

## Saúde em áreas urbanas\*

SÉRGIO GOES DE PAULA\*\*

*1. Introdução; 2. Urbanização e desenvolvimento econômico; 3. Urbanização e industrialização latino-americana; 4. Estado sanitário das populações e bens de consumo coletivo.*

Este trabalho pretende chamar a atenção do leitor para as relações existentes entre saúde e disponibilidade de bens de consumo coletivo, avaliando brevemente as condições urbanas brasileiras sob este ponto de vista.

Na primeira parte, fala-se rapidamente da questão da determinação social da doença; mais precisamente, das relações existentes entre saúde (e doença) dos indivíduos e coletividades e a forma pela qual as forças produtivas são articuladas em cada sociedade.

Na segunda parte, mostram-se algumas relações entre desenvolvimento capitalista e urbanização; são também apresentadas suas consequências sobre a saúde das populações, considerando-se as características dos distintos processos de industrialização.

Na terceira parte, apresentam-se traços do processo de industrialização latino-americano, de como sua forma específica conforma e condiciona o crescimento das cidades.

Na quarta e última parte, considerando-se o caso brasileiro, busca-se sugerir alguns aprofundamentos para aquelas análises que relacionam distribuição de renda e estado sanitário das populações. Chama-se a atenção para o fato de ser a saúde determinada pela forma em que vivem os indivíduos e coletividade, ou seja, pela qualidade de vida: a relação renda/saúde não é direta, sendo medida pela cesta de consumo dos indivíduos, que, por sua vez, é definida não só por sua renda pessoal (que condiciona as possibilidades de acesso ao mercado) como também pela quantidade e qualidade dos bens de consumo coletivo produzidos socialmente.

\* O autor deseja agradecer os comentários e sugestões a uma primeira versão deste trabalho feitos por José Carlos Braga, Sérgio Arouca, Eduardo de Azeredo, Marcelo Abreu e Ricardo Tolipan.

\*\* Membro do Centro de Estudos e Pesquisas da Finep; coordenador do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Finep/Fiocruz).

Finalmente, são feitas algumas indicações sobre as políticas sociais do governo nos últimos anos, sugerindo as ligações entre as mesmas e o atual estado sanitário das populações urbanas brasileiras.

## 1. Introdução

Neste trabalho, parte-se da idéia de que a saúde é determinada socialmente: saúde e doença são fenômenos causados em grande parte pela forma por que se dá a inserção dos indivíduos e grupos sociais na sociedade como um todo. Tal é o pressuposto seguido pela medicina preventiva, pela epidemiologia e por algumas correntes das ciências sociais, que tomam como objeto de estudo não os indivíduos, mas as coletividades, e que vêem as manifestações de saúde e doença não como simples reflexo do biológico, mas como expressões concretas de aspectos econômicos, sociais e culturais das diversas sociedades. Num processo de *relativização* do conceito, tem-se assim que não só a noção de saúde e doença vai variar conforme a cultura específica dos indivíduos, como também seu estado de saúde vai depender de como tais fatores se inserem na sociedade, ou seja, de como se integram no processo de trabalho, de seu nível de renda, de suas condições de moradia etc.

É com esta visão que deve ser analisado um dos elementos que exerce influência direta sobre a saúde: o meio ambiente. Como resultado do processo de integração entre os homens e a natureza externa, as condições ambientais e ecológicas são essencialmente um resultado da forma pela qual se organiza a sociedade em suas atividades políticas, econômicas e sociais.

No caso de sociedades complexas como a em que vivemos, dois comentários impõem-se desde já, embora devam ser apresentados com mais detalhes no decorrer do trabalho: o primeiro, é o fato de que a grande melhoria no estado sanitário das populações, ocorrido nos últimos duzentos anos nos pases mais ricos, não se deveu apenas, e sequer principalmente, aos progressos realizados pelas ciências da saúde.<sup>1</sup> A literatura especializada é farta em evidências de que tal melhoria deveu-se diretamente às melhorias no campo da saúde pública e da engenharia do meio ambiente, referentes às condições de higiene, de saneamento do meio e de educação sanitária. Após a consolidação do capitalismo industrial naquelas nações, passou-se a dispor de um volume de recursos substancialmente maior, que permitiu uma expansão da renda e do consumo *per capita*, possibilitando melhores padrões de alimentação, vestuário, habitação etc., bem como uma expansão do tempo livre dos trabalhadores. Ademais, o nível da riqueza material destas sociedades possibilitou uma maior disponibilidade de recursos para a produção dos bens de consumo coletivo essenciais para assegurar o bom nível de saúde das populações.

<sup>1</sup> Acautelemo-nos, entretanto, contra a recente tendência de minimizar os efeitos positivos de tais avanços. Os grandes progressos alcançados na diminuição da incidência das doenças infecto-contagiosas nos países subdesenvolvidos devem-se, em grande parte, à descoberta dos inseticidas de ação residual e dos antibióticos.

A questão da saúde e do estado sanitário das populações deve, portanto, ser analisada considerando-se que a diversos níveis de “desenvolvimento” correspondem níveis de saúde distintos.

O segundo ponto a ser considerado é que a questão da saúde e do estado sanitário das populações no interior de uma mesma sociedade ou nação passa pela estrutura de classes sociais aí existente. Sem dúvida alguma o nível de renda, a inserção no processo de trabalho, as condições de moradia, entre outros fatores, são de crucial importância na determinação dos níveis de saúde. A determinação social da doença manifesta-se de maneira concreta, ou seja, no modo pelo qual a sociedade organiza a produção e reprodução dos bens materiais, nas condições sociais desta produção, em como os indivíduos e grupos sociais se inserem nesse processo. Repetindo: um dos determinantes básicos da saúde será a forma pela qual os indivíduos e as coletividades se integram no processo de trabalho e como despendem sua renda: o tipo de trabalho desempenhado, o número de horas em que nele se engajam, sua cesta de consumo (determinada não só pelo nível de renda, como também pelos padrões culturais e pela oferta de bens e serviços) são fatores cruciais na determinação da exposição aos riscos e agravos à saúde e, portanto, na determinação dos próprios níveis de saúde dos indivíduos e coletividades.

