7

**O URBANO E O SANITÁRIO NA GLOBALIZAÇÃO -
ESTUDO DE QUESTÕES URBANAS E SANITÁRIAS DA
CIDADE DE FLORIANÓPOLIS - SC.**

ALCIDES RABELO COELHO

Tese de doutoramento apresentada à Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
Departamento de Prática de Saúde Pública, para
obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Titular Evelin Naked de Castro Sá.

São Paulo

-1998-

DEDICATÓRIA

*Los que pusimos el alma en la piedra,
en el hierro, en la dura disciplina,
allí vivimos sólo por amor
y ya se sabe que nos desangramos
cuando la estrella fue tergiversada
por la luna sombría del eclipse.
Ahora veréis qué somos y pensamos.
Ahora veréis qué somos y seremos.*

*Somos la plata pura de la tierra,
el verdadero mineral del hombre,
encarnamos el mar que continúa:
la fortificación de la esperanza:
un minuto de sombra no nos ciega:
con ninguna agonía moriremos.”*

(Pablo Neruda - Memorial de Isla Negra, V).

À companheira Clair.

Ilha de SC, 1º/05/98.

AGRADECIMENTOS

Ao universo de pessoas amigas que, cedendo-me *tempo-espço* em suas vidas, investiram no meu empreendimento demonstrando solidariedade e afeto, a elas os mais profundos agradecimentos.

À Universidade Federal de Santa Catarina, meu local de trabalho, que graças ao Plano Institucional de Capacitação de Docentes (PICD-UFSC-CAPES) concedeu-me a bolsa viabilizando a concretização do curso de doutorado na cidade de São Paulo.

Ao Professor Titular Dr. Aldo da Fonseca Tinoco pela segura orientação e sugestões, até o momento do Exame Geral de Qualificação, quando, devido à sua aposentadoria, ausentou-se da docência deixando-me uma forte e fraterna amizade.

À Professora Titular Dra. Evelin Naked de Castro Sá que tão bem acolheu-me no segundo momento da realização desta Tese. Sempre dedicada, coloquial e disponível. Plena de saber e humanidade deu-me estímulo e segura orientação cuidando sempre de salvaguardar minha visão de mundo e individualidade.

Aos chefes Elza e Alcides, aos professores, servidores técnico-administrativos e demais companheiros, do Departamento de Saúde Pública da UFSC, pelo apoio constante durante o meu afastamento.

Aos professores e servidores da grande instituição Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com quem convivi, precisei e desfrutei das maiores atenções e gentilezas no transcorrer de todo o curso de pós-graduação.

À companheira Clair Castilhos pelo total apoio, ajuda, aconselhamento e serviço de computação.

À amiga Rosana de Paola que com alegria e generosidade contribuiu na compreensão do material em inglês e na digitação.

À colega e amiga Vera Blank que prestou sua valiosa contribuição na tradução do material em inglês.

Aos múltiplos colaboradores e amigos espalhados nas diferentes instituições sanitárias, urbanísticas e legislativa, desta cidade de Florianópolis, que me forneceram dados e informações a exemplo de Jorge Rebollo, Rosa Couto, Liacarmem Kleine, Sílvia Giongo, Maristela Sisson, Maria Elizabeth Peixoto Luna, Magda Duarte dos Anjos, Heloísa Cortes Galloti Peixoto, Angela Ortiga e tantos outros, sem os quais não disporia do material de pesquisa imprescindível ao desenvolvimento deste trabalho.

À amiga Clarisse Chiappini Castilhos, doutora em Economia pela valiosa colaboração na revisão de capítulos específicos, como o da globalização.

À amiga Sâmia pela imprescindível ajuda junto ao “seu computador”.

Aos amigos de sempre, que me acolheram e hospedaram, que me deram belos momentos de convívio e vida : Sara e Izo, Regina e Luiz Alfredo, a certeza que minha jornada foi mais rica e prazerosa por causa de vocês.

Às minhas filhas Letícia, Isadora, Maíra, minha sogra Zaida, e minha mãe Emília, que foram razões vitais de meu trabalho.

À Maria que estrutura a casa da gente e sempre nos momentos plenos de trabalho vinha com o seu cafézinho reconfortante.

ÍNDICE

	RESUMO	iv
	SUMMARY	v
		Pág.
1 -	INTRODUÇÃO	1
1.1 -	Referências Bibliográficas	10
2 -	HIPÓTESES