminar particularidades dos municípios no que se refere aos fluxos organizados pela internação hospitalar. Assim volumes de invasão, evasão, os saldos dessas entradas e saídas, bem como outros índices foram analisados de maneira a indicar a condições de cada município.⁹

Vale lembrar que os indicadores foram utilizados de maneira complementar, uma vez que nenhum deles isoladamente poderia espelhar a condição de pólo de atração ou área de expulsão. Além disso, tal análise não poderia prescindir da consideração do tamanho

9 Para maiores detalhes ver: Identificação e Caracterização de Aglomerados de Saúde: notas metodológicas. Relatório I, Projeto de Pesquisa Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, NESUR/NEPO/UNICAMP, abril de 2000.

populacional do município, uma vez que esse indicador, por si só, está intrinsecamente relacionado com a condição (ou não) de centralidade da área. De fato, na maioria dos casos, os pólos coincidiram com as localidades com grandes contingentes populacionais, tendo em vista que a concentração demográfica tem, em muitos sentidos, uma estreita relação com a concentração de atividades, sejam elas de serviços – como é o caso da saúde –, produção, culturais, sociais etc.

Há que se frisar que a análise dos dados demonstrou a necessidade de se estabelecer uma hierarquia dos pólos, não apenas em termos de sua capacidade de atração, mas também em termos de sua abrangência espacial. Tal abrangência foi definida em três níveis distintos: interestadual; intra-estadual e regional. As áreas de atração, por sua vez, foram classificadas não apenas pelo volume de AIHs, mas também de acordo com a origem da invasão. Assim, os municípios foram catalogados ou como pólo nos três níveis, ou em alguma combinação de dois deles, ou simplesmente em apenas um desses recortes espaciais. No primeiro caso, foram incluídos especialmente os grandes centros estaduais de atendimento; no segundo, as principais cidades do interior dos Estados; no terceiro, centros situados em áreas limítrofes, ou próximas, e com fácil acessibilidade a outros Estados¹⁰; e, finalmente, no último caso, municípios de tamanho intermediário com clara função regional.

No caso específico do corte regional, optou-se por partir das microregiões definidas pelo IBGE, sendo que a abrangência regional foi atribuída àquelas áreas cuja relação com a microregião fossem intensas.

Além dessa classificação pelo critério da abrangência espacial, foi adotada uma segunda forma de hierarquização dos pólos considerando sua importância no contexto estadual, não apenas em termos do volume das AIHs registradas e do seu valor médio, mas também em termos do volume de invasões registradas, sem desconsiderar seu porte, dada a forte correlação entre o volume total de AIHs registradas em municípios determinados e seu tamanho populacional.

Dessa forma, considerando o volume total de atendimentos, não constitui novidade o fato de que os mesmos se concentraram nos maiores centros estaduais; ou seja, quanto maior a população, maior o número de AIHs. Assim sendo, definiu-se uma hierarquia com maior ênfase na quantidade de atendimento de não-residentes. Na verdade, é de se esperar que a invasão também tenha uma relação com o tamanho da cidade, que, no limite, acaba refletindo a concentração de recursos, bem como o grau de complexidade

10 De fato, a acessibilidade ou facilidade de comunicação entre determinadas áreas em função da existência de estradas, transporte regular, etc. acaba sobrepujando a importância da proximidade territorial.

de suas funções, serviços etc. e, portanto, também seu grau de atratividade. No entanto, considerou-se fundamental um tratamento diferenciado das AIHs por residência, como forma de melhor definir o caráter ou condição, não apenas dos pólos, como também suas áreas de influência. Assim, os pólos foram classificados como exercendo alta polaridade, média polaridade e baixa polaridade.

Outra condição que mereceu tratamento especial foi a configuração de áreas menores de polarização dentro de regiões mais amplas e polarizadas por centros maiores. Essas situações foram observadas especialmente nas aglomerações urbanas metropolitanas, onde foram claramente identificados casos de polarização secundária, o que obrigou a criação de uma nova categoria - subpólos -, os quais podem eventualmente ter maior importância no funcionamento do sistema de saúde estadual do que os próprios pólos. Assim, O conjunto de municípios-pólo e municípios polarizados constitui um aglomerado de saúde. Os aglomerados de saúde podem contar com subpólos (municípios que exercem atração significativa, porém menor que aquela do pólo) que nucleiam sub-aglomerados. Nesses casos, dentro dos aglomerados, os subpólos compartilham com o pólo as funções de atenção à saúde¹¹. Foram identificados, também, municípios que, por concentrarem recursos de atendimento especializado (geralmente de fisiologia ou psiquiatria), têm uma abrangência que extrapola os limites do aglomerado e, eventualmente, do Estado. Tais municípios foram chamados pólos de especialidade.

Em suma, para cada uma das microrregiões, foram identificados e caracterizados municípios que, pelo comportamento dos indicadores utilizados na pesquisa, foram classificados como pólos ou subpólos e também foram identificados e caracterizadas suas áreas de influência. A ordem de importância com que cada um dos indicadores foi utilizado foi a seguinte:

- a) tamanho da população: embora não tenha sido fator decisivo para a configuração dos pólos, o total da população residente constituiu um elemento importante para sua seleção;

11 Em geral, as consultas médicas, o atendimento ambulatorial, os exames de apoio a diagnóstico, as terapias e outros procedimentos executados com cobertura do SUS são realizados em instalações hospitalares. Portanto, os fluxos das internações refletem boa parte dos movimentos dos pacientes que se deslocam em busca de atendimento público à saúde. Assim, embora apoiada basicamente nos fluxos de internações, a configuração dos aglomerados de saúde reflete também o fluxo de pacientes que se desloca procurando outros tipos de atendimento. Em apoio à observação acima, vale destacar que, para testar o método adotado para a delimitação dos aglomerados de saúde, foram processados os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais de Exames e Terapias para Pacientes Externos ao SUS - SIAEX, base de dados construída pela Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. O processamento permitiu identificar pólos, sub-pólos e configurações dos aglomerados de saúde idênticos aos obtidos a partir do processamento das AIHs.

- b) volume do saldo de atendimentos: considerando o resultado líquido entre as invasões (I) e evasões (E), foram selecionados como pólos localidades com valores significativamente maiores. Valores elevados desse indicador apontam para áreas mais (ou menos) atrativas em termos dos atendimentos de não-residentes;
- c) volume de invasão (I): esse indicador foi utilizado como forma de recuperar situações em que, mesmo apresentando saldo pouco significativo, a área registrava volume importante de invasão, ao menos relativamente à sua microregião. A consideração desse aspecto evitou a eliminação de áreas com forte potencial de polarização, porém dentro de espaços regionais mais restritos;
- d) índice de eficácia (IE)¹²: esse critério buscou recuperar não apenas o grau de atratividade (ou expulsão) do município, mas também seu alcance espacial. Com esse índice, ficou melhor caracterizado o perfil do município enquanto área de atração, expulsão, ou ambos. Além disso, o IE foi avaliado nas três dimensões espaciais consideradas (interestadual, intra-estadual e regional), o que permitiu observar, com maior clareza, a abrangência da polarização de cada área. De fato, as localidades podem apresentar valores de IE diferenciados por níveis, sendo que tal diferenciação foi um dos principais elementos de decisão para a sua classificação segundo a amplitude espacial da polarização;
- e) taxas e razão de taxas: quanto maior a razão de taxas (ou seja, taxa de invasão dividido por taxa de evasão), maior a capacidade atrativa do município. Na verdade, essa razão tem grande correlação com o IE.

Resta ainda mencionar a forma como foram definidas as áreas de influência dos pólos. A primeira condição para a definição dos aglomerados de saúde, ou, em outros termos, os pólos e suas áreas influência, é a contigüidade espacial dos municípios. Tal restrição representou a eliminação de áreas de municípios mais distantes e, portanto, sem uma relação funcional clara com o pólo, mesmo que registrando eventualmente fluxos de pacientes.

Partindo desse princípio, as áreas de influência foram definidas tendo em vista a magnitude dos fluxos estabelecidos entre os pólos e os municípios do Estado, em especial, aqueles caracteristicamente "exportadores" de pacientes. Pôde-se detectar que poucos foram os casos em que a observação dos fluxos não revelou quase que automaticamente

12 Como o próprio nome sugere, esse indicador, calculado pelo quociente $(I-E)/(I+E)$, aponta para a eficiência de uma determinada área no que se refere aos fluxos de atendimento (invasão ou evasão) a que a mesma está exposta. Valores próximos a 1 (limite máximo) espelham zonas com invasão elevada; ao contrário, valores próximos a -1 (limite mínimo), áreas que "exportam" elevado número de pacientes. Valores ao redor de zero sugerem "unidades de circulação" de pacientes (invasão igual ou próxima à evasão).

as áreas de abrangência dos pólos. Na verdade, situações como as das Capitais, que tendem a centralizar fortemente os serviços mais complexos de saúde, configuram-se como exceções, nas quais a influência sobrepassa o nível do regional ou, em termos das relações interestaduais, o nível fronteiriço. Contudo, mesmo nesses casos, a atração exercida pelo município central mostra-se muito maior para as localidades mais próximas, ou contíguas, do que para aquelas mais distantes.

Assim sendo, na maioria das vezes, a simples observação da Matriz Ocorrência/Residência para as áreas contíguas ou próximas dos pólos era suficiente para atestar a existência de uma certa regionalização. Nesse sentido, em termos operacionais, foi muito útil o ordenamento inicial dos municípios segundo as microrregiões do IBGE, já que a Matriz, organizada dessa forma, permitiu, a princípio, um melhor direcionamento para a observação dos fluxos de pacientes.

Registra-se finalmente que ocorreram situações em que um mesmo município figurava como componente da área de influência de mais de um pólo. Nesses casos, a decisão sobre em qual das áreas incluí-los foi tomada tendo como base o volume dos fluxos de pacientes estabelecidos entre essas localidades e o município pólo. Em última instância, foi o maior fluxo que determinou a alocação da cidade em uma ou outra região.

4. CONFIGURAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE AGLOMERADOS DE SAÚDE

A pesquisa identificou aglomerados de saúde para todas as Unidades da Federação, tendo checado sua configuração com as regionalizações definidas pelos Estados que já contavam com Planos Diretores de Regionalização – PDRs¹³, com o intuito de mapear discrepâncias relevantes entre as duas definições.

Os resultados obtidos na comparação evidenciaram a robustez dos conceitos, critérios e procedimentos metodológicos adotados pela pesquisa, na medida em que não foram identificadas diferenças importantes entre as regionalizações resultantes do trabalho e a dos PDRs. Os procedimentos da comparação realizada estão resumidos a seguir:

- a) Confrontação dos pólos e subpólos identificados nas duas regionalizações, checando se havia ou não coincidência nessas definições. Nos casos de não-coincidência, adotou-se a postura de proceder a uma revisão dos principais indicadores utilizados na pesquisa, calculados a partir das AIHs, para a confirmação ou não dos pólos e subpólos definidos. Não se identificaram discrepâncias significativas na escolha de pólos e subpólos. Porém, em alguns casos, os pólos e subpólos não coincidiram com as sedes dos PDRs. Nesses casos, os

13 Consulte-se: Configuração dos Aglomerados de Saúde, Pesquisa Organização e Hierarquização de Ações de Saúde, Relatório Final. NESUR/NEPO – UNICAMP, out. de 2001.

indicadores calculados para esses municípios possivelmente carregaram erros resultantes do preenchimento das AIHs, aos quais o método não está evidentemente imune.

- b) Considerando a indicação das sedes dos Módulos Assistenciais, definida nos PDRs dos Estados, adotou-se o procedimento de identificar subpólos no caso dos Módulos em que, a partir do processamento das AIHs, estes não haviam sido definidos.
- c) Confrontação dos aglomerados de saúde com a regionalização dos PDRs, para checagem de municípios situados nas fronteiras de ambas regionalizações. Foram analisados os fluxos de AIHs desses municípios fronteiriços para pólos ou subpólos, na definição da pesquisa, ou para pólos de macrorregiões, regiões ou microrregiões, na definição dos PDRs, corrigindo-se ou confirmando-se sua inclusão em aglomerados de saúde determinados.

Dada a não disponibilização dos PDRs, não pode ser efetuada a comparação para os Estados do Maranhão, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins. Por outro lado, para estados cujos PDRs foram disponibilizados incompletos – Pernambuco, Goiás e Bahia –, a comparação foi feita considerando apenas os elementos disponíveis. Para Pernambuco e Bahia, não foi procedida a comparação para regiões que não contavam do PDR – duas regiões em Goiás e uma em Pernambuco. E, no caso da Bahia, só foi feita a comparação para pólos e subpólos.

Não cabe no espaço deste texto relatar os resultados da regionalização definida para cada Estado¹⁴, contudo, apresenta-se a seguir, a título de exemplificação, um cartograma da configuração final dos aglomerados de saúde do Estado do Espírito Santo, chamando-se atenção para tendências que têm implicações para a regionalização e a organização e hierarquização das ações de saúde.

Entre os setenta e sete municípios do Estado do Espírito Santo, cinco foram identificados como pólos de aglomerados de saúde: Vitória, Colatina, São Mateus, Linhares e Cachoeiro do Itapemirim.

Considerando o total da população dos municípios-pólo e dos aglomerados de saúde configurados, observou-se uma variação significativa de porte, chamando atenção para a necessidade de planejamento de políticas de saúde que considerem essa questão, em especial aquelas relativas à distribuição dos equipamentos de saúde, uma vez que se constatou que o maior volume de internações relativas às AIHs ocorre na Região Metropolitana de Vitória, e particularmente na Capital e em Vila Velha, dada a concentração de equipamentos e recursos.

Com efeito, os dados relativos de capacidade instalada dos serviços de assistência médico-sanitária demonstram a concentração no aglomerado de saúde de Vitória,

14 Para resultados da comparação e da configuração final dos Aglomerados de Saúde dos Estados, consulte-se: Configuração dos Aglomerados de Saúde, Pesquisa Organização e Hierarquização de Ações de Saúde, Relatório Final. NESUR/NEPO/ UNICAMP, out. de 2001.

numa proporção acima de 44%, em todos os indicadores selecionados (Leitos hospitalares contratados, número de unidades ambulatoriais, número de serviços ambulatoriais, PAC ambulatorial/média mensal).

Uma outra evidência da pesquisa diz respeito à origem de invasão das AIHs atendidas nos aglomerados de saúde do Estado, com predomínio da invasão intra-aglomerado. O movimento de invasão interaglomerados tem mais peso em Cachoeiro do Itapemirim e Colatina, a despeito de estar presente, em menor proporção, em todos os demais aglomerados de saúde do Estado. O movimento interestadual tem peso significativo apenas em Colatina e São Mateus.

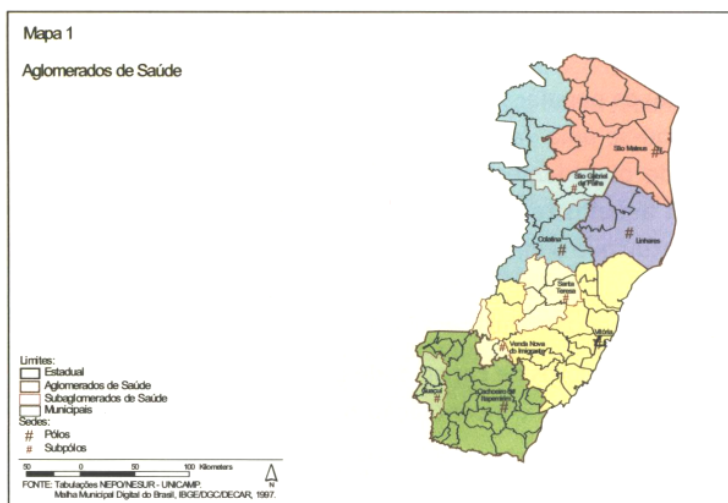
Aglomerados de Saúde				
Indicadores de capacidade instalada: Espírito Santo				
Aglomerados de Saúde	Leitos hospitalares contratados SUS 2000	Número de unidades ambulatoriais SUS 2001	Número de serviços ambulatoriais SUS 2000	PAC ambulatorial média mensal SUS jan/jun 2000
Vitória	3.478	566	724	69.395
Colatina	741	212	212	6.142
São Mateus	539	140	156	2.462
Linhares	229	42	47	256
Cachoeiro do Itapemirim	1.961	322	416	17.717
Total	6.948	1.282	1.555	95.972

Fontes:

Projeto Organização e Hierarquização de Ações de Saúde. Caracterização de Aglomerados de Saúde do Estado do Espírito Santo. NESUR-NEPO/UNICAMP, 2001.

Sistema de interações Hospitalares e Cadastro de Leitos Hospitalares – SIH/SUS. DATASUS, 2000. Tabulações especiais NESUR-NEPO/UNICAMP.

Sistemas de Informações de Atendimento Ambulatorial e Cadastro de Serviços Ambulatoriais – SIA/SUS. DATASUS, 2001. Tabulações especiais NESUS-NEPU/UNICAMP.



Além da delimitação dos aglomerados de saúde dos Estados, também foi procedida uma ampla caracterização de condições sócioeconômicas, da cobertura de infraestrutura de saneamento básico, do perfil epidemiológico da população, da capacidade instalada de serviços de assistência médico-sanitária dos aglomerados e, por fim, estimativas do potencial de gasto dos municípios que integram os aglomerados com saúde. Esse trabalho foi desenvolvido a partir de dados secundários disponíveis, compondo-se um Atlas dos aglomerados de saúde de cada um dos vinte a sete Estados da Federação.¹⁵

Esses Atlas organizam dados e informações de abrangência estadual, dados e informações que detalham a configuração e caracterização dos aglomerados e, ainda, dados e informações agregados no nível municipal. De acordo com essa sistematização, também é possível identificar e caracterizar cada um dos municípios no contexto estadual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como principal objetivo apresentar a metodologia, bem como os elementos teóricos que nortearam a elaboração de uma proposta de regionalização para efeitos da organização do atendimento de saúde nos vários estados da Federação.

Fruto de uma necessidade gerada pela edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001, o projeto encomendado pelo Ministério da Saúde, dado o alcance nacional exigido, ao mesmo tempo que deveria partir de um enfoque teórico consistente, também teria de se basear em uma metodologia de fácil replicação e, sobretudo, lançar mão de fontes de dados minimamente confiáveis e disponíveis ao nível nacional. Acredita-se que o procedimento apresentado neste artigo cumpriu adequadamente todos os requisitos acima.

O uso das AIHs como fonte de identificação de fluxos de pacientes, mesmo que restrito às internações hospitalares, mostrou-se robusto, no sentido de captar a forma como se organiza no Brasil a rede de cidades em termos dos serviços de saúde. Nesse sentido, os resultados obtidos, mesmo que não apresentados aqui, dado a ênfase metodológica deste artigo, não deixam lugar a dúvidas de que, com raras exceções – muitas delas ligadas mais a questões políticas/regionais –, a lógica da organização e/ou configuração da rede de cidades é muito mais complexa e engloba qualquer outra lógica setorial, como, por exemplo, a da saúde.

Acredita-se que este artigo, assim como os resultados do projeto do qual ele se deriva, representam uma contribuição objetiva e útil para o melhor equacionamento da distribuição e eficácia dos serviços de saúde no país.

¹⁵ Atlas disponível no site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.

REFERÊNCIAS

CARACTERIZAÇÃO e tendências da rede urbana do Brasil. Campinas: UNICAMP.IE, 1999 (Coleção Pesquisa, N°3).

CHRISTALLER, W. "Central places in central Germany". Englewood Cliffs: Prentice - Hall, 1966.

CONFIGURAÇÃO final dos aglomerados de saúde, pesquisa organização e hierarquização de ações de saúde: relatório final. [S.l.]: NESUR/NEPO/UNICAMP, 2001.

FIBGE. Anuário estatístico do Brasil 1997. Rio de Janeiro, 1998.

FIBGE. Regiões de influência das cidades: revisão atualizada do estudo divisão do Brasil em regiões funcionais urbanas. Rio de Janeiro, 1987.

FUNDAÇÃO SEADE. Informe Demográfico n.7. São Paulo, 1982.

IDENTIFICAÇÃO e caracterização de aglomerados de saúde: notas metodológicas: pesquisa organização e hierarquização das ações de saúde: relatório I. [S.l.]: NESUR/NEPO/UNICAMP, abr. de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas dos aglomerados de saúde. [Brasília], 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. NOAS–SUS. Brasília, 2001. Capítulo 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: sistema de internações hospitalares. [Brasília], 2000 (CD micro-dados).

PESQUISA organização e hierarquização das ações de saúde. [Campinas]: NESUR/NEPO/ UNICAMP, 2001.

TRAVASSOS, C. "O sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde: SIH-SUS". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996 (mimeo).

ANEXO

A "AIH" como fonte de dados para o estudo de fluxos de pacientes

Pelo que se sabe, poucas são as avaliações sobre a qualidade dos dados das SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e de seu instrumento, as AIHs, como fonte de dados para estudos sobre morbidade, gastos em saúde, características da população atendida, volumes de pacientes etc. Em um breve, mas esclarecedor texto, Travassos (1996) discorre sobre algumas das principais características dessa fonte. Para esse estudo basta, no entanto, apenas recuperar as limitações ou os problemas que a autora considera como principais.

Na verdade, parece ser que, para cada uma das dimensões elencadas acima, existe um aspecto que cobra certos cuidados para o uso das AIHs. No caso dos estudos de morbidade e das características dos pacientes, problemas como a precariedade como são anotadas as informações provenientes dos prontuários médicos, o processo de codificação e a não-existência de registro de reinternações, que tenderia a contar múltiplas vezes um doente (e sua doença) crônico, tornariam bastante delicada a análise. Quanto aos gastos do sistema SUS, a ocorrência de fraudes mencionadas por Travassos, questão, aliás, que tem sido noticiado freqüentemente, também exigiria grande cuidado ao utilizar o dado. Não obstante o anterior, não se pode perder de vista a potencialidade dessa fonte e a necessidade da existência de mecanismo de constante controle e avaliação de maneira a torná-la cada vez mais útil.

Acredita-se, no entanto, que nem mesmo esses problemas representam grandes entraves para o uso das AIHs para a identificação do fluxos de atendimento e, por consequência, de pólos de atração e suas respectivas regiões. Na verdade, pode-se pensar que tais configurações espaciais para serem detectadas não dependeriam, por um lado, de um número real dos pacientes que circulam e muito menos da qualidade da informação contida na AIH, a não ser, é claro, no caso do município de residência.

Nesse caso específico, a questão mostrou-se um pouco mais séria, tendo em vista o significativo percentual de municípios de residência "não declarado" ou "ignorado". Para que se tenha uma idéia, no caso dos estudos preliminares feitos para Pernambuco e Rio Grande do Sul, esse percentual chegou, para os anos de 1996 e 1997, considerados em conjunto, respectivamente a 12,4% e 17,2%. Esse problema tornava-se ainda mais complexo quando se tomavam esses percentuais ao nível municipal.

Na verdade, em vários casos do estudo preliminar realizado, o número de AIHs sem identificação da residência do paciente foi muito mais significativo. De forma a paliar esse problema, decidiu-se adotar o suposto de que as residências desconhecidas seguiriam a mesma distribuição daquelas conhecidas, ou seja, que as AIHs com problemas de informação refletiriam – caso tivessem sido bem preenchidas – basicamente a mesma situação de relações e fluxos entre municípios espelhada pelas AIHs com informação residência do paciente¹. De qualquer forma, não fosse a adoção desse suposto, em muitos casos, perder-se-ia boa parte das internações registradas.

Além disso, a impossibilidade mencionada por Travassos de identificar as reinternações, fato que certamente contribuiria para sobrestimar o número de pacientes atendidos, tampouco representa problema, haja vista que, mesmo sendo da mesma pessoa, a AIH não deixaria de representar uma busca por atendimento.

Assim, e tendo em conta que boa parte das invasões ocorridas nos pólos de atendimento se devem a serviços de maior complexidade, é muito provável que essa múltiplas contagens de indivíduos sejam até mesmo úteis para caracterizar a polarização existente.

A DISTRITALIZAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM SÃO PAULO

Maria do Carmo de Sant Ana¹

Analista de Projetos da Fundação Seade/Profª de História da Rede Estadual de Ensino/ Capacitadora do Programa Parceiros do Futuro pelo Programa do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde

RESUMO

O estudo sobre São Paulo trata da caracterização dos seus contrastes, da distribuição das desigualdades pelo seu território urbano e da não-universalização dos serviços básicos entre os Distritos, do perfil da sua saúde e de uma investigação sobre os dois anos da implantação da distritalização da saúde no Grajaú (janeiro 2001/janeiro 2003), o Distrito mais populoso da cidade. A análise da distritalização mostrou que a dimensão estrutural dos problemas existentes exige soluções de longo prazo e que as duas principais prioridades do Distrito de Saúde, no período estudado, eram oferecer Atenção Básica para todos e enfrentar a dificuldade de acesso aos serviços. Garantiu-se, para 2003, um planejamento diferenciado e socialmente construído com possibilidade de motivar um compromisso coletivo em relação a humanização e à qualidade da atenção. Os indicadores investigados e a experiência estudada delinearam um quadro preocupante da saúde e da vida da população, ressaltando a urgência da implementação da descentralização da organização e das decisões do sistema municipal de saúde, das acertadas estratégias de combate à pobreza, ao desemprego e à desigualdade, por meio dos Programas da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade e das Agendas Regionais de Políticas Sociais Integradas das Subprefeituras, como parte do resgate da dívida social acumulada pelas últimas décadas.

DESCRIPTORIOS: distritalização; atenção primária; desenvolvimento social.

¹ Agradeço o apoio técnico de Catarina A. G. Silvério e Zilda Pereira da Silva e a colaboração imprescindível de Rute Barreto Ramos para a compreensão do processo de distritalização.

CARACTERIZAÇÃO DESSA CIDADE GLOBAL E PARTIDA

Num território inóspito, José de Anchieta e Manoel da Nóbrega fundaram um colégio, em 25/01/1554, onde São Paulo nasceu. A mistura do seu povo veio de raças, etnias e culturas diversas que marcam a vida dessa cidade. Nos três séculos do período colonial, viveram aqui, falando a língua geral com base tupi, um pequeno número de portugueses, definidor da estrutura de poder, e um grande número de mamelucos, cafuzos e mulatos. A essa cultura mestiça caipira somou-se a cultura do imigrante, de cada pedaço do Mundo, e a cultura do migrante, de cada pedaço do Brasil.

Durante 449 anos, São Paulo vendeu índios como escravos, exterminou suas nações, encontrou metais preciosos, redefiniu fronteiras nacionais, tornou o café o principal produto de exportação brasileira, substituindo a mão-de-obra escrava africana pelo trabalho livre dos imigrantes (a partir de 1850), iniciou a industrialização (1914), criando contornos urbanos e dando origem à burguesia nacional, ao operariado e à classe média. De 1930 a 1954, o Brasil toma feição de Nação, fortalece o processo de capitalização nacional e renova a estrutura da produção industrial, sobretudo a paulista. Em 1956, a indústria automobilística torna São Paulo e seu entorno o maior parque industrial e o centro da economia do país, impulsionando a migração, a partir dos anos 60.

Em trinta anos, passou a sediar empresas multinacionais, transnacionais e nacionais; configurar-se como centro financeiro de grande porte, dotado de atividades terciárias e quaternárias de ponta; dispor de um parque manufatureiro inovador e de um locus por onde transitam decisões financeiras, mercadológicas e tecnológicas, capazes de moldar a economia nacional e suas articulações com fluxos internacionais de comércio, informação e conhecimento. Sua estrutura produtiva e da Metrópole responderam aos condicionantes macroeconômicos, com incrementos de produtividade e competitividade dos principais gêneros que compõem o seu parque industrial (ARAUJO, 2001).

Na década de 1990, a dinâmica do capitalismo transforma-se e transforma a vida de todos: a globalização dos mercados de capital e a ausência de mecanismos de regulação financeira incrementaram a dependência de economias com relação à dívida externa, pressionando a adoção de políticas de ajuste recessivo e afetando significativamente o mercado de trabalho. As economias da América Latina cresceram moderadamente; contudo, aumentou a força de trabalho, o desemprego, o número de trabalhadores autônomos e/ ou os informais sem garantias da legislação trabalhista, com insuficiente geração de emprego e decréscimo do PIB e não-recuperação do salário mínimo. A terceirização remete a atividades muitas vezes insalubres, perigosas e pulverizadas, dificultando as ações dos sindicatos e a realização da proposta de Promoção de Saúde (REUNIÃO, 1999).

Fragmento desse contexto, São Paulo, desafiado a situar-se no novo mapa do Mundo, chega, ao ano 2000, com uma população de 10,4 milhões, um grau de urbanização de 94%, numa área de 1.509 km², e mais 7,4 milhões de habitantes em sua Região Metropolitana. Dos 96 Distritos Administrativos – DAs, os mais populosos são Grajaú (zona sul), com 331,9 mil habitantes, e Sapopemba (zona leste), com 281,9 mil, e os menos são Marsilac (zona sul) e Barra Funda (zona central), com 8,4 mil e 12,9 mil pessoas, respectivamente.

Em 1980, a população paulistana atingia 8,5 milhões, com participação, no total da Região, de 67,5%, caindo para 58,4%, em 2000. No contexto estadual, em 80, o Município representava 33,9% da população paulista e, em 2000, 28,2%, com um ritmo de crescimento de 1,2% ao ano, na década de 1980, e de 0,9%, na de 1990, taxas inferiores à média da população total, 2,1% a.a., entre 1980-91, e 1,8% a.a., entre 1991-2000. De um saldo migratório de 1,14 milhão de pessoas, nos anos 70, São Paulo passou a saldos negativos nas décadas seguintes (ANTICO, 2000).

A esperança de vida ao nascer aumenta com mais intensidade entre as mulheres, nove anos a mais entre 1979/1981 e 1997/1998, quando passou de 70,8 para 74,5 anos e de 63,6 para 65,2 anos entre os homens. O crescimento das mortes por causas externas traz um impacto negativo para esse indicador, especialmente nas áreas pobres da cidade (MAIA, 2000).

Indicadores gerados pelo Censo 2000 mostram uma proporção de crianças com menos de cinco anos de 8,4%, uma proporção de idosos de 9,3% (quase um milhão em números absolutos) e uma razão de dependência total de 45,51² (BRASIL, 2001).

A riqueza produzida na cidade, medida pelo seu Valor Adicionado, representa 24,7% da do Estado (EMPLASA, 2002); no entanto, o Censo 2000 verifica contrastes no rendimento dos responsáveis pelos domicílios³: de um lado, 10,4% não possuíam rendimentos, 6,4% possuíam rendimentos até um salário mínimo e, de outro, 21,0% recebiam mais que 10 salários mínimos. Em 1991, havia 123,6 mil responsáveis sem nenhum rendimento; em 2000, atingiram 311,3 mil (crescimento de 152%).

Vultosos empreendimentos imobiliários têm levantado edifícios com alto grau de sofisticação tecnológica e conforto funcional para abrigar atividades gerenciais e de serviços, centros empresariais e de convenções interligados por central computadorizada e conectados com sofisticados sistemas de telecomunicações (ARAUJO, 2001), grandes shopping(s)

2 População economicamente dependente é aquela com 65 anos e mais de idade e aquela com menos de 15 anos, em relação à população entre 15 e 64 anos, considerada potencialmente produtiva.

3 O Censo 2000 substituiu a denominação chefe de domicílio por responsável pelo domicílio.

center(s), condomínios residenciais de segurança máxima, cercados por bosques, parques, quadras de esportes, piscinas, contrastando com a ocupação de ruas, praças e loteamentos, pressupondo antagônicos estilos de vida urbanos.

Barracas e carrocinhas (10 mil ambulantes apenas no Centro⁴) dividem espaços com pedestres, veículos, moradores de rua (8,7 mil⁵), catadores de papel e sucatas, meninos e meninas em situação de rua (cerca de 2 500, no Centro⁶), desempregados, dando a rua visibilidade às contradições da sociedade contemporânea (SANTOS, 1999). Mooca (1061), Brás (971), Sé (820), República (796) e Liberdade (736), em 2000, concentravam o maior número de moradores de rua da cidade⁷ (12,2%, 11,2%, 9,4%, 9,1% e 8,5%).

Mais de dois mil bairros, loteamentos (cerca de 2,5 milhões de moradores clandestinos) tomam forma, sem controle de planejadores e gestores. As favelas (1,1 milhão de moradores e 286.954 domicílios favelados⁸) aparecem na periferia, em bairros valorizados ou não, à beira das marginais, e os cortiços (600 mil moradores) também vão-se organizando (PONCIANO, 1999). Dos 96 DAs, apenas 14 não têm favelas (CIDADE, 2003).

O analfabetismo persiste nesse aglomerado urbano, que é o maior centro científico, tecnológico e cultural do país. As taxas de 4,9% para a população de 15 anos e mais (a do Brasil é 14%) e de 1,3% e de 1,9%, para a de 15 a 19 e de 20 a 24 anos, podem parecer baixas, porém, significam um contingente de 383,3 mil pessoas.

Desde 1980, processam-se transformações na estrutura ocupacional que se agudizam na década de 1990, tornando a questão do emprego/desemprego a mais emblemática dessa Era de Extremos, quando o difícil processo de aprendizagem do que é ser cidadão defronta-se com o da naturalização da pobreza, das desigualdades e das iniquidades sociais (COHN, 1999).

Em 1990, 28,3% dos ocupados estavam na indústria de transformação, 3,2% na da construção civil, 16,8% no comércio, 45,1% em serviços e 6% em serviços domésticos. Em 2001, os ocupados da indústria de transformação baixaram para 17,7% e os do setor serviços aumentaram 55%. O comércio manteve quase a mesma participação (16,4%), a construção civil e os serviços domésticos passaram para 2,3% e 8%. Os assalariados decresceram de 70,9%, em 1990, para 62,2%, em 2001, e os que possuíam carteira assinada de 52% para 40,2%. Os autônomos cresceram de 16,3% para 21,4% e a taxa de desemprego passou de 9,7% para 16,1% (um milhão de desempregados)⁹.