## 2. Urbanização e desenvolvimento econômico

Assim, é a partir deste ponto de vista que se vai analisar a *questão urbana* (com todas as qualificações que esta expressão possa receber) e suas consequências sobre a saúde das populações.

Segundo Castells<sup>2</sup> *estrutura urbana* é um dos elementos do processo de reprodução coletiva da força de trabalho, sobredeterminado pela estrutura de classes a que está submetido: “Podemos, pois, traduzir em termos de reprodução coletiva (objetivamente socializada) da força de trabalho a maioria das realidades conotadas pela noção de urbano e analisar as unidades urbanas e os processos a elas vinculados como unidades de reprodução coletiva de força de trabalho, no modo de produção capitalista.”<sup>3</sup> Neste sentido, o essencial dos problemas ditos *urbanos* está ligado aos processos de *consumo coletivo*, ou seja, à organização dos meios coletivos de reprodução da força de trabalho.

Tem-se, assim, que “o termo *urbano* designará uma forma particular de ocupação do espaço por uma população, ou seja, a aglomeração resultante de uma forte concentração e de uma densidade relativamente elevada que teria, como correlato previsível, uma diferenciação funcional e social cada vez maior”.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Castells, Manuel. *La cuestión urbana*. México, Siglo Veintiuno Editores, 1974. 517 p.

<sup>3</sup> Id. *ibid.* p. 489.

<sup>4</sup> Id. *ibid.* p. 16.

Na medida em que a problemática urbana esteja diretamente vinculada à questão da reprodução, não só da força de trabalho, como também das próprias condições de produção de bens e serviços, a análise desta problemática só pode ser feita referindo-se à especificidade do modo de produção em que se insere — no nosso caso, o capitalismo. E mais: as análises concretas que se façam devem estar referidas às especificidades das formações sociais concretas em que se situam — no nosso caso, o Brasil.

É a partir desta visão de qual seja a função e o papel das cidades que se deve analisar a questão da saúde das populações urbanas, considerando-se especificamente a maneira pela qual a vida urbana afeta as condições de saúde de suas populações e a disponibilidade ou não de serviços de consumo coletivo adequados e sua influência sobre estes mesmos níveis.

Neste ponto, cumpre realizar uma ligeira digressão histórica, para mostrar como esta oferta de serviços de consumo coletivo se deu nos países hoje industrializados, para podermos, assim, perceber melhor a problemática urbana brasileira, no que se refere à saúde e ao estado sanitário das populações.

Já é uma noção trivial, entre os especialistas, que os grandes progressos para a saúde das populações só se deram após a implantação do capitalismo. Assim, a esperança média de vida ao nascer, há dois mil anos atrás, era estimada em cerca de 25 anos (correspondendo a uma mortalidade geral de 4 por 1.000); em 1650 evoluiu para apenas 28/30 anos (mortalidade geral de 34 ou 36 por 1.000). Entretanto, “após 1750 a situação muda completamente. Não é exagero afirmar que os países que adotaram as técnicas derivadas da Revolução Industrial iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII registraram consideráveis aumentos populacionais como resultado de uma redução da mortalidade e, em última análise, da melhoria das condições sanitárias; atualmente, a esperança média de vida ao nascer ultrapassou 75 anos em alguns destes países”.<sup>5</sup>

Convém examinar melhor como se realizou tal processo.

Em primeiro lugar, esta melhoria das condições sanitárias foi precedida não só por um rápido crescimento da população urbana, como também por um significativo aumento nas taxas de mortalidade. Assim, entre 1801 e 1841, a população de Londres passou de 958.000 para 1.948.000; entre 1801 e 1831, a de Leeds expandiu-se de 53.000 para 123.000 e a de Huddersfield, de 15.000 para 34.000, numa tendência seguida em toda a nação. As taxas de mortalidade para 1.000 habitantes, por sua vez, passaram, de 1831 a 1844, em Birmingham, de 14,6 para 27,2; em Bristol, de 16,9 para 31; em Liverpool, de 21 para 34,8.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Silveira, Mário Magalhães. *Health problems of underdeveloped peoples*. Trabalho elaborado para a contribuição brasileira à United Nations Conference on the Application of Science and Technology for the Benefit of the Less Developed Areas. Genebra, 1963.

<sup>6</sup> Rosen, George. *A history of public health*. New York, MD Publications, 1958. p. 203.

O processo de urbanização estava diretamente ligado às transformações por que passava a agricultura inglesa — que tinha como um dos resultados a *expulsão* do homem do campo — e também ao processo de industrialização, que *atraía* os trabalhadores para as cidades, ofertando emprego. As consequências econômicas de tal situação são bem conhecidas.

Sob o ponto de vista epidemiológico, este crescimento urbano trouxe como consequência a transformação da *composição imunitária da população*. Ou seja, anteriormente a tal crescimento, dada a baixa mobilidade das populações, as epidemias atingiam as comunidades de maneira violenta, porém limitadas espacialmente, isto é, não se espalhavam pela nação. Com a urbanização acelerada e, portanto, com as migrações, as cidades tornaram-se ponto de encontro das doenças e nelas grassavam diversas moléstias transmissíveis, o que inicialmente eleva a taxa de morbidade e mortalidade, mas que tem como consequência a criação, nos sobreviventes, de algum grau de imunidade. Desta forma, modifica-se a composição etária da população atingida, sendo as vítimas das doenças transmissíveis principalmente as parcelas mais jovens da população.

Não parece haver dúvidas de que o aumento de mortalidade acima mencionado estivesse diretamente relacionado ao próprio processo de constituição do capitalismo, que significou, em seu início, uma aguda piora das condições de trabalho (longa jornada, alto índice de acidentes, baixa remuneração etc.) e das condições ambientais urbanas (inexistência de redes de abastecimento d'água, inexistência de redes de esgoto, más condições de habitação etc.). Em vários autores, da época e atuais,<sup>7</sup> encontram-se evidências de que um dos principais fatores responsáveis pela piora das condições de vida e pela elevação das taxas de mortalidade era a inadequação das cidades para receber uma massa populacional tão grande. É interessante observar que o nível de conhecimento científico da época não surge como fator decisivo para as más condições de saúde: as primeiras medidas de saneamento ambiental na Inglaterra, comandadas por Edwin Chadwick,<sup>8</sup> baseavam-se numa visão equivocada das causas das doenças, ou seja, supunham que as doenças eram provocadas por miasmas emanados da terra e da sujeira.

Em segundo lugar, o processo de melhoramento das condições sanitárias foi motivado por uma série de fatores políticos, sociais e econômicos. Assim, as classes governantes inglesas passaram a sofrer fortes pressões no sentido de tomar providências efetivas a partir do momento em que a incidência de doenças contagiosas (notadamente a epidemia de cólera em Londres em 1831 e 1832) passou a ameaçar população urbana como um todo, extrapolando os limites que a continham (os *working poors*), e a

<sup>7</sup> Veja, por exemplo, Engels, Frederick. *The condition of the working class in England*. In: Marx, Karl & Engels, Frederick. *On Britain*. Moscou, Foreign Languages Publishing House, 1962; Marx, Karl. *Le capital*. Paris, Éditions Sociales, 1972; Aobsbawn, Eric J. *The British standard of living, 1790-1850*. In: *The standard of living in Britain in the industrial revolution*. London, Methuen 1975.

<sup>8</sup> Rosen. op. cit. cap. VI.

atingir as camadas mais ricas. Da mesma forma, há que se considerar a pressão política dos que sofriam os efeitos das más condições sanitárias, cujas revoltas, por vezes violentas, obrigaram o Estado a intervir nesta área. É ilustrativa a seguinte declaração feita em 1840 pelo Comitê para a Saúde das Cidades: "... algumas medidas são exigidas urgentemente, como clamores de humanidade e justiça para grandes multidões de nossos irmãos homens, e como necessárias não apenas para o bem-estar dos pobres como também para a segurança da propriedade e dos ricos". Comenta a seguir Rosen, de cuja obra foi retirada a citação acima: "Em suma, a doença e a morte podiam ser consideradas como parte do inescrutável plano do Todo-poderoso, mas quando feriam e matavam o trabalhador e interferiam com a sagrada máquina industrial, era tempo para que os homens dela tomassem notícia e agissem."<sup>9</sup>

A partir das reformas sanitárias iniciadas por Chadwick, e que podem ser melhor vistas na obra citada de George Rosen, seguiram-se, em todos os países de equivalente nível econômico, medidas com o mesmo sentido, e que, pela oferta de bens de consumo coletivo tais como saneamento, rede de abastecimento d'água, melhores condições de moradia etc., visavam elevar os padrões de vida das camadas mais pobres da população.

Em grande parte, como resultado de tais medidas (além, evidentemente, do substancial aumento da renda *per capita*), melhorou o estado sanitário da população. Mesmo assim, observe-se, a situação das populações urbanas, pelo menos nos países mais ricos, permaneceu abaixo do das populações rurais, como mostra João Lyra Madeira.<sup>10</sup> Tal afirmação, no entanto, deve ser qualificada: para os Estados Unidos, a mortalidade infantil (um dos melhores aferidores da qualidade de vida) é francamente desfavorável às regiões urbanas. Em 1958, para o país como um todo, essa taxa, por 1.000 nascidos vivos, foi de 24,1 no conjunto das zonas urbanas contra 23,3 nas zonas rurais. Mas o contrário ocorre para a população não-branca: para o país como um todo, a taxa de mortalidade infantil foi de 43,9% no conjunto das zonas urbanas e 49,5% nas zonas rurais.<sup>11</sup> A enorme disparidade entre a mortalidade infantil para as populações branca e não-branca evidencia, em sua tão bem conhecida riqueza de significados, que, mais importantes do que a questão do assentamento urbano, estão as questões de renda, de possibilidades de se situar na sociedade etc. De qualquer forma, os dados mostram a relevância da questão urbana e, como diz o mesmo autor, utilizando também dados para os países europeus, "em uma fase inicial do desenvolvimento econômico social de uma coletividade, a cidade apresenta vantagens em relação ao campo, com relação aos níveis de saúde. Mas à medida que o progresso reduz a mortalidade, a tecnologia avançada das cidades introduz problemas novos que deterio-

<sup>9</sup> Id. *ibid.* p. 212 e 213.

<sup>10</sup> Madeira, João Lyra. A qualidade da vida urbana — um problema do passado, ou do futuro? In: Costa, Manuel Augusto, ed. *Estudos de demografia urbana*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1975. p. 11-38.

<sup>11</sup> Id. *ibid.* p. 16-9.

ram a qualidade de vida urbana, ou pelo menos não permitem que essa qualidade se aprimore tanto quanto nas zonas rurais".<sup>12</sup>

A análise dos padrões históricos dos países mais ricos mostra que ao longo da própria evolução capitalista foram-se realizando transformações nas cidades, provocadas por motivos econômicos e políticos que, atendendo às necessidades de reprodução da força de trabalho e dirigindo os dispêndios do Estado para a produção de bens de consumo coletivo, não só ajudaram a criar as condições para a reprodução do capital — pela melhoria das condições de reprodução da força de trabalho e pela abertura de possibilidades de investimento na área que hoje chamamos de desenvolvimento social — como também atenderam as reivindicações e pressões políticas dos trabalhadores. Ocorre, nestes países, uma certa adequação entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento urbano, em que as cidades não se distanciaram de maneira extremada do papel e funções que delas se esperava.

Mais uma vez, cumpre qualificar a afirmação acima. São bem conhecidos os problemas enfrentados pelas grandes cidades atuais, ocorrendo uma deterioração relativa na capacidade das cidades de assegurar bons níveis de saúde. Especificamente, nestes países vem abaixando o nível de atenção à saúde em padrões de qualidade adequados. Pior, entretanto, é a situação das cidades nos países de industrialização tardia, como veremos na próxima seção.