4 Folha de São Paulo, Cotidiano Online, 28/09/2002.

5 Caderno I. IG, 03/01/2003.

6 Inscritos na Fundação Projeto Travessia, entre 1996 e 2001.

7 Caderno I. IG, 03/01/2003.

8 Folha de São Paulo, Cotidiano, 12/02/2003, p. C1 e C3.

9 Fundação SEADE, PED 1990 e 2001.

O agravamento da violência em nível estrutural (MINAYO, 1999) tornou-se um importante problema de saúde pública, que tem como uma de suas medidas a taxa de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes. Em São Paulo, esse indicador, revelador de tensão social, passou de 44,8, em 1991, para 91,1, em 2000. Em 2001, foi responsável pela segunda causa de morte da cidade (5.987 homicídios, PRO-AIM¹⁰)

O Índice de Vulnerabilidade Juvenil¹¹, elaborado para os 96 DAs a partir de cinco variáveis (taxa anual de crescimento populacional entre 1991 e 2000, porcentagem de jovens de 15 a 19 anos no total da população dos DAs, taxa de mortalidade por homicídio da população masculina de 15 a 19 anos, porcentagem de mães adolescentes de 15 a 17 anos no total de nascidos vivos, valor do rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio e porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que não freqüentam escola), gerou cinco grupos de vulnerabilidade juvenil, sendo que o Grupo 1, o menos vulnerável, engloba apenas nove DAs¹²; o Grupo 2, segundo menos vulnerável, 21; o Grupo 3, de escala intermediária de vulnerabilidade, 25; o segundo entre os mais vulneráveis, 22; e o mais vulnerável, 19 DAs. Nos 41 DAs¹³ de maior vulnerabilidade (Grupos 4 e 5), moram 65% dos jovens da cidade.

A essa cidade partida coube detectar novos padrões de contrato e de solidariedade sociais, envolvendo criatividade, sensibilidade, conhecimento teórico, político e prospectivo, que pudessem apontar para algum caminho ainda não percorrido, mas que, certamente, deveria incluir a promoção da participação com cidadania (COHN, 1999). Como uma possibilidade, foi aprovado um projeto de lei do Executivo¹⁴, em 2002, que cria um modelo descentralizado de governar. A nova estrutura política da cidade contempla tornar, a partir de 2003, 31 Subprefeituras em representações autônomas, com orçamento próprio, poder de decisão, direção, gestão e controle dos assuntos municipais em nível local. Os subprefeitos serão gestores de 96 DAs, onde se situam 41 Distritos de Saúde–DS.

10 Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade no Município de São Paulo, coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde — SMS e executado com o Serviço Funerário do Município de São Paulo — SFMSP e Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo — PRODAM. Criado em 1989, tem por objetivo fornecer informações de mortalidade para a elaboração de diagnósticos de saúde, vigilância epidemiológica e avaliação de serviços.

11 Fundação SEADE, 2002.

12 Jardim Paulista, Moema, Alto de Pinheiros, Itaim-Bibi, Pinheiros, Consolação, Vila Mariana, Perdizes e Santo Amaro.

13 Grupo 4: Sacomã, Jabaquara, Vila Medeiros, Cangaíba, Cidade Líder, Vila Andrade, Vila Maria, Tremembé, Ermelino Matarazzo, São Miguel Paulista, José Bonifácio, Jaçanã, Itaquera, Raposo Tavares, Campo Limpo, São Mateus, Parque do Carmo, Vila Jacuí, Perus, Cidade Dutra, Jardim São Luís, Jaraguá. Grupo 5: Cachoeirinha, Guaianases, Sapopemba, Capão Redondo, Lajeado, Anhangüera, São Rafael, Jardim Helena, Cidade Ademar, Brasilândia, Itaim Paulista, Pedreira, Parelheiros, Jardim Ângela, Grajaú, Cidade Tiradentes, Iguatemi e Marsilac.

14 Lei No 13 399/01/08/2002.

A DISTRIBUIÇÃO DAS DESIGUALDADES NO TERRITÓRIO URBANO

O Mapa da Exclusão/Inclusão Social (SPOSATI, 2000)¹⁵ mostra que, ao lado de uma pujança, convivem, em São Paulo, contingentes significativos de responsáveis por domicílios sem nenhum rendimento, como nos DAs de Marsilac (27,3%), Parelheiros (22,4%), Jardim Ângela, Grajaú e Pedreira (perto de 20%, cada um), todos na região sul da cidade. Marsilac também possuía a maior porcentagem de responsáveis com rendimento até dois salários mínimos (39%), sendo que Jacuí, Jardim Helena, Lajeado e Itaim Paulista possuíam cerca de 30%. Nesses DAs, os responsáveis por domicílios com rendimentos maiores que 20 salários mínimos não atingiram 1,5%. Em contrapartida, em Perdizes, Pinheiros, Itaim-Bibi, Alto de Pinheiros, Jardim Paulista, Morumbi e Moema eram mais de 40%.

O Mapa revela ainda nítida relação entre rendimento e escolaridade. Marsilac possuía a maior porcentagem de responsáveis pelos domicílios com menos de 1 ano de estudo (18,8%), seguido por Parelheiros, Lajeado, Iguatemi e Jardim Helena, com valores próximos a 11%. As maiores porcentagens de responsáveis analfabetos funcionais, ou seja, com menos de 4 anos de estudo, foram praticamente encontradas nos mesmos DAs: Marsilac (40,2%) e Parelheiros, Jardim Ângela, Iguatemi e Lajeado (cerca de 30%). Os DAs que abrigavam os responsáveis de domicílios que recebiam mais de 20 salários mínimos eram os mesmos (mais o de Vila Mariana) que apresentavam o maior número de responsáveis com mais de 15 anos de estudo (entre 49% e 60,2%).

Quanto ao acesso da população aos serviços de infra-estrutura urbana, Marsilac, de novo, tem a pior situação, pois 99,1%, 99,7% e 29,5% dos seus domicílios, respectivamente, tinham acesso precário à água, ao esgoto e ao lixo. Parelheiros tinha 81,4% e 40,7% dos seus domicílios com coleta de esgoto e acesso à água precários. Anhangüera, Perus e Grajaú, em seguida, mostram piores indicadores, 3,6%, 8,6% e 5,7% dos domicílios com acesso à água precário. Quanto ao esgotamento sanitário, 16 DAs tinham coleta de esgoto precária em mais de 20% dos domicílios. Desses, seis ultrapassavam 30%.

No aspecto habitacional, Jardim Ângela, Capão Redondo, Sacomã e Grajaú possuíam, cada um, entre 12 e 15 mil domicílios subnormais, ou seja, conjunto construído por, no mínimo, 51 unidades habitacionais, ocupando ou tendo ocupado terreno alheio, disposto de forma desordenada e densa, carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais.

Os DAs que tiveram maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes, em 2000, pelo Mapa, foram Cidade Tiradentes (237,3), Cachoeirinha (229,2), Guaianases (223,7), Parelheiros (218,2), São Mateus (212,8), São Rafael (212,3) e Jardim Ângela (207,1). Jardim Ângela e Cidade Tiradentes apresentaram os maiores números absolutos, respectivamente, 109 e 93 homicídios.

15 Pesquisa que constrói índices de discrepâncias, de exclusão e de inclusão social para os 96 DAs, com base em 47 variáveis, realizada pela PUC-SP, Instituto Pólis e INPE.

Organizar, disciplinar e oferecer um serviço de transportes de qualidade (com rapidez, conforto, regularidade, segurança, modicidade tarifária, eficiência, atualidade tecnológica e acessibilidade), num aglomerado urbano como São Paulo, têm encontrado grande resistência por parte dos operadores do sistema. O metrô, avaliado como o melhor meio de transporte pela população, cobre apenas 49 km da cidade; o transporte individual iguala-se ao coletivo em número de viagens (51% e 49%, respectivamente); o deslocamento diário enfrenta congestionamentos de até 140 km/diários, em horários de pico¹⁶. A pesquisa Origem-Destino¹⁷, de 1997, revelou que o maior tempo médio de viagem pertence aos moradores dos DAs de Jardim Ângela, da Cidade Tiradentes, do Grajaú e de Guaianases, 61, 50,4, 48,8 e 48,1 minutos, respectivamente.

A terceira e última versão ainda não concluída do Mapa da Exclusão/Inclusão Social revela que a cidade ganhou um milhão de excluídos entre 1991 e 2000, com cerca de 8,9 milhões de seus habitantes vivendo abaixo de um padrão desejável de vida, resultado da ausência ou inadequação de políticas públicas e da carência na oferta de equipamentos sociais. Apontou também a deterioração na qualidade de vida da população de 74, dos 96, DAs (o Jardim Ângela e o Grajaú são os piores lugares para se viver) e que a Zona Leste perdeu, para a Sul, a condição de região mais carente da capital, uma vez que, na última década, os níveis de exclusão da Zona Leste não se alteraram e a região conseguiu melhorias coletivas. Na Sul, a exclusão se intensificou. Precisamos agora entender como isso ocorreu (SPOSATI, 2003).

O PERFIL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS, em 2001, integrou São Paulo ao Sistema Único de Saúde–SUS e adotou a distritalização¹⁸ como forma de gerir os 41 DS. Em 30/12/2002, o Município foi habilitado à Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada e está gerenciando um sistema que, de 1993 a 2000, igualava-se a um modelo privatizado de saúde (Plano de Assistência à Saúde – PAS), privilegiando o pronto-atendimento em detrimento do seguimento e da integralidade, atrasando em quase uma década a municipalização.

A distritalização, cujo projeto foi elaborado com a Secretaria de Estado da Saúde, é uma das táticas para se alcançar o objetivo maior que é implantar o SUS por meio de seus pilares básicos: assistência universalizada (saúde para todos), integral (abarcando toda a cadeia de complexidade dos problemas), equânime (diferenciando quantitativa e qualitativamente os serviços de acordo com as necessidades da população) e com a participação ativa dos cidadãos, uma vez que aos DS cabe atender quase 10,5 milhões de

16 Emplasa, 2001.

17 Companhia do Metropolitano de São Paulo, 1997.

18 Comunicado 01 /01 SMS.G e Comunicado 87/02 SMS.G.

peças convivendo com os riscos e as doenças típicas da miséria e da riqueza. Ainda morrem mulheres de parto, crescem os números das doenças crônico-degenerativas ao lado do aumento da expectativa de vida. As mortes violentas atingem a uma população que os fatores de risco tradicionais não costumam afetar, milhares de jovens são vítimas de acidentes de trânsito, do tráfico de drogas e de homicídios.

Para facilitar a implantação da distritalização, direcionar prioridades, hierarquizar problemas e acompanhar a adequação das políticas adotadas à realidade de cada um dos DS, a SMS elaborou um Índice-Saúde, um instrumento de gestão para cada um dos 41 DS, e os classificou, por meio de uma síntese dos dados, articulando quatro indicadores que avaliam desde o estado de saúde da população, a qualidade e a adequação das condições sociais e ambientais de vida, a qualidade do pré-natal e do parto, as condições nutricionais e assistenciais de rotina (mortalidade infantil), até a questão do acesso, da atuação dos serviços de saúde – individual e em grupo – e da adesão ao tratamento adequado (incidência de tuberculose e mortalidade precoce por doenças crônicas não-transmissíveis), passando por informações sobre demanda potencial para atendimento de emergência e urgência (mortalidade por causas externas). Nos extremos da classificação do Índice-Saúde, tem-se Pinheiros, com o melhor, e Jardim Ângela, com o pior desempenho.

A razão de mortalidade proporcional¹⁹ (considerada medida de qualidade de vida), relação entre o número de óbitos de pessoas de 50 anos e mais e o total de óbitos, em São Paulo, em 2001, foi de 68%, apontando óbitos prematuros e condições de saúde distintas nos DAs: situações próximas da ideal, como no Jardim Paulista, onde 91% de óbitos são de pessoas com 50 anos e mais, e uma sobremortalidade de crianças, jovens e adultos no Jardim Ângela, com 41% de óbitos que podem estar associados a piores condições de vida.

Em 2001, cerca de 64 mil óbitos registrados no Município (SÃO PAULO, 2002b) tiveram por principais causas as doenças isquêmicas do coração, os homicídios, as doenças cerebrovasculares, as pneumonias, bronquite, enfisema e asma, representando as duas primeiras 13% e 9% do total. A mortalidade, no entanto, assume contornos diferentes em cada grupo etário, sendo especialmente dramática entre jovens.

Para menores de um ano, predominam as afecções respiratórias do recém-nascido. Para crianças de 1 a 9 anos, sobressaem-se as pneumonias e os acidentes de trânsito e transporte. Para adolescentes e jovens (10 a 24 anos), destacam-se sobremaneira os homicídios, representando 63% dos óbitos. Os homicídios também são a primeira causa de morte entre homens adultos (25 a 59 anos), porém em proporções menores, cerca de 16% dos óbitos. Em 2000, a taxa de mortalidade de jovens de 15 a 19 anos, em São Paulo, foi 138,8 mortes por

¹⁹ Conhecida como Indicador de Swaaoop-Uemura.

100 mil habitantes, mais que o dobro da média do País, 52,1. Para os idosos, predominam as doenças isquêmicas do coração (17% dos óbitos dos paulistanos com 60 anos e mais).

Embora a mortalidade infantil venha caindo significativamente, no Município, passando de 30,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 15,2 em 2001, a sua taxa média encobre grandes desigualdades (5,5 no DA da Penha e 23,3 no de Vila Leopoldina). Verifica-se concentração de 65% de óbitos neonatais (até 28 dias), especialmente na primeira semana de vida (46%), predominando os óbitos associados a fatores ligados à gestação e ao parto.

O número de óbitos e os coeficientes de mortalidade materna permanecem altos²⁰. Em 1996, o coeficiente foi de 50,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos e, em 2000, 54,5. Numericamente parecem poucos (108, em 1996, e 113, em 2000), porém representam óbitos de mulheres em idade fértil relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, em sua maioria, evitáveis, dependendo do acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Dos 113 óbitos²¹, em 2000, 57% deveram-se a causas diretas, resultantes de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos de qualquer uma dessas situações, sendo as duas principais causas a eclâmpsia/pré-eclâmpsia (19% do total) e a gestação terminada em aborto (12%).

Entre as doenças transmissíveis destacam-se a tuberculose e a Aids. A tuberculose permanece em patamares elevados. Em 2001, registrou-se um coeficiente de incidência de 57,6 casos por 100 mil habitantes, com maiores taxas na região central, nos Das República e Brás (210,4 e 242,8 casos, respectivamente)²². Dados preliminares de 2001 indicam 23,3 casos de Aids por 100 mil habitantes, com piores situações, novamente, nos DAs República (208,3) e Brás (131,7), evidenciando a associação entre tuberculose e Aids. O DA de Iguatemi tem a menor taxa (7,2 casos).

Em 2002, o Município sediava 1.769 estabelecimentos de saúde, 19% do total do Estado: 177 hospitais, 1.210 estabelecimentos sem internação e 382 de apoio a diagnose e terapia, predominando a rede privada (75%), com o restante distribuído entre unidades municipais (18%) e estaduais (6,5%). A rede hospitalar dispunha de 24.957 leitos, uma oferta de 2,6 leitos por mil habitantes, 62% na rede privada, com metade dessa prestando serviços ao SUS. A Prefeitura e o Estado respondiam por 11% e 26% desses leitos (IBGE²³, 2002).

20 Há subenumeração devido à falha no preenchimento da causa de morte nas declarações de óbito, porém a notificação foi aprimorada com a implantação do Comitês Regionais e Distritais de Mortalidade Materna.

21 Óbitos ocorridos até 42 dias após o término da gestação, classificados como morte materna direta e indireta.

22 Comitê Central de Mortalidade materna – PMSP.

23 Pesquisa de Assistência Médica – Sanitária.

A Pesquisa de Condições de Vida PCV investigou, em 1998, o acesso à saúde por convênio ou seguro médico: 47,7% tinham convênio ou plano de saúde. Dos titulares, 57,5% possuíam convênios particulares e 41,4% convênios de empresas empregadoras e, dos que haviam usado serviços de saúde, nos 30 dias anteriores à pesquisa, 6,3% utilizaram serviço pago (medicina privada), 50,4% o pré-pago (medicina de grupo) e 43,3% o SUS.

Em 2000, São Paulo contava com metade dos médicos existentes no Estado, 37 mil (3,6 médicos por mil habitantes); cerca de 21 mil dentistas (2,9 por mil); quase 12 mil enfermeiros e mais de 56 mil auxiliares de enfermagem (1,1 e 5,4 por mil habitantes, respectivamente). Os estabelecimentos de saúde dispunham, em 1999, de quase 170 mil postos de trabalho, 61% em unidades vinculadas ao SUS. A Prefeitura respondia por 13%.

A SMS tinha, em 2001, seis Programas prioritários: Saúde da Família – PSF; Acolhimento (atendimento humanizado); Nascer Bem (gravidez segura e parto saudável); Resgate Cidadão (rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência); Controle do Aedes Aegypti (combate à circulação do vírus da dengue); e Cabeça Feita (responsabilidade no lidar com álcool, fumo e drogas).

O PSF, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2003, representou o eixo de estruturação da Atenção Básica, atingindo, em agosto de 2002, cerca de 2,3 milhões de pessoas (23% da população), por meio de 3.544 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, 145 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 570 equipes (445 Equipes de Saúde da Família – ESF e 125 Equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS). Doze instituições de ensino e de serviços funcionavam como Rede de Apoio à Implantação do PSF, quando já haviam se firmado cooperações técnicas com organismos nacionais e internacionais e se criado grupos de trabalhos para elaborar indicadores e índices de saúde para as ESF/UBS. A atuação do PSF dava-se, fundamentalmente, em três frentes: no desenvolvimento do DS, da Atenção Básica e na execução de ações contra a violência e a Aids. O financiamento do PSF vinha do Fundo Municipal de Saúde, alocado às instituições parceiras, atingindo R\$19,5 milhões, em 2001, e R\$ 41,3 milhões, em agosto de 2002 (SMS, 2002).

As metas do PSF, até 2004, eram estender o Programa aos 41 DS; atingir 1.750 ESF (700, em 2003, e as demais até 2004) e 10,4 mil ACS; dar cobertura a 7 milhões de paulistanos; implantar a odontologia nas ESF; consolidar a Rede de Apoio; revisar currículos nas residências e reorientar projetos de extensão universitária, financiados pela SMS, à lógica do PSF e das vivências da UBS; e implementar o desenvolvimento dos recursos humanos.

O balanço de 20 meses do PSF (SMS, 2002) apontou inúmeros desafios enfrentados, como a cultura da saúde privatizada, da hegemonia hospitalar e da tecnologia de ponta, o não-cumprimento dos preceitos constitucionais do SUS, traduzido na desintegração da rede, na desarticulação de seus trabalhadores, a inexistência de profissional para atuar

na saúde da família, a limitação da legislação para contratação de pessoal e gastos com outras despesas, a ausência de instrumentos e metodologias para a reorganização da Atenção Básica, extremamente complexa e demandante de uma alta tecnologia social e sanitária, e prevalência de condições diferenciadas por parte dos DS na adesão, envolvimento e implantação da estratégia do PSF.

A cidade, que não podia continuar sendo pensada sem que se levasse em conta a sua heterogeneidade (SPOSATI, 1999), assumiu, em 2001, que as políticas sociais, nesse contexto de desigualdades, deveriam ser intersetoriais e multifocadas para enfrentar a exclusão e promover a inclusão, pois não se assegura qualidade de vida apenas com a presença de serviços, mais pela compatibilidade deles às condições de seus usuários, aglutinando cultura, justiça, ética e política.

DISTRITALIZAÇÃO: UMA POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL NO DS DO GRAJAÚ

O estudo do processo da distritalização no Grajaú, após dois anos de implantação (janeiro de 2001/ janeiro de 2003), procurou conhecer como esse modelo de gestão foi conduzido nesse período, o nível de saúde da população no seu território de abrangência, as necessidades de sua população, os procedimentos adotados em favor da resolução dos problemas identificados, visando à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida, as mudanças ocorridas por conta da adoção desse modelo assistencial, os principais obstáculos e acertos, expectativas e esperanças advindos da tarefa de implementar as Subprefeituras, tendo a Distritalização da Saúde e o PSF como as estratégias por meio das quais se pensava universalizar a assistência integral, nesse Distrito de extrema pobreza. Como resultado desse trabalho, apresenta-se uma análise fundamentada por dados e indicadores de diferentes acervos e por informações obtidas mediante variáveis aplicadas á entrevistas individual como a Direção do DS.

O DS do Grajaú, que equivale ao DA, situa-se no extremo sul de São Paulo, pertence à Subprefeitura da Capela do Socorro, cuja população passou de 36,5 mil habitantes, em 1960, para 561 mil, em 2000. Com um crescimento populacional de 6,1% ao ano, entre 1991 a 2000, os adolescentes e jovens, de 10 a 29 anos, representam cerca de 40% do total da população do DS. Dos responsáveis pelos domicílios, perto de 20% não têm rendimento e 50% têm rendimento de menos de três salários mínimos. É o 38º, entre 41 DS, no Índice-Saúde²⁵, o segundo lugar entre os excluídos no Mapa da Exclusão/Inclusão 2000 e integra o Grupo 5 (o pior) do Índice de Vulnerabilidade Juvenil. É uma cidade dentro da cidade, tem 331,9 mil moradores²⁶, 92 km² de área, abriga uma população caracterizada pela diversidade (nordestinos, mineiros, paranaenses e paulistas do interior),

25 Coeficientes de mortalidade infantil (17,6 por mil nascidos vivos), de mortalidade precoce por doenças crônicas-degenerativas (52,1 por 100 mil habitantes) e por causas externas (132,0 por 100 mil habitantes) maiores que os do Município, respectivamente 15, 0, 25,8 e 91,1.

26 No Brasil, apenas 130 municípios têm mais de 250 mil habitantes.

obrigada a se descaracterizar pela complexidade da vida urbana e pela quase ausência de uma convivência coletiva, sistemática e universalizada em termos de Cultura, Esportes, Lazer e Ocupação Criativa do Tempo Livre.

No Grajaú, vivem operários, aposentados e desempregados da indústria, do comércio e dos serviços de Santo Amaro, gente que, pioneiramente, construiu casas adequadas aos padrões de moradia, por conta própria ou em mutirões, gente que veio morar nos conjuntos residenciais populares, gente que vive em 384 bairros clandestinos, provocando impacto negativo às áreas de proteção ambiental da represa Guarapiranga, que, em grande número, autoconstruiu suas casas em solos vulneráveis à erosão e declives inadequados e/ou em favelas. É o DA com maior área ocupada por favelas²⁷ (3,46 km² e 19% de sua população), gente desprovida de infra-estrutura, de equipamentos sociais e de transporte coletivo em número suficiente, gente sobrevivendo em núcleos isolados de áreas rurais. Gente que parecia começar a ser entendida, atendida e querida pelas autoridades públicas municipais.

Na área de saúde, em janeiro de 2003, o DS contava com oito unidades de saúde, quatro trabalhando com a lógica tradicional e quatro com PSF, um hospital geral, dois pronto-socorros, ambos com muita demanda, principalmente, de vítimas da violência local, e um ambulatório de especialidades. Já havia dois projetos Qualis/PSF, quando o DS foi criado, os outros dois PSF foram implantados em 2001.

O ambulatório de especialidades tinha cardiologista (adulto e infantil), oftalmologista, colposcopista, otorrino, sendo que a ultrassonografia e as ações de combate à gravidez de risco encontravam-se em fase de implantação. Contava ainda com um médico do trabalho e um acupunturista para atender o doente ocupacional sem convênio, que não é sindicalizado.

A equipe técnica do DS constituía-se por três enfermeiros que trabalhavam com vigilância, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar administrativo, dois pediatras, um sanitarista, um psicólogo, um dentista e um assistente social. Havia um carro (que cada uma das Unidades tinha o direito de utilizar quatro horas por semana) e uma ambulância (no Posto Avançado em Santo Amaro) para servir toda a Região Sul. Há também os veículos do Projeto Resgate Cidadão (acidente na rua ou em casa), projeto esse em fase de implantação. Existia assistência farmacêutica básica universal (até para receita do convênio), no entanto, não se trabalhava com todas as medicações porque o DS não tinha farmacêutico.

Os principais problemas encontrados foram os de doenças respiratórias em todas as faixas etárias; de diabetes e hipertensão que provocam óbitos precoces aos 50 anos,

27 Folha de SP. Cotidiano. Cidade ganha uma favela a cada oito dias. 12/02/2003, p. C1 e C3.

devido às más condições de vida do doente, de crianças subnutridas, até as de creches (também não havia creches para todas). Grande parte das gestantes chega aos serviços, para a primeira consulta, no segundo ou terceiro trimestre de gravidez. Para estimular o retorno, doavam-se passes para o ônibus (as distâncias são grandes), sendo relatado que poucas retornam. Havia uma taxa preocupante de abandono de vacinação e entendia-se que o número de casos de tuberculose e Aids estavam subestimados, por falta de diagnóstico, quando chegam aos serviços, por conta da gravidade, precisam ser referenciados. As maiores demandas para as referências eram de neuro, consequência de parto e quedas de construção, telhados e muros; psiquiatria para caso de álcool e drogas; fono para crianças e jovens com dificuldade de se expressar; ortopedia e fisioterapia por traumas. No extremo sul do DS, onde não havia PSF, era possível encontrar gente que passa fome²⁸. Nos bairros atendidos pelo PSF, as crianças apresentavam o maior número de problemas, havendo também idosos abandonados, acamados por seqüelas de acidentes e tentativas de homicídios, que desconheciam seu direito a cadeira de banho, de roda, fisioterapia e reabilitação pelo SUS, cabendo ao ACS acionar a Assistência Social. Existia atendimento de Saúde Bucal em quatro unidades (apenas uma de PSF). Não havia ações específicas para deficientes que, em maior número, apresentam problemas auditivos. Os ACS encontraram também crianças deficientes físicas que não saíam do berço. A saúde mental se desenvolvia por meio da Atenção Básica e no ambulatório de especialidades. O DS realiza atividades com adolescentes e jovens nas Unidades, por meio de trabalho de grupo. Não se registram ações específicas para familiares e amigos das vítimas da violência, quando procuram as unidades são referenciados para serviços de psicologia, como o da Universidade Santo Amaro – UNISA, assim como são referenciados também os casos de violência sexual.

As duas principais prioridades do DS eram oferecer Atenção Básica para todos (com o PSF como eixo) e enfrentar a dificuldade de acesso aos serviços. A dimensão estrutural dos problemas existentes fazia com que se enxergassem soluções apenas de longo prazo. A demanda existente mostrava que, além de oferecer, era preciso estabelecer uma boa relação com os serviços de referência e que os serviços funcionassem durante 24 horas, diariamente. As ações desenvolvidas, além das pré-definidas pelo Índice-Saúde – combate à mortalidade infantil e às mortes prematuras relacionadas a diabetes e hipertensão, à incidência da tuberculose e promoção de atividades contra a violência – eram discutidas com o Conselho Gestor Distrital e com as UBS. Foi possível observar que a grande variável para a qualificação do serviço estava na chefia, naquela que acredita no que faz, que tem

28 Caminhos da Reconstrução. Boletim informativo da Subprefeitura de Capela do Socorro. Janeiro de 2003.

sensibilidade, profundo conhecimento sobre as questões impostas, habilidade para lidar com a população e demonstração de compromisso com a necessidade de transformação. Esse dirigente era considerado como o principal orientador da transição entre o atendimento tradicional e a lógica do PSF (houve vários cursos para os gerentes das UBS). Os profissionais dos serviços vinham sendo capacitados para compreender as situações de desigualdade, de exclusão e de violência com as quais convivem (Curso de Formação Política em Direitos Humanos em parceria com o Instituto Brasileiro de Estudo e Apoio Comunitário-IBEAC.), mobilizados em favor de uma cultura da paz e de combate à violência institucional, havendo uma expectativa de tornar o Projeto Acolhimento um possibilitador do acesso, vislumbrando a importância do ouvir e da não-ocorrência da oportunidade perdida (ninguém deve sair da UBS sem ser atendido, sem, pelo menos, resolver suas dúvidas ou apaziguar suas ansiedades, principalmente as gestantes). O usuário também era estimulado para exigir um bom atendimento, havendo caixas para reclamações e sugestões nas unidades e um telefone para o mesmo fim no DS.

O PSF, até então, eixo estruturante da reorganização da Atenção Básica e do acesso aos demais serviços de saúde, em janeiro de 2003, atingia 70 bairros, 17 mil famílias cadastradas (20% da população, numa área onde vivem 100 mil), 19 equipes de PSF (quando eram necessárias 91), 80 profissionais envolvidos (entre médicos, enfermeiras e outros funcionários) e 126 ACS, que representavam o diferencial entre o PSF e o atendimento clássico. Moram no bairro e podem traduzir os anseios da população local, não só do ponto de vista da saúde, como também do ponto de vista cultural (hábitos, comportamentos, costumes, crenças, gostos), pois trabalham com gente da zona urbana e rural. O ACS cumpre o papel de articulador entre a comunidade e a Saúde, leva atendimento aos que não têm condições de procurar os serviços (acesso). As equipes de PSF vêm notando que a comunidade recebe as ações com mais espontaneidade, tornando-se mais responsável pela própria saúde. O ACS descreve as situações observadas, de saúde e de vida, para a equipe da UBS, em reuniões semanais (ou quantas forem necessárias em casos extraordinários) e em encontros diários. As famílias são visitadas pelo ACS pelo menos uma vez por mês; aquelas em que existem diabéticos, hipertensos, recém-nascidos e acamados recebem mais visitas. Os recém-nascidos são visitados imediatamente após o nascimento, para que se estimule a amamentação. Para ser admitido como ACS, o profissional que já é da rede passa por uma seleção interna e recebe gratificação salarial, o que não é passa por uma seleção realizada pelo parceiro, que é o contratante. Os ACS têm de ser maiores de 18 anos e possuírem o ensino fundamental completo. Eram celetistas, ganhavam R\$ 426,00²⁹, cesta básica e outros benefícios. A maioria (90%) é mulher, entre 25 e 30 anos, e estava desempregada. Os enfermeiros

29 Janeiro de 2003.

recebiam o maior número de capacitações, pois, em sua maioria, têm habilitação para o trabalho hospitalar e não para o de Atenção Básica.

A descentralização da gestão foi considerada como muito importante, embora a autonomia do DS ainda fosse relativa; existia para a organização dos serviços, para o estabelecimento de parcerias e referências, no entanto, o orçamento ainda estava centralizado. O primeiro Plano de Gestão/Ação foi elaborado no DS e repassado para as unidades, segundo, o de 2003, foi elaborado em cada uma das unidades; delas para o DS, juntamente com um levantamento histórico da unidade (um compromisso dos profissionais e da comunidade com a memória do serviço). O DS mantinha um banco de dados de Saúde, cujos indicadores e informações necessitavam ser desagregados.

O trabalho intersetorial, de promoção de saúde, ainda não fazia parte da rotina, não havendo atividades, projetos e ações planejadas e integradas com outros setores de atuação social, ainda que as UBS tivessem boas relações com as escolas e realizassem atividades esporádicas conjuntamente. A principal necessidade apontada, nesse sentido, era a de planejar e executar um trabalho conjunto com a Pastoral da Criança, que já prestava assistência na região, fazendo pesagem e distribuindo suplementação alimentar, para incentivar e evitar abandono na vacinação. Havia dois tipos de ações educativas, nas UBS e nos espaços comunitários, por exemplo, nas igrejas. Ainda se sentia dificuldade no exercício de interagir, sendo que o engajamento da população local no planejamento e no monitoramento das ações do DS encontrava-se embrionário, em construção. A adesão a eventos educativos dá-se mais facilmente quando realizados nos locais de moradia, como as Passeatas e as Gincanas contra a Dengue (o DS não registrou casos de dengue autóctone). Existem também as rádios-comunitárias, em que os profissionais das UBS e os ACS dão entrevistas e participam da programação respondendo perguntas. Essas rádios são levadas ao ar por lideranças locais. A maior demanda para o Conselho Tutelar-CT da Capela do Socorro vem do Grajaú, Distrito que realizou uma das maiores plenárias temáticas deliberativas do processo do Orçamento Participativo, com cerca de 600 pessoas, sendo o PSF escolhido quase por aclamação. O Conselho Gestor Distrital, formado em março de 2002 e composto de 24 integrantes, constituía-se por 12 representantes da Comunidade, seis trabalhadores em saúde das UBS e seis prestadores de serviços do poder público (o DS oferecia capacitações para lideranças, desenvolvidas pelo Instituto Pólis).

A articulação com as demais políticas públicas municipais, que favorecem impacto positivo na qualidade de vida e possibilitam a integração estrutural com as diferentes esferas administrativas da Subprefeitura, tinha como principal protagonista os ACS, pois divulgam projetos de diferentes áreas, informam os critérios de participação, o calendário de inscrição e participam de cadastramentos dos programas com propostas de inclusão social. O PSF era considerado a diretriz para ampliação da rede de Atenção Básica, uma forma de olhar e

compreender que vive no Grajaú, embora houvesse a clareza da necessidade de se investir em outros Programas. A esperança de se superararem/melhorarem os indicadores sociais e de saúde e as classificações atingidas pelos ranking das desigualdades sociais foi dimensionada como algo a longo prazo, com o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde capazes de gerar oportunidades para a superação da situação de exclusão social, individual e coletiva. Aí a população teria motivo para modificar sua forma de encarar o Grajaú, para desenvolver um sentimento de pertença, pois, embora não seja uma população de passagem, ela se vê como tal, tem vontade de se mudar. Desqualifica os serviços, mal vistos a priori. Pensa-se que o maior desafio das autoridades municipais locais é o de construir a Capela do Socorro Saudável, por meio do desenvolvimento de políticas públicas comprometidas em demonstrar que valerá a pena continuar vivendo no Grajaú.

As ações da SMS, por meio da distritalização, suscitam uma rica reflexão, ao mesmo tempo em que reacendem as expectativas de resgate da qualidade do serviço pública, de um maior vínculo dos dirigentes locais com a população organizada e de um compromisso com o pleno funcionamento dos serviços (KAYANO, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre São Paulo trata da caracterização dos seus contrastes, da distribuição das desigualdades por seu território urbano, do perfil da saúde e da análise de uma modalidade de gestão e gerenciamento de sistemas e serviços de saúde, por meio do processo de distritalização no Grajaú.