### 3. Urbanização e industrialização latino-americana

Tentar-se-á, aqui, dar algumas das características da formação das cidades *subdesenvolvidas* para, no pressuposto de uma determinação social das doenças, analisar o que, no estado sanitário das populações, é especificamente urbano e o que decorre de fatores sócio-econômicos mais gerais.

A urbanização atual dos países ditos subdesenvolvidos não repete o processo por que passaram os países ditos avançados. Com efeito, "ao mesmo nível de população urbana que têm hoje os países 'subdesenvolvidos', o nível de industrialização dos países desenvolvidos era muito maior".<sup>13</sup>

Em poucas palavras, o processo de urbanização latino-americano caracteriza-se por: a) concentração em grandes cidades, sem integração em uma rede urbana; b) inexistência de uma integração na hierarquia urbana; c) distância social e cultural entre as aglomerações urbanas e as regiões rurais. Como conseqüência, temos um nível de vida correlativamente baixo da massa de migrantes, assim como da geração de urbanização recente. Por outro lado, ocorre também a não-cobertura social das necessidades individuais, e o aumento das zonas urbanas sem equipamento coletivo.

<sup>12</sup> Id. *ibid.* p. 25.

<sup>13</sup> Davis, Kingsley e Golden, Hilda. *Urbanization and the Development of Preindustrial Areas. Economic Development and Cultural Change*. III, Oct., 1954, p. 6-26. Cf. Castells, *op. cit.* p. 51.

Três fatores marcam, assim, a cidade latino-americana.

Em primeiro lugar, as cidades resultam do processo de decomposição da estrutura produtiva agrária e artesanal, não seguida de uma absorção compatível da população aí empregada pela estrutura industrial então formada; com efeito, a industrialização retardatária, dando-se numa etapa mais avançada do capitalismo (monopólio), significa a construção de plantas com alto índice de capital e pouca intensidade na utilização do trabalho. Isto explica a concentração de desempregados mais ou menos estruturais e a grande expansão, em termos de mão-de-obra empregada, do setor terciário.

Em segundo lugar, pela industrialização intensiva em capital, não ocorre, do ponto de vista da acumulação de capital, a exigência da reprodução de uma parte importante da força de trabalho potencial. Tal processo específico, ademais, significa o desenvolvimento de um *consumo capitalista* para uma minoria que suscita sem cessar uma nova demanda. A proporção entre tal consumo e o consumo destinado à reprodução da força de trabalho é, paradoxalmente, muito maior do que a das sociedades de industrialização pioneira.

Finalmente, em termos econômicos, ocorre pequena intervenção do Estado na reprodução da força de trabalho. Concretamente, isto significa o não-aparelhamento das cidades por meio da baixa oferta de serviços de consumo coletivo. As cidades, atreladas ao desenvolvimento da acumulação de capital, são transformadas em veículos para o *consumo capitalista* que orienta tal desenvolvimento. Ao mesmo tempo, a escassa força política dos trabalhadores não lhes permite pressionar, a fim de que os dispêndios do Estado sejam oientados para seu bem-estar.

Resumindo: as cidades, como manifestações do processo específico de acumulação capitalista, apresentam traços deste processo e concretizam pelo menos uma parte de seus agravos à saúde das populações. A oferta de bens de consumo coletivo por parte do Estado tem por objetivo declarado neutralizar os efeitos negativos que tal processo impõe sobre a reprodução da força de trabalho e sobre as condições de vida da população de uma maneira geral. Desta forma, a quantidade e qualidade destes bens de consumo coletivo exprimem também a correlação das forças políticas da nação.

Na próxima seção, serão apresentados alguns índices indicadores do padrão de vida nas cidades brasileiras e, principalmente, será visto como nelas se dá a oferta de bens de consumo coletivo.

#### **4. Estado sanitário e bens de consumo coletivo**

Apesar da precariedade das estatísticas vitais brasileiras, podemos utilizá-las para avaliar o estado sanitário da população urbana e, comparando-as com os dados disponíveis sobre a oferta de bens de consumo coletivo, tentar algumas especulações sobre as causas das más condições de vida da população em geral.



É característico, nos países mais ricos, ocorrer, ao longo da história, não só uma diminuição das taxas de mortalidade, como também uma mudança importante quanto às causas desta mortalidade. Assim, as doenças transmissíveis e carenciais vão perdendo importância como causas de morte, cedendo lugar para as doenças crônicas e degenerativas. Já falamos anteriormente sobre os motivos do decréscimo da incidência de doenças transmissíveis: modificações na composição imunitária da população, acompanhada por melhorias de renda, das condições ambientais, e do aumento na oferta de bens de consumo coletivo. Quanto ao crescimento da incidência de doenças degenerativas, os especialistas concordam que este se deve ao aumento dos fatores cancerígenos provocados pela industrialização, e ao maior *stress* a que está submetida a população urbana.

A tabela 1 mostra um comportamento típico da evolução das causas de morte em tais países.

Tabela 1

*Causas de morte no Japão — 1900-/1959*  
(em %)

	Aparelho respiratório	Aparelho digestivo	Sistema nervoso	Câncer	Sistema circulatório	Acidentes, suicídios etc.	Outras causas
1900-1902	39	14	19	4	5	6	13
1939-1941	37	14	22	6	5	5	11
1947-1949	37	14	19	7	6,4	6,6	10
1957-1959	17	4	29	15	12	10	13

Fonte: Cupertino, Fausto. *População e saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976, p. 67.

Nos países em desenvolvimento, entretanto, o comportamento das taxas de mortalidade apresenta-se perversamente distinto: ao mesmo tempo em que aumenta a incidência de doenças crônicas e degenerativas, diminuem proporcionalmente menos do que nos países ricos as doenças infecciosas e parasitárias. A comparação entre a tabela 1 e as tabelas 2 e 3 — embora decerto modo comprometida por se tratar, de um lado, de uma média nacional, e de outro, dos dados correspondentes a duas cidades — ilustra tal fenômeno. Mesmo no caso do Rio de Janeiro, que se aproxima mais da

situação japonesa, vê-se que “as doenças degenerativas tiveram seu percentual aumentado de 32% para 50% naquele país, contra um aumento de 30% para 46% no Rio”.<sup>14</sup>

**Tabela 2**  
*Causas de morte no Rio de Janeiro — 1929-1973*  
(em %)

	1929-1931	1949-1951	1971-1973
Doenças infecciosas e parasitárias, e dos aparelhos respiratório e digestivo	62	49	19
Câncer e doenças dos sistemas nervoso e circulatório	15	30	46
Acidentes, suicídios e outras causas de morte violenta	4	6	10
Todas as outras causas	19	15	25

Fonte: Cupertino, Fausto. op. cit., p. 72.