Moldada num processo contraditório e confluyente, ergueu-se uma cidade bonita/feia, alegre/triste, rica/miserável, doente/saudável, desesperada/esperançosa, em que parte da população isola-se para trabalhar, morar e comprar, protegida por sofisticados aparatos de segurança, enquanto outra invade e ocupa ruas, praças e lotes para sobreviver e morar, formulando diferentes estilos de vida urbanos, mediante a criação de espaços de sobrevivência e convivência, como se fossem novos quilombos. Os que estão na rua trabalhando e os que nela estão se virando arriscam-se, sob a mira de fiscais, da criminalidade, das máfias, das seitas religiosas e da polícia.

Em 1992 e 2000, interrompeu-se a descentralização da gestão da área da saúde, sendo que os critérios de racionalidade do PAS tinham pouco a ver com serviços de interesse público e nada que pudesse parecer com saúde integral. A análise da distritalização no Grajaú, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2003, mostrou que ainda não existia Atenção Básica para todos (PSF como eixo), que havia grande dificuldade de acesso aos serviços e que, pela dimensão estrutural dos problemas existentes, suas

soluções seriam de alcance em Longo prazo. Garantiu-se, no entanto, pela primeira vez, um planejamento socialmente construído e diferenciado, para 2003, com possibilidade de motivar um compromisso coletivo em relação à humanização e à qualidade da atenção.

O controle social envolvendo a participação popular ativa ainda não era uma realidade, porém parecia haver um comprometimento militante da Direção do DS com a construção de um saber coletivo para favorecer a identificação e o combate aos fatores desencadeadores de risco e o estímulo ao fortalecimento de fatores protetores à saúde e à vida da comunidade do Grajaú, onde todos pudessem engajar-se de forma consistente.

O combate à desigualdade e à exclusão social a que estão submetidas milhares de famílias, que enfrentam pobreza, desemprego e violência, tem uma política acertada da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade que, desde 2001, vem implantando três blocos de programas, integrados e articulados. No primeiro bloco, estão os programas redistributivistas, que garantem uma renda mensal às famílias pobres com dependentes entre zero e 15 anos para que mantenham seus filhos com mais de sete e até 15 anos na escola (Renda Familiar Mínima, as famílias recebem uma bolsa de até R\$ 220,00), a jovens e adultos para que permaneçam na escola e/ou participem de atividades de capacitação (Bolsa Trabalho, para jovens desempregados entre 16 e 20 anos, recebem bolsa mensal de 45% do salário mínimo, mais auxílio transporte; Operação Trabalho, para desempregados de longa duração, entre 21 e 39 anos, recebem um salário mínimo, mais auxílio transporte e alimentação; e Começar de Novo, para desempregados com 40 anos ou mais, recebem capacitação para o trabalho e para atividades comunitárias, uma bolsa mensal de dois terços do salário mínimo, mais auxílio transporte). Do segundo bloco programático fazem parte os programas comprometidos com o incentivo à autonomia de pessoas pobres e/ou desempregadas (Oportunidade Solidária, atende beneficiados dos quatro programas redistributivos, é uma incubadora de empreendimentos para ampliar condições de geração de ocupação e de renda coletivos – associativos, cooperativos e comunitários – e individuais; São Paulo Confia/o Banco do Povo da Cidade de São Paulo difunde microcrédito sobretudo aos beneficiados pelos programas sociais para ampliação de negócios em desenvolvimento e para negócios que aparecerem no Oportunidade Solidária – a juros entre 0,48% para inscritos e até 3,9% para outros; e Capacitação Ocupacional para o mercado de trabalho, para atividades comunitárias, de cooperativas e do terceiro setor, destinada aos inscritos nos programas dessa Secretaria). Do terceiro bloco, fazem parte os programas comprometidos com o desenvolvimento dos territórios abrangidos pelas Subprefeituras (Desenvolvimento Local, direcionado a apoiar a reconstituição de elos de cadeias produtivas, recuperação de empresas falidas e investimentos em cooperativas; e o São Paulo inclui, que oferece alternativas ocupacionais

e de negócios, por meio da criação de um serviço de alocação de mão-de-obra e de intermediação de negócios). Os programas redistributivos no plano horizontal da ação do governo municipal paulistano não se mostrariam suficientemente inovadores caso não estivessem integrados e vinculados verticalmente aos programas emancipatórios e de apoio ao desenvolvimento local (SÃO PAULO, 2002).

Além disso, impõe-se às Subprefeituras a necessidade da implementação da autonomia na organização e nas decisões do sistema municipal descentralizado de saúde (distritalização) e da construção/elaboração das Agendas Regionais de Políticas Sociais Integradas, com ações intersetoriais que facilitem o acesso universal à saúde, à educação, à moradia, ao saneamento e à cultura (acesso e produção), itens de resultados de longo prazo, mas prementes e determinantes para a garantia de extensão da cidadania a todos os moradores do Grajaú, da Capela do Socorro e da cidade.

"Se podes ver, olha. Se podes olhar, repara". Mais do que o reparar da observação e do enxergar, sente-se, nessa conclamação, o desejo de Saramago (1995) de consertar, de recuperar e de reparar os danos causados aos que viram suas terras e casas arrasadas e aos seres humanos física, psicológica, social e culturalmente mutilados em sua potencialidade e capacidade de pensar, criar, construir e reconstruir a vida e a beleza. São Paulo precisa compartilhar desses sentimentos para se reencontrar e recuperar aquela que sempre foi a sua vocação: acolher sem distinção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTICO, C. "Mobilidade populacional diária no município de São Paulo". In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. Anais. Caxambu: ABEP, 2000.

ARAUJO, M.F.I. "Impactos da reestruturação produtiva sobre a região metropolitana de São Paulo no final do século XX". 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia. Campinas: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil. Brasília, 2002.

CIDADE ganha uma favela a cada oito dias. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 fev 2003. Cotidiano.

COHN, A. "A defesa da saúde na cidade". In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000, Águas de Lindóia. Anais: Saúde na Cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade? Águas de Lindóia: APSP, 2000. v.2.

COMPANHIA DO METROPOLITANO DE SÃO PAULO. Pesquisa Origem e Destino 1997. Secretaria de Transportes Metropolitanos.

ELIAS, P.E. "Relações de responsabilidades entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção". [S.l.: S.n.], 2002?. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/temas/Texto7>. Acesso em: 04 nov 2002.

EMPRESA METROPOLITANA DE PLANEJAMENTO DA GRANDE SÃO PAULO. Por dentro do município de São Paulo. São Paulo, 2001. CD-ROM.

EMPRESA METROPOLITANA DE PLANEJAMENTO DA GRANDE SÃO PAULO. Valor Adicionado: vinte maiores municípios: 1995 – 1999. Disponível em http://emplasa.sp.gov.br/estatistica_teste/dados/Finan/Finan002.htm. Acesso em: 15 dez 2002.

FUNDAÇÃO BANK BOSTON. Travessia. São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.bankboston.com.br/fundacao/proj_travessia.asp. Acesso em: 20 dez 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de assistência médica sanitária 1999. Rio de Janeiro, 2002.

FUNDAÇÃO SEADE. Índice de vulnerabilidade juvenil. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/ivj/>. Acesso em: 01 fev 2003.

FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/perfil/index.html>. Acesso em: 21 fev 2003.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de condição de vida no Estado de São Paulo: situação socioeconômica da população paulista. São Paulo, 2002. Disponível em http://www.seade.gov.br/cgi-bin/pcvv98/pcv_01. Acesso em 15 dez 2002.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de Emprego e Desemprego 1990 e 2001. SEP. Convênio SEADE-DIEESE, São Paulo. Disponível em <http://www.seade.gov.br/cgi-bin/titabpv98/tab.htm?bl/PED/tbl/00030-PED>. Acesso em 17/02/2002.

JORDÃO, Cláudia. "The big issue" chega a São Paulo e ao Rio para dar mais dignidade aos moradores de rua. São Paulo: Ig, 2003. Disponível em <http://ultimosegundo.ig.com.br/home/caderno/artigo/0,2945,836478,00.html>. Acesso em 03 jan 2003.

KAYANO, J. "Considerações finais". In: JUNQUEIRA, V. "Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)". 2.ed. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, n.3).

MAIA, P. B. "O impacto das mortes violentas na esperança de vida do município de São Paulo e de 4 zonas socioeconômicas". In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. Anais. Caxambu: ABEP, 2000.

MARRA, Livia. "Reforma da catedral pode acelerar recuperação do centro de São Paulo". Folha de São Paulo, São Paulo, 28 set 2002. Cotidiano on-line. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u59910.shtml>. Acesso em 03 jan 2003.

MINAYO, M.C.S. (org.) "Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80". 2.ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

PONCIANO, L. "Mil faces de São Paulo: pequeno dicionário histórico e amoroso dos bairros de São Paulo". São Paulo Editora Fênix, 1999.

REUNIÃO REGIONAL DOS ESTADOS AMERICANOS, 14, 1999, Lima. Prioridades da OIT nas Américas. Lima: OIT, 2000. Disponível em: http://www.intamericas99.org.pe/spanish/conclus/tex_por.shtml. Acesso em 06 dez 2002.

SANTOS, M. C. L. "Moradores de rua: vidas embrulhadas". Pesquisa Fapesp, São Paulo, n. 45, ago 1999.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município. História e perfil da Capela do Socorro. São Paulo, 2002a. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spcs>. Acesso em: 02 de 2002.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município. Programa de aprimoramento de informações de mortalidade no Município de São Paulo, 2002b. Disponível em: <http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretaria/saude/mortalidade/proaim/001>. Acesso em: 15 dez 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Implantado o programa saúde da família no Município de São Paulo; balanço de 20 meses. São Paulo, 2002c.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Informações em Saúde. São Paulo, 2002d. Disponíveis em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/001. Acesso em: 15 dez 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Estratégia paulistana de combate à pobreza, ao desemprego e à desigualdade: Programas de Desenvolvimento Social. São Paulo, 2002e.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Indicadores de monitoramento dos programas sociais da Prefeitura de São Paulo, 2002f. Disponível em: <http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/cidadania/programassociais>. Acesso em 19 mar 2003.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Essa gente paulista. São Paulo, 2002g. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/saopaulo/gente>. Acesso em 12 dez 2002.

SARAMAGO, J. "Ensaio sobre a cegueira". São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SPOSATI, A (coord.). "Dinâmica social, qualidade ambiental e espaços intra-urbanos em São Paulo: uma análise sociespacial". Pesquisa Fapesp, São Paulo, n. 83, p. 14-20, jan 2003.

SPOSATI, A. (coord.). "Mapa da exclusão/inclusão social da cidade São Paulo/2000: dinâmica social dos anos 90". São Paulo: PUC-SP/POLIS/NPE, 2000. CD-ROM.

SPOSATI, A. "cidade em pedaços " São Paulo: Brasiliense, 2001.

SPOSATI, A. "Condições de saúde e qualidade de vida na cidade". In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000, Águas de Lindóia. Anais: Saúde na Cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade? Águas de Lindóia: APSP, 2000. v.1.

A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM CURITIBA

Paulo Henrique Battaglin Machado

Universidade Tuiuti do Paraná. Engenheiro e Mestre em Epidemiologia Ambiental pela Universidade de Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Carmen Regina Ribeiro

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. IPPUC. Socióloga. Especialista em Organização de Sistemas de Saúde.

Vera Lúcia Alves de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Dentista. Especialista em Saúde Pública.

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes, bem como contra as mulheres, é praticada predominantemente no ambiente doméstico, sendo na maioria das vezes encoberta e, conseqüentemente, ficando impune e as vítimas sem proteção e ajuda. A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência objetiva intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e o agravamento dos maus tratos. Busca sensibilizar e capacitar os profissionais que atuam diretamente com esse grupo populacional, para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança e ao adolescente e ações de ajuda à família. Organiza-se como uma rede, atuando de forma integrada e intersetorial, envolvendo instituições públicas, comunitárias e científicas. A sua implantação teve início em agosto de 2000 envolvendo diretamente cerca de 2.500 profissionais da rede pública de ensino, da saúde e educadores dos diversos programas da Prefeitura de Curitiba e das ONGS que atuam junto ao poder público. Tem trazido à tona a violência escondida e possibilitado uma intervenção integrada entre os vários responsáveis.

DESCRIPTORIOS: Maus-Tratos Conjugais; Maus-Tratos Infantis; Redes Comunitárias; Proteção; Notificação de Abuso; Violência Doméstica.

1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

1.1 Breve Histórico

O principal marco de mudança da cidade de Curitiba pode ser observado em meados dos anos 60, quando o primeiro plano efetivo de redirecionamento urbano é implementado na cidade. Os planos anteriores se mostraram importantes da mesma forma, mais é ao último que se atribui a peculiaridade do fenótipo curitibano.

Assim, o novo projeto de transformação da cidade nasce com objetivos polivalentes: aliar o planejamento urbano à preservação cultural e ambiental. Os dois últimos aspectos destacavam-se como momentos inovadores no conceito de evolução de uma cidade, visto que as estratégias propostas integravam também outras áreas do desenvolvimento sócio-econômico. Consolida-se assim o Plano Diretor da cidade, revisitando os desenhos anteriores de urbanização do município.

O Plano Diretor de Curitiba, aprovado em 1966, quando a população da cidade estava na faixa de 400 mil pessoas, estabeleceu como objetivo principal a mudança da conformação radial de crescimento da cidade para um modelo linear de expansão urbana. O transporte, o uso do solo e o sistema viário integrados passaram a ser usados como instrumentos para a realização desse objetivo. Entre as medidas mais importantes estavam: o descongestionamento da área central, a preservação do centro tradicional, a equipamentação de toda a cidade e a necessidade de se propiciar suporte econômico para o desenvolvimento do município.

O espaço urbano foi sendo moldado à estrutura concebida pelo Plano Diretor por meio de uma política de zoneamento, que estabelecia gradativamente as áreas onde o adensamento populacional era desejado e conveniente, de acordo com a capacidade do poder público de oferecer os serviços urbanos necessários, em especial um transporte coletivo adequado.

No início da década de 70, as Avenidas Estruturais – previstas com a intenção de direcionar o crescimento linear por meio do adensamento habitacional, comercial e da implantação da via exclusiva para o transporte coletivo – foram abertas e pavimentadas com recursos do Governo Federal. A opção por Eixos Estruturais de crescimento, tangentes ao centro tradicional, permitiu a iniciativa pioneira no Brasil de fechamento de ruas comerciais centrais, privilegiando, nesses espaços, o pedestre em vez do automóvel. A perspectiva de preservar o meio ambiente, entendimento ainda incipiente nas discussões nacionais naquele momento histórico, concretizou-se na cidade pro meio de ações de prevenção de enchentes, preservação de fundos de vale e áreas verdes. Para tanto, essas áreas tomaram contornos de áreas de lazer e espaços de

recreação, formando os primeiros parques com essa concepção. A criação do Setor Histórico, ainda nessa década, consolidou o início de uma política institucional de preservação do patrimônio Histórico e Cultural. No que diz respeito ao estímulo ao desenvolvimento econômico, houve a implantação da Cidade Industrial de Curitiba (CIC) na região oeste do município, concentrando o setor produtivo numa área dotada de infraestrutura para tal. Na CIC, a exemplo da totalidade da cidade, o zoneamento local definiu áreas destinadas ao trabalho, à moradia e ao lazer, integradas aos Eixos Estruturais, não caracterizando assim um distrito segregado.

A opção pelo modelo linear de expansão urbana ao longo de eixos estruturais, prevista pelo plano diretor, foi baseada na integração de uma política de uso do solo, circulação e transporte. O desenvolvimento linear foi caracterizado pela implantação de eixos viários formando um sistema trinário, cujas vias tem funções específicas: uma via central, que contém a canaleta para o transporte de massa (ônibus), pistas lentas para atendimento às áreas lindeiras, e duas vias externas, paralelas à via central, com sentido único de tráfego (bairro-centro-bairro), destinadas ao fluxo contínuo e rápido de veículos. A consequência imediata da circulação de ônibus em canaleta exclusiva é a diminuição do tempo de viagem, além da diminuição da sobrecarga ao sistema viário, principalmente em áreas de tráfego intenso.

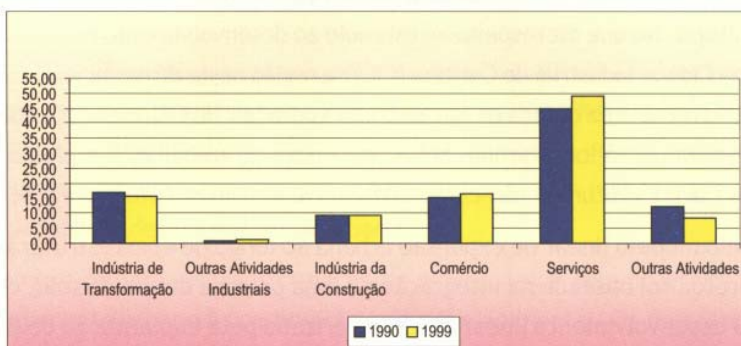
Outra estratégia utilizada para a consecução desses objetivos foi a priorização do transporte coletivo como instrumento indutor de crescimento em áreas com interesse de adensamento habitacional, comercial e de serviços com usos do solo compatíveis. Os eixos, antigos caminhos de acesso à cidade, concentraram os investimentos em infraestrutura, inclusive com a implantação de terminais de integração do transporte coletivo, concentrando suas demandas (CURITIBA, 2002).

1.1.2 Base de Sustentação Econômica

Curitiba tem se caracterizado como uma economia terciária, que tem no setor serviços a sua principal fonte de empregos e que, a partir de meados da década de 90, também conta com esse setor como principal fonte geradora de renda, medida pela composição do Produto Interno Bruto – PIB.

De acordo com o IBGE/PNAD, em 1999 a Região Metropolitana de Curitiba (RMC) tinha 1.183.779 pessoas ocupadas, das quais 49% exerciam suas atividades no setor serviços, 26% na indústria, incluindo-se a construção civil, 16,5% estavam atuando em atividades comerciais e os demais em outras atividades econômicas. Fazendo-se uma comparação com a pesquisa realizada em 1992, pode-se perceber que a proporção de ocupados no setor serviços e no comércio aumentou em detrimento da ocupação proporcional na indústria, o que corresponde a uma tendência global da economia.

Gráfico 1 – População ocupada na RMC de acordo com os setores econômicos – 1990/1999



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, IBGE (PNAD) – 1992/1999

Elaboração: CIC – 2002

A Pesquisa Mensal do Emprego, realizada na RMC desde 1999 pelo IBGE em parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, mostra que deste ano até os primeiros meses de 2002, a taxa de desemprego na RMC permaneceu abaixo da média nacional em praticamente todos os meses, mostrando, comparativamente, que a região está apresentando melhores condições de enfrentamento da crise econômica que está afetando não apenas o país, mas todas as demais economias.

Para a mesma direção apontam os dados relativos à evolução da participação de Curitiba e do conjunto da RMC na economia do Estado. Em 1970, a RMC era responsável por 24,04% do PIB do Estado, chegando, em 1996, a 38,88%. Considerando apenas Curitiba no mesmo período, constata-se igualmente um crescimento significativo de 20,07% para 31,24% do PIB estadual, porém menor, proporcionalmente ao crescimento da RMC como um todo. A constatação de que a economia da região cresce relativamente mais do que a economia da Capital confirma-se observando-se a evolução da participação do PIB de Curitiba, no PIB da própria RMC, que diminuiu de 83,51% em 1970 para 80,36% em 1996, com pequenas oscilações no período. Esses dados mostram que, apesar da polarização que a Capital exerce na região, tanto econômica como político-administrativa, não há inibição do crescimento econômico dos demais municípios (CURITIBA, 2002).

1.2 Tendências Demográficas dos Últimos 20 Anos

O Estado do Paraná permaneceu despovoado, na maior parcela do seu território, até meados da década de 1930 e início da década de 1940. A ocupação predominante até então se limitava ao litoral do Estado, ao primeiro planalto onde se localiza Curitiba, e ao

segundo planalto de Ponta Grossa e Castro. O processo de ocupação, a partir de meados da década de 1930, foi caracterizado por migrações internas, de origem paulista e mineira no norte do Estado e de origem gaúcha e catarinense no sudoeste e oeste.

A intensa ocupação do território paranaense se esgota já no início da década de 1970, quando o Paraná deixa de ser destino de grandes fluxos migratórios. No decorrer dessa década, em algumas regiões do Estado, ocorre crescimento demográfico negativo. Grandes transformações na estrutura agrícola e fundiária resultaram na expulsão de trabalhadores rurais do Paraná, que foram em busca de outras terras acompanhando o processo de expansão da fronteira agrícola, ou que se dirigiram aos grandes centros urbanos.

A RMC apresentou, a partir dos anos 70, um incremento significativo de sua participação urbana do Estado, passando de 11,85% em 1970, para 18,88% em 1980, 23,68% em 1991 e 32,11% no ano 2000. Esse fenômeno da metropolização é coincidente com o contexto brasileiro.

Na década de 1970, esta foi a região que apresentou os maiores índices de crescimento populacional em relação às outras regiões metropolitanas brasileiras. Esse índice foi de 5,78% ao ano, enquanto Belo Horizonte, que ocupa a segunda posição, cresceu 4,7% e o Brasil, 2,48% ao ano.

Na década de 1980, o crescimento torna-se menos intenso. a taxa de Curitiba de 5,34%, na década de 1970, passa a 2,29% ao ano na década de 1980, enquanto a taxa da RMC, de 5,58% (70) passa para 2,95% (80). Nos anos 90, Curitiba apresentou uma taxa anual de crescimento de 2,11%, enquanto a RMC ainda crescia a 3,16%. Nos últimos quatro anos, essas taxas se reduziram ainda mais: Curitiba passou a crescer a 1,83% e a RMC a 2,90%. Se forem observadas as taxas de crescimento da RMC nesses quatro anos, excluindo Curitiba desse contexto, a região passa a apresentar uma taxa anual de 4,5%, muito próxima daquelas observadas na década de 1980.

Curitiba, nesse período caracterizou-se pela ocupação de vazios urbanos e pela ocupação de novas áreas por empreendimentos habitacionais de interesse social promovidos principalmente por iniciativa do Poder Público Municipal, chegando, em 2002, a 1.644.599 habitantes, distribuídos por 75 bairros.

1.3 Distribuição das Desigualdades

Curitiba tem consolidado, ao longo dos anos, a imagem de cidade-referência nos diferentes aspectos da vida urbana. A noção de qualidade de vida passou a ser amplamente empregada nos diferentes meios e tornou-se termo vinculado à cidade. Contudo é necessário

entender esse conceito na sua plenitude, com seus vieses e limitações. Uma maneira de interpretá-lo é sob o enfoque de diferenciais intraurbanos, ou seja, observando onde as desigualdades se manifestam no espaço-tempo, no contexto interno da cidade. Se a cidade se projeta como detentora de qualidade de vida, onde isso ocorre e quem usufrui dessa condição?

Essa análise está sendo efetuada desde 1996, utilizando-se o método genebrinodistancial, que mensura as variáveis prioritariamente qualitativas, ou seja, os benefícios sociais alcançados por uma população (IPPUC, 2001). Para isso, definem-se quais variáveis e quais indicadores são relevantes para compor essa avaliação. Em Curitiba, estão sendo avaliadas as variáveis: educação, saúde, habitação e transporte, por meio de um conjunto de indicadores para cada uma dessas áreas, conforme discriminação na Tabela 1.

A cada indicador (medidor) é atribuído um limiar máximo que significa o melhor resultado alcançado, considerando as várias cidades brasileiras, ou os parâmetros internacionalmente aceitos. Igualmente, é atribuído um limiar mínimo, tomando-se como referência a pior situação encontrada.

Esses limiares servirão de parâmetros para a avaliação dos valores reais (empíricos) verificados no município para cada indicador, medindo a distância em que se encontram da situação considerada ótima (limiar máximo).

Os resultados possibilitam uma análise da posição de cada um dos medidores (índice parcial). Calculando-se a média desses valores, chega-se ao índice alcançado em cada uma das áreas – habitação, saúde, educação e transporte – (índice grupal). Da mesma forma, a média dos índices grupais permite obter o índice sintético, que representa o grau de satisfação das necessidades sociais, alcançado pelo município (SLIWANY, 1997).

A mesma análise é feita para os bairros de Curitiba. Considerando-se como limiares máximo e mínimo, os melhores e os piores resultados, respectivamente, entre os 75 bairros.

A avaliação dos índices da cidade em comparação com a realidade de outras capitais permite dizer que Curitiba alcança um nível de crescimento social positivo, apresentando um índice global de 77,23% de satisfação nos quatro setores considerados, destacando-se o setor Habitação com a melhor performance – 81,74%, seguido pelo setor saúde, com 79,57%, educação, com 77,17% e transporte, com 71,27%.

Apesar do nível global positivo, é possível identificar em quais aspectos os índices de satisfação estão aquém do desejado. Dos 17 medidores (indicadores) utilizados na análise geral, cujos limiares empregaram parâmetros de outras cidades, cinco alcançaram nível de satisfação inferior a 60%, sendo eles: domicílios em aglomerados subnormais (45,21%), baixo peso ao nascer (57,30%), incidência de AIDS (13,89%), distorção idade/série (45,24%) e acesso à rede integrada de transporte (RIT) (49,50%).

Tabela 1 Índices de satisfação da qualidade de vida alcançados por meio dos benefícios sociais nos setores de habitação, saúde, educação e transporte, em Curitiba – 2000.

BENEFÍCIOS SOCIAIS ALCANÇADOS	Leitura dos dados	Valor mínimo	Valor empírico	Valor máximo	Índice parcial	Índice grupal	Índices intético
1.HABITAÇÃO						81,74	77,23
1.1 Domicílios em aglomerados subnormais*	%	13,83	7,60	0,05	45,21		
1.2 Pessoas por domicílio (Área Urbana)	Pessoas	4,42	3,43	3,57	100,00		
1.3 Domicílios com coleta de lixo	%	68,80	99,3	94,25	100,00		
2.SAÚDE						79,57	
2.1 Mortalidade infantil	/1.000	48,25	18,05	24,30	100,00		
2.2 Baixo peso ao nascer (< 2,5 Kg)**	%	8,80	7,78	7,02	57,30		
2.3 Mortalidade geral padronizada***	/1.000	12,00	5,02	4,00	87,25		
2.4 Esperança de vida ao nascer	anos	65,92	71,73	69,51	100,00		
2.5 Incidência de tuberculose	/100.000	61,45	37,15	36,80	98,58		
2.6 Incidência de Aids**	/100.000	29,88	26,76	7,41	13,89		
2.7 Mortalidade < de 5 anos	/1.000	33,09	21,11	22,3	100,00		
3.EDUCAÇÃO						77,17	
3.1 Taxa de reprovação	%	17,90	14,40	12,5	64,81		
3.2 Taxa de abandono	%	19,80	5,50	7,05	100,00		
3.3 Taxa de sucesso	%	62,30	80,10	80,35	98,61		
3.4 Distorção Idade/série	%	64,00	49,07	31,00	45,24		
4.TRANSPORTE						71,27	
4.1 Frequência***	minutos	17,61	8,75	6,00	76,31		
4.2 Acesso a rede integrada de transporte (RIT)*	n/linhas	4,19	10,64	16,39	49,50		
4.3 Cumprimento das viagens**	%	90,00	98,80	100,00	88,00		
AGENTE DA VARIABILIDADE DOS BENEFÍCIOS SOCIAIS					ÍNDICES		
1.1 Renda média				3,3	s.m.		
1.2 Área típica de variação				0,0	<typ< 11,8		
1.3 Concentração (Índice)				0,5			
1.4 Concentração (Dist. do Fundo Geral da Renda)	65% da população	fica com 25 %	da renda	geral			
	5 % da população	fica com 23 %	da renda	geral			

Fonte: Qualidade de Vida em Curitiba, 2000, IPPUC OBS: RENDA – dados de 1991 (IBGE)

* Limiares calculados a partir das médias dos bairros de Curitiba

** Limiares calculados a partir das médias das capitais brasileiras

*** Limiares definidos a partir de opinião e validação de especialistas

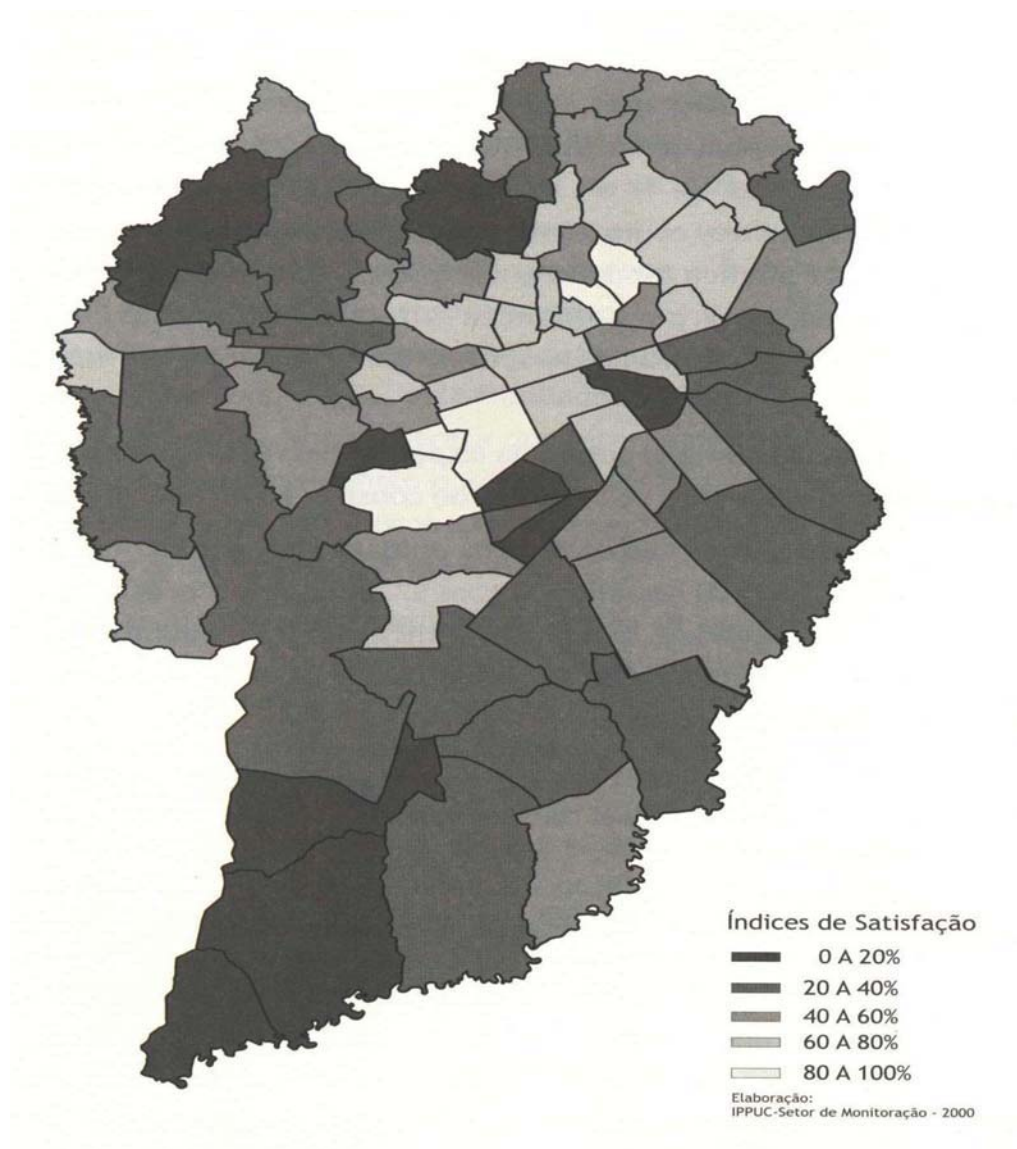
Para os demais medidores, os limiares foram calculados a partir das médias das Grandes Regiões Brasileiras

Na análise intraurbana, verifica-se que o setor de saúde é aquele que possui o maior número de bairros com índices de satisfação inferiores a 60% – 47 bairros que concentram 74,76% da população. É importante ressaltar que, desses bairros, 28 estão na faixa entre 40 e 60% de satisfação. O setor educação é o segundo a concentrar maior número de bairros com níveis de satisfação inferiores a 60% – 45 bairros e 73,05% da população em idade escolar. Se atrelarmos saúde e educação numa análise única, visto que são duas áreas subjacentes, observa-se que mais da metade dos bairros possuem qualidade de vida com indicadores inferiores a 60%, mesmo se a média da cidade atinge mais de 75% de satisfação em qualidade de vida. Isso significa que a maioria da população não goza de um sistema que propicie qualidade impactante em suas vidas.

O transporte aparece como o terceiro setor com maior número de bairros nas faixas inferiores a 60% – 43 bairros com 29,7% da população. Já o setor de habitação, que possui 31 bairros com avaliação inferior a 60%, concentra, nessa faixa, 57,86% da população.

A análise intraurbana permite a identificação dos espaços urbanos onde as desigualdades se manifestam, possibilitando, dessa forma, a instrumentalização do planejamento. Observa-se, no Mapa 1, os diferenciais intra-bairros segundo a classificação do índice sintético de satisfação de qualidade de vida, por bairro, em Curitiba. Nota-se a mesma tendência observada em 1996, a média da cidade apresentou um conjunto de indicadores elevados, mostrando uma cidade com condição global favorável. Se na média o município consegue sustentar o título de cidade de qualidade de vida, o mesmo não procede nos níveis locais. Se, por um lado, uma porção da população ostenta uma condição de vida comparável a cidades de países desenvolvidos, grande parte da comunidade está longe de atingir tal status. Quanto mais periférico o bairro, mais deficientes os indicadores se mostram, alertando para uma situação de iniquidade. Tais heterogeneidades podem ser visualizadas no Mapa 1, onde a figura atesta a grande diferença de cores entre os bairros, ilustrando grandes diferenciais entre as distintas regiões.

Mapa 1 Índice sintético de satisfação da qualidade de vida, por bairro, Curitiba – 2000



Fonte: Qualidade de Vida em Curitiba, 2000, IPPUC

1.4 Organização do Sistema e dos Serviços de Saúde e Relação Entre Sistema Público e Privado

Até o início da década de 1980, a oferta de serviços públicos de saúde em ambulatórios era de responsabilidade, principalmente, do Governo Federal, que atingia especialmente a população previdenciária, por meio do INAMPS. Em 1982, por exemplo, este produziu 87,6% das consultas médicas ofertadas à população de Curitiba. A Secretaria de Saúde e a Prefeitura Municipal de Curitiba atuavam de forma indistinta e complementar, possuindo uma rede, em 1983, de 14 e 13 unidades básicas de saúde, respectivamente. As ações de caráter preventivo, como a imunização, ficavam sob a responsabilidade do Estado. A rede hospitalar pública também era reduzida – um hospital universitário, uma maternidade, dois hospitais para doenças infecto-contagiosas. A maioria dos internamentos hospitalares se dava nos hospitais filantrópicos e nos hospitais privados mediante convênios.

Ainda em 1979, iniciou-se uma experiência inspirada nas resoluções da Conferência de Alma Ata, que significou um marco no processo de construção de uma política de saúde.

Nesse processo deu-se a expansão da rede de unidades básicas sob a responsabilidade do município, chegando ao final dos anos 80 com 57 unidades, oferecendo atendimento básico em ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica média e odontologia. Igualmente nesse período, teve início o processo de municipalização da atenção básica à saúde e das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

Na década de 1990, o processo de construção do SUS em Curitiba implicou o fortalecimento da Secretaria Municipal da Saúde, especialmente para se viabilizar como gerenciadora do Sistema.

A partir de 1991, procedeu-se a uma reestruturação organizacional, com vistas à descentralização da gerência e, paulatinamente, à execução das ações, regionalizando os equipamentos e estabelecendo gerências regionais, que correspondem a oito Distritos Sanitários. Ao mesmo tempo, ocorreu a rediscussão do modelo assistencial, para aperfeiçoá-lo, incorporando novos conceitos e ampliando sua dimensão e abrangência. Tratava-se do desafio de superar a prática voltada, predominantemente, para a atenção básica e incorporar a gerência de um sistema de saúde em toda sua complexidade.

Ao longo das duas últimas décadas, a rede própria de serviços de saúde cresceu significativamente, atingindo, em 2002, o montante de 104 unidades de saúde, sendo cinco delas de pronto-atendimento 24 horas/dia; 90 possuem clínica odontológica, 11 incluem especialidades médicas ou odontológicas, 42 trabalham com o programa saúde da família e a maioria possui agentes comunitários de saúde fazendo parte de seu quadro

profissional. Conta também com um hospital geral e uma maternidade, um laboratório de análises clínicas e radiologia e uma central de ambulâncias. Atua na forma de gestão plena do sistema municipal desde 1998. Decorre, dessa função, o desenvolvimento de setores organizacionais tais como o controle, a avaliação e a auditoria, a central de marcação de consultas especializadas, a central metropolitana de leitos hospitalares e a central de atendimento ao usuário.

A rede pública própria está voltada, principalmente, para a atenção básica à saúde, sendo responsável, no 1º semestre de 2002, por 92,10% do total dos procedimentos básicos realizados pelo SUS. Quando se avaliam os procedimentos não-básicos (média e alta complexidade), o percentual oferecido pela rede pública equipara-se ao oferecido pela rede privada vinculada ao SUS – respectivamente 54,07% e 45,93% no mesmo período. No entanto, 72,83% do pagamento por esses serviços foram destinados à rede privada, refletindo a maior complexidade das especialidades ofertadas por esse setor. Essa relação fica ainda mais evidente quando se trata dos internamentos hospitalares. No período analisado, 73,98% dos internamentos ocorreram nos hospitais privados conveniados ao SUS, representando 77,39% dos gastos nessa categoria, demonstrando o peso do setor privado de atendimento à saúde em Curitiba.

A característica de pólo metropolitano expressa-se também na área da saúde, uma vez que os serviços de maior complexidade ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico concentram-se na capital. No primeiro semestre de 2002, 38,8% dos internamentos ocorridos no município foram de não-residentes, e 27% dos pacientes eram provenientes da Região Metropolitana de Curitiba.

Apesar de existir um núcleo básico de ações determinadas para todo o sistema da SMS, cada Distrito Sanitário (DS) e Unidade de Saúde (US) possui um certo grau de liberdade para trabalhar os momentos estratégico, tático e operacional das ações.

Todas as US, excetuando as 24 horas e as especializadas, responsabilizam-se por um território processo-social, configurando sua área de abrangência. Fora o DS Matriz, que corresponde à região central do município, todos os outros espaços geográficos possuem uma US de referência.

1.5 Prioridades Detectadas com Relação às Políticas Públicas e Principais Estratégias

A definição das áreas prioritárias para intervenção por meio de políticas públicas locais, não é o resultado de um processo unilinear, baseado apenas em informações eminentemente técnicas, trabalhadas na forma de um relatório diagnóstico. A priorização

de problemas requer, também, muita sensibilidade dos administradores para detectar necessidades sentidas pela população, nem sempre expressas por indicadores, criando-se espaços e mecanismos de escuta e de discussão.

Os problemas e estratégias aqui apresentados resultam de uma avaliação que leva em conta os indicadores trabalhados para o dimensionamento dos diferenciais intraurbanos, bem como de necessidades detectadas em estudos a partir de fontes alternativas de dados.

15.1 Problemas Relativos à Qualidade Ambiental

A situação hoje se apresenta ainda longe do ideal, mostrando seqüelas ambientais a serem suplantadas. No que se refere ao esgoto, o total coletado é de 63 a 98%, sendo tratados apenas 52%. A média de consumo diário de água per capita recomendada pela ONU é de 200 l, sendo que Curitiba tem uma média de 154 l. Mesmo com avanços nas várias áreas, Curitiba tem apenas 13% de coleta seletiva de lixo, 14% da condição do ar é considerada regular ou inadequada e quase a totalidade dos cursos d'água do espaço urbano comprometida por poluentes.

O conceito inicial de transformação da cidade pelas políticas ambiental e cultural potencializou seu poder de ação já no final dos anos 80, quando a cidade assumiu sua postura como “Cidade Ecológica”. Vários projetos e programas institucionais tomaram corpo e foram absorvidos pela população como ação de rotina.

Hoje o município dispõe de 52m² de áreas verdes por habitante, distribuídos em 7.786.020m² nos diferentes parques e bosques além de contar com 115 km de ciclovias distribuídas nos diversos bairros, que aliada ao transporte coletivo e a uma legislação municipal rigorosa acerca da poluição industrial, representam um potente instrumento de enfrentamento à produção de gases que contribuem para o aquecimento global.

No que se refere ao saneamento, os primeiros passos de construção de um meio saudável aconteceu já no final da década de 1960, quando a necessidade de contenção de cheias no espaço urbano gerou a necessidade de viabilização de estruturas que estancassem o excesso pluvial. Esses ambientes transformaram-se, invariavelmente, em parques e áreas de recreação, cujo papel sanitário foi potencializado pela concepção de equipamentos sociais, como é o caso do Centro de Criatividade, do Parque Barigüi, da Universidade Livre do Meio Ambiente (UniLivre), entre outros.

O esgotamento sanitário da cidade, ação de competência de órgãos não-municipais, teve uma alternativa local para complementar as atribuições oficiais: o Sistema Curitiba de Esgoto. O esgoto tomou status de prioridade uma vez que a cobertura da água atinge 99% dos domicílios

curitibanos. É um sistema alternativo que coleta e trata o efluente quadra a quadra e possibilita sua ligação à rede pública convencional quando esta estiver completa na cidade.

A cidade criou também uma política específica de resíduos sólidos. Inicialmente com a perspectiva de efetuar uma coleta seletiva, em 1989, lançou o programa “Lixo que Não é Lixo”. Tal projeto comporta questões ambientais essenciais: educação ambiental, separação do lixo orgânico do inorgânico e destino final a um aterro sanitário tecnicamente adequado. Conectado a este projeto, nasceu o programa Câmbio Verde, ação de intensa integração com a comunidade onde o lixo reciclável é trocado por hortifrutigranjeiros. Outros projetos complementam a concepção deste, como na área da educação, em que a troca se faz entre o lixo reciclável por cadernos e outros produtos. Existem ainda serviços especiais de coleta de resíduos, como o lixo tóxico (pilhas, baterias de celular, latas de tinta, entre outros) e resíduos de serviços de saúde, que coletam matérias provenientes de hospitais, clínicas e serviços correlatos. O projeto Piá Ambiental, Programa de Integração da Infância e Adolescência, criado em 1990, integra jovens que vivem em áreas de fragilidade ambiental, por meio de um processo educativo com práticas sociais e ambientais. Os jovens aprendem desde práticas de jardinagem e horta, até noções básicas de saúde, alimentação e desenvolvem atividades artísticas.

1.5.2 Transporte

Em Curitiba, o sistema de transporte coletivo funciona num conceito de RIT – Rede Integrada de Transporte –, a qual permite ao usuário o deslocamento de ponto a outro da cidade, servindo-se de mais de um tipo de linha de ônibus (expresso, alimentador e interbairros) pagando uma única tarifa – a Tarifa Social Única – definida com o mecanismo de subsídio auto-sustentado, gerado pelo próprio sistema: as viagens de percursos menores subsidiam as de percursos mais longos, que atendem os bairros mais distantes e as populações de baixa renda.

Observa-se ainda hoje um grande déficit em termos de acesso à RIT e de frequência irregular das linhas de ônibus. Fatos que impedem a configuração perfeita do sistema, apesar da reputação sólida.

Contudo, a integração se dá nos diversos terminais e possibilita o deslocamento de 85% da população. A otimização das linhas por meio da organização da RIT, acompanhada de um escalonamento de horários de início e término de expediente nos estabelecimentos comerciais, industriais e de serviços, possibilitou melhor distribuição da frota, para atender aos horários de pico, e conseqüente redução do consumo de energia.

Em 1991, começa a circular o Ônibus Ligeirinho, linha direta para transportar até 110 passageiros por viagem, em percurso de poucas paradas, cujo embarque e desembarque

acontecem na Estação-tubo, e que se distribuem pela cidade e nos terminais de integração. Essas estações permitem o pagamento antecipado e o embarque no mesmo nível que o ônibus, agilizando o processo de embarque-desembarque, além de permitir a utilização de um sistema especial de embarque por elevadores destinados aos deficientes físicos.

Em 1992, entra em funcionamento o Biarticulado, veículo com maior capacidade de transporte (270 passageiros), em menor tempo de viagem, proporcionando uma redução de aproximadamente 50% no consumo de energia tradicionalmente requerido por essa mesma frota. Com o objetivo de diminuir ainda mais a poluição causada pelos ônibus, está sendo testado em 20 ônibus um novo combustível – o BIODIESEL, composto de produtos vegetais.

O Sistema Integrado de Transporte é, portanto, formado por uma rede composta por terminais de integração, linhas expressas, alimentadores, diretas e interbairros. O Sistema de Transporte é complementado por outras linhas que fazem percursos específicos: Convencionais, que fazem a ligação entre bairros e municípios vizinhos e centro; a Linha Circular Centro, que atende a malha central da cidade, a qual é operada por micro-ônibus para fazer percursos mais curtos; a Linha Turismo, destinada a cobrir o itinerário dos Parques Públicos e outros pontos turísticos da cidade, facilitando o acesso da população. Além disso, é oferecido também o transporte para deficientes, com a chamada Linha de Ensino Especial, num total de 28 linhas específicas de ônibus, atendendo aproximadamente 1.700 portadores de deficiência física e mental, por dia útil. O sistema de transporte contempla ainda linhas inter-hospitais e linhas madrugeiras.

O transporte coletivo constitui-se numa permanente preocupação dos gestores urbanos. Em Curitiba, novas propostas estão sendo desenhadas, buscando ampliar a oferta, melhorar a integração do sistema, considerando os demais municípios da região metropolitana. A transformação do trecho urbano da BR 116 em via privilegiada para o transporte e tratamento como parque linear, possibilitará melhorar a integração inter e intramunicipal, bem como reduzir o número e a gravidade dos acidentes de trânsito provocados pelo conflito entre trânsito urbano e rodoviário.

1.5.3 Aglomerados Subnormais

O problema habitacional agravou-se na década de 1980 como resultado da crise econômica e da desarticulação do Sistema Financeiro de Habitação. O número de domicílios em favelas passou de 7.716, em 1982, para 18.442, em 1987, 7,83% dos domicílios de Curitiba (28.239 domicílios) localizavam-se em áreas de aglomerados subnormais, segundo o IBGE. Em 1996, esse percentual cai para 7,6%, ocorrendo, no entanto, um aumento do número absoluto de domicílios, que passa para 32.689 unidades. Isso ocorre porque há um crescimento geral do número de domicílios, relativizando o

peso dos domicílios em aglomerados subnormais. Em 2000, o percentual de domicílios em aglomerados subnormais cai, novamente para 7,47%, chegando, em números absolutos, a 40.523 unidades habitacionais. Neste ano, 40 bairros de Curitiba apresentaram domicílios em áreas de aglomeração subnormal e em apenas três bairros concentravam-se mais de 50% dos domicílios e moradores nessa situação, formando um cinturão periférico, sendo menos expressivos nas regiões centrais. São os locais onde se concentra a população de mais baixa renda, que vive em condições mínimas de habitabilidade, de acesso aos serviços sociais básicos e de integração urbana. Os efeitos perniciosos desse processo fazem-se notar pela segregação, pela deterioração ambiental e pelo incremento de problemas sanitários e de saúde.

O alinhamento da pobreza com as condições deficientes de habitabilidade engendra as circunstâncias propícias para a concentração e disseminação de sérios problemas de risco social: crianças e adolescentes em situação de risco, violência urbana, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e baixa renda familiar. Inúmeros estudos demonstram a coincidência entre o mapa da violência e o mapa das carências e da exclusão social.

O problema de subhabitação vem sendo enfrentado com de um conjunto de medidas:

- Urbanização e regularização fundiária de ocupações irregulares que não se encontram em áreas de risco (áreas sujeitas a alagamento, faixas de transmissão de alta tensão de energia elétrica e áreas de proteção ambiental). A urbanização compreende a realização de obras de infra estrutura – circulação viária, calçamento, iluminação pública – e a alocação de equipamentos sociais.

- Relocação de habitações que se encontram em áreas de risco, em áreas em regularização que não comportam todas as moradias ou para viabilizar obras de infra-estrutura, utilizando-se dos programas de Companhia de Habitação do município que financiam lotes urbanizados, com recursos de Fundo Municipal de Habitação e de investimentos externos.

Atualmente tais estratégias vem sendo viabilizadas pelo programa Nossa Vila – ação que tem como objetivos promover a urbanização e a regularização fundiária de ocupações irregulares – selecionadas por critérios sociais, físico-territoriais e legais; a integração dessas áreas ao seu entorno e à cidade legal; a melhoria sócio-econômica das famílias beneficiárias e a prevenção de novas invasões nas áreas de intervenção do projeto. Busca-se alcançar esses objetivos utilizando-se o “Modelo Curitiba de Participação” que, por meio de discussões com a comunidade, aponta a complementação da infra-estrutura básica, equipamentos sociais e serviços públicos de seu interesse, além de envolver a população em todo processo de regularização, para dar sustentabilidade às ações de intervenção. Atua ainda na geração de trabalho e renda.

As dificuldades de financiamento nessa área limitam o alcance das ações, exigindo um esforço de priorização dos aglomerados subnormais sujeitos a intervenção.

1.5.4 Violência Urbana

A falta de informações sistematizadas e confiáveis tem dificultado o estudo de uma variável muito importante para a avaliação da qualidade de vida da população. Trata-se das informações relativas à violência urbana, tema que tem se apresentado como uma das maiores preocupações, especialmente das populações moradoras dos grandes centros urbanos.

Os acidentes e as violências vêm se mantendo como a terceira causa de morte em Curitiba e a primeira entre crianças, adolescentes e adultos jovens. Chama a atenção o crescimento da mortalidade por homicídio, que em 2001 supera o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito, vitimando principalmente os jovens do sexo masculino, contribuindo para a redução da expectativa de vida entre os homens. O coeficiente de morte por homicídio sai de um patamar de 16,59 por 100 mil habitantes em 1994, para 23,45 em 2001, enquanto o coeficiente de óbitos por acidentes de trânsito reduz-se de 42,06 por 100 mil em 1994 para 21,54 em 2001. A queda mais significativa de mortes no trânsito ocorre após a implantação do novo Código Brasileiro de Trânsito, mantendo-se a partir daí, relativamente estável, em patamar ainda elevado, quando comparado a outras capitais.

Além dos dados de mortalidade, poucas informações estão disponíveis, não permitindo um melhor dimensionamento e qualificação da violência. Essa situação tem exigido um esforço na busca por dados, numa área em que o poder público municipal não tem tradição de atuação. Com objetivo de criar um sistema de informações sobre a violência, a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba realizaram levantamentos no Instituto Médico Legal, na Delegacia da Mulher, no SOS Criança, nos Conselhos Tutelares, no Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência – SIATE, na Polícia Militar e nas Delegacias Especializadas da Polícia Civil.

Com base nesses dados, pode-se identificar que as mulheres e as crianças constituem um grupo populacional em risco para violência, sendo a violência doméstica preponderante frente às demais. Uma das estratégias para o enfrentamento dessa realidade é objeto de relato descrito na Parte II.

PARTE II

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes independem da classe social, etnia, religião ou escolaridade das famílias e são importante causa para as demais formas de violência urbana. À medida que se estabelece um padrão de comportamento baseado na violência, abre-se caminho para a marginalização de crianças e adolescentes e para a formação de adultos que tendem a reproduzir tal padrão de relacionamento familiar e social.

Poucos dados existem sobre o problema que, mesmo após mais de uma década da vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, permanece no senso comum, como um problema de foro privado. Estima-se que, em cada vinte casos de violência contra crianças e adolescentes, apenas um é denunciado. Pesquisa realizada em 1998 pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba e Secretaria Municipal da Saúde, no Instituto Médico Legal de Curitiba, registrou um total de 1.496 crianças e adolescentes que sofreram agressões físicas, sexuais e, conseqüentemente, emocionais. (CURITIBA, 1998)

O SOS Criança de Curitiba atende a uma média de nove crianças ou adolescentes por dia, vítimas de violência doméstica – agressão, negligência, cárcere privado, abandono. Os Conselhos Tutelares de Curitiba atenderam, em 1999, 11.617 denúncias de violação de direitos de crianças e adolescentes, dos quais 46% tinham como agentes veladores os familiares. Apesar da magnitude desses números, sabe-se que eles representam apenas uma pequena parte da realidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, em seus artigos 13 e 245, a obrigatoriedade da denúncia de violação de direitos, citando expressamente os profissionais da saúde e da educação. No entanto, muitos profissionais desconhecem essa obrigatoriedade, ou simplesmente se omitem e, dessa forma, a maioria dos casos de abuso infantil permanece oculto e as vítimas sem assistência e proteção.

A PROPOSTA– OBJETIVOS

A constatação dessa realidade motivou a Construção da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (CURITIBA, 2002a), objetivando sensibilizar

e capacitar os profissionais diretamente envolvidos no atendimento a esse grupo populacional, para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança ou ao adolescente e de ajuda à família para que ela tenha condições de cumprir seu papel de criar, educar e proteger seus filhos. Dessa forma, objetiva-se intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos.

A normalização e padronização de um instrumento de notificação da violência observada – Ficha de Notificação Obrigatória da Violência ou Suspeita de Violência na Infância e Adolescência – é uma das ferramentas utilizadas para o acompanhamento dos casos e manutenção de um banco de dados, ao mesmo tempo em que cumpre o previsto no ECA no que diz respeito à obrigatoriedade da denúncia.

A Rede de Proteção adota uma concepção de trabalho que dá ênfase para a atuação integrada e intersetorial, envolvendo todas as instituições que desenvolvem suas atividades com crianças e adolescentes e suas famílias, destacando-se as escolas, creches, unidades de saúde, programas de contra-turno escolar (programa de atividades e acompanhamento do estudante, em turno contrário ao turno do estudo regular), entre outras.

Dessa forma, participam da formulação e implantação deste projeto as Secretarias Municipais da Saúde, da Educação, da Criança, do Meio Ambiente, a Fundação de Ação Social, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, o Instituto Municipal de Administração Pública, a Secretaria do Estado da Educação, os Conselhos Tutelares e a Sociedade Paranaense de Pediatria.

A concepção de rede permite que novos parceiros se agreguem, ampliando o espectro inicial de instituições e, portanto, de alternativas de intervenção. Essa é uma das diretrizes que norteiam a Rede de Proteção – ampliar parcerias, envolver instituições governamentais e não-governamentais e a comunidade.

Como parte de uma rede, cada um tem o seu papel. Isso implica a mudança das posturas e das práticas disseminadas, tanto nos serviços como na própria comunidade – a de não envolvimento e a de passar o problema adiante.

A partir de uma situação de violência contra a criança ou o adolescente identificada por um professor, médico, enfermeiro, educador, assistente social, dentista, psicólogo, pedagogo, ou qualquer outro profissional, desencadeia-se um processo que se inicia pelo levantamento de informações que possibilitem a avaliação da gravidade da situação e do risco de novas agressões. Para essa avaliação, deve-se considerar as condições da vítima, o tipo e as características da violência sofrida, as características do agressor e as condições da família em prestar socorro e proteção a criança ou ao adolescente vitimizado. Dessa

avaliação deverá resultar a definição dos procedimentos a serem tomados pelo serviço que identificou o problema.

Os casos mais graves exigem procedimentos emergenciais, como a comunicação imediata per telefone com o SOS Criança ou com o Conselho Tutelar e/ou encaminhamento imediato a um serviço de saúde e/ou acionamento de serviços de segurança. Após o atendimento em caráter emergencial, deverá ser preenchida e encaminhada a Ficha de Notificação Obrigatória.

Os casos de menor gravidade, considerados de risco leve, desencadeiam procedimentos de rotina – preenchimento e encaminhamento da Ficha de Notificação Obrigatória, orientação aos pais ou responsáveis, visita domiciliar, atenção constante sobre a criança, consulta de retorno, encaminhamento da criança e da família para outros serviços de acordo com a especificidade do caso, estímulo à participação dos pais em atividades de orientação familiar, entre outros.

A Ficha de Notificação Obrigatória é preenchida e encaminhada independentemente da avaliação da gravidade, para todos os casos de suspeita ou de violência comprovada. Trata-se de um formulário de uso comum para as diferentes unidades notificadoras, composto por três vias carbonadas. A unidade notificadora arquiva a terceira via, encaminha a primeira via para o Conselho Tutelar da região e a segunda para o SOS Criança. Conselheiros e técnicos avaliam o caso, complementam informações, se necessário, verificam em seus bancos de dados a existência de registros anteriores que possam indicar reincidência e definem os procedimentos cabíveis.

Todos os casos, tanto leves, como moderados e graves, são acompanhados e monitorados pelos serviços que atendem aquela criança ou adolescente e sua família. Tais serviços atuam de forma integrada, organizando-se como uma Rede Local de Proteção. Cada Rede Local tem sob sua responsabilidade a população residente em um dado espaço geográfico, definido de acordo com a delimitação da área de abrangência da Unidade de Saúde que a compõe. Assim, as escolas, creches, programas de contra-turno escolar ou qualquer outro serviço localizado na circunscrição de uma unidade de saúde, formam uma rede e trabalham como tal, discutindo e acompanhando os casos identificados no âmbito daquela área.

Todas as redes locais vinculam-se a uma Coordenação Regional, igualmente composta de forma intersetorial, com representantes de todas as instituições que compõem a Rede de Proteção naquela Regional. As Coordenações Regionais vinculam-se a uma Coordenação Municipal, composta por representantes de todas as instituições envolvidas. Essa composição e organização tem possibilitado respeitar as diversidades regionais e locais e, ao mesmo tempo, manter um núcleo comum de ação e unidade conceitual que definem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO

A implantação teve início em agosto de 2000, com um Projeto Piloto em uma Regional Administrativa. Objetivava-se avaliar o projeto em todos os seus aspectos, readequar os pontos que se mostraram falhos ou deficientes, para então expandir para as demais regionais, o que aconteceu entre outubro de 2001 e setembro de 2002. Foram capacitados aproximadamente 2.500 profissionais entre educadores, médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, agentes comunitários de saúde, dirigentes de ONGs conveniadas à Prefeitura, que, por sua vez, têm a incumbência de atuar como multiplicadores em seus respectivos serviços e equipes. Atualmente existem em torno de cem Redes Locais implantadas, envolvendo mais de 600 equipamentos.

Os principais resultados obtidos referem-se aos avanços realizados no processo de integração institucional, objetivo perseguido em vários outros projetos, mas de difícil execução dada a tradição setorializada e verticalizada, que marca a estrutura e organização do serviço público.

A melhoria observada nas relações entre os Conselhos Tutelares e os profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças e aos adolescentes, fruto da compreensão dos papéis de cada um e do reforço ao trabalho em parceria, tem sido apontado e sentido por todos como um benefício alcançado pela Rede de Proteção.

Em termos quantitativos, ocorreram 544 notificações no período compreendido de janeiro a setembro de 2002, número significativo considerando-se que a implantação completa da Rede se deu apenas em final de setembro deste ano. Dessas notificações, 47,6% foram considerados como casos graves, em que estão incluídos os casos de violência sexual e aqueles que apresentam risco de vida, 28% moderados e 24,4% foram classificados como casos leves.

O aumento registrado no número de notificações referentes à violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, percebido quando se compara com os dados de anos anteriores, do SOS Criança, apontado na tabela a seguir, denota que o subregistro dessa forma de abuso, que se caracteriza pelo anonimato, está diminuindo e possibilitando que mecanismos de proteção possam ser acionados.

Análise comparativa da média mensal de atendimentos de violência sexual realizados pelo SOS Criança – 1990 a setembro de 2002

Período	Atendimentos	Média/Mês
Década de 1990*	433	3,6
Ano de 2000	20	1,7
Ano de 2001	14	1,2
Janeiro a setembro 2002	114	12,7

* Dados relativos ao período 1990-99.

Fonte: SMS

A organização de serviços, especialmente na área de atendimento à saúde mental dentro do SUS, voltados para o atendimento às vítimas e agressores, tem significado uma alternativa concreta de atendimento especializado que a Rede de Proteção pode contar.

Outro avanço importante alcançado foi a melhoria da qualidade do atendimento às vítimas de violência sexual, pela realização dos exames periciais nas Unidades Hospitalares de Referência. Essa é uma conquista não apenas da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, mas também do programa voltado para o atendimento a mulher vitimizada, por meio da parceria entre o Estado e o Município.

Muito há que se caminhar ainda para tornar esse Projeto cada vez mais resolutivo. No entanto, a equipe responsável pelo seu desenvolvimento entende que a violência contra crianças e adolescentes é multicausal e, conseqüentemente, as necessidades de intervenção não se esgotam em um projeto. Especialmente quando se trata dos casos mais graves, já cronicados, qualquer ação tem alcance limitado. Assim, o objetivo maior da Rede de Proteção é intervir precocemente nas situações que se configuram como de risco para a violência, procurando evitar a progressão do problema.

A construção de indicadores e de instrumentos de avaliação dos resultados, alcançados pela Rede de Proteção, são novos desafios que se colocam, ao lado de outros, como a própria continuidade do Projeto em médio e longo prazo, a manutenção de equipes capacitadas, a ampliação de parcerias, as mudanças na legislação penal, entre tantas outras tarefas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Leis, decretos, etc. "Estatuto da criança e do adolescente". Curitiba: COMTIBA, 1990

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. "Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência: manual de atendimento". Curitiba, 2002a.

CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. "Violência urbana: ocorrências, agressores e vítimas: levantamento realizado no IML: Clínica Médica Legal". Curitiba: IPPUC: Secretaria Municipal da Saúde, 1998.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. "Qualidade de vida de Curitiba". 2001

CURITIBA. Prefeitura Municipal. "Curitiba na prática". Curitiba, 2002b.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. "Indicadores de sustentabilidade". Curitiba, 2002c.

SLIWANY R. M. "Sociometria: como avaliar a qualidade de vida e projetos sociais". Petrópolis: Vozes, 1997.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA DE BELO HORIZONTE

Ada Ávila Assunção

MD, PhD – DMPS/UFMG

Cláudia Di Lorenzo Oliveira

MD, MSP – DMPS/UFMG

Eli Iola Gurgel Andrade

PhD – DMPS/UFMG

Fernando Augusto Proietti (Coord)

Departamento de Medicina Preventiva e Social/UFMG

Soraya Almeida Belisário

MD, PhD – UFMG

Mariangela Cherchiglia

MD, PhD – DMPS/UFMG

Veneza Berenice de Oliveira

MD, Mestre em Demografia – DMPS/UFMG

Waleska Teixeira Caiaffa

MPH, SeD – DMPS/UFMG

Maria Angélica de Salles Dias

MD, MSP – SMASBH

Sônia Gesteira Matos

MD, MSP – SMASBH

Celeste de Souza Rodrigues

MD, MSP – SMASBH

Por que ruas tão largas?

Por que ruas tão retas?

...

Cidade grande é isto?

...

Aqui tudo é exposto

Evidente

Cintilante.

Aqui obrigam-me a nascer de novo, desarmado.

(Carlos Drummond de Andrade, Boitempo II)

RESUMO

Belo Horizonte, cidade planejada, foi inaugurada em 1897. Nos últimos 50 anos, a cidade e sua região metropolitana apresentaram expressivo incremento populacional, especialmente até o final dos anos 70. A cidade compartilha, com outros grandes centros urbanos brasileiros, importantes iniquidades em relação a indicadores de morbidade, de mortalidade, sócio-econômicos e de acesso a bens e serviços de saúde e trabalho. Três indicadores específicos para o contexto da cidade procuram expressar a complexidade da qualidade de vida no município. Esses indicadores, conhecidos como Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU), Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e Índice de Risco à Saúde (IRS), são compostos por diversas dimensões da cidadania. Os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMSABH) estão organizados em base territorial, em nove Distritos Sanitários. A partir de 2000, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários e posteriormente do Programa de Saúde da Família, as áreas de abrangência dos centros de saúde foram subdivididas em microáreas, tendo em cada uma de cem a duzentas famílias. A SMSABH opera sua intervenção por meio das equipes de saúde da família, que se relaciona com outros níveis hierárquicos do sistema de saúde, no sentido de promover cuidado integral à população. Projeto piloto e prioritário, o Programa BH–Cidadania é proposto como principal estratégia utilizada pela Prefeitura de Belo Horizonte, no intuito de enfrentar os problemas decorrentes da situação de aglomerado urbano. Propõe, em sua essência, garantir de forma integrada o acesso às políticas sociais de educação, saúde, segurança alimentar, assistência, convivência, esportes, lazer, cultura, trabalho e condições de vida mais dignas para a população residente em áreas socialmente críticas da cidade.

DESCRITORES: Saúde Urbana, Iniquidade Social, Saúde da Família.

PARTE I

BELO HORIZONTE E SUA HISTÓRIA

A concepção e origem da cidade de Belo Horizonte se destaca da maioria das cidades mineiras. Até o final do século XIX, a busca e o achado de ouro e de pedras preciosas pelo interior do país, principalmente na região central das Minas Gerais, propiciou a conformação de inúmeros vilarejos, que eram constituídos em função desta atividade econômica. Assim, surgiram as cidades de Ouro Preto (antiga capital do Estado), Mariana, Sabará, Congonhas, entre outras. Todas elas guardavam (e ainda guardam), em sua arquitetura e projeto urbanístico, com suas ruelas e becos, com suas igrejas barrocas e seus casarões, as marcas do período colonial e da dominação portuguesa no país.

A discussão sobre a criação de uma cidade que viesse a ser a nova capital do Estado remonta ao período da Inconfidência Mineira, no século XIX. Contudo, essa discussão só ganhou novo impulso com o esgotamento das minas de ouro e com a emergência de novos pólos econômicos importantes, principalmente aqueles relacionados com a cultura cafeeira no leste e no sul do Estado e com a pecuária. Além das causas econômicas, vários fatores favoreciam a idéia da mudança da capital do Estado, tais como a localização de Ouro Preto e sua estruturação urbana, que limitava a expansão da cidade e a construção de um pólo industrializado e moderno. Todos os argumentos eram reforçados pelos novos ares advindos do processo da Proclamação da República: fazia-se necessário o rompimento com o velho, com o núcleo inicial das Minas Gerais e o surgimento de uma nova mentalidade política, mais compatível com a nova era técnica do século XX.

Assim, em 28 de outubro de 1891, foi promulgada a Lei nº 1, adicional à Constituição Mineira, designando uma Comissão Construtora encarregada de avaliar cinco localidades diferentes para selecionar aquela onde seria construída a nova capital: Belo Horizonte, Paraúna, Várzea do Marçal (hoje São João Del Rei), Barbacena e Juiz de Fora. Em cada um desses vilarejos, deveriam ser avaliadas algumas condições consideradas de fundamental importância para a construção da cidade, tais como: a capacidade de abastecimento de água potável (volume e qualidade); a facilidade de edificação e construção em geral; as condições naturais de salubridade em relação à posição geográfica; a natureza do solo e subsolo; a facilidade de se obter gêneros alimentícios em produtores próximos e a fertilidade do solo; a existência de malha viária já em funcionamento e as facilidades para a construção de novas estradas, entre outras. Enfim, para os técnicos e idealizadores que integravam a Comissão Construtora, os objetivos perseguidos eram erguer uma cidade moderna, física e socialmente higiênica, livre de doenças, mas também livre de todo tipo de desordem e revoluções.

O projeto criado por essa Comissão encerrou seus trabalhos em maio de 1895 e o modelo traçado de cidade era inspirado em outras grandes metrópoles do mundo, tais como Washington e Paris. Fundamentalmente, a cidade seria dividida em três grandes áreas: a área central-urbana, a área suburbana e a área rural. Na parte central, predominava um traçado geométrico e regular, formando uma espécie de quadriculado de ruas. As avenidas, mais largas, se dispunham de forma diagonal no projeto. Nessa área estariam concentrados os principais equipamentos urbanos, tais como estrutura de transporte, educação, saneamento e assistência médica, abrigando os edifícios públicos e os respectivos funcionários.

A área suburbana era constituída por ruas irregulares, não comportando grandes investimentos em infra-estrutura, uma vez que sua ocupação se daria a partir do esgotamento da área urbana. Por fim, na área rural, estariam cinco colônias agrícolas e várias chácaras, que teriam como objetivo abastecer com seus produtos agrícolas as duas áreas anteriores.