**Tabela 3**  
*Causas de morte em Recife — 1929-1973*  
(em %)

	1929-1931	1949-1951	1971-1973
Doenças infecciosas e parasitárias, e dos aparelhos respiratório e digestivo	66	62	40
Câncer e doenças dos sistemas nervoso e circulatório	16	19	22
Acidentes, suicídios e outras causas de morte violenta	2	3	8
Todas as outras causas	16	18	26

Fonte: Cupertino, Fausto. op. cit. p. 69.

<sup>14</sup> Cupertino, Fausto. *População e saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976. p. 73.

A tabela 4, que dispensa comentários, nos dá mais algumas informações sobre a diferença do estado sanitário das populações de países pobres e de países ricos.

Tabela 4

*Percentagem de óbitos por grupos etários*

	Menos de 1 ano	De 1 a 4 anos	De 5 a 19 anos	De 20 a 49 anos	Mais de 50 anos
São Paulo	24	4,6	3,8	20,6	47
Suécia	1,8	0,3	0,9	6,3	90,7

Fonte: Cupertino, Fausto. op. cit. p. 45.

Pode-se continuar a apresentar uma série de indicadores que mostrem a precária condição do estado sanitário da população brasileira, como as taxas de mortalidade infantil, de mortalidade proporcional, de mortalidade geral etc. Entretanto, tal procedimento não parece necessário, não só porque tal situação já é por demais conhecida, como também pela grande disponibilidade de tais informações.<sup>15</sup> De qualquer forma, vale ressaltar que “entre 1940 e 1950 a taxa de mortalidade infantil na Grande São Paulo diminuiu em 30% e na década seguinte, decresceu em 20%, contrastando com o período que vai até 1973, em que aumentou 45%”.<sup>16</sup>

Yunes & Ronchezel, na obra citada (nota 15), apoiados em vários autores, apresentam como elemento de grande importância para a má situação sanitária o fator econômico: levando em conta a má distribuição de renda no Brasil, bem como sua piora relativa nos últimos dez anos, relacionam diretamente a elevada mortalidade infantil (principalmente) à redução da capacidade aquisitiva da população: “É compreensível que, com a redução da capacidade aquisitiva, mormente nas classes menos favorecidas, sejam prejudicadas quantitativa e, principalmente, qualitativamente, as condições de alimentação da população. Por outro lado, é fato comprovado que a desnutrição, além de poder constituir causa direta de

<sup>15</sup> Veja, por exemplo, Cupertino, Fausto. op. cit.; Yunes, João e Ronchezel, Vera. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, S. Paulo, n. 8 (supl.) p. 3-48, 1974 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Encontro brasileiro de estudos populacionais*. Rio de Janeiro, FIBGE, 1976.

<sup>16</sup> Cf. Ferreira de Camargo, Cândido Procópio et alii. *São Paulo, 1975, crescimento e pobreza*. São Paulo, Edições Loyola, 1976. p. 47.

morte, representa fator predisponente e agravante de doenças infecciosas, aumentando substancialmente os coeficientes de morbidade e de fatalidade das mesmas.”<sup>17</sup>

Sem dúvida alguma, os autores estão corretos. Todos os indicadores mostram a desigual distribuição de renda no Brasil, com grande parcela da população recebendo uma remuneração muito pequena, em face de uma parcela diminuta da população bastante bem remunerada.<sup>18</sup>

Entretanto, é preciso considerar que na relação renda/níveis de saúde está-se utilizando um artifício: a saúde dos indivíduos e coletividades não se liga diretamente à renda, e sim à cesta de consumo possibilitada pela renda de que dispõem e pela oferta no mercado de bens e serviços.

Ademais, objetiva-se aqui relacionar não o consumo individual e saúde, e sim consumo coletivo e saúde. A oferta de bens de consumo coletivo, que sob a designação de *apoio ao desenvolvimento social* é apresentada pelas autoridades governamentais como forma indireta de distribuição de renda, consubstancia-se em redes de saneamento d'água, de transportes coletivos eficientes, de assistência médica gratuita etc. A ausência desta atuação governamental implica necessariamente piores condições de saúde. E o que parece insofismável é que, no Brasil, tal oferta de bens de consumo coletivo vem-se dando de maneira precária e insuficiente.

Deseja-se aqui dar indicações de como a política social do governo, pelo menos nos últimos anos, não se vem constituindo num mecanismo efetivo de distribuição de rendas e benefícios — em certos casos pode-se afirmar que ocorre justamente o contrário — e de como a oferta de bens de consumo coletivo, ao não ser dirigida para as parcelas mais necessitadas da população, contribui para a piora das condições de vida, e portanto, dos níveis de saúde.

Começemos pela questão da atenção médica.

No Brasil a atenção médica se dá de diversas formas: a) privada, ou seja, paga por aqueles que podem e desejam fazê-lo; b) pública, prestada pelo Ministério e secretarias de saúde, disponível para a população em geral; c) previdenciária, disponível para os trabalhadores regularmente inscritos e legalmente matriculados.

A primeira forma não será tratada aqui, por escapar à categoria dos serviços de consumo coletivo oferecidos pelo Estado.

Das duas últimas formas de prestação de serviços de atenção à saúde, o que se vê é um aumento relativo e em termos absolutos dos dispêndios realizados pela previdência social em atenção médica. Com efeito, de 1971 a 1976, os dispêndios do INPS nesta rubrica, em cruzeiros de 1976, passaram de Cr\$8,7 milhões para Cr\$24,0 milhões, um aumento, assim, muito

<sup>17</sup> Yunes & Ronchezel, op. cit. p. 28.