Belo Horizonte foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897, apesar de parte de suas construções não estarem completamente concluídas.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Por ser um importante polo de atração de população, a caracterização demográfica de Belo Horizonte será analisada na perspectiva do crescimento populacional da cidade, considerando os principais fatores intervenientes nessa dinâmica populacional. A evolução dos principais indicadores demográficos será apresentada no contexto da Região Metropolitana, dada a situação de interdependência entre os municípios que a compõe (Mapa 1).

Até 1989 a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) era composta por 14 municípios: Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Neste ano, mais quatro municípios foram incorporados à Região Metropolitana: Brumadinho, Esmeraldas, Igarapé e São José da Lapa. Em 1992, os municípios de Juatuba e de São Jose da Lapa foram desmembrados, respectivamente, de Mateus Leme e Vespasiano.

O CRESCIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Entre 1940 e 1996, a população da RMBH passou de 368.784 para 3.803.249 habitantes (IBGE 1940, 1996). Proporcionalmente, a contribuição do Município de Belo Horizonte foi de 57,3% (211.223 habitantes) e 55% (2.091.371 habitantes), mostrando-se estável no período.

Entretanto, as taxas de crescimento anuais da população mostram que ocorreram mudanças significativas na Região Metropolitana, no Município de Belo Horizonte e no seu entorno (demais cidades da Região) neste mesmo período (Tabela 1). Até a década de 1970, o crescimento populacional da Região, de Belo Horizonte e de seu entorno apresentavam taxas de crescimento anuais altas e muito próximas, em torno de 5,7%. A partir daí, as taxas de crescimento anuais passam a ser decrescentes para a Região Metropolitana e para a cidade de Belo Horizonte e crescentes para os demais municípios da Região. Nas décadas de 1980 e 1990, as taxas de crescimento de Belo Horizonte diminuem de forma expressiva, refletindo uma tendência semelhante a outras grandes metrópoles brasileiras.

Tabela 1 – Taxas de crescimento anuais (%) da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Belo Horizonte e entorno 1940-1996.

Período	RMBH	Belo Horizonte	Entorno
1940/ 50	3,49	5,12	0,78
1950/ 60	5,77	6,76	3,35
1960/ 70	5,77	5,77	5,76
1970/ 80	4,53	3,66	6,71
1980/ 91	2,50	1,15	4,87
1991/ 96	2,03	0,69	3,80

Fonte: IBGE. Censos Demográficos 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e Contagem da População, 1996

O cenário mencionado acima reflete, de certa forma, o comportamento de queda da fecundidade das mulheres mineiras, principalmente nos grandes centros urbanos do Estado de Minas Gerais. Em 20 anos, a fecundidade na Região Metropolitana de Belo Horizonte reduziu em 56,2 %, enquanto no Estado de Minas Gerais essa redução foi de 59,5%. Com valores próximos do nível de reposição, a diminuição da fecundidade determina um outro processo demográfico importante que é o envelhecimento da população.

Entre 1970 e 2001 a proporção de pessoas no grupo etário de 0 a 14 anos de Belo Horizonte passou de 38,4% para 26,4%. Para o mesmo período, o Índice de Idoso (razão entre a população da faixa etária de 60 e mais anos e a de 0 a 14 anos) passou de 11,9 para 30,5. Este é, certamente, o fenômeno demográfico mais expressivo nas últimas três décadas na cidade de Belo Horizonte.

INIQUIDADES E O ESPAÇO URBANO

Belo Horizonte compartilha, com outras grandes cidades brasileiras, importantes iniquidades em relação a indicadores de morbidade, mortalidade e de acesso a bens e serviços de saúde e trabalho. Três indicadores ou índices específicos para o contexto da cidade procuram expressar a complexidade da qualidade de vida do lugar urbano. Esses indicadores, conhecidos como Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU), Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e Índice de Risco à Saúde (IRS), são compostos por diversas dimensões da cidadania.

O IRS de maior especificidade para a área de saúde foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) e agrega indicadores de saúde, renda, escolaridade e presença de áreas de favela. É representado por uma escala que varia de zero a dez, com o maior valor indicando maior risco à saúde. Permite localizar espacialmente os diferentes eventos relacionados à saúde e seus possíveis determinantes, tanto para setores censitários como para cada uma das 81 unidades de planejamento da cidade (Mapas 2 e 3).

Por exemplo, ao se analisar a taxa de primeiras internações por asma em menores de cinco anos, por setores censitários de residência do paciente, no período de 1997 a 2000, verifica-se que os eventos ocorreram em 1.501 (71%) dos 2.110 setores que compõem a base de Belo Horizonte (1996). Comparando esse mapa com o IRS, verifica-se uma sobreposição entre os setores de maior risco e uma maior incidência dos eventos.

Como segundo exemplo, temos a mortalidade por homicídios em Belo Horizonte. A taxa de mortalidade por homicídio no período de 1990 a 2000 apresentou um incremento de 108,5%. A distribuição dos 1551 homicídios mostra evidente aglomeração dos eventos, em algumas áreas da cidade. Essa aglomeração não estava somente relacionada à densidade de população nessas áreas, o que se verifica pela heterogeneidade encontrada nas taxas de homicídio entre as unidades de planejamento (UP). Os marcadores utilizados para caracterizar as condições de vida foram capazes de evidenciar as desigualdades existentes entre as UP. Por exemplo, a variável que apresentou maior heterogeneidade entre as UP foi o percentual da população vivendo em favelas. Ainda, o aumento no percentual de moradores em favelas, na proporção de analfabetos, o maior número de moradores por domicílio e a piora nos indicadores IVS e IRS foram associados ao aumento das taxas de mortalidade por homicídio.

Mudanças profundas nas atividades no setor de indústrias e serviços na cidade, devido a novas técnicas e contemporâneas regras de produção, como reflexo de uma mudança econômica mundial, engendram efeitos nos trabalhadores urbanos que são inéditos em sua forma e frequência de sua ocorrência. Deterioração das condições de trabalho, nutricionais, e saúde mental representam causas óbvias de desemprego ou subemprego, piorando ainda mais as condições gerais de saúde. Além disso, estabelece-se o paradoxo contemporâneo: exigência de trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem as condições requeridas para os fins previstos, gerando uma vez mais situações adversas à saúde das populações urbanas.

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde estão organizados em base territorial, em nove Distritos Sanitários, que correspondem às Administrações Regionais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Consolidaram-se no Sistema Municipal de Saúde três instâncias de planejamento e decisão: o nível central da SMSA–BH, cujo objeto de atuação corresponde ao território global do município; o nível distrital, gestor do território do distrito; e o nível local, que coordena as ações de saúde e responsabiliza-se pela população da área de abrangência do centro de saúde.

Essas instâncias procuram manter a organicidade do sistema, na busca de um funcionamento integrado, trabalhando com base em decisões colegiadas e procurando garantir a participação dos Conselhos de Saúde, que são representações organizadas dos cidadãos, definidas pela Constituição.

Cada Distrito Sanitário, portanto, tem definido um certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias como os PAM (Postos de Assistência Médica), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado “área de abrangência de Centro de Saúde”.

A partir de 2000, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e posteriormente com o Programa de Saúde da Família (PSF), as áreas de abrangência dos Centros de Saúde foram divididas em setores censitários, seguindo parâmetros do IBGE, e subdivididos em micro áreas, tendo em cada uma de 100 a 200 famílias. Dessa forma, cada família terá como referência de saúde uma equipe composta por diversos profissionais do Centro de Saúde. Cada equipe é responsável pelo cuidado às famílias, desde o nível primário ao encaminhamento, de forma adequada, para

outros níveis de atenção, prevenindo agravos e promovendo a saúde por meio da participação ativa junto à comunidade. A saúde passa a ter uma abordagem diferenciada da lógica curativa, fragmentada, pouco resolutiva, que eleva os custos na atenção secundária e terciária, partindo para uma lógica ativa de intervenção conjunta com saberes diversos, incluindo o da própria população.

A rede de atendimento ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde, é constituída por 160 unidades ambulatoriais próprias (sendo 127 Centros de Saúde, 7 laboratórios, 16 unidades especializadas, 6 policlínicas e 4 unidades de urgência). Além disso, a rede ambulatorial conta com 138 unidades contratadas e conveniadas (ambulatorios e laboratórios que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde, SUS) que atendem aos usuários encaminhados pelos Centros de Saúde e Unidades próprias da SMSA-BH. Essas unidades, de direito privado ou de caráter filantrópico, prestam serviços à clientela do SUS, por contrato ou convênio, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde. É característico dos serviços da rede contratada e conveniada o propósito curativo da atenção, por meio de consultas ou exames laboratoriais. Nesses serviços, o usuário do SUS não necessita fazer nenhum pagamento adicional.

Para o atendimento aos serviços de diagnósticos de alta complexidade, o sistema conta com 13 hospitais, cinco unidades ambulatoriais e cinco bancos de sangue. A rede hospitalar do município de Belo Horizonte é composta por 69 hospitais. Para o atendimento do SUS, conta-se com um hospital próprio e 49 hospitais contratados e conveniados, que ofertam 6.054 leitos especializados e não-especializados. Quanto à rede contratada e conveniada, encontram-se sob gestão do município: onze hospitais públicos estaduais, um público federal, doze filantrópicos e vinte e cinco privados lucrativos.

No ano de 2002, foram realizados 230 mil internações hospitalares e 39 milhões de procedimentos ambulatoriais, sendo 15 milhões em atenção básica, na rede hospitalar e ambulatorial do SUS – própria, contratada e conveniada.

PRIORIDADES DETECTADAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Sendo Belo Horizonte um grande centro urbano, a lógica de organização do seu espaço não se distancia da lógica das megacidades: acúmulo de lixo, poluição do ar, desorganização do trânsito, condições deficitárias de habitação e relações sociais complexas. Toda essa dinâmica vem determinando uma deterioração das condições de vida, com importantes implicações na realidade sanitária e com o aumento de problemas sociais. Associada a esta, a magnitude das áreas periféricas, consolidando grandes aglomerados de favelas, marcados pela desigualdade social, pela maior vulnerabilidade da sua população no processo

de adoecer e morrer e pela pouca acessibilidade a bens e serviços urbanos, aprofunda a iniquidade e favorece o surgimento de agravos à saúde.

O Município de Belo Horizonte tem objetivado, como uma de suas prioridades, a consolidação de um sistema de informação especializado, que possa possibilitar a identificação rápida de agravos decorrentes da aglomeração intra-urbana. A partir daí, tem priorizado o desenvolvimento de intervenções para agravos típicos desta dinâmica como, por exemplo, a asma a dengue e a violência.

A asma é uma doença de determinação múltipla e complexa, que envolve fatores genéticos e ambientais. Dentre os fatores ambientais destaca-se a poluição extra e intradomiciliar, estando, especialmente a última, intimamente relacionada ao nível sócio-econômico. Indivíduos mais carentes são os mais expostos à poluição ambiental. Geralmente residem em domicílios mais propensos à exposição aos alérgenos e moram em regiões mais poluídas, tornando evidentes as disparidades na ocorrência da asma e de suas conseqüências. Um estudo realizado em Belo Horizonte mostrou que as internações por asma formam agregados espaciais especialmente nos grandes complexos favelares da cidade (Mapa 3).

Para a asma, ainda são insuficientes as ações intersetoriais desenvolvidas com os órgãos de planejamento urbano relacionados à habitação e ao meio ambiente, no que diz respeito aos agentes poluidores do ar. Entretanto, as ações setoriais da SMSA-BH são pioneiras no Brasil na implantação de um programa de reorganização da assistência à criança asmática. Para estas, são desenvolvidas ações que priorizam a atenção primária com o fornecimento, nas unidades básicas, de medicamentos para alívio e controle dos sintomas de asma, além das ações de prevenção e promoção em relação ao cuidado com o ambiente alérgico para a criança. Esse programa já apresenta resultados positivos para os pacientes acompanhados nas unidades básicas, tais como a redução de atendimentos nos serviços de urgência, de internações desnecessárias, de complicações da doença, bem como qualificando a vida do pequeno paciente.

Para a dengue, também não se pode prever apenas o desenvolvimento de ações em saúde, já que a sua determinação é também múltipla e intimamente relacionada com a desorganização do espaço urbano. O acúmulo de lixo, a proliferação de descartáveis, a presença de pontos estratégicos, tais como as borracharias, a organização do espaço domiciliar com a presença de vasos de plantas e caixas de água descobertas são fatores que favorecem a proliferação do *Aedes aegypti*.

A experiência de Belo Horizonte com o trabalho conjunto entre as Secretarias de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Estrutura Urbana e Serviço de Limpeza Urbana tem se mostrado efetivo no controle da doença, com grande redução do número de casos.

A violência, expressa pelos homicídios, violência doméstica, abuso sexual e acidentes de trânsito, é determinada por condições relativas ao estilo de vida e a condicionantes sociais, históricos e ambientais. Portanto, exige intervenções complexas, que vão muito além da abrangência do setor saúde, exigindo intervenções intersetoriais de várias esferas de governo.

Nessa perspectiva, a SMSA-BH vem desenvolvendo um trabalho conjunto com outras Secretarias e Instituições: 1) na atenção às vítimas de abuso sexual, com a Secretaria Municipal de Direitos da Cidadania como parceira principal; 2) no combate à criminalidade, com o desenvolvimento de projeto piloto em área identificada e considerada de alto risco, em parceria com o Governo do Estado de Minas Gerais; 3) na atenção às vítimas de violência doméstica – mulheres, crianças e idosos, com a Secretaria Municipal de Direitos da Cidadania como parceira principal; 4) na prevenção e redução do número de acidentes de trânsito, com a Empresa de Trânsito de Belo Horizonte.

Para os diversos agravos em saúde identificados como prioritários para um determinado local e população residente, tendo como exemplo a depressão em idosos, a dependência química, a gravidez precoce, as doenças crônico-degenerativas, a SMSA-BH realiza ações de promoção e assistência por meio de sua rede descentralizada de serviços de saúde. Opera sua intervenção com equipes de saúde da família nas unidades básicas de saúde que se responsabilizam por uma população adscrita numa rede que se relaciona com outros níveis hierárquicos do sistema de saúde, a fim de promover cuidado integral à população.

Somadas a esse processo, agregam-se ações intersetoriais articuladas dentro de um projeto piloto e prioritário da Prefeitura de Belo Horizonte, chamado BH-Cidadania. Inicialmente está sendo realizado em nove regiões mais vulneráveis da cidade para cerca de 10 mil famílias e será em breve expandido para 60 mil famílias residentes nas regiões mais críticas em relação à exclusão social. O projeto inaugura um momento privilegiado de ações intersetoriais das políticas públicas sociais e em algumas etapas das urbanas, rompendo com o corporativismo e o isolamento dos diversos setores sociais. Vem seguindo uma nova lógica, a partir da identificação de problemas e de intervenções conjuntas da saúde, da educação, da cultura, dos esportes, da assistência social, da segurança alimentar e do abastecimento, buscando ampliar o acesso e qualificar a assistência aos que necessitam das políticas públicas e de maior resolutividade na solução dos seus problemas.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS QUE VÊM SENDO UTILIZADAS NO SENTIDO DE ENFRENTAR OS PROBLEMAS DECORRENTES DA SITUAÇÃO DE AGLOMERADO URBANO

Aponta-se a proposta do Programa BH-Cidadania como a principal estratégia utilizada pela Prefeitura de Belo Horizonte, no intuito de enfrentar os problemas decorrentes da situação de aglomerado urbano.

Tal proposta, advinda da reorganização dos programas desenvolvidos ao longo da experiência de oito anos de governo, encontra-se em processo de construção e formulação desde o ano de 2001 e se apresenta como uma proposta de construção coletiva de inclusão social.

O Programa BH-Cidadania pode ser definido como “um programa de inclusão social que busca garantir maior resolutividade e acessibilidade dos bens e serviços públicos à população vulnerabilizada. Busca também implementar um modelo de gestão baseado na descentralização, articulação e integração intersetorial, e inverter a lógica setorial e fragmentada de operação dos diversos programas da área social da Prefeitura de BH”.

O programa apresenta cinco eixos estratégicos de atuação: a transferência de renda, a inclusão produtiva, a educação, a saúde e a socialidade.

Propõe, em sua essência, garantir de forma integrada o acesso às políticas sociais de educação, saúde, segurança alimentar, assistência, convivência, esportes, lazer, cultura, trabalho e condições de vida mais dignas para a população residente em áreas socialmente críticas da cidade.

Adota um conceito ampliado de inclusão social e, em decorrência do mesmo, se desenvolve numa perspectiva para além da suficiência/insuficiência de renda ou bens, envolvendo, também, questões relativas à promoção do acesso à segurança, à justiça, à cidadania e à representação política.

Sua operacionalização se dá a partir do território, com a identificação de áreas de risco, onde os setores e territórios menos favorecidos são priorizados, apresentando a família como seu enfoque prioritário.

Para identificar as desigualdades sociais e sua distribuição territorial, utiliza o censo social e o cadastro como sua base de dados, possibilitando a construção de indicadores georreferenciados para subsidiar a formulação de políticas públicas, bem como a identificação e a caracterização socioeconômica da população da cidade.

Implantado inicialmente em nove áreas-piloto que apresentavam alto risco em saúde, as quais constituíram-se, posteriormente, alvos prioritários das discussões e definições de obras no orçamento participativo regional.

Cada uma de suas nove áreas de implantação conta também com um Núcleo de Apoio Sociofamiliar (NASF), estrutura de articulação que atende às demandas identificadas na unidade de saúde, escola ou comunidade e que funciona como uma unidade que presta e organiza informações, faz encaminhamentos e organiza as ações locais a partir da ênfase ao trabalho comunitário.

Assim, a implantação do BH-Cidadania pressupõe tanto o trabalho com informações intersetoriais, com o intuito de unificar o planejamento e o desenvolvimento das políticas sociais, como a integração das ações desenvolvidas nas diversas áreas sociais; rompe com o isolamento das diversas políticas públicas e possibilita uma melhor qualificação e resolutividade da assistência ao usuário dos serviços públicos. Atividades esportivas, culturais, bem como programas voltados para a juventude, no intuito de prevenir a violência, também são objetos do Programa.

Destaca-se, nessa proposta, a garantia do direito universal à saúde, desenvolvida por intermédio do Programa BH-Vida, que adota o Programa de Saúde da Família como eixo estruturante do setor saúde.

PARTE II

BH-VIDA – PROMOVENDO A SAÚDE E REDUZINDO AS DESIGUALDADES

A Prefeitura de Belo Horizonte adotou o BH-Vida/Programa de Saúde da Família como eixo estruturante de suas ações na saúde, visando reorganizar todo o sistema a partir da atenção básica. Suas características de estreito vínculo entre trabalhadores e usuários – responsabilidade, humanização, ação intersetorial, participação e envolvimento da comunidade – são bases para o reordenamento dos demais níveis do sistema, com os quais essa estratégia vem-se articulando para consolidar e fazer avançar o Sistema Único de Saúde no município.

Embora esse modelo tenha mostrado resultados muito positivos em vários países do mundo – pobres ou ricos–, um longo processo de discussão envolvendo o Conselho Municipal de Saúde, gestores, trabalhadores, representações de corporações, usuários e outras entidades, foi necessário para que as devidas adequações à realidade de Belo Horizonte se concretizassem.

O número de famílias adscrito a cada equipe (compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde) é variável, segundo a estratificação de risco de adoecer e morrer na cidade, variando de até 600 famílias nas áreas de risco muito elevado, 750 nas áreas de risco elevado a 900 nas de médio risco.

A nova forma de trabalho adotada pressupõe que a atenção à saúde prestada por cada equipe esteja voltada a todos os componentes da família, independentemente do sexo ou da idade, não estando restritas apenas às doenças já estabelecidas, pois seu compromisso envolve, também, ações a serem realizadas enquanto os indivíduos ainda se encontram saudáveis. Para a consecução desses objetivos, a equipe elabora um plano de trabalho que envolve não apenas a agenda de atendimentos diários, mas também – com base no levantamento dos problemas identificados no território–, uma proposta de ação que busque ter como resultado a melhoria contínua da saúde da população.

O principal objetivo do programa é a redução de desigualdades na saúde e a melhoria contínua da qualidade de vida dos cidadãos. A pactuação de um conjunto de indicadores que denotem essa situação ao longo tempo é parte constituinte do projeto. Metas ousadas, como a redução da mortalidade infantil para índices menores que 10 óbitos por mil nascidos vivos até o final de 2004, fazem parte do escopo do projeto.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

A implantação do programa teve início em fevereiro de 2002, quando foram estruturadas 172 equipes. A partir desta data, vêm sendo acrescentadas novas equipes, permitindo a cobertura quase total das áreas de muito elevado e elevado risco de adoecer e morrer (aproximadamente 600 mil habitantes), mais de 60% das áreas de médio risco (aproximadamente 700 mil habitantes), já tendo sido iniciadas as discussões para a cobertura das áreas de baixo risco. A meta é ligar todos os cidadãos de Belo Horizonte a alguma equipe.

Paralelamente, vem-se dando a estruturação das equipes matriciais de apoio, com a incorporação progressiva de outros profissionais ao projeto, por meio da estruturação de equipes ampliadas, com a participação de profissionais de serviço social, das equipes de saúde bucal, equipes de saúde mental, núcleos de especialidades etc., com o objetivo de, ao término do projeto, termos toda a rede básica e a atenção secundária envolvidas. Em futuro não muito distante, o objetivo é articular também as redes de atenção à urgência e aos hospitais.

Um dos exemplos mais ilustrativos dessa articulação com outros níveis é o núcleo de especialidades de Venda Nova. Este núcleo, constituído por um pequeno grupo de cinco especialistas (oftalmologista, otorrinolaringologista, ortopedista, cardiologista e dermatologista), trabalha diretamente ligado a um conjunto de 25 equipes. Esse processo vem permitindo uma grande agilidade no acesso à atenção secundária, com redução acentuada do tempo de espera para consultas.

A reorganização do processo de trabalho nas unidades e a capacitação dos trabalhadores tem-se constituído em prioridades. Constituir-se como equipe de saúde da família é um processo que se dá entre os membros da equipe, mas, também (e acima de tudo), na relação com as famílias concretas pelas quais cada equipe se torna responsável. Esse arranjo, além de possibilitar o estabelecimento de compromissos com a saúde dos cidadãos adstritos, propicia, ao mesmo tempo, a realização pessoal e profissional dos trabalhadores.

Para dar suporte a essa profunda mudança no sistema, um extenso leque de capacitações profissionais necessitou ser desenvolvidas. Entre eles, cabe destacar o Curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com metodologia especialmente desenvolvida para a realidade de Belo Horizonte, que está sendo apoiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de servir de modelo para outros centros urbanos. Ao contrário do que muitos imaginam, o profissional de saúde da família necessita ser altamente capacitado, com profundidade em vários campos do conhecimento.

Além dessa especialização, várias outras iniciativas de capacitação em serviço, palestras, videoconferências, educação continuada à distância via Internet, conversas

com especialistas e outras iniciativas foram estruturadas de forma a fomentar a mais ampla gama de oportunidades de formação dos profissionais.

O programa não envolve apenas os trabalhadores da saúde, mas vem-se articulando progressivamente com outros setores da Prefeitura, além de órgãos governamentais e não-governamentais, a fim de possibilitar ações intersetoriais que possibilitem resolver ou minorar os complexos problemas pelos quais passa um contingente expressivo de famílias da cidade. O exemplo mais completo e imediato dessa articulação é o BH-Cidadania, projeto que integra todas as áreas sociais da prefeitura.

Os desafios administrativos e organizacionais a serem superados para a plena implantação do projeto são substantivos e têm demandado uma atuação integrada pelos níveis central, regional e local. A adequação da infra-estrutura física, dos equipamentos, dos materiais de uso rotineiro, dos medicamentos etc. necessita ser efetivada de forma que os trabalhadores possam contar com um ambiente de trabalho satisfatório.

CONCLUSÃO

A estratégia adotada por Belo Horizonte para estruturação do BH-Vida/Programa de Saúde da Família foi a da transformação dos serviços existentes, com a incorporação dos atuais trabalhadores em um intenso e participativo processo de discussões, acoplado a um sólido trabalho de reconversão laboral, que coloca a totalidade de suas equipes em cursos formais de especialização, especialmente desenhados para esta realidade. Esse movimento, diferente do rumo adotado pela maioria das cidades de médio e grande porte do País – que consistiu basicamente na implantação do programa com o acréscimo de novos serviços –, se por um lado é mais trabalhoso e por vezes mais conflituoso, por outro aumenta a viabilidade econômica do projeto, por demandar um número menor de novos recursos humanos e infra-estrutura física, facilitando coberturas populacionais mais amplas.

O tempo transcorrido desde a implantação do projeto é relativamente curto para que possamos ter uma avaliação autorizada de seus resultados. A estruturação de indicadores objetivos de avaliação se encontra ainda em curso e demandará avanços e reestruturação dos sistemas de informação hoje existentes, de forma que eles possam ser readequados aos novos processos de trabalho vigentes nas unidades. No entanto, a melhoria no acesso aos serviços, com redução ou mesmo eliminação das filas para atendimento em um grande número de unidades, com maiores coberturas populacionais pelo Programa, aliada a um grande apoio e satisfação dos usuários, demonstra claramente o acerto dos rumos tomados pelo mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO, I. B. "BH-vida: promovendo a saúde e reduzindo as desigualdades". Pensar BH – Política Social, v. 5, p. 44-46, dez 2002/mar 2003.

DIAS, M. A. S. "Internações e reinternações por asma em Belo Horizonte: apontando um caminho", 1997-2000. 2002. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Epidemiologia, [S.l.], 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Censos Demográficos 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991. Contagem da População", 1996.

MARTINS JR, J. S. et. al. "Construção de Índice de Vulnerabilidade à saúde para a delimitação de áreas homogêneas: o caso de Belo Horizonte". [S.l.: S.n.], 1998. (Mimeo)

MATOS, S. G. "Óbitos por violência em Belo Horizonte", 1990-2000. 2002. 133 f. Dissertação (Mestrado) - "Programa de Pos-Graduação em Saúde Pública/Epidemiologia", [S.l.], 2002.

MONTE-MOR, R. L. M.; LEMOS, C. B.; COSTA, H. S. M. "Belo Horizonte: espaços e tempos em construção". Belo Horizonte: CEDEPLAR, 1994. p. 94.

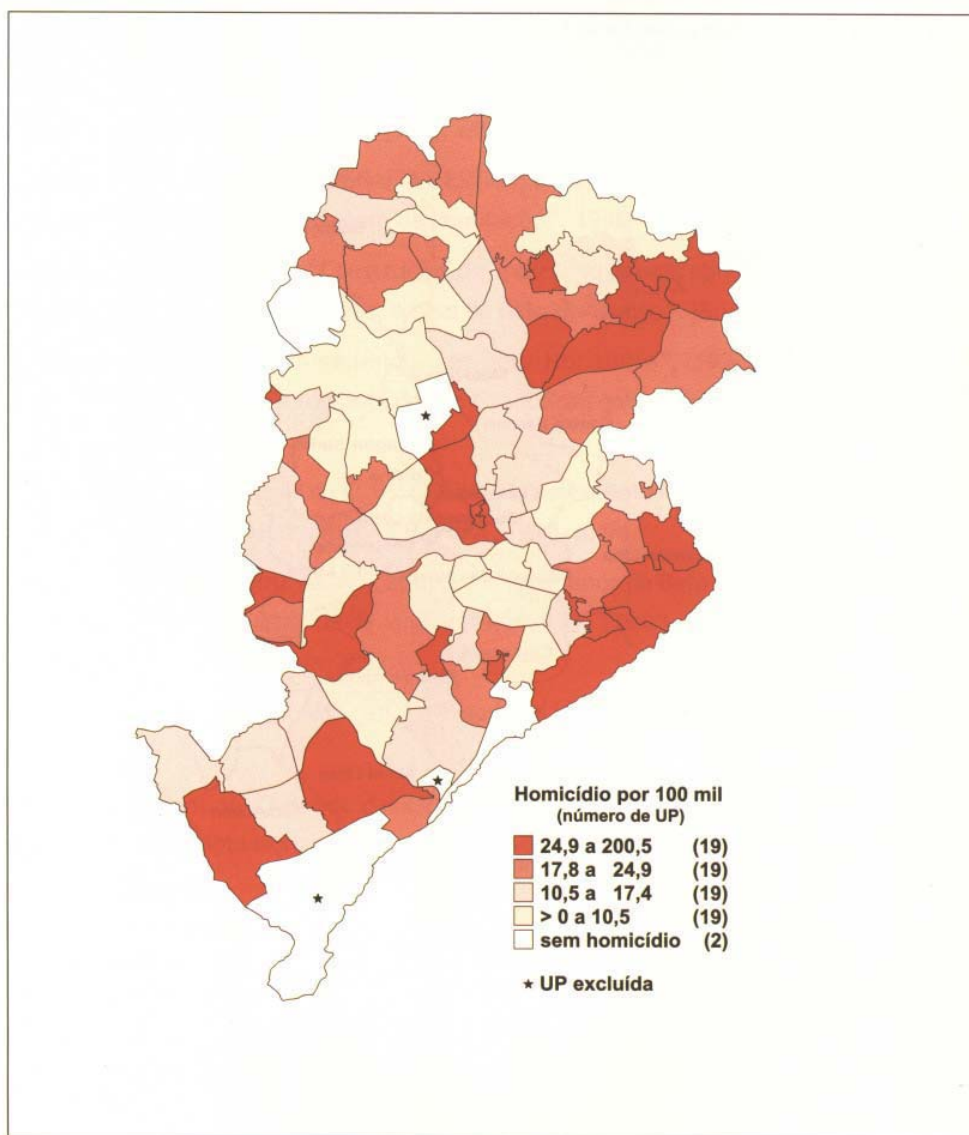
NAHAS, M. I. P. "O sistema de indicadores intra-urbanos de Belo Horizonte para a gestão e monitoramento da qualidade de vida urbana: 1993 - 2000". Pensar BH - Política Social, [S.l.], v. 2, p. 31-37, fev/abr 2002.

PENSAR BH - POLITICA SOCIAL. [S.l.]: Secretaria Municipal da Coordenação de Política Social, 2001-

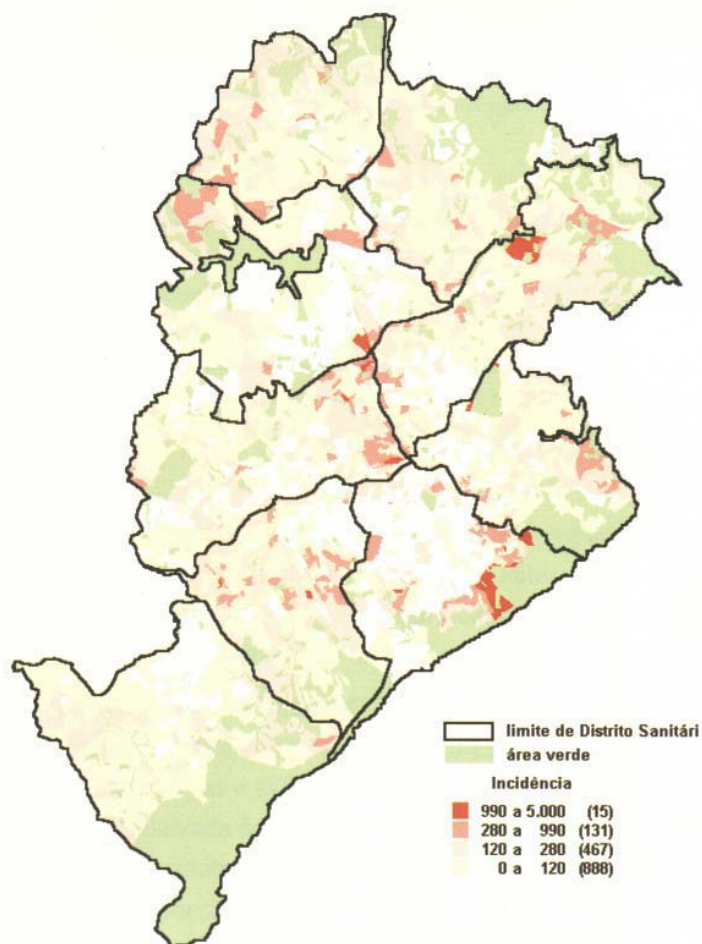
PROIETTO, F. A. et al. "A saúde das cidades: o observatório de saúde urbana da região metropolitana de Belo Horizonte". Pensar BH – Política Social, [S.l.], v. 3, p. 33-36, mai/jul 2002.

SANTA ROSA, J. "BH-Cidadania". Política Social, [S.l.], v. o, p. 27-29, jul/ago, 2001.

Mapa 2 Distribuição das taxas de homicídio (100 mil habitantes), em quartis, de acordo com a Unidade de Planejamento de residência. Belo Horizonte, 1998-2000.



Mapa 3 Taxa de incidência de primeiras internações (100 mil habitantes) para asma, menores de 5 anos por setor censitário de residência. Belo Horizonte, 1997 - 2000.



Fonte: Banco de Dados do Estudo Asma, obtido do banco de laudos de internação hospitalar, SMSA-BH.

A METRÓPOLE RIO DE JANEIRO: DESAFIOS PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

José Carvalho de Noronha

Doutor em Saúde Coletiva, Prof. Adjunto do Dep. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Inst. Medicina Social/UERJ. Médico do Departamento de Informações em Saúde do CICT/FIOCRUZ

Cristiani Vieira Machado

Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ; Doutoranda do IMS/UERJ.

Luciana Dias de Lima

Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ; Doutoranda do IMS/UERJ

CARACTERÍSTICAS GERAIS

O Estado do Rio de Janeiro situa-se na Região Sudeste, a região geoeconômica mais importante do país, respondendo, juntamente com São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, por mais de 50% do PIB brasileiro. É um dos principais portões de entrada do Brasil e está estrategicamente bem localizado em relação ao Mercosul.

O território fluminense, com uma área de 43.864,3 km², está dividido em 92 municípios, agrupados em oito Regiões de Governo. O relevo do Estado é caracterizado por dois grandes domínios: as terras altas e as baixadas. As baixadas são mais conhecidas pelas suas denominações locais: Baixada dos Goytacazes (ou Campista), Baixada dos Rios Macaé e São João, Baixada da Guanabara e Baixada de Sepetiba. A denominação Baixada Fluminense fica restrita a porção do território que abrange os Municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti, que integram a Região Metropolitana e são tributários do Município do Rio de Janeiro, capital do Estado.

A mais importante bacia hidrográfica é a do Rio Paraíba do Sul, que é o mais extenso do estado, com 464 km de comprimento. Outro rio importante, também aproveitado para o abastecimento de água, o uso agrícola e a geração de energia elétrica é o Guandu (26,5 km). Apenas 36,4 % do território estadual são cobertos por vegetação remanescente (florestas, mangues e restingas) e secundária. O restante é ocupado por pastagens, áreas cultivadas e/ou urbanizadas (Fundação CIDE, 2002).

HISTÓRICO

Em 1º de janeiro de 1502, a primeira expedição portuguesa que veio explorar a costa brasileira, ao entrar na barra da Baía de Guanabara, confundiu-a com a foz de um grande rio, chamando-a de Rio de Janeiro, nome que passou a designar as terras que ficavam em torno da baía. A fundação da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro em 1º de março de 1565, às margens da baía, teve como função principal a defesa desse trecho do litoral brasileiro.

Para efetivar o povoamento da região, sesmarias foram distribuídas e surgiram os engenhos de açúcar, as lavouras, os curtumes. Ainda no final do século XVI, começaram a chegar os primeiros escravos da África para trabalhar nos engenhos. Ao iniciar-se o século XVII, existia, a margem da Baía de Guanabara, um modesto povoado, que se estendia até a várzea, sem a preocupação de urbanização. Foi o século da agricultura, da fixação dos povoadores nas sesmarias distribuídas pelos governadores e da construção dos conventos. Ao final do século a cidade estava constituída administrativa e socialmente, com uma população de cerca de 12 mil habitantes.

No século XVIII, com o desenvolvimento da mineração, o porto do Rio de Janeiro tornou-se o principal centro exportador e importador para as vilas de Minas Gerais, por onde saem ouro e diamante, e entram escravos e produtos manufaturados. A zona urbana do Rio de Janeiro começa a ampliar seus limites e em 1763, a cidade torna-se sede do Governo Geral, em substituição a Salvador.

Com a vinda, em 1808, da família real portuguesa para o Brasil, o aspecto da cidade melhora com as primeiras medidas sanitárias e de infra-estrutura urbana. A população aumenta, o comércio se expande, o porto moderniza-se. O café começa a ser cultivado no Rio de Janeiro e segue o seu caminho pelo Vale do Paraíba. Assim, o Rio de Janeiro chega, ao final do século XVIII, com cerca de 50 mil habitantes.

Após a declaração de Independência, a cidade continua como capital, enquanto a província enriquece com a agricultura canavieira da região de Campos e, principalmente, com o cultivo do café. Para separar a província e a capital do Império, em 1834 o Rio de Janeiro é convertido em município neutro, e a nova capital da província do Rio de Janeiro passa a ser Niterói. Como centro político e administrativo do país, o Rio de Janeiro concentra a vida político-partidária do Império e os movimentos abolicionista e republicano.

A cidade do Rio de Janeiro se expande: a evolução dos transportes coletivos, o trem e o bonde assinalam o desenvolvimento dos subúrbios e dos novos bairros residenciais. A transformação da cidade se expressa pela expansão da infra-estrutura (abastecimento

de água, iluminação a gás, e depois eletricidade, novos processos de comunicações) e adoção de medidas a favor da higiene ...-... o sistema de esgotos, construção de hospitais e cemitérios públicos ...-... que vieram contribuir para a melhoria das precárias condições de saúde. As crescentes necessidades de escoamento da produção cafeeira do Vale do Paraíba levam à construção da Estrada de Ferro Central do Brasil, permitindo o crescimento da área urbanizada em direção à Baixada Fluminense, que passa a ser ocupada pelas populações mais pobres.

No início do século XX, na gestão do prefeito Pereira Passos, o Rio sofre uma grande transformação marcada, entre outros fatores, pela inauguração do novo Porto do Rio de Janeiro em 1910, e pelo saneamento da cidade sob o comando de Oswaldo Cruz, acabando com três epidemias que assolavam a população: febre amarela, varíola e peste bubônica.

Durante a República Velha, com a decadência de suas áreas cafeeiras, o estado perde força econômica e política para São Paulo e Minas Gerais. A industrialização avança em São Paulo e apenas a cidade do Rio de Janeiro consegue manter sua vitalidade por força de seu estatuto de capital da República e de Distrito Federal.

A aliança entre Minas e São Paulo dá um golpe na cidade com a mudança da capital para Brasília, em 1960. Apesar disso, o Rio de Janeiro, transformado em cidade-estado da Guanabara, consegue continuar sendo importante pólo turístico, cultural e comercial. Os investimentos públicos se intensificam nas áreas mais ricas, acelerando o processo de especulação imobiliária.

Durante o regime militar, o governo federal determina, em 1975, a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. A cidade passa a ser a capital do estado com o título de Município do Rio de Janeiro. A consequência social dessa fusão foi a brusca necessidade de incorporação aos benefícios de uma infra-estrutura urbana adequada, do grande contingente populacional que já residia na Baixada Fluminense. Os municípios da Baixada, tributários economicamente da cidade do Rio, não eram reconhecidos pelo antigo Estado do Rio e haviam ficado à margem dos investimentos públicos. Contaminada pela presença política da nova capital e pela redemocratização do país, a Baixada não pôde mais ficar de fora da partilha pelos recursos de infra-estrutura. Esse fato é ilustrado pelo início do fornecimento de água da adutora do Rio Guandu para diversos bairros do Município de Nova Iguaçu, por onde passava a tubulação para abastecer a cidade do Rio de Janeiro, sem que até então aqueles bairros fossem beneficiados.

Nas duas últimas décadas do século XX, o Rio sofre, mais que muitas unidades da federação, as consequências da crise econômica que se instala no país é com o esvaziamento do Estado face à afirmação da hegemonia neoliberal.

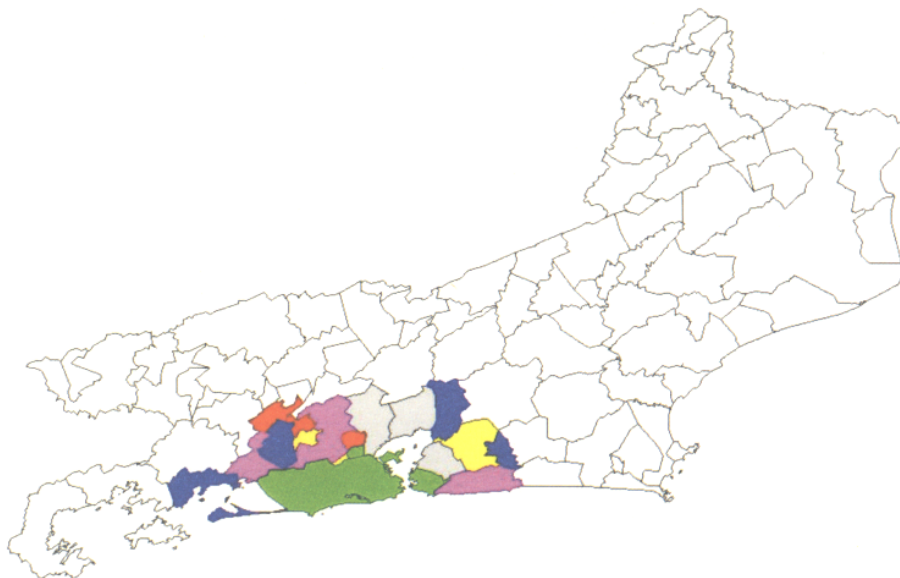
Pelo breve histórico apresentado, observa-se que, desde sua fundação até os dias de hoje, a Cidade do Rio de Janeiro tem tido várias funções de abrangência não apenas regional e estadual, como muitas vezes nacional: funções de defesa, de porto, comerciais administrativas, políticas, industriais, cultural, e turísticas¹.

DEFINIÇÃO DA ÁREA METROPOLITANA

A definição dos municípios que integram a Região Metropolitana do Rio de Janeiro varia de acordo com o órgão público. A Secretaria de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro, considera que a Região Metropolitana é composta pela capital e outros 19 municípios —...— Duque de Caxias, Itaguaí, Mangaratiba, Nilópolis, Mesquita, Nova Iguaçu, São Gonçalo, Itaboraí, Seropédica, Magé, Maricá, Niterói, Paracambi, Petrópolis, São João de Meriti, Japeri, Queimados, Belford Roxo, Guapimirim —...— que constituem chamado Grande Rio, com uma área de 5.384km. Como se verá adiante, para a Secretaria de Estado de Saúde, a região foi dividida em duas, com pequenas diferenças dos município que as integram, mas que não afetam de maneira significativa as análises que faremos para a região de governo, face ao contingente populacional proporcionalmente pequeno dos municípios constantes em um e não no outro agrupamento.

¹ Texto adaptado e livremente modificado de Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2003.

Mapa 1 Estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana do Rio de Janeiro

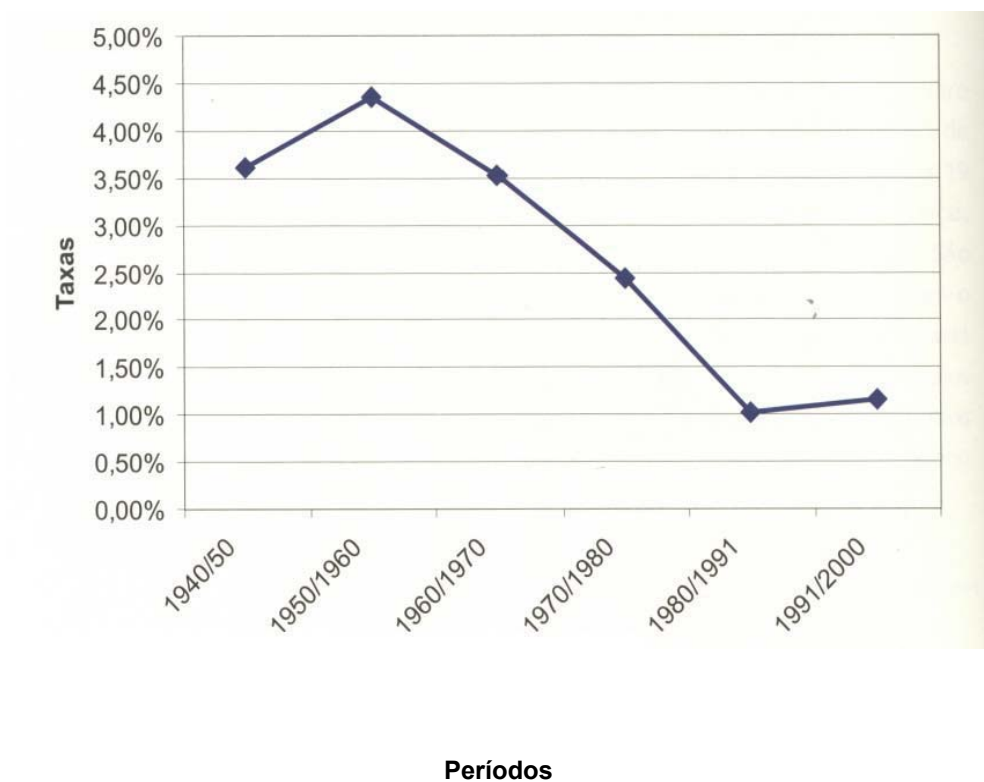


Fonte: DATASUS, 2003, trabalhado pelos autores.

POPULAÇÃO

A população da Região Metropolitana no Censo Demográfico de 2000 era de 10.894.156, correspondendo a 75,7% da população do Estado. Essa proporção dá ao Estado do Rio de Janeiro um caráter bastante peculiar, com uma altíssima taxa de urbanização e forte concentração metropolitana. O município da capital abriga 53,8% da população da Região. As taxas geométricas anuais de crescimento populacional caem acentuadamente a partir da década de 1970, atingindo apenas 1,17% no período 1991-2000 (Gráfico 1), uma das mais baixas das áreas metropolitanas do país, e inferior à do Estado, que se situou em 1,3%. Os municípios que apresentaram maiores taxas de crescimento, Maricá, Mangaratiba, Guapimirim, Itaguaí e Itaboraí, situam-se na periferia da região e constituem a área atual de expansão da malha urbana. Vale notar a baixíssima taxa de crescimento da cidade do Rio de Janeiro, com apenas 0,74% no período (Tabela 1).

Gráfico 1 Taxas geométricas anuais de crescimento populacional.
Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 1940-2000



Fonte: Taxas calculadas a partir de dados de Fundação CIDE, 2002, Tabela 3.2.

Tabela 1 Taxas de crescimento anual, urbanização e densidade demográfica municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 2000

Municípios	Taxas		Densidade demográfica (hab./km ²)
	Média geométrica de crescimento anual 1991/2000 (%)	Média geométrica de urbanização (%)	
Estado	1,30	96,0	328,1
Região Metropolitana	1,17	99,3	1.913,5
Belford Roxo	2,09	100,0	5.499,7
Duque de Caxias	1,67	99,6	1.655,9
Guapimirim	3,44	67,4	104,9
Itaboraí	3,34	94,5	436,8
Itaguaí	3,40	95,4	291,5
Japeri	2,67	100,0	1.023,1
Magé	2,57	94,2	532,1
Mangaratiba	3,72	79,8	68,8
Maricá	5,71	82,6	210,9
Mesquita	1,75	100,0	3.992,3
Nilópolis	-0,31	100,0	7.923,3
Niterói	0,58	100,0	3.416,0
Nova Iguaçu	2,02	100,0	1.449,6
Paracambi	1,18	91,1	216,7
Queimados	2,37	100,0	1.590, 5
Rio de Janeiro	0,74	100,0	4.858,1
São Gonçalo	1,49	100,0	3.583,1
São João de Meriti	0,60	100,0	12.953,2
Seropédica	2,48	79,5	243,3
Tanguá	1,27	86,1	182,5

Fonte: Fundação CIDE, 2002.

Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 2000		
Grupos de idade (anos)	Número	Percentual
Total	10.894.156	100,00%
0 a 4	915.424	8,40%
5 a 9	887.588	8,15%
10 a 14	886.278	8,14%
15 a 19	980.009	9,00%
20 a 24	985.050	9,04%
25 a 29	891.743	8,19%
30 a 34	848.355	7,79%
35 a 39	854.118	7,84%
40 a 44	789.891	7,25%
45 a 49	680.962	6,25%
50 a 54	560.371	5,14%
55 a 59	416.777	3,83%
60a 64	364.792	3,35%
65a 69	302.147	2,77%
70a 74	236.548	2,17%
75a 79	149.127	1,37%
80a 89	144.976	1,33%
90a 99	18.332	0,17%
100 +	1.446	0,01%
Fonte: IBGE.		

CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS

Os domicílios da região estão em sua grande maioria conectados à rede geral de abastecimento de água (87,2%), com acesso à água tratada. Na capital, essa proporção atinge 97,8% dos domicílios, apesar do grande contingente populacional em favelas. As menores proporções são observadas nos municípios mais distantes do centro e das redes adutoras, como é o caso de Maricá (21,5%), Itaboraí (24,2%) e Tanguá (24,8%). Já a conexão à rede de esgotamento sanitário atinge 65,7% dos domicílios, variando entre 78% no município do Rio de Janeiro e 9,8% em Maricá. O lixo é coletado em 94,4% dos domicílios da Região, variando entre 98,9% na capital e 71,8% em Maricá.

Em 2001, 66,7% dos lares brasileiros metropolitanos tinham linha telefônica fixa, o que representava um acréscimo de quase 40 pontos percentuais em relação a 1992. O percentual de domicílios com telefone fixo na Região Metropolitana do Rio passou no mesmo período de 27,2% para 57,7%, inferior ao da média brasileira e das outras regiões

do Sudeste, do Sul, do Distrito Federal e de Salvador. Quanto à telefonia celular, cujos dados estão disponíveis apenas para o ano de 2001, metade dos domicílios da RMRJ possuem ao menos um aparelho. Esse percentual é melhor que o da média das regiões (45,8%) e só é inferior ao do Distrito Federal (57,8%) e de Porto Alegre (59,3%).

A RMRJ apresentou percentuais de domicílios com acesso ao microcomputador (18,2%) e à Internet (13,9%) mais baixos que a média das regiões metropolitanas. No Brasil esses percentuais foram de 19,9% e 14,5%, respectivamente, devido ao peso de São Paulo e do Distrito Federal.

Em termos habitacionais, o Rio deixou de ser a região com melhor densidade domiciliar, entendida como menor percentual de domicílios com mais de duas pessoas por dormitório. A RMRJ não conseguiu reduzir muito o número de domicílios com mais de duas pessoas por dormitório, passando de 15,6% em 1992 para 11,9% em 2001. Por outro lado, desde o início do período analisado, o Rio de Janeiro metropolitano possui quase a totalidade dos seus domicílios construídos com materiais duráveis e, em 2001, alcançou o melhor índice entre todas as regiões (99,7%).

A televisão está presente nos lares brasileiros metropolitanos (96,1%), sobretudo nos do Rio de Janeiro, que apresenta o maior percentual (98%). A posse da televisão chega a ser mais expressiva que a da geladeira, sendo que o Rio também apresenta o maior percentual de domicílios com esse eletrodoméstico (97,8%) entre as regiões. (FONTES et al, 2003).

CONDIÇÕES ECONÔMICAS

Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em 2001, cerca de 22,8% das pessoas eram pobres, ou seja, pertenciam às famílias com renda per capita abaixo da linha de pobreza, enquanto 8% encontravam-se em situação de indigência. Em números absolutos, isso representa 2,4 milhões de pobres e 839 mil indigentes. A intensidade da pobreza no Rio, todavia, é mais baixa que no Brasil metropolitano, onde, em 2001, cerca de 9,8% da população pertenciam às famílias com renda inferior à linha de extrema pobreza (indigência) e 26% às famílias com renda inferior à linha de pobreza.

A redução da pobreza foi generalizada nas regiões metropolitanas do Brasil entre 1992 e 2001, influenciada fortemente pelo ano de 1995. O ritmo de queda no Rio foi mais baixo, o que o levou o estado a perder posição em relação às outras regiões. Em 1992, era a segunda região com o menor percentual de pobres, acima apenas de São Paulo, já em 2001 passou para o quarto lugar, acima também de Belo Horizonte (19,9%) e Curitiba (19,6%).

O crescimento da renda domiciliar per capita nesse período beneficiou os estratos mais elevados da distribuição de renda, mais especificamente os 10% mais ricos do Rio. A parcela de renda apropriada por esse grupo foi a única que aumentou, passando de 44,5% para 46,6%, entre 1992 e 2001.

O Rio é, entre as regiões metropolitanas do Sul e do Sudeste analisadas, a que possui os maiores índices de desigualdade de renda (Theil 0,69 e Gini 0,58). Contudo, esses índices são inferiores aos registrados para o Brasil Metropolitano (Theil 0,71 e Gini, 0,59). Vale apontar que, entre 1992 e 2001, a desigualdade de renda cresceu em todas regiões metropolitanas, com exceção de Belo Horizonte. Fortaleza teve o maior crescimento e a maior desigualdade registrados.

CONDIÇÕES DE SAÚDE

O padrão dos indicadores de saúde tende, em geral, a reproduzir a distribuição da pobreza na região. Houve melhoras significativas nas taxas de mortalidade infantil entre 1996 e 2001, como mostra a Tabela 3. Entretanto, não se observam mudanças nas distribuições das taxas e alguns municípios apresentam degradação de seus indicadores. Queimados apresentava a pior taxa de mortalidade infantil em 1996 (39,49), e piora em 2001 (42,33). Niterói e Rio de Janeiro permanecem na liderança de melhores indicadores em todos os anos considerados, sendo digno de nota o fato do município de o Rio de Janeiro aproximar-se da casa dos 10 óbitos por mil nascidos vivos em 2001 (11,35).

Município	Ano			
	1996	1998	2000	2001
Belford Roxo	30,98	26,84	27,21	23,60
Duque de Caxias	26,33	22,33	18,85	16,60
Guapimirim	20,04	34,90	19,32	16,03
Itaboraí	25,84	20,01	16,88	13,96
Itaguaí	28,11	19,29	24,59	21,90
Japeri	35,22	32,88	21,30	22,08
Magé	29,76	24,97	20,46	17,33
Mangaratiba	19,72	10,59	16,39	20,64
Maricá	17,42	17,62	21,16	17,92
Nilópolis	26,10	21,57	19,58	31,25
Niterói	18,62	19,25	17,18	15,08
Nova Iguaçu	30,96	28,18	22,29	18,49
Pracambi	27,32	28,78	23,92	22,49
Queimados	39,49	58,18	39,94	42,33
Rio de Janeiro	21,14	18,19	16,77	11,35
São Gonçalo	21,71	18,92	15,66	20,90
São João de Meriti	25,53	21,74	18,20	12,93
Seropédica	-	16,64	16,98	13,22
Taguá	-	17,11	18,26	28,00
Total RM	25,86	22,56	19,74	16,98

Fonte: Tabela montada a partir de dados obtidos de Brasil, min

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2002/pacmap.htm>

Fonte: Tabela montada a partir de dados obtidos de Brasil, Ministério da Saúde, Datasus, Pacto da Atenção Básica – 2002, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2002/pacmap.htm>, acessado em 13/04/2003 e dados fornecidos pela SES – RJ para 2001.

Tabela 4 Proporção dos dez principais grupos de causas determinadas de morte (CID-10), municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 2002

Grupo de causa	Proporção	Proporção Acumulada
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	32,32%	
II. Neoplasias (Tumores)	15,68%	48,00%
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	14,68%	62,68%
X. Doenças do Aparelho Respiratório	12,00%	74,67%
IV. Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	7,14%	81,81%
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parazitárias	5,51%	87,32%
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	4,57%	91,89%
XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	2,14%	94,03%
XVI. Algumas Afec originadas no Período Perinatal	2,04%	96,07%
VI. Doenças do Sistema Nervoso	1,39%	97,46%

Fonte: Cálculo efetuado a partir de informações de Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, Indicadores e Informações em Saúde, <http://www.saude.rj.gov.br/obitos.shtml>, acessado em 13/04/2003.

Os três primeiros grupos de causas de mortalidade, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, responderam por quase 75% dos óbitos em 2002. Causas mal definidas foram registradas em 12,08% do total dos 82,236 óbitos ocorridos naquele ano (Tabela 4). A comparação histórica é um pouco prejudicada pelas diferenças entre a 9ª e 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, mas pode ser feita com essa ressalva. Em 1980, as doenças infecciosas e parasitárias ocupavam o quarto lugar entre os grupos de causas (7,24%) e as causas externas estavam em segundo lugar, respondendo, porém, por uma proporção inferior das causas determinadas (11,47%). Em um exame mais detalhado das causas de morte, a cobertura por saneamento básico da região e o acesso a serviços de saúde reduziu o número de óbitos por doença infecciosa intestinal de 1705 no ano de 1982, para 447 em 1992, atingindo 179 (0,17% do total de óbitos) em 2002. A tuberculose pulmonar, mais dependente das condições de habitação, nutrição e controle de casos, não apresenta redução tão significativa. Em 1982, morreram 807 pessoas, em 1992 foram 826 óbitos, caindo para 666 no ano de 2002, número extremamente elevado, se considerarmos que a tuberculose é uma doença curável e a proporção de casos associados à SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, ainda é inferior aos 3%.

O câncer das vias respiratórias, associado ao fumo e à contaminação atmosférica, matou 1.134 indivíduos em 1982, 1.527, em 1992, atingindo a cifra de 1,870 em 2002. A SIDA, matou em 2002, 1230 moradores da região metropolitana do Rio de Janeiro. As mortes por agressões passam de 1.695, em 1982, para 3.079, em 1992, atingindo a cifra de 7.071 em 2002, dos quais 5.703 são por projéteis de arma de fogo. Acidentes de transporte, 1.128 óbitos em 1982, 1.154 em 1992 e 1.016 em 2002. Dos últimos, 578 eram ciclistas ou pedestres. Foram imputadas a deficiências nutricionais 1.119 mortes, 1982, 768 em 1992 e, em 2002, ainda 512 óbitos.

Se listarmos as quinze primeiras causas de internação, observa-se um conjunto de problemas que não levam ao parto mas que representam demanda sobre os serviços de saúde. Além dos partos, que praticamente em sua totalidade são realizados em instalações hospitalares no Rio de Janeiro, destacam-se a categoria "outras complicações da gravidez e parto", os abortos (ditos espontâneos), as doenças mentais e o trauma. (Tabela 5).

Tabela 5 Quinze principais causas de internações pagas pelo Ministério da Saúde, RMRJ, 2002

Causa CID BR	Número	%	% acumulado
..Parto único espontâneo	83.159	15,87%	
..Outras complicações da gravidez e do parto	25.952	4,95%	20,83%
..Pneumonia	24.581	4,69%	25,52%
..Insuficiência cardíaca	19.106	3,65%	29,16%
..Asma	17.239	3,29%	32,46%
..Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	11.531	2,20%	34,66%
..Outras gravidezes que terminam e aborto	9.499	1,81%	36,47%
..Bronquite efisema e outr doenç pulm obstr crôn	8.872	1,69%	38,16%
..Fratura de outros ossos dos membros	8.806	1,68%	39,84%
..Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	8.706	1,66%	41,51%
..Hérnia inguinal	8.503	1,62%	43,13%
..Aborto espontâneo	7.638	1,46%	44,59%
..Diabetes mellitus	7.510	1,43%	46,02%
..Outras doenças do aparelho respiratório	7.387	1,41%	47,43%
..Colelitíase e colecistite	6.382	1,22%	48,65%
Total	523.911	100,00%	

Fonte: SIH/SUS, 2003.

Esses dados servem para ilustrar a complexidade dos problemas de saúde da área metropolitana do Rio de Janeiro, onde se superpõem os problemas da pobreza, com os da aglomeração urbana, dos modos de andar na cidade e os das populações mais desenvolvidas. Sua determinação diversa e necessidades também distintas para o seu enfrentamento tanto do ponto de vista das medidas preventivas quanto curativas, de reabilitação e cuidados de longo prazo, impedem a formulação de uma estratégia única para a ordenação da assistência à saúde. O planejamento é necessariamente complexo e multisetorial. Dificilmente seria possível determinar um eixo central de organização dos serviços de saúde, sendo que a idéia de cuidados básicos em uma área metropolitana como a do Rio de Janeiro deve levar em conta essa complexidade. A integração de programas como o da saúde da família, com ambulatorios especializados, hospitais e com a rede de serviços de emergência de níveis variados de complexidade é um desafio para o planejamento e operação dos serviços.

A hierarquização de prioridades também adquire um significado particular em aglomerações humanas do tamanho do Rio de Janeiro. A utilização de taxas, corretamente empregadas para avaliação da importância relativa dos problemas, pode ocultar a dimensão real de um dado problema e as dificuldades impostas para o seu enfrentamento, bem como orientar recursos para áreas onde a situação, igualmente grave, é de menor

Magnitude. Os casos dos recém-nascidos com menos de 1,500g ilustram bem o argumento. No ano de 2000, foram registrados 31.275 nascimentos de crianças com menos de 1.500g. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro registrou 2.642 casos, correspondendo a 8,5% do total, ficando em segundo lugar, atrás de São Paulo, cifra superior a todas as outras unidades da federação. A pobreza metropolitana esconde-se atrás de suas multidoes.

O SISTEMA DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO BREVE HISTÓRICO E ESPECIFICIDADES

As características do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro expressam por um lado, a dinâmica de ocupação e desenvolvimento econômico e social regional e por outro, a história de formação da rede pública de serviços de saúde na região.

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que os dois municípios que são pólos de desenvolvimento regionais, Rio de Janeiro e Niterói, concentram grande parte dos serviços de saúde da região, que, por sua vez, atraem a população de vários municípios vizinhos para atendimento. Na realidade, o freqüente deslocamento de pessoas dos demais municípios da região metropolitana e outras regiões do Estado, para os dois municípios-pólos, relaciona-se tanto à sua inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), como à busca de atendimento nos serviços públicos existentes, entre os quais os de saúde. Esse movimento se dá mesmo a partir de municípios de grande porte, como Duque, de Caxias de Nova Iguaçu (situados na Baixada Fluminense), que apesar de terem população acima de 800 mil habitantes, são mais pobres, carentes de postos de trabalho e de serviços públicos, e, portanto, bastante dependentes do Município do Rio de Janeiro. Ressalta-se também a situação de São Gonçalo, município duas vezes mais populoso do que Niterói, porém bem mais carente e dependente no que diz respeito aos equipamentos sociais.

A história da formação do sistema de saúde imprime outras especialidades à rede de serviços da região: a) o peso dos serviços públicos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no âmbito hospitalar; b) a presenças de importantes hospitais públicos universitários na região e a persistência de alguns hospitais federais de grande porte e de um número ainda expressivo de unidades estaduais no Município do Rio de Janeiro; c) os marcantes conflitos intergovernamentais relacionados à gestão do sistema e comando sobre os hospitais públicos e as dificuldades de integração da rede de serviços.

Essas peculiaridades têm relação com o fato de o Município do Rio ter sido a capital federal até 1960, concentrando um grande número de serviços públicos federais, entre os quais as unidades de assistência médica originalmente vinculadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões no âmbito da Previdência Social e as diretamente ligadas ao

Ministério da Saúde. Na década de 1970, o Estado da Guanabara já conta com um importante aparato de serviços públicos de saúde, compreendendo serviços ambulatoriais e de internação de vinculação federal (ligados ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Previdência), várias unidades próprias do Estado (ambulatoriais e hospitalares, incluindo unidades de emergência), hospitais universitários, hospitais militares, hospitais destinados aos servidores públicos federais e estaduais. Observa-se, também nessa época, uma expansão da rede de 4 serviços privados contratados e conveniados pelo INAMPS, para a prestação de assistência médica.

Um outro momento histórico importante é a fusão dos Estados da Guanabara e do Estado do Rio de Janeiro em 1975, que introduz mudanças no plano federativo, em geral, e no âmbito da saúde, em particular (PARADA, 1997). No âmbito da saúde, vale mencionar a transferência de hospitais localizados no antigo Estado da Guanabara para a Secretaria Estadual de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro, como fruto de negociações do grupo de trabalho pré-fusão, explicando a existência até os dias de hoje de um número expressivo de hospitais estaduais no Município do Rio.

Esse breve histórico sugere a complexidade da implementação de políticas integradas de saúde na Região Metropolitana do Rio nas décadas subseqüentes. No período de 1980 a 2000, a gestão do sistema de saúde na região é caracterizada por diversos serviços públicos. No âmbito do município do Rio de Janeiro, esses problemas se manifestam, por exemplo, nos conflitos entre autoridades federais, estaduais e municipais, referentes às políticas de descentralização de hospitais e ao poder sobre essas unidades, dificultando o funcionamento articulado da extensa rede de serviços existente. Destaque-se que as unidades federais, ainda existentes no município do Rio de Janeiro, são unidades orçamentárias, que mobilizam vultuosos recursos em relação ao teto financeiro total estipulado para custeio da assistência prestada no Estado e no Município. Os recursos para essas unidades não estão sujeitos às mesmas regras de fixação e controle das demais unidades do SUS.

No âmbito regional e estadual, cabe assinalar a tendência de atuação autônoma e de não-subordinação do Município do Rio às políticas da Secretaria de Estado de Saúde, face à trajetória histórica e traços institucionais deste município, assim como da rede própria do nível federal, pelas razões acima apontadas e pela natureza e alcance nacional de muitas de suas ações.

As características da implantação do SUS nos anos 90, em particular do processo de descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização, tenderam a exacerbar alguns desses conflitos e dificuldades, uma vez que a extensa rede de serviços do Município do Rio é de grande importância para o atendimento da população residente

nos diversos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, especialmente dos municípios mais carentes da Baixada Fluminense, e ainda para o atendimento de alta complexidade à população de diversos outros municípios do Estado.

No que diz respeito a Niterói, município com grande rede de serviços de saúde e nacionalmente reconhecido por avanços no âmbito da gestão municipal, principalmente a partir dos anos 90, também se observam conflitos e impasses relacionados à grande quantidade de pessoas residentes em outros municípios da região que precisam dos serviços de saúde localizados em Niterói (com destaque para São Gonçalo).

Dessa forma, ao final da década de 90, um grande desafio a ser enfrentado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para implantação de políticas de saúde adequadas na Região Metropolitana do Rio se relacionava à necessidade de maior integração dos municípios da região, o que levou à adoção de diversas estratégias de promoção da regionalização em saúde, que serão aprofundadas adiante.

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A caracterização da rede de serviços na região metropolitana do Rio de Janeiro será feita com base na divisão territorial, contida na proposta de regionalização e integração dos sistemas municipais de saúde desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). Pela proposta, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, devido, principalmente, ao seu grande contingente populacional, capacidade instalada e elevado fluxo migratório observado entre os municípios para utilização de serviços, foi subdividida em duas: Região Metropolitana I e Região Metropolitana II.

O recorte da saúde é muito semelhante à divisão geográfica utilizada pela Secretaria de Estado de Planejamento (SECPLAN) e pela Fundação IBGE, dele diferindo-se apenas pela exclusão dos municípios de Guapimirim (Região Serrana), Mangaratiba (Região da Baía da Ilha Grande) e Paracambi (Região Centro-Sul Fluminense) e pela inclusão dos municípios de Rio Bonito e Silva Jardim (oriundos da Região da Baixada Litorânea). A diferença na composição dos municípios praticamente não altera o número populacional. As duas regiões concentram 75,29% da população total do Estado em 2002, sendo a Região Metropolitana I composta por doze municípios (63,35% da população do estado) e tendo como pólo a capital, e a Região Metropolitana II por sete municípios (11,94% da população do estado), sendo o município-pólo Niterói.

Como já ressaltado anteriormente, as políticas de investimentos públicos no setor da saúde desenvolvidas no âmbito do estado, privilegiaram a cidade do Rio de Janeiro, enquanto antiga capital da República, e Niterói, capital do antigo Estado do Rio de Janeiro. No entanto,

a expansão do segmento privado também foi expressiva nesta região. A tendência da elevada concentração de serviços públicos, mas também dos serviços privados (não necessariamente vinculados ao SUS) permanece até os dias atuais e não foi superada mesmo com o processo de transferência gradativa de responsabilidades e recursos financeiros, e conseqüente maior participação dos municípios do interior na oferta de serviços, observada na década de 1990.