<sup>18</sup> Veja, entre outros, Fischlow, A. Brazilian size distribution of income. *American Economic Review*, n. 62, p. 391-402. 1972; Hoffmann, R. *Consideração sobre a evolução recente da distribuição de renda no Brasil*. Piracicaba, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, USP, 1973 (Série Pesquisa, 19).

maior do que o da população atendida.<sup>19</sup> Tal crescimento, aliás, deve-se não só ao aumento da oferta de serviços, como também, entre outras causas, à elevação dos custos da atenção médica, numa tendência observada em todos os países.

Entretanto, a esta tendência opõe-se a dos dispêndios realizados pelo Ministério da Saúde. Este ministério, como demonstra Ana Maria Barat,<sup>20</sup> vem assistindo a uma queda proporcional nos recursos de que dispõe, para, entre outras tarefas, prestar atenção à saúde das populações. Da mesma forma, a mesma autora mostra que dos dispêndios realizados com a função saúde, a parcela que cabe aos estados e municípios (cujas secretarias atendem à população indiscriminadamente), decresceu, em termos reais, de 38,1% em 1968, para 30,5% em 1971. No mesmo período, o INPS, que era responsável por 42,7% dos dispêndios, passou a se responsabilizar por 54,1%, numa tendência que se mantém até hoje.

O que isto significa? Significa que cada vez mais a atenção médica se dirige aos que, nas cidades, trabalham com vínculos empregatícios, ou seja, volta-se para a reprodução da força de trabalho. Já que entre as atribuições das secretarias de saúde encontram-se atividades de saúde pública em geral e de prestação de assistência médica às populações rurais, não se pode afirmar muita coisa sobre a atuação destas instituições no tocante à assistência médica urbana. Mas, dados os aspectos singulares da oferta de bens de consumo coletivo, e como no tocante à assistência médica, a tendência é aumentar a parcela que cabe aos previdenciários, pode-se afirmar com segurança que, no Brasil, as populações urbanas *enquanto tal* não são objeto de uma política de saúde. A política de planejamento urbano é deficiente, mas pode-se dizer que a política de saúde urbana é inexistente. E, num quadro de concentração de renda, de baixos salários pagos a uma grande parcela da população e de ponderável desemprego disfarçado, não é de admirar que a elevação da renda como um todo não venha correspondendo uma compatível melhoria dos padrões do estado sanitário da população.

Para que a atenção médica oficial tivesse um efetivo caráter de distribuição de renda, seria necessário não só que ocorresse uma maior ênfase na medicina preventiva, nas medidas de saúde pública etc., como também que o padrão de assistência oferecido fosse o mais adequado ao tratamento das moléstias que afligem essas populações. Assim, haveria que se dar — contrariamente ao que ocorre hoje em dia — maior importância aos tratamentos médicos simplificados e de ambulatório, e abandonar o sistema de pagamento por unidade de serviço prestado (que estimula a realização de atos médicos desnecessários); no tocante aos hospitais, não se deve reforçar a constituição de unidades complexas e sofisticadas que acabam atendendo

<sup>19</sup> Paula, Sérgio Goes & Braga, José Carlos. *Sistema econômico e saúde*, pesquisa realizada no Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde, Rio de Janeiro, 1977.

<sup>20</sup> Barat, Ana Maria. *Estudo de gastos do setor público com a função saúde*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programa Especiais, 1973.

prioritariamente as camadas mais bem situadas na escala social, que apelam para as unidades oficiais quando são elas as únicas a disporem de alguns equipamentos mais caros e de maior precisão.

Passemos agora para a questão habitacional.

"Além de 130 mil favelados, há em São Paulo 615 mil moradores de cortiços. Ademais, 1,8 milhão de indivíduos moram nas casa precárias da periferia. Tais cifras referem-se somente à capital. Não obstante a inexistência de dados mais completos, sabe-se que as condições são semelhantes em outros municípios da região metropolitana."<sup>21</sup> "A média de moradores por cômodo habitável nas casas da periferia da capital é de 1,85 para os grupos cuja renda familiar atinge até 3 salários mínimos, isto é, para 78% das pessoas, e de 1,58 para as famílias que contam com 3 a 6 salários mínimos, ou seja, 19% dos casos. Contudo, quando se computa o número de pessoas por dormitório, a média atinge, para o conjunto da região metropolitana, 2,6 pessoas, quando o padrão aceitável é de 1,5. As condições de moradia são ainda mais precárias para os 615 mil habitantes dos cortiços situados, de modo particular, em áreas decadentes dos bairros mais centrais... Nos cortiços vivem em média 3,6 pessoas por cômodo. A quarta parte destes cômodos não tem janelas externas."<sup>22</sup>

Tal situação ocorre em São Paulo, a cidade mais rica do país. Pode-se supor que a situação nas demais cidades brasileiras seja semelhante, senão pior. E o que tem sido feito para remediar tal situação?

O Banco Nacional da Habitação, instituição oficial criada para tratar dos problemas de habitação da população brasileira não se vem mostrando eficiente no trato da questão da habitação para as camadas mais pobres. Com efeito, as tabelas 5 e 6 mostram claramente que o BNH vem, cada vez mais, abandonando as linhas de financiamento às camadas mais pobres, tanto em termos de unidades construídas, como de valores financiados, concentrando sua ação no apoio à construção de residências para as camadas mais bem favorecidas. As tabelas nos mostram que, de 1969 a 1973, a percentagem do número de unidades situadas nas faixas *popular e econômica* cai de 66,4% para 27,8%. Desta forma, pelo FGTS, os assalariados como um todo vêm contribuindo, pelo menos em parte, para financiar a construção de residências de luxo. Perversidade? Não, simplesmente coerência com o modelo econômico adotado no país, e necessidade de tornar *rentável* a atuação do BNH, o que, em vista dos juros elevados e do alto preço da construção civil, alija de seus clientes as parcelas das populações mal remuneradas. Neste sentido, a questão habitacional é considerada não como um problema *social*, e sim como uma mercadoria presente no mercado, como qualquer outra. É um exemplo nítido de como as políticas sociais estão condicionadas pela lógica capitalista, de como a rentabilidade social, em seu sentido mais amplo, está subordinada à rentabilidade macroeconômica.