Segundo levantamento a partir dos dados fornecidos pela Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE², dos 3.750 estabelecimentos de saúde existentes em 1992 no estado, 2.349 (62,64%) situavam-se na Região Metropolitana I e II e, principalmente, no município do Rio de Janeiro (36,67%). Embora a concentração de serviços na região diminua um pouco em 1999, esta se mantém, ainda, bastante significativa – dos 4.240 estabelecimentos de saúde existentes, 2.550 localizavam-se na região (60,14%) e 1.562 no município do Rio de Janeiro (36,84%).

Se considerarmos os segmentos público e privado separadamente, veremos também a importância da rede de serviços localizada na Região Metropolitana para o restante do estado do Rio de Janeiro. Segundo a AMS, em 1992, 38,93% dos estabelecimentos públicos e 76,40% dos estabelecimentos privados, pertencentes ou não à rede SUS, localizavam-se na região. Esses percentuais passam a 32,96% e 75,10%, respectivamente, em 1999.

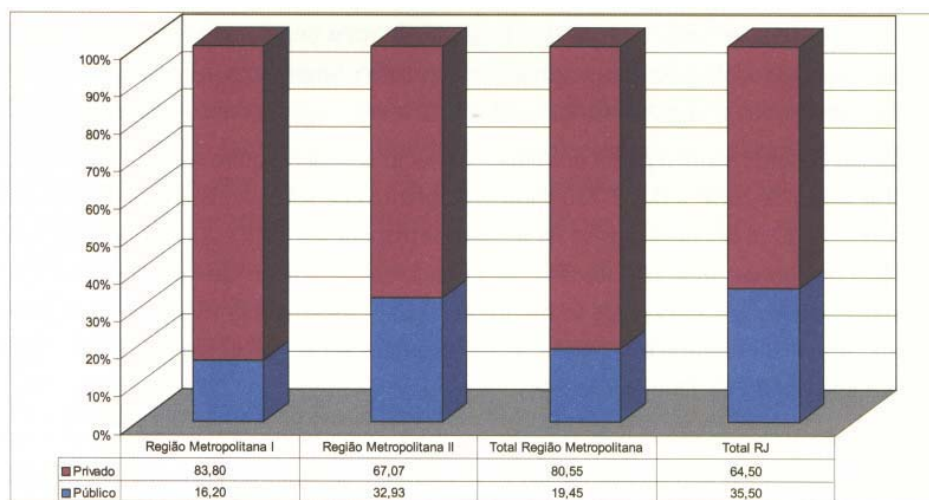
O segmento privado é também expressivo no interior da Região Metropolitana, mas principalmente na Região Metropolitana I, como se observa no Gráfico 2. Em 1992, 77,18% do total de estabelecimentos existentes na Região Metropolitana I e II são privados e, em 1999, esse percentual chega a 80,55% (Gráfico)³. A participação percentual desse segmento no total do estado, em 1992 e 1999, é inferior, respectivamente, 63,28% e 64,5%.

É preciso também considerar que a relação público-privado diferencia-se entre os municípios da Região Metropolitana. Se, para os municípios mais populosos, como o Rio de Janeiro, São Gonçalo e Niterói, a rede privada é superior a 70% nos dois anos considerados e tende a crescer no período, nos municípios menores, como Seropédica, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá, a importância do segmento privado é menos expressiva e seu crescimento entre 1992 e 1999 não é tão grande.

2 Pesquisa Assistência Médico-sanitária (AMS) é realizada periodicamente pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Nessa pesquisa, é feito um levantamento, em todo o país, de todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, particulares ou públicos, em regime de internação ou não. São considerados todos os locais que possuem um mínimo de técnica apropriada para o atendimento rotineiro à população, segundo os critérios do Ministério da Saúde.

3 A análise da relação público-privado nesse artigo se restringe à apresentação de alguns dados sintéticos de oferta de serviços públicos e privados. A caracterização do setor privado suplementar foge ao escopo desse texto, apesar da importância desse setor na Região Metropolitana do Rio, visto que estimativas a partir PNAD/IBGE de 1998 sugerem que cerca de 36% da população da região possui algum plano privado de saúde, sendo que esse percentual aumenta nos segmentos com renda mais elevada (CARNEIRO, 2002).

Gráfico 2 Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Públicos e Privados Segundo Região Metropolitana I e II do Estado do RJ – 1999

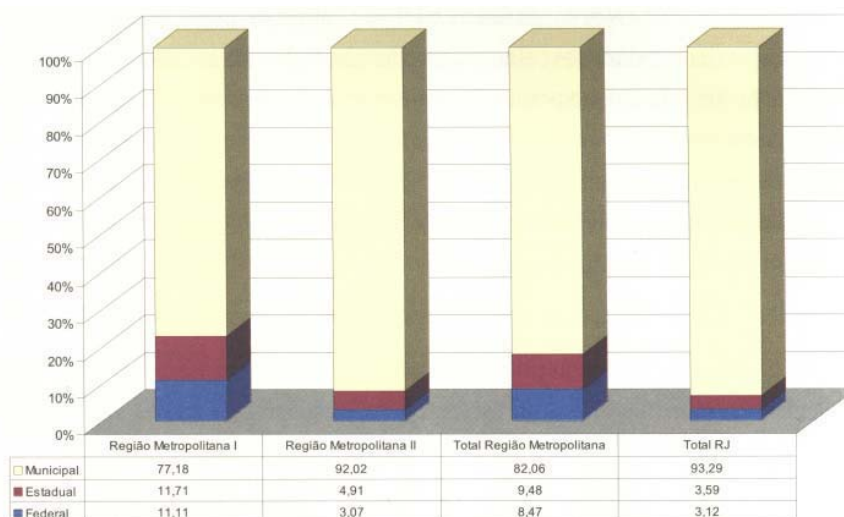


Fonte: AMS/IBGE, 1999.

No que se refere à natureza jurídica dos estabelecimentos públicos, no período analisado, observamos um crescimento de 14% na participação dos estabelecimentos municipais no total dos estabelecimentos públicos situados na Região Metropolitana. Em 1999, os estabelecimentos municipais representavam 77,18% dos estabelecimentos públicos da Região Metropolitana I e 92,02% da Região Metropolitana II (Gráfico 3). O crescimento da oferta municipal deve-se, basicamente, à municipalização de unidades federais⁴ e estaduais no município do Rio de Janeiro (Região Metropolitana I) e à expansão de estabelecimentos municipais em Niterói e São Gonçalo (Região Metropolitana II).

4 Destacam-se, nesse período, a municipalização de PAMS, Maternidades Federais e da Colônia Juliano Moreira.

Gráfico 3 Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Municipais, Estaduais e Federais no total dos Estabelecimentos Públicos da Região Metropolitana I e II do Estado do RJ – 1999



Fonte: AMS/IBGE, 1999.

Ressalta-se que, mesmo com o processo de crescimento da oferta municipal, as unidades públicas de responsabilidade da União e do estado permanecem concentradas nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Em 1999, 89,36% dos estabelecimentos federais e 87,04% dos estabelecimentos estaduais localizavam-se na capital. Essas unidades, com destaque para as federais (Instituto Nacional do Câncer, Hospital dos Servidores do Estado, Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia e Hospital de Bonsucesso, entre outros) e para os hospitais universitários (vinculados às universidades públicas federais e estaduais), devido à maior abrangência e à complexidade dos serviços oferecidos, apontam para a importância do município como pólo de referência estadual e nacional.

Em relação à oferta vinculada à rede SUS, os dados cadastrais obtidos por meio dos sistemas de informações do DATASUS/MS – Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) –, permitem uma análise mais atual e detalhada da capacidade instalada hospitalar e ambulatorial existente.

Na Tabela 6, observa-se que a elevada concentração de estabelecimentos hospitalares e leitos totais⁵ na Região Metropolitana, tende a respeitar a maior concentração da população do estado nessa área. No entanto, verifica-se, pelos indicadores selecionados, uma certa sobreoferta de leitos em alguns municípios e insuficiência em outros também.

5 inclui os leitos das diversas especialidades clínicas e cirúrgicas e os leitos da UTI.

com elevado porte populacional. Isso é particularmente evidente nos municípios pertencentes à Baixada Fluminense, como, por exemplo, Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti. Esses municípios, além de populosos, são aqueles que apresentam os piores indicadores relacionados às condições de saúde e oferta de serviços públicos e, portanto, são os que possuem maior demanda para ações e serviços de saúde. Um outro aspecto que merece destaque nessa Tabela refere-se à maior proporção de leitos de UTI na Região Metropolitana I (71,91%) e no município do Rio de Janeiro (62,35%). Essa concentração de leitos de UTI repercute na capacidade de oferta total em terapia intensiva no estado.

Tabela 6 Distribuição da População e da Capacidade de Oferta Hospitalar por Municípios da Região Metropolitana I e II do Estado do RJ, Segundo Indicadores Selecionados

Região/Municípios	% Pop. 2002	% Unidades Hospitalares (jan 2003)	% Leitos Totais Cred. na Rede SUS (jan 2003)	Leitos Totais Cred. por 1000 hab. (jan 2003)	% Leitos UTI (jan 2003)	Leitos UTI por 1000 hab. (jan 2003)
Metropolitana I	63,35	44,09	53,53	2,16	71,91	0,05
...Belford Roxo	3,06	0,96	0,60	0,50	-	-
...Duque de Caxias	5,42	3,19	2,70	1,27	3,38	0,03
...Itaguaí	0,58	0,64	0,34	1,49	0,88	0,07
...Japeri	0,59	0,96	0,48	2,07	-	-
...Magé	1,46	1,28	0,66	1,15	-	-
...Mesquita	1,16	0,32	0,44	0,96	0,74	0,03
...Nilópolis	1,04	0,96	0,81	1,98	1,32	0,06
...Nova Iguaçu	5,30	0,96	1,66	0,80	3,24	0,03
...Queimados	0,86	0,64	0,44	1,30	-	-
...Rio de Janeiro	40,32	31,63	43,61	2,76	62,35	0,07
...São João de Meriti	3,09	2,56	1,81	1,49	-	-
...Seropédica	0,47	-	-	-	-	-
Metropolitana II	11,94	15,02	14,34	3,07	9,12	0,04
...Itaboraí	1,34	1,60	3,00	5,73	0,74	0,03
...Maricá	0,56	0,32	0,11	0,52	-	-
...Niterói	3,15	5,75	4,70	3,80	5,00	0,07
...Rio Bonito	0,34	0,64	1,75	12,99	-	-
...São Gonçalo	6,21	6,07	4,26	1,75	3,38	0,03
...Silva Jardim	0,15	0,32	0,04	0,64	-	-
...Tanguá	0,18	0,32	0,48	6,62	-	-
Total Região Metropolitana	75,29	59,11	67,87	2,30	81,03	0,05
Total RJ	100,00	100,00	100,00	2,55	100,00	0,05

Fonte: DATASUS/MS

Os dados do DATASUS confirmam a tendência já observada em 1999 pela AMS. Do total de unidades hospitalares públicas e privadas credenciadas ao SUS na Região Metropolitana, em janeiro de 2003, 49,73% eram estabelecimentos privados, 26,49% unidades municipais⁶, 14,05% estaduais, 6,49% hospitais universitários e 3,24% federais. Entretanto, devido ao porte elevado da rede pública em alguns municípios, a participação de leitos municipais, estaduais e universitários cresce de importância no total de leitos credenciados na região, respectivamente, 27,27%, 18,72% e 10,58%. A rede pública é responsável, atualmente, por cerca de 55% das internações efetuadas na região, o que corresponde à cerca de 37% do total das internações no estado.

Na Tabela 7, verifica-se também uma concentração importante de unidades ambulatoriais e consultórios na Região Metropolitana. Porém, diferentemente da oferta hospitalar, a capacidade instalada ambulatorial não segue a distribuição populacional observada na Região Metropolitana I, que parece apontar para uma certa carência de serviços dessa natureza.

6 Em 2000, o processo de municipalização de estabelecimentos hospitalares federais foi intensificado. Destaca-se, neste processo, a transferência para a gestão municipal dos Hospitais da Lagoa, Andaraí, Ipanema, Cardoso Fontes, Raphael de Paula Souza e Piedade.

Tabela 7 Distribuição da População e da Capacidade de Oferta Ambulatorial por Municípios da Região Metropolitana I e II do Estado do RJ, Segundo Indicadores Seleccionados

Região/Municípios	%Pop. 2002	% Unidades Ambulatoriais (jan 2003)	% Consultórios (jan 2003)	Consultórios por 1000 hab (jan 2003)
Região Metropolitana I	63,35	27,04	51,23	0,72
.... Belford Roxo	3,06	1,54	1,37	0,40
.... Duque de Caxias	5,42	4,45	3,68	0,61
.... Itaguaí	0,58	1,73	1,93	2,94
.... Japeri	0,59	0,30	0,56	0,85
.... Magé	1,46	1,76	0,93	0,57
.... Mesquita	1,16	0,64	0,63	0,48
.... Nilópolis	1,04	1,39	1,97	1,70
.... Nova Iguaçu	5,30	3,12	3,85	0,65
.... Queimados	0,86	0,79	0,72	0,75
.... Rio de Janeiro	40,32	9,36	33,06	0,73
.... São João de Meriti	3,09	1,64	2,11	0,61
.... Seropédica	0,47	0,33	0,41	0,79
Região Metropolitana II	11,94	11,14	11,52	0,86
.... Itaboraí	1,34	1,61	1,25	0,83
.... Maricá	0,56	0,91	0,48	0,76
.... Niterói	3,15	2,94	4,16	1,18
.... Rio Bonito	0,34	1,27	0,58	1,50
.... São Gonçalo	6,21	3,63	4,62	0,66
.... Silva Jardim	0,15	0,55	0,24	1,41
.... Tanguá	0,18	0,24	0,20	0,96
Total Região Metropolitana	75,29	38,19	62,74	0,74
Total	100,00	100,00	100,00	0,89

Fonte: DATASUS/MS.

Dos 1.261 serviços ambulatoriais credenciados ao SUS na Região Metropolitana, em janeiro de 2003, 65,8% eram públicos e, destes, 88,3% municipais (o que representa 58,13% do total). Do universo de unidades existentes, 27,3% correspondem a postos, centros de saúde e unidades de saúde da família. Merece destaque a maior proporção de consultórios especializados e de Prontos Socorros nessa região em relação ao sistema estadual, sendo que 73% dos ambulatorios de hospitais gerais e especializados localizavam-se no município do Rio de Janeiro, 23% dos Prontos Socorros na Região Metropolitana I e 19% na Região Metropolitana II.

Em relação aos serviços ambulatoriais de terapia especializada e de alta complexidade, verifica-se que o município do Rio de Janeiro é o principal pólo de referência para o estado, apresentando uma grande diversidade de serviços. No entanto, outros municípios na Região Metropolitana I possuem serviços de TRS e oncologia, situando-se como pólos de referência para a região, em especial Nova Iguaçu (TRS e oncologia) e Duque de Caxias (TRS). Na Região Metropolitana II, Niterói concentra o maior número de serviços, destacando-se como o principal pólo regional em TRS e oncologia.

BREVE DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO BÁSICA

Mesmo com a concentração de serviços de maior complexidade na Região Metropolitana, chama atenção o baixo desempenho e a desigualdade dos municípios em relação a alguns indicadores utilizados no monitoramento da atenção básica. Os indicadores contidos na Tabela 3 fazem parte da lista dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, que consiste em um conjunto de metas pactuadas anualmente entre as três esferas de governo. Para análise da cobertura das ações e serviços de atenção básica nos municípios, utilizou-se o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde em relação à cobertura vacinal de DPT e o número de consultas médicas por habitante/ano. Nos demais indicadores, tomou-se como referência para comparação a média observada na região.

Na Região Metropolitana I, poucos municípios apresentam desempenho satisfatório em todos os indicadores selecionados. Nova Iguaçu e Queimados, por exemplo, possuem baixas coberturas vacinais e de consultas no pré-natal. Além disso, o município do Rio de Janeiro informa um número de consultas médicas básicas bem abaixo do esperado em função do grande número de unidades existentes e dos atendimentos realizados.

Tabela 8 Cobertura da Atenção Básica por Municípios da Região Metropolitana I e II,
Segundo Indicadores Selecionados - Pacto da Atenção Básica 2002 - Dados
Referentes a 2000.

Município	Cob. Vac. DTP<1a (alerta: < 90%)	%NV c/ >3 cons. PN (alerta < 85%)	%NV c/ >6 cons. PN (alerta: < 50%)	Cons. Med. Esp. Bas/Flab (alerta: < 1,5)
Metropolitana I				
Belford Roxo	82,81	94,34	36,31	2,32
Duque de Caxias	96,29	85,98	43,31	1,67
Itaguaí	126,71	88,11	56,77	6,48
Japeri	104,15	83,55	46,85	5,17
Magé	109,41	87,17	64,35	4,33
Nilópolis	113,86	89,16	53,85	3,63
Nova Iguaçu	71,43	84,42	40,62	2,67
Queimados	70,41	81,84	45,90	2,54
Rio de Janeiro	104,46	88,17	56,88	1,42
São João de Meriti	107,44	91,62	55,18	2,89
Seropédica	65,28	88,42	50,43	2,52
Região Metropolitana I	98,03	87,99	52,38	1,88
Metropolitana II				
Itaboraí	123,82	93,01	57,80	3,14
Maricá	100,74	87,20	60,54	3,17
Niterói	113,01	94,12	81,17	1,49
Rio Bonito	135,65	85,02	43,13	2,59
São Gonçalo	86,13	95,59	80,85	1,83
Silva Jardim	111,42	79,58	36,38	2,63
Tanguá	92,11	87,13	41,84	3,95
Região Metropolitana II	99,58	93,78	74,30	2,01
Total Região Metropolitana	98,27	88,88	55,75	1,90

Fonte: DATASUS, considerando as seguintes bases de dados para os diversos indicadores: Cobertura Vacinal - PNI
%Nascidos Vivos c/ mais de 3 consultas no Pré-natal - SINASC
%Nascidos Vivos c/ mais de 6 consultas no Pré-natal - SINASC
Média cons. Medicas por habitante nas especialidades básicas - SIA/SUS e IBGE

Na Região Metropolitana II, o desempenho dos municípios, embora um pouco superior ao da Região Metropolitana I, também aponta para problemas relacionados à baixa cobertura de ações e serviços de atenção básica.

Ainda em relação à atenção básica, destacam-se as baixas coberturas do Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Metropolitana I (a mais baixa do estado), mesmo tendo sido considerada uma estratégia prioritária para reorganização da atenção à saúde nessa área, pela própria Secretaria de Estado de Saúde (Tabela 9). Sabe-se que, a partir de 1998, o PSF é introduzido e sofre uma forte expansão dos níveis de cobertura nominal nos municípios grandes e capitais nas regiões centro-oeste, sudeste e sul do país. Explicam essa última fase de expansão do PSF, as mudanças e o aumento na remuneração das equipes de saúde da família estabelecido pelo MS, bem como o fortalecimento institucional do programa. No entanto, essa expansão não parece se verificar nessa região, onde se concentra a maioria da população do estado.

Tabela 9 Situação do Programa de Saúde da Família nas Regiões do Estado do Rio de Janeiro – Julho de 2002

Regiões	População Total	E x i s t e n t e s		% Cobertura nominal da população PSF
		ESF	ACS	
Metropolitana I	9.232.847	117	1.187	4,37
Metropolitana II	1.735.855	290	1.884	52,64
Norte	707.475	53	481	25,85
Noroeste	300.514	46	393	52,81
Serrana	847.989	73	584	29,70
Litorânea	460.029	55	290	41,25
Médio Paraíba	795.931	58	502	25,14
Centro Sul	298.685	79	480	91,25
Baía da Ilha Grande	179.220	17	101	32,73
Total Geral RJ	14.558.545	788	5.360	16,75

Fonte: SES-RJ

Na Região Metropolitana II, destacam-se, atualmente, maiores índices de cobertura nominal do programa nos municípios de São Gonçalo e Niterói. O último, município pioneiro na introdução do modelo *médico de saúde da família* e exemplo para adoção da estratégia saúde da família em nível nacional. Nos dois municípios, o PSF tem sido considerado uma prioridade na política de saúde local.

GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA

O processo de descentralização no Sistema Único de Saúde foi regulado a partir do início da década de 1990, pela edição de Normas Operacionais, portarias do Ministério da Saúde que dispõem sobre os critérios para a transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios. A NOB SUS 01/93 introduziu o conceito de habilitação e o mecanismo de transferência fundo a fundo de recursos para os municípios, ou seja, a transferência direta de recursos federais do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde de municípios habilitados na condição de gestão mais avançada, na época denominada "semiplena", que a partir daí assumiam a responsabilidade pela gestão do SUS no âmbito municipal. No estado do Rio de Janeiro, seis municípios chegaram a se habilitar nessa condição de gestão, sendo três da Região Metropolitana do Rio: Duque de Caxias e Itaguaí, da Metropolitana I, e Niterói, da Metropolitana II.

Já o movimento da habilitação de municípios na norma operacional subsequente, a NOB SUS 01/96⁷, foi intenso entre 1998 e 2001 e abrangeu a totalidade dos municípios do estado, incluindo todos os da Região Metropolitana, que passaram então a assumir uma série de funções de gestão e a receber diretamente em seus fundos de saúde uma parcela expressiva dos recursos federais correspondentes ao teto estadual. A tabela 5 mostra a distribuição dos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo as condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96, e destaca o maior peso dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal em termos populacionais e de participação no recebimento de recursos federais.

A NOB SUS 01/96 estabeleceu duas novas condições de gestão para os municípios. A Gestão Plena da Atenção Básica implica que o gestor municipal assuma as responsabilidades pela gestão da Atenção Básica no território, recebendo diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde o conjunto de recursos federais correspondentes ao financiamento da Atenção Básica. Já a Gestão Plena do Sistema Municipal pressupõe o comando pleno do gestor municipal sobre o sistema de saúde em seu território, com o

7 A NOB SUS 01/96 estabeleceu duas novas condições para os municípios. A Gestão Plena da Atenção Básica implica que o gestor municipal assumira as responsabilidades pela gestão da Atenção Básica no território, recebendo diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde o conjunto de recursos federais correspondentes ao financiamento da Atenção Básica. Já a Gestão Plena do Sistema Municipal pressupõe o comando pleno do gestor municipal sobre o sistema de saúde em seu território, com o recebimento em bloco e automático no Fundo Municipal de Saúde dos recursos federais correspondentes ao seu teto financeiro total. No estado do Rio, ainda não houve nenhuma habilitação de município na NOAS SUS 01/02.

recebimento em bloco e automático no Fundo Municipal de Saúde dos recursos federais correspondentes ao seu teto financeiro total. No estado do Rio, ainda não houve nenhuma habilitação de município na NOAS SUS 01/02.

Tabela 10 Distribuição dos municípios da Região Metropolitana segundo condição de gestão no SUS e participação nas transferências de recursos federais – 2001*.

Condição de Gestão Municipal	Municípios	% População Regional	% Transferências Federais da Região*
Metropolitana I		100%	100%
Gestão Plena da Atenção Básica	Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Queimados, Seropédica	8,76%	3,33%
Gestão Plena do Sistema Municipal	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São João de Meriti	91,24%	96,67%
Metropolitana II		100%	100%
Gestão Plena da Atenção Básica	Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá	62,33%	33,63%
Gestão Plena do Sistema Municipal	Itaboraí e Niterói	37,67%	66,37%
Total Metropolitana I + II		100%	100%
Gestão Plena da Atenção Básica	11 municípios	17,24%	6,89%
Gestão Plena do Sistema Municipal	8 municípios	82,76%	93,11%

Fonte: Condições de gestão: SES-RJ – www.saude.rj.gov.br; dados populacionais – IBGE; Transferências Federais – SIOPS/DATASUS.

*Nota: Transferências Federais (segundo o SIOPS/DATASUS)- compreendem tanto as transferências diretas para os fundos municipais como os pagamentos por produção efetuados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores localizados nos municípios. Foram usados os dados de 2001, por estarem mais completos no SIOPS/DATASUS.

Observa-se que, na Região Metropolitana I, a metade dos municípios está habilitada na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e a outra metade em Gestão Plena do Sistema Municipal. Como os municípios de maior porte estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, mais de 90% da população reside nesses municípios e mais de 96% dos recursos federais de financiamento do SUS dessa região são atribuídos a esses municípios, e transferidos diretamente para os fundos municipais de saúde.

No que diz respeito à Região Metropolitana II, apenas dois entre sete municípios – Niterói e Itaboraí – estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. O município de maior porte da região, São Gonçalo, está habilitado em Gestão Plena da Atenção

Básica, recebendo diretamente em seu fundo de saúde apenas os recursos federais para gestão desse nível de atenção. Note-se que cerca de 62% da população da região reside em municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, enquanto os recursos federais transferidos para esses municípios correspondem a menos de 35% do total de recursos federais. Isso ocorre devido à concentração de recursos federais no município de Niterói (que recebe mais de 50% dos recursos federais da Metropolitana II), que apresenta uma rede de serviços mais densa e atende residentes de vários outros municípios da região, incluindo São Gonçalo.

A Tabela 11 apresenta em maior detalhe alguns indicadores do gasto público em saúde nos municípios da Região Metropolitana em 2001.

Tabela 11 Municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo indicadores municipais de gasto em saúde – 2001

Municípios*	Despesa receita própria/hab	Transferência SUS/hab	Despesa total em saúde/hab	% Transf. SUS/despesa total	%Aplic. Rec. Própria em Saúde
Belford Roxo	28,59	40,22	68,81	58,46	21,96
Duque de Caxias	53,40	58,78	116,02	50,67	17,66
Itaguaí	111,95	77,36	189,31	40,86	24,27
Japeri	30,92	37,28	68,20	54,66	19,47
Mesquita	10,57	11,41	21,98	51,89	7,04
Nilópolis	9,32	35,57	44,89	79,24	5,27
Nova Iguaçu	9,66	126,66	136,32	92,91	7,24
Queimados	10,64	26,38	37,01	71,26	5,14
Rio de Janeiro	54,46	100,89	164,31	61,40	9,97
São João de Meriti	(53,35)	83,47	30,45	274,14	(42,01)
Total Met I	41,93	90,88	139,06	65,35	9,87
Itaboraí	18,67	95,08	113,75	83,58	10,23
Maricá	50,81	36,98	87,79	42,13	16,27
Niterói	93,20	118,94	214,15	55,54	19,29
Rio Bonito	52,65	18,92	71,56	26,43	14,43
São Gonçalo	32,96	34,48	67,44	51,12	23,27
Silva Jardim	141,68	37,49	179,17	20,92	26,82
Tanguá	40,84	45,08	85,92	52,46	10,84
Total Met II	50,25	63,51	114,30	55,57	19,35
Total Met. I + II	43,28	86,43	135,04	64,01	10,87

Fonte: SIOPS/DATASUS.

Nota: Os municípios de Magé e Seropédica não constam na tabela por não terem apresentado dados para o ano de 2001.

Observa-se que a despesa pública em saúde por habitante nos municípios da Região foi em média de R\$135,04 no ano de 2001, tendo variado de R\$37,01 (em Queimados) a R\$214,15 (em Niterói). Já a participação dos recursos federais no total da despesa em saúde foi de cerca de 64% para o total da região, apresentando uma variação expressiva de uma faixa de 20 a 30% (em Silva Jardim e Rio Bonito) a mais de 90% (em Nova Iguaçu e em São João de Meriti).

A análise do indicador de proporção de recursos próprios municipais aplicados na saúde, à luz das regras estabelecidas pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000⁸, mostra que a maior parte dos municípios da região cumpriu a Emenda no ano de 2001, com exceção de Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti, que não aplicaram na saúde a proporção mínima da receita própria legalmente exigida.

Em relação à situação de gestão estadual, vale destacar que o Estado do Rio de Janeiro, assim como várias Unidades da Federação do país, não chegou a se habilitar às condições de gestão da NOB SUS 01/96. Apenas recentemente, com a habilitação na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02, o Estado do Rio passou a receber transferências diretas de recursos federais do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, correspondentes ao valor do teto estadual de recursos federais, descontadas as transferências diretas aos municípios que já estavam habilitados a uma das condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96⁹. Como a totalidade dos municípios do estado já estava habilitada, com vários municípios de grande porte em Gestão Plena do Sistema Municipal, a transferência de recursos federais para o Fundo Estadual é pequena se comparada às transferências diretas para os fundos municipais¹⁰.

Os dados apresentados são úteis para caracterizar o processo de descentralização no estado do Rio em geral e na Região Metropolitana em particular nos anos 90, marcado pela ênfase na municipalização, com transferências diretas do Fundo Nacional para os municípios, habilitação estadual tardia e pouco poder financeiro do estado¹¹.

Essas características, associadas às peculiaridades da rede de serviços regional já apontadas, sugerem as dificuldades da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em desempenhar um papel de coordenação do SUS no âmbito da Região Metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 90, ainda que alguns esforços tenham sido empreendidos nesse sentido. É nesse contexto que, principalmente a partir de 1999, o debate sobre a integração regional em saúde volta a ocupar lugar central na agenda política da SES-RJ, e a estratégia de regionalização em saúde passa a ser prioritária, envolvendo uma série de iniciativas que têm implicações para o sistema de saúde da Região Metropolitana do Rio.

8 A Resolução nº 316 de 4/4/2002 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta aplicação da Emenda Constitucional nº 29, estabeleceu para o ano de 2001 que a proporção mínima de receita própria municipal a ser aplicada na saúde seria 8,6%. Até 2004, todos os municípios brasileiros deverão estar aplicando 15% da receita própria em saúde.

9 As habilitações na NOAS SUS 01/02 ainda não foram iniciadas para os municípios do estado, estando em vigor as habilitações municipais pela NOB SUS 01/96.

10 Considerando somente os recursos federais para financiamento da média e alta complexidade, a portaria de habilitação do Estado do Rio de Janeiro publicada no DOU de 12 de agosto de 2002, definiu que o valor anual da transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde seria de R\$ 210.216.811,56, enquanto a transferência direta para os fundos municipais de saúde seria de R\$853.397.115,44. Ou seja, os recursos federais de média e alta complexidade transferidos diretamente para o Fundo Estadual de Saúde correspondem a somente 19,8% do total de recursos federais de média e alta complexidade transferidos fundo a fundo para financiamento do SUS no estado. Esse percentual seria bem menor se considerados os recursos destinados à atenção básica, que são integralmente transferidos de forma direta para os municípios.

11 O limitado poder financeiro do estado se relaciona tanto ao fato de até recentemente o estado não receber transferências federais diretas no Fundo Estadual de Saúde (e mesmo posteriormente, já que essa proporção é baixa) como à baixa aplicação de recursos próprios estaduais na saúde. O dado que consta no SIOPS/DATASUS de aplicação de receitas próprias do estado do Rio de Janeiro na saúde para 2001 é de 5,05%, bem abaixo da proporção mínima determinada pela EC nº 29 de 8% para o referido ano, sendo o estado com a proporção mais baixa entre todos que apresentaram informações nesse ano, estando bem abaixo da média dos estados brasileiros de 8,56%.

A ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO¹²

A partir de 1999, a integração regional em saúde é assumida como prioritária para a Secretaria de Estado de Saúde, passando a ser promovida mediante um conjunto de estratégias articuladas, entre as quais merecem destaque: o processo de Planejamento Estratégico Situacional; a formação e funcionamento do Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE); a elaboração do Plano Diretor de Regionalização; a Programação Pactuada e Integrada; e a implementação de Centrais de Regulação das Ações de Saúde. Esse conjunto de estratégias se norteia pela finalidade primordial de redução das desigualdades em saúde no âmbito estadual, considerando a perspectiva de integridade das ações de saúde, e a necessidade de atuação conjunta de estado e municípios para o alcance dessa finalidade.

O processo de Planejamento Estratégico Situacional teve como objetivo, por um lado, aumentar a articulação das diversas áreas da SES-RJ para buscar a integridade e efetividade das ações de saúde e, por outro, assegurar uma dinâmica participativa na formulação de estratégias e definição das políticas em uma lógica ascendente. Vale destacar que a abordagem do Planejamento Estratégico Situacional balizou, no período de 1999 a 2002, as diversas reuniões regionais, com a participação das diversas áreas da SES-RJ e representação do conjunto de municípios de cada região. Essas reuniões voltaram-se para a identificação de prioridades, elaboração do Plano Estadual de Saúde, elaboração do Plano Diretor de Regionalização e também discussões temáticas e implementação de políticas específicas, orientadas para problemas de saúde prioritárias (MARTINS, 2002).

Para viabilizar esse processo, foi criado, ainda em 1999, o Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE), como um grupo da SES-RJ, voltado para a articulação interna das áreas técnicas e coordenação dos processos regionais de gestão compartilhada do sistema de saúde, com vistas ao estabelecimento de parcerias para a solução das prioridades identificadas regionalmente. A idéia inicial era manter um grupo de técnicos fixo mínimo na SES-RJ, trabalhando de forma matricial com profissionais das diversas áreas, e estimular a constituição de um NIDE em cada região de saúde do estado, composto por representação da SES-RJ e de cada município da região (além da sugestão de representações do NERJ-RJ, do Conselho Estadual de Saúde e de hospitais federais, estaduais e universitários). Esses NIDEs regionais atuariam como instâncias de integração técnica, voltadas para a gestão de projetos de saúde de caráter regional e teriam flexibilidade em termos de estruturação e lógica de funcionamento, de forma a se adequar às necessidades específicas de cada região (SES-RJ, 2002a). Na prática, a formação desses NIDEs regionais foi bem mais tardia – ocorre em geral no ano de 2002 – do que a NIDE estadual e seu funcionamento não se deu de forma homogênea entre as regiões

12 Os autores agradecem à equipe da SES-RJ pelo fornecimento de diversas informações relevantes para este item, em especial a Ceres Albuquerque, Magda de Souza Chagas, Cláudia Regina de Andrade Pereira, Juliano de Carvalho Lima e Franklin Monteiro da Silva.

do estado, sendo marcada, em muitas regiões, pela flexibilidade, oscilação na participação de representantes municipais e caráter técnico das discussões, com variações importantes na efetividade das propostas e encaminhamentos, como será analisado adiante¹³.

No que diz respeito ao planejamento regionalizado do estado, vale destacar que a Baixada Fluminense foi selecionada como piloto da estratégia de integração regional, pela complexibilidade da situação política e sanitária, e pelas deficiências na organização da atenção à saúde e articulação da rede de serviços. As primeiras oficinas de planejamento da Baixada realizadas no início de 2000 identificaram doze macroproblemas, a partir dos quais foram priorizadas as questões de “ações da área materno-infantil deficientes” e “insuficiência de cobertura do Programa de Saúde da Família”¹⁴. Para o enfrentamento desses dois problemas definidos como prioritários, foram elaborados projetos específicos, envolvendo as dimensões de infra-estrutura, organização de recursos humanos e modelo de atenção, além da proposição de um modelo de gestão para esses projetos.

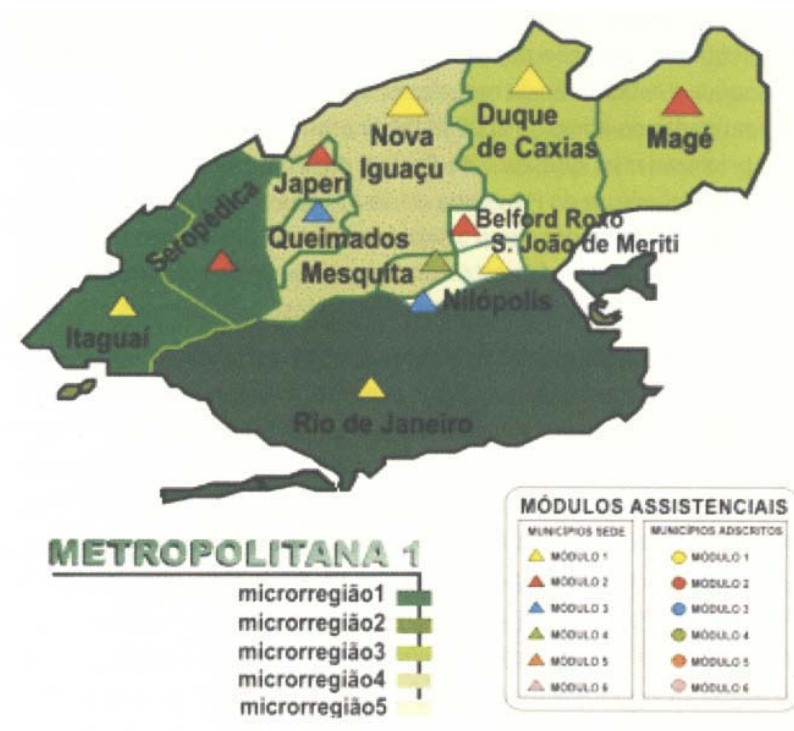
Em continuidade ao processo de planejamento estratégico, e visando ajustar a regionalização em andamento às proposições e ao cronograma da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01, em meados de 2001, a SES-RJ coordenou diversas oficinas regionais de planejamento, que geraram a construção de um Plano Estratégico Regional para cada região de saúde, subsidiando a elaboração do Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro para o período 2001-2004 (SES-RJ, 2002b).

No que diz respeito à Região Metropolitana, definiu-se, para as Regiões Metropolitanas I e II, o papel dos diversos municípios no sistema, sendo proposta a divisão em microregiões de saúde e em módulos assistenciais, conforme demonstrado nos Mapas 2 e 3. Dessa forma, foram identificados claramente os municípios que constituem pólos assistenciais para os diversos níveis de atenção, nas diferentes microregiões. Além dos pólos principais de média e alta complexidade, Rio de Janeiro (Metropolitana I) e Niterói (Metropolitana II), foram identificados como pólos microrregionais para média complexidade na Metropolitana I os municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, e, na Região Metropolitana II, o município de São Gonçalo. Cabe ressaltar que, para algumas microregiões de saúde da Região Metropolitana, não foram definidos pólos de média complexidade, pela baixa oferta de serviços dos respectivos municípios nesse nível de atenção. Esse é o caso das microregiões I.² (formada por Itaguaí e Seropédica) e I.⁵ (formada por Belford Roxo, São João de Meriti e Nilópolis) da Região Metropolitana I, e das microregiões II.³ (formada por Itaboraí e Tanguá) e II.⁴ (formada por Rio Bonito e Silva Jardim) da Metropolitana II.

13 Ao que parece, essa maior flexibilidade de funcionamento em relação ao inicialmente previsto se deve, ao menos em parte, a receios por parte tanto de atores da SES-RJ quanto de atores municipais de que os NIDES regionais viessem a se transformar em novas estruturas gestoras, “ressuscitando” as antigas coordenadas regionais da SES-RJ, que foram extintas no bojo do processo de municipalização da saúde.

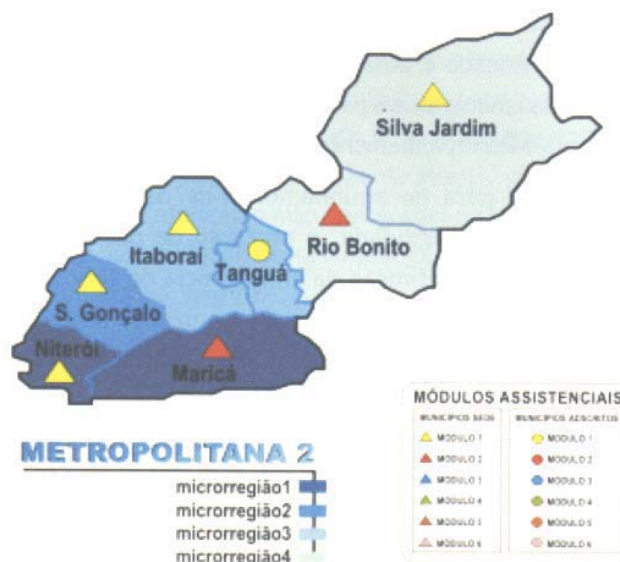
14 Os outros dez macroproblemas foram: baixa integração entre os municípios; baixa resolutividade hospitalar; dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade; dificuldade de realização de diagnóstico; insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e hemoderivados; dificuldade para o usuário obter medicamentos; inadequada política de RH; insuficiência das atividades de promoção à saúde; insuficiência gerencial no SUS; sistema de informações deficiente (MARTINS, 2002).

Mapa 2 Proposta de Regionalização – Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização – 2001 a 2004 – SES-RJ.

Mapa 3 Proposta de Regionalização – Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização – 2001-2004 – SES-RJ.

Em decorrência das necessidades identificadas no processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, começam também a ser mapeadas as prioridades de investimentos na região.

Outra estratégia que merece destaque, bastante relacionada ao Plano Diretor de Regionalização, é o processo de Programação Pactuada e Integrada. Vale ressaltar que a SES-RJ já apresentava certa tradição na área de programação físico-financeira, e o estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a apresentar tetos financeiros definidos para todos os municípios, com explicitação e publicação da parcela a ser destinada às referências intermunicipais¹⁵. Dessa forma, as informações anteriormente disponíveis de programação de referências intermunicipais serviram para subsidiar o processo de regionalização, e a PPI foi adequada à nova estratégia de planejamento regionalizado no estado. A PPI estadual representa uma estratégia fundamental de articulação entre os municípios coordenada pelo gestor estadual, que envolve a realização de oficinas regionais de negociação e estabelecimento de pactos quanto às referências intermunicipais para atendimento da

¹⁵ O estado do Rio de Janeiro já tinha tetos financeiros definidos para todos os municípios do estado desde 1995. Naquela época, havia uma estimativa aproximada de referências intraregionais e interregionais para fins de definição do teto, sem que houvesse pactuação direta de referências entre gestores municipais. Após a publicação da NOB SUS 01/96, que introduziu o conceito e as diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada, foram feitos vários esforços de aprimoramento da negociação das referências entre os gestores municipais. Em 1998, esse processo envolveu a criação da "Comissão PPI", a elaboração de instrumentos técnicos de programação (software, fichas, relatórios) e a realização de numerosas oficinas regionais de pactuação intermunicipal, culminando com a implantação de um sistema permanente de revisão dos tetos financeiros municipais a partir do início de 1999. Desde então, a PPI estadual tem sido continuamente ajustada em função do processo de regionalização em curso. Para maiores detalhes, ver Albuquerque e Araújo (2002).

população nos serviços de saúde, com repercussão para os tetos financeiros dos municípios, que são periodicamente revistos. Além da coordenação política do processo pelo estado, a SES desempenha um importante papel na elaboração de instrumentos técnicos de suporte, entre os quais pode ser destacado o desenvolvimento de um software específico para consolidação das referências ambulatoriais pactuadas, com a emissão de relatórios técnicos e financeiros voltados para o acompanhamento do cumprimento dos pactos.

Além da negociação para encaminhamento de pacientes a procedimentos específicos de média e alta complexidade, o processo da pactuação de referências ambulatoriais também envolve a definição da abrangência de serviços especializados, como os centros de terapia renal substitutiva e a organização de redes de referência específicas, como as de Hemoterapia e Oncologia. Já a negociação das referências para internações hospitalares se baseia tanto na disponibilidade de serviços como na análise dos fluxos de internações reais, visto que os indicadores de “invasão” e “evasão”¹⁶ podem ser obtidos a partir dos bancos de dados oficiais de internações hospitalares. A situação desses indicadores para os municípios que mais internam na Região Metropolitana do Rio é apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 - Situação dos indicadores de invasão e evasão de internações nos municípios que mais internam na Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 2002

Região/Município	nº internações no município	nº int. residentes outros municípios	% invasão internações	% evasão internações
<i>Metropolitana I</i>				
Duque de Caxias	27.509	5.091	18,5	45,5
Nova Iguaçu	27.998	8.174	29,2	60,3
Rio de Janeiro	302.325	51.278	17,0	3,8
São João de Meriti	28.651	10.085	35,2	34,1
<i>Metropolitana II</i>				
Niterói	44.569	19.386	43,5	11,9
São Gonçalo	61.918	2.338	3,8	22,8

Fonte: Cálculo a partir dos dados do SIH/SUS – TABWIN.

¹⁶ O indicador de invasão corresponde à procuração de pessoas internadas em um dado município que reside em outros municípios. Já a evasão corresponde ao percentual de residentes em um município que se interna em outros municípios, em relação ao total dos residentes que foram internados.

Observa-se que o Município do Rio de Janeiro é o que mais interna, em números absolutos, pessoas residentes em outros municípios do estado (a maior parte reside na própria Região Metropolitana). Em termos relativos, o percentual de invasão também é importante (17%), merecendo destaque o baixíssimo percentual de evasão, confirmando que a rede hospitalar localizada no município é responsável pela imensa maioria das internações de pessoas que residem no Rio de Janeiro. No que diz respeito aos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti, apesar da invasão ser alta em termos relativos, chama a atenção alto percentual de evasão, demonstrando que uma proporção expressiva da população desses municípios é internada em outros municípios, com destaque para o Rio de Janeiro.

No que concerne à Região Metropolitana II, apesar de São Gonçalo apresentar o maior número absoluto de internações hospitalares, essas se referem basicamente à população do próprio município, chamando atenção a elevada evasão, com mais de 22% das internações de residentes de São Gonçalo ocorrendo em outros municípios. Niterói sobressai como pólo regional, uma vez que mais de 43% das internações ali realizadas são de pessoas residentes em outros municípios, com destaque para São Gonçalo, que responde por quase 30% das internações.

As informações apresentadas sugerem a complexidade do processo de organização da rede e fluxos de usuários, negociação de referências e definição da distribuição de recursos na região, que tende a ocupar parte expressiva da agenda de debates regional. A análise da implantação dos Núcleos de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDES) na Região Metropolitana é ilustrativa nesse sentido. Quando a SES-RJ intensifica o estímulo à constituição desses núcleos regionais de planejamento no ano de 2002, a Região Metropolitana I é uma das que apresenta com maior dificuldade de desencadeamento do processo, tendo sido realizada apenas uma reunião do NIDE nessa região, com perspectivas de continuidade duvidosas. Já na Região Metropolitana II, o processo conta com a participação mais intensa dos diversos municípios e ganha impulso. Somente no último trimestre de 2002, são realizadas três reuniões consecutivas abordando questões estratégicas, como os gargalos da atenção à saúde, as necessidades de investimentos, o acompanhamento da PPI e das referências intermunicipais, e a definição de tetos financeiros, com propostas concretas de desdobramentos.

Uma outra iniciativa de promoção da integração regional que merece destaque é o esforço de constituição de Centrais de Regulação das Ações de Saúde, com o objetivo de regular a oferta de serviços especializados e organizar a demanda por esses serviços, em uma lógica de regionalização e hierarquização da rede de serviços de forma a "facilitar o acesso adequado de forma responsável e ágil aos recursos assistenciais para cada demanda" (SES-RJ, 2001). A estratégia de implantação de um sistema de regulação originalmente proposta pela SES-RJ

e apresentada no Plano de Regionalização compreende a constituição de uma rede de centrais a ser implementada em parceria com as secretarias municipais, visando organizar e controlar a oferta de internações, consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, que funciona de forma informatizada e interconectada. Esse complexo regulatório deve ser formado por dez centrais, sendo um pólo estadual e nove núcleos regionais.

Na prática, o processo de constituição e implementação das centrais tem se dado de forma lenta, e tanto a sua abrangência como a sua efetividade na regulação da assistência é bastante heterogênea nas regiões do estado que já começaram a operar essas centrais. Na Região Metropolitana, há três centrais em funcionamento, sendo duas na Metropolitana I (uma no município do Rio de Janeiro e a outra em Nova Iguaçu) e uma na Metropolitana II (em Niterói). A Central de Regulação localizada no município do Rio de Janeiro está sob gestão municipal, e regula basicamente a utilização dos leitos de cirurgia cardíaca localizados no município, com a ressalva de que nem todos os procedimentos dessa área são regulados. A Central localizada em Nova Iguaçu está sob gestão do Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense, e tem por objetivo a regulação de todos os leitos obstétricos dos municípios da Baixada. Já a Central localizada em Niterói está sob gestão municipal e regula leitos de diversas especialidades, localizados tanto no próprio município como em alguns outros municípios da Região Metropolitana II, com a ressalva de, nem todos os hospitais localizados nos municípios atualmente abrangidos pela central disponibilizam os leitos para regulação. Portanto, no que concerne ao funcionamento atual das Centrais de Regulação localizadas na Região Metropolitana do Rio, podem ser apontadas as seguintes características: a) caráter relativamente recente e funcionamento incipiente; b) escopo limitado de ações de saúde reguladas (regulação restrita a leitos, de uma ou mais especialidades, dependendo da central); c) abrangência limitada em termos de municípios envolvidos e hospitais regulados.

A análise das diversas iniciativas de ordenamento do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio, que compõem a Estratégia de Integração Regional coordenada pela SES-RJ nos últimos anos, permite, por um lado, identificar os substantivos esforços que têm sido empreendidos por aquela Secretaria, nos últimos anos, para promover maior articulação das ações e serviços de saúde na região. Por outro lado, evidencia que as dificuldades nesse âmbito têm sido imensas, sofrendo a influência de variáveis de diversas ordens, das quais destacam-se: os obstáculos e tensões na implementação do SUS nos anos 90 (dificuldades de financiamento, características do processo de descentralização em saúde); os desafios específicos da organização de sistemas integrados de saúde em grandes aglomerados urbanos; as especificidades da trajetória histórica e das características estruturais e institucionais do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro; a multiplicidade de interesses, os impasses e conflitos entre os diversos atores envolvidos nas políticas de saúde na região.

CONCLUSÕES

A organização dos serviços de saúde na área metropolitana do Rio de Janeiro, como nos aglomerados urbanos em geral, deve dar conta de, pelo menos, quatro grandes eixos: i) a grande concentração de pessoas, ii) vivendo em uma área de comunicação e trânsito intenso, com distâncias geográficas relativamente curtas, iii) compartilhando uma diversidade de problemas de determinação, expressão e graus de complexidade distintos e iv) submetidas à gestão de vários municípios contíguos com administração independente e mandato restrito à sua unidade territorial. Em consequência, cabem as seguintes conclusões:

- 1 - São restritas as possibilidades de desenhar um modelo assistencial único para as áreas metropolitanas. Há diversos modelos possíveis, necessariamente complexos e dependentes da trajetória histórico-institucional de cada região.
- 2 - É ilusória a idéia de adscrição de clientela em áreas onde populações podem se deslocar livremente em busca das melhores alternativas para obter o cuidado que necessitam ou demandam.
- 3 - Pode ser implementada a vinculação de clientela a equipes do tipo saúde da família ou a alternativas mais complexas do modelo centro de saúde, policlínicas ou ambulatórios hospitalares, que disponham de capacidade resolutive. Mas é importante estabelecer mecanismos de registro de trânsito da população, como cartões de saúde que documentem os contatos da clientela ou equivalentes, e estruturas administrativas que gerenciem os processos de referência e contra-referência.
- 4 - Não apenas por preceito, mas por imposição da demanda, é extremamente difícil estabelecer programas focalizados de atendimento à saúde. A oferta de serviço qualificado em qualquer ponto da malha metropolitana tende a atrair numeroso contingente de usuários.
- 5 - É preciso encontrar instâncias administrativas que organizem esse processo. A proposta de estruturação de autoridades metropolitanas de saúde, com uma gestão compartilhada entre o estado e os municípios que integram a região, parece ser uma alternativa desejável em uma situação onde uma autoridade municipal é obrigada a atender a população de outro município em relação à qual a princípio não tem obrigação legal. Da mesma forma, não pode ser permitido a nenhum município da região, se a ele cabe essa tarefa, a recusa de atendimento a pessoas oriundas de outro município. Apenas uma autoridade supramunicipal, com a participação do estado e obrigações compartilhadas, poderia desempenhar esse papel de coordenação.

Por fim, é importante ressaltar que a situação de regiões metropolitanas como a do Rio de Janeiro impõe aos gestores públicos da área da saúde enormes desafios. A complexidade das necessidades de saúde se expressa com singularidade, evidenciando a coexistência de doenças do atraso e da modernidade, além de problemas específicos desses aglomerados, como os acidentes relacionados aos freqüentes deslocamentos populacionais, e a violência urbana. Em termos de oferta de serviços, a presença de todos os níveis de complexidade na área metropolitana faz os princípios da integralidade, continuidade e coordenação dos cuidados se expressarem com enorme vigor. E, ainda, a alta densidade populacional e o convívio próximo no espaço metropolitano entre riqueza e pobreza evidenciam de forma particular a gravidade das desigualdades sociais em nosso país, desafiando os gestores públicos em sua tarefa de concretizar os princípios do SUS de universalidade e equidade, fundamentais para a garantia do preceito constitucional da saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, Ceres; ARAÚJO, Patrícia S. X., "Programação Pactuada e Integrada: uma proposta de organização da assistência à saúde no estado do Rio de Janeiro". In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). Experiências inovadoras no sus: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde/experiências de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002
2. BRASIL. Ministério da Saúde. "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Brasília, 1993.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. "Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (DOU de 6/11/1996)". Brasília, 1996. (mimeo).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. "Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS SUS 01/02". Brasília, 2002a
5. BRASIL. Ministério da Saúde. "Portaria nº 1.121, de 17 de junho de 2002". Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jun 2002b. Seção 1.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. "Portaria nº 1.438, de 13 de agosto de 2002". Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jun 2002b. Seção 1.
7. CARNEIRO, Alcides J.C. "Como anda a saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro?" [Rio de Janeiro: s.n.], 2002. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm>. Acesso em: 10 abr 2003.
8. DATASUS. "Informações em saúde: bancos de dados do Sistema Único de Saúde". [S.l.: S.n.], 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 10/04/2003.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1992. [S.l.:S.n.], 1992". Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/amsopcao.htm>. Acesso em: 10 abr 2003.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1992" [S.l.: S.n.], 1999. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/amsopcao.htm>. Acesso em: 10 abr 2003.
11. FONTES, A. et. al.. "Evolução dos indicadores econômicos e sociais da Região Metropolitana do Rio de Janeiro dez anos depois: como vai você, Rio de Janeiro?" Boletim Rio de Janeiro – Trabalho e Sociedade, v. 3, n. 5, 2003. Disponível em <http://www.iets.ort.br>. Acesso em: 17 mar 2003.

12. FUNDAÇÃO CIDE. "Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro: 2002". Rio de Janeiro, 2002.
 13. MARTINS, Wagner de J. "Processo de Integração Regional no Estado do Rio de Janeiro: superando as Desigualdades na Perspectiva da Integralidade das Ações de Saúde". In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde/experiências de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002.
 14. PARADA, Roberto. "Sistema Estadual de Saúde: descentralização e relações intergovernamentais: um estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro". 1997. Dissertação (Mestrado) - IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997.
 15. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. "Síntese histórica: informações gerais". [S.l.: S.n.], 2003. Disponível em <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm>. Acesso em: 27 abr 2003.
 16. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. "Plano Estadual de Saúde 2001-2004". Rio de Janeiro, 2002a.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. "Plano Diretor de Regionalização 2001-2004". Rio de Janeiro, 2002b.

PARTE V

Comentários Finais

ALGUNS INDICATIVOS PARA A AÇÃO INSTITUCIONAL, ACADÊMICA E SOCIAL

Elias Rassi Neto

Universidade Federal de Goiás

Maria Cláudia Bógus

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

As conclusões dessa publicação resultam da Oficina de Trabalho "**Políticas Públicas Integrals em Saúde nos Aglomerados Urbanos**", ocorrida em Brasília/DF, em maio de 2003, no âmbito da atividade conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). O foco dessa oficina foi apontar as expectativas e as questões mais relevantes relacionadas à discussão dos aglomerados urbanos e servir de subsídio para futuros desdobramentos que contemplem ações e resoluções a serem tomadas. Não visou esgotar a discussão do tema. Ao contrário, foi compreendida como um espaço inicial a ser debatido no nível nacional e, posteriormente, no nível internacional. A lista de participantes encontra-se em anexo.

O Brasil tem, atualmente, mais de 80% de sua população vivendo nas cidades, e suas 50 maiores aglomerações concentram quase a metade da população. Esse quadro é fruto de um processo de intensa inversão da relação rural/urbano, ocorrido principalmente nos últimos 40 anos, com importantes alterações na natalidade, na composição etária, nas ocupações e, de forma muito perceptível, nos perfis de morbimortalidade, exigindo cada vez mais o conhecimento das novas realidades vinculadas a essas grandes concentrações humanas.

A trajetória de ocupação do espaço enfrenta a contradição entre a configuração atual das cidades brasileiras e a definição das políticas sociais. O adensamento populacional coincide com um largo período em que não tivemos sequer processos democráticos de escolhas nas maiores cidades brasileiras, em razão do golpe militar de 1964. Criou-se um vácuo na definição e na oferta de serviços públicos, assim como em sua relação com a sociedade. As decisões políticas de desenvolvimento, centralizadas em um poder impermeável à dinâmica social, não comportavam as necessidades geradas pelos aglomerados em crescimento.

Os extensos horizontes, antes inalcançáveis pela vista, encontram-se atualmente ocupados por ambientes absolutamente urbanos. Os grandes conurbados mascaram fronteiras municipais, formando novos limites externos, que coexistem com limites

político-administrativos enfraquecidos e, ao mesmo tempo, reforçando fronteiras internas de exclusões sócio-econômicas. Maximizam as iniquidades, assim como impõem um novo dimensionamento de eventos como as violências, as doenças crônico-degenerativas, afetando de forma muito particular a saúde de seus habitantes.

Esse intenso deslocamento de grandes contingentes populacionais, inicialmente no sentido campo/cidade, depois cidade/cidade e mais posteriormente uma mobilidade de escala mundial mostra uma geografia em metamorfose, um processo conflituoso, que provoca também mudanças culturais e de identidades. As cidades se transformam em espaços mundiais, mas as fronteiras para a mobilidade tornam-se mais rígidas.

Os novos ordenamentos sócio-demográficos, reconfigurando os espaços e estabelecendo novas estruturas vivenciais, associam altas densidades populacionais a grandes distâncias a serem percorridas no cotidiano das pessoas. Os limites e interdições à circulação de expressivos grupos, tais como os idosos e as crianças, são reforçadas pela violência e pela insegurança. Ainda a essas características, agregam-se problemas oriundos das distintas formas de poluição, assim como das dificuldades de abastecimento de água e de destinação de dejetos líquidos e sólidos.

Ao abordar o histórico da formação dos aglomerados urbanos e de tratar o espaço urbano, entendendo diversas realidades, reforça-se a possibilidade para a formulação, implementação e avaliação das políticas que considerem as distintas necessidades e para a sustentabilidade de trabalhos intersetoriais, que não podem prescindir das ações de outros atores e instituições da sociedade civil. A articulação de políticas integrais e integradas propiciam uma gestão compartilhada e uma abrangência tanto no atendimento de necessidades quanto na garantia de direitos.

Dito de outra forma: os grandes adensamentos populacionais exigem estratégias e estruturas novas para o enfrentamento dos problemas de vida e de saúde nos espaços urbanos. As anteriormente utilizadas não comportam as novas realidades, explicitando uma clara contradição entre a forma como se apresentam e a formulação das políticas públicas, que não tem, de fato, considerado adequadamente os novos desenhos urbanos, os movimentos das pessoas e dos grupos sociais, assim como a formação histórica e singularidade espacial e territorial de cada localidade. Realça-se, assim, a necessidade de alterar a lógica de definição das políticas públicas, não apenas do ponto de vista setorial mas também espacial.

Além disso, a complexidade das questões relacionadas às condições de vida que influem sobre o cuidado à saúde mostra diferentes processos e desafios na integração da gestão pública e leva a um claro reconhecimento de que não existe uma solução padrão. As

políticas devem reconhecer as complexidades e serem flexíveis, sendo um desafio para que novas formas de atuação sejam pensadas e tragam novas possibilidades para intervenção e garantia de acesso aos serviços, devendo-se, entretanto, considerar ao máximo as possibilidades de utilização das informações desagregadas das condições de saúde na heterogeneidade do espaço urbano, como um caminho para a organização da saúde no nível local.

Ainda como um grande desafio, a organização da oferta e a desconcentração e melhor qualificação dos serviços deve ser discutida no contexto de organização dos grandes centros urbanos, buscando envolver todas as esferas dos governos. Mesmo diante das dificuldades do trabalho intersetorial e multiníveis de governo, existe a possibilidade de se perseguir uma gestão dos serviços sempre voltada para a qualidade, eficácia, eficiência e compartilhada entre os diversos saberes, e ainda, implementada por redes sociais para além do setor saúde.

Em muitos momentos, o setor saúde tem-se articulado com outras áreas, mas é preciso ainda muito esforço para não tentar impor a sua agenda, buscando alternativas para que a saúde, e não somente a doença, entre definitivamente na agenda das cidades.

Merecem destaque as deficiências e dificuldades em prover a assistência adequada pelo complexo hospitalar/urgência/emergência e, ao mesmo tempo, ganha força a estratégia de reorientação da atenção básica como possibilidade de remodelagem de todo o sistema, a partir de uma grande ampliação de cobertura e da redefinição dos perfis assistenciais pelas necessidades percebidas no diálogo população/atenção básica. Essa estratégia de intensificação dos mecanismos de responsabilidade sanitária pode permitir aos serviços a conquista de espaços por sua presteza e qualidade no atendimento às necessidades e inclusive legitimada pela modificação dessas necessidades, desviando-se da obrigatoriedade do vínculo por parte dos usuários.

O crescimento em importância dos processos de controle social, em particular dos conselhos como o de saúde, de educação, de trânsito, de serviços sociais, dentre outros, aponta para a busca de opções diversas e inovadoras quanto a formas e momentos de integração dos conselhos temáticos como possibilidade ampliada de controle social e integralidade, cabendo inclusive uma área de atenção que é a da formação comum de conselheiros, considerando a multiplicação de espaços e instâncias ocupadas pelos mesmos atores.

Tanto os planos de regionalização quanto a resolutividade das ações e o registro de clientela são importantes fatores a serem considerados, assim como o papel dos principais centros urbanos, particularmente as capitais na organização da oferta de retaguarda de serviços de saúde aos moradores dos outros municípios.

Essa abordagem evidencia um outro debate relevante: como, efetivamente, articular discussões e definições para além dos limites político-administrativos dos municípios, à medida que as realidades ultrapassam esses limites, cada vez mais imprecisos e confluentes? No campo da prestação de serviços, os municípios-pólos apresentam uma enorme distância em relação à capacidade dos seus vizinhos, mesmo fazendo parte de um mesmo aglomerado com realidades interdependentes, exigindo planejamentos e ações comuns. Os estudos de caso aqui apresentados, São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba, e Rio de Janeiro, de alguma forma explicitam essa necessidade.

O estudo sobre São Paulo mostrou que ainda não existe atenção básica para todos, que há grande dificuldade de acesso aos serviços e que, pela dimensão dos problemas existentes, as soluções são de longo prazo e, ainda, que faz parte dessa estratégia o combate à pobreza, ao desemprego e à desigualdade.

O município de Belo Horizonte passou a organizar os seus serviços a partir de uma base territorial, compondo nove Distritos Sanitários, operando as suas intervenções de acordo com o conceito de responsabilidade sanitária e propõe uma integração no processo de formulação e implementação de políticas sociais de forma intersetorial até mesmo para o monitoramento das condições de saúde. A experiência no combate à violência em Curitiba, em particular contra crianças e adolescentes, demonstra a clara viabilidade da organização em redes intersetoriais envolvendo instituições de diversas naturezas, públicas ou não.

O estudo do Rio de Janeiro, ao discorrer sobre o seu processo de formação, aí incluindo a destituição de seu caráter de Capital Federal em 1960 e a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro em 1975, compondo dois grandes centros de atração, as cidades do Rio de Janeiro e Niterói – recoloca o grande desafio para a implantação de políticas de saúde adequadas, relacionando-as à necessidade de maior integração entre os municípios da Região Metropolitana, sugerindo que é preciso encontrar instâncias administrativas que organizem esse processo. Ressalta ainda, como ponto comum em todos os estudos de caso, as gritantes evidências da gravidade das desigualdades sociais, desafiando os gestores públicos em sua tarefa de concretizar os princípios do SUS de universalidade e equidade, fundamentais para a garantia do preceito constitucional da saúde como direito de cidadania.

Para finalizar, cumpre reforçar o papel de iniciativas conjuntas para o aprofundamento de temas vinculados ao desenvolvimento do setor saúde nas grandes aglomerações, assim como as parcerias com agências internacionais, setores de governo, academia, gestores estaduais e municipais, tentando ainda detalhar e enriquecer esses debates, gerando possibilidades de reforçarem-se os processos nos níveis locais, respeitando-se as particularidades e os conceitos comuns.

ANEXO

OFICINA DE TRABALHO

PUBLICAÇÃO

"POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRAIS EM SAÚDE NOS AGLOMERADOS URBANOS"

- Data: 5 de maio de 2003
- Local: Sala de Conferência – Sede da OPAS em Brasília
- Horário: das 9:30 às 18:00h.
- Organizadores: Julio Suarez (OPAS); Rosa Silvestre (OPAS); Luciana Chagas (OPAS); Elias Rassi Neto (UFGO e ABRASCO); Cláudia Maria Bógus (15-SES/SP e CEPEDOC/USP)
- Participantes: coordenadores do projeto, organizadores da publicação, autores dos vários capítulos da publicação, gestores, debatedores e comentaristas convidados

AGENDA

MESA DE ABERTURA

Júlio Suarez – OPAS

Afra Suassuna – MS

MESA PROBLEMATIZADORA

Elias Rassi – UFGO e ABRASCO

Eduardo Guerrero – OPAS

Pedro Miguel Santos Neto – MS

Marco Akerman – SMS/SP; FM/ABC e CEPEDOC/USP

PARTICIPANTES

Carmen Regina Ribeiro – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Cláudia Maria Bógus – IS-SES/SP e CEPEDOC/USP

Elias Rassi Neto – UFGO e ABRASCO

Elizabeth Barros – IPEA

Eronildo Felizberto – MS

Fernando Augusto Proietti – UFMG

Heloísa Machado – MS

Joana Molesini – SES/BA

José Escamilla – OPAS

José Noronha – ABRASCO

Juan Seclen – OPAS

Luciana Chagas – OPAS

Maria Cristina Boaretto – SMS/RJ

Maria Elizabeth Maciel – MS

Maria Glória Gohn – UNICAMP

Marília Cristina Prado Louvison – SES/SP

Mauro Célio Almeida Marzochi – SMS/RJ

Patrícia Leal – MS

Paulo Henrique Battaglin Machado – Universidade Tuiuti do Paraná

Regina A. Carvalho – MS

Roberto Tikanori Kinoshita – SMS/SP

Rosa Pastrana – SES/ RJ

Rosa Silvestre – OPAS

Rovena Maria Carvalho Negreiros – NESUR/UNICAMP

Sarah Escorel – ENSP/FIOCRUZ

Serafim Santos Filho – MS

Silvana Pereira – MS

Vera Lúcia Alves Oliveira – SMS/Curitiba

Vera Nunes Figueiredo – MS

Informações e instruções aos autores para apresentação de manuscritos a serem publicados na Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS.

Objetivo da Serie Técnica

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos; relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez científica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da OPAS na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente, serão analisados trabalhos alheios à cooperação sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da OPAS.

Tipologia de publicações

A Série publicará, entre outros, textos integrais como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados por meio de metanálise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial

O Conselho Consultivo, convidado pela OPAS, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos, o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução

No caso de manuscritos de autores externos, esses devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da OPAS.

Apresentação

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x 297mm), em fonte tamanho 12, escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6023 – Referências bibliográficas – Elaboração.
- NBR 6028 – Resumos.
- NBR 10520 – Citações em documentos – Apresentação.
- NBR 12256 – Apresentação de originais.
- NBR 14724 – Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1. Exemplos de Referências Bibliográficas

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais)

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico**. Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1)

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2)

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making: case studies on the use of health systems research**. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol.** Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLÉN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000)**. Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2. Exemplos de Citações

a) Citação Direta

"Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]" (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet:

[http: //bu.ufsc.br/framerefer.html](http://bu.ufsc.br/framerefer.html)



Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
www.opas.org.br

ISBN 85-87943-25-1



9 788587 943255