<sup>21</sup> Ferreira de Camargo, op. cit. p. 37.

<sup>22</sup> Idem, p. 43-4, citando Habi-sebes, *Diagnóstico sobre o fenômeno dos cortiços no município de São Paulo*. São Paulo, 1975.

Tabela 5

*Distribuição dos financiamentos habitacionais do BNH, segundo mercados  
— 1969-74*

Financiamentos <sup>1</sup>	Mercado				Total
	Popular	Econômico	Médio	Superior	
1) Valor, em 1.000 UPC					
1969	7.323	16.283	9.409	6.863	39.878
1970	9.835	17.898	8.243	6.066	42.042
1971	2.618	19.299	10.238	7.872	40.027
1972	1.857	13.898	13.143	7.782	36.680
1973	1.924	9.492	18.342	12.876	42.634
1974 até setembro	679	5.178	17.877	14.774	38.508
2) Distribuição percentual					
1969	18,4	40,8	23,6	17,2	100,00
1970	23,4	42,6	19,6	14,4	100,00
1971	6,5	48,2	25,6	19,7	100,00
1972	5,1	37,9	35,8	21,2	100,00
1973	4,5	22,3	43,0	30,2	100,00
1974 até setembro	1,8	13,4	46,4	38,4	100,00

Fonte: Estatísticas de desembolso obtidas junto ao BNH-APC.

<sup>1</sup> Concedidos pelo BNH pelos Programa de Financiamento Popular, Econômico e Médio do Mercado Urbano, Programa de Estímulo ao SBPE e Programa de Financiamento do Consumidor de Materiais de Construção (Recon).

Nota: A distribuição dos financiamentos concedidos pelo BNH pelo Programa de Estímulo ao SBPE e do Programa Recon foi estimada com base na distribuição dos financiamentos totais concedidos pelo SBPE.

Cf. Almeida, Wanderdey & Chautard, José Luiz. *FGTS: uma política de bem-estar social*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1976, p. 126.

Tabela 6

*Distribuição do número de unidades habitacionais financiadas pelo SFH,  
por mercados — 1969-73*

(número de unidades)

Anos e programas	Mercado				Total
	Popular	Econômico	Médio	Superior	
1969	32.818	73.290	40.427	13.277	159.812
1970	18.541	65.215	62.389	11.786	157.931
1971	12.466	46.293	50.155	19.326	128.240
1972	7.223	31.393	53.004	29.849	121.469
1973	7.587	33.651	62.999	43.769	148.066

Fonte: Estatísticas obtidas junto ao BNH-APC.

Cf. Almeida, Wanderley & Chautard, José Luiz. op. cit. p. 158-9.

Quanto à questão do saneamento e da rede água, os dados disponíveis são também categóricos. A possibilidade de eliminação dos dejetos e detritos, que, como vimos, foi essencial para a melhoria do estado sanitário das populações dos países de industrialização avançada, está ausente para cerca da metade da população do Grande Rio e Grande São Paulo, como se pode ver pela tabela 7. E quando se considera que a mortalidade infantil deve-se principalmente às doenças infecciosas e transmissíveis, diretamente relacionadas com as carências de saneamento ambiental, compreendemos o comportamento daquelas taxas.



Tabela 7

*Instalação sanitária, por domicílios e moradores*

Instalação sanitária	Grande Rio			Grande São Paulo		
	Domicílios particulares	Moradores	Média de moradores p/ domicílio	Domicílios particulares	Moradores	Média de moradores p/ domicílio
Rede de esgoto	53,97	30,16	4,05	49,32	45,71	4,05
Fossa séptica	28,68	31,24	4,75	30,69	32,42	4,62
Outra	11,10	12,13	4,76	17,49	19,08	4,77
Ausência de instalação	6,25	6,47	4,51	2,50	2,79	4,87
Total	100,00	100,00	4,36	100,00	100,00	4,37

Fonte: PNAD — 1972.

Cf. Costa, Manuel Augusto. *Estudos de demografia urbana*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1975, p. 249.

Também precária é a situação do abastecimento água:

Tabela 8

*Abastecimento água, por domicílios e moradores*

Abastecimento água	Grande Rio			Grande São Paulo		
	Domicílios particulares	Moradores	Média de moradores p/ domicílio	Domicílios particulares	Moradores	Média de moradores p/ domicílio
Rede Geral	76,96	74,78	4,24	61,58	57,88	4,11
c/ canalização interna	69,22	66,72	4,20	58,16	54,85	4,12
s/ canalização interna	7,74	8,06	4,54	3,42	3,03	3,87
Poço ou nascente	19,10	21,16	4,83	36,32	39,71	4,78
c/ canalização interna	5,38	5,84	4,73	15,93	16,36	4,49
s/ canalização interna	13,72	15,32	4,87	20,39	23,35	5,01
Outro	3,94	4,06	4,50	2,10	2,41	5,02
Total	100,00	100,00	4,36	100,00	100,00	4,37

Fonte: PNAD — 1972.

Cf. Costa, Manuel Augusto. op. cit. p. 249.

No município de São Paulo, já em 1968, segundo outra fonte, 52,4% dos domicílios não contavam com abastecimento água, e 41,3% eram desprovidos de esgotos. A situação desde esta época vem-se agravando, em especial na periferia, onde a carência é mais drástica: apenas 20% das casas têm rede de esgotos e 46% de água. Para se ter uma idéia da contaminação ambiental, basta mencionar que três quartos das habitações da periferia lançam esgotos em simples fossas negras quando não a céu aberto.<sup>23</sup>

O Plano Nacional de Saneamento, elaborado pelo BNH para tratar da questão do saneamento e da rede água, vem-se mostrando ineficiente para enfrentar tal situação. Mais uma vez, os altos preços cobrados por tais serviços deixam de fora as populações mais pobres, que não podem arcar com as despesas da ligação de suas residências à rede geral. E ao invés de elaborar planos mais simplificados de eliminação de dejetos, o Planasa atém-se às normas e padrões técnicos a que obedecem os países mais desenvolvidos, encarecendo a obra e atendendo, conseqüentemente, apenas as parcelas mais bem providas da população.

No planejamento urbano, o assentamento das camadas mais pobres é nitidamente ineficiente, e a ação governamental quase sempre limita-se a seguir a dinâmica implantada pelo setor privado, estando os investimentos públicos a serviço da valorização e da especulação realizadas pelo setor imobiliário. Como resultado, há em São Paulo, por exemplo, 4,5m<sup>2</sup> de área verde por habitante, quando o padrão mínimo é 8m<sup>2</sup>. Na região metropolitana de São Paulo, dos 8 mil quilômetros que formam a rede de circulação de tráfego local, apenas 40% são pavimentados.<sup>24</sup> Em ambos os casos, naturalmente, as melhores condições são as dos bairros mais ricos.

A rede viária urbana segue o mesmo padrão, talvez mais acentuadamente ainda, já que é na dinâmica da produção de automóveis que se apóia em grande parte a própria dinâmica do crescimento econômico brasileiro. As cidades são reconstruídas de alto a baixo para permitir o trânsito de automóveis individuais. Constroem-se túneis e viadutos, porém a questão do transporte coletivo não merece a mesma atenção. Contrapõem-se, no deslocamento diário casa/local de trabalho, de um lado os automóveis, levando em média 1,2 ocupantes, e de outro uma precária rede de transportes coletivos que, na hora de maior afluência, levam pelo menos o dobro da lotação prevista. A grande e não-planejada expansão das cidades, ao expulsar as camadas mais pobres para a periferia das grandes cidades, faz com que cada pessoa gaste de 3 a 4 horas diárias no simples ato de se apresentar cotidianamente no local de trabalho ou dele voltar para casa; no dia seguinte, repete-se o mesmo percurso.

É necessário chamar a atenção para um ponto: a influência dos transportes sobre a saúde das populações não se dá apenas pelos agravos provocados pelos acidentes de trânsito, por si sós nada desprezíveis. Outra

<sup>23</sup> Idem, p. 26. citando São Paulo, Secretaria dos Negócios Metropolitanos — *Região metropolitana de São Paulo: diagnóstico 75. Condições urbanas: saúde*. São Paulo, 1975.

<sup>24</sup> Idem, p. 26, citando a mesma obra.

forma muito importante, porém desmesurável, se faz sentir pelo desgaste cotidiano de energias que consome 1/8 a 1/6 do tempo de cada cidadão. E sabe-se bem que as precárias condições nutricionais dos brasileiros não lhes deixam muitas energias para desperdiçar.

Poder-se-ia continuar a descrever as más condições ambientais no tocante à poluição, ao excesso de ruído, ao fornecimento de energia elétrica, e outros elementos mais que compõem a oferta de serviços de consumo coletivo. Este desfilar de misérias, no entanto, é inútil, já que é bem conhecido de todos nós até mesmo em nossa própria experiência. Não se continuará, portanto, por já se ter claro o ponto inicialmente apresentado: o sistema oficial de oferta de bens de consumo coletivo não está voltado para a melhoria das condições de vida das camadas mais necessitadas; tal fato, articulado com o modelo econômico brasileiro, concentrador de rendas e de benefícios, influi decisivamente sobre o padrão de saúde das populações urbanas. Sem uma ação concreta no campo da saúde pública, substanciada exatamente em boas condições de saneamento, de abastecimento d'água etc., não pode haver melhoria de padrões de saúde. A ausência destes elementos é, assim, mais uma face (não propriamente oculta, mas a que não se dá a devida importância) de um modelo econômico que tem como consequência a morte precoce e evitável de grandes contingentes populacionais.

Pode-se concluir que a política social do governo leva à oferta de bens de consumo coletivo cujos beneficiados, em grande parte, são aqueles que já usufruem as vantagens de uma desigual distribuição de renda. A lógica do mercado, seguida pelo governo até mesmo nesta área tão peculiar, não permite que as camadas mais pobres recebam os benefícios que, a nível do discurso oficial, a elas se dirigem.

A ausência de uma efetiva política de melhoria da qualidade de vida urbana vem trazendo consequências negativas para o nível de saúde das populações. Esta é a conclusão a que nos levam as informações recolhidas.

## Summary

The objective of this article is to analyze the Brazilian urban conditions from the viewpoint of the relationship between health and disponibility of collective consumption goods.

To the author, health and sickness are phenomena largely caused by the form individuals of social groups are inserted in the society as a whole. Thus, he sees to examine the relationship between individuals' and collectivities' health and illness and the from by which the productive forces are articulated in each society.

The question of populational health and sanitary state, according to the author, should be analized considering that to different developmental levels correspond different levels of health.

The author analyzes, then, some relationships between capitalistic development and urbanization, relating its consequences on population's health to the characteristics of different processes of industrialization.

Mode detailed examination is done of the latin-american industrialization process in order to show the influences our cities' growth received from it.

Finally, considering the Brazilian case, the article suggests the deepening of the analysis that relates income distribution to sanitary state of the population and calls attention to the fact that health is determined by the way individuals and collectivities are living, that is, by the quality of life. The relationship income/health is defined not only by the personal income, but also by the amount and quality of collective consumption goods socially produced.

The author concludes the article relating the governmental social policies in the last years to the sanitary state of Brazilian urban population.

#### **BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS**

Praia de Botafogo 190 - 7.º andar.

266-1512 ramal 170 - Serviço de Referência e Circulação:

ramal 171 - Serviço de Referência Legislativa.

Horário: janeiro e fevereiro, todos os dias úteis das 8 às 12 horas e das 13,30 às 17,30 horas; março a dezembro, todos os dias úteis, das 8 às 20 horas e, aos sábados, das 8 às 12 horas.

#### **BIBLIOTECA DO INSTITUTO DE SELEÇÃO E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL**

Rua da Canderária 6 - 3.º andar 221-2331.

Horário: todos os dias úteis das 8 às 12 e das 13 às 17 horas; às quinta-feiras só funciona no horário da manhã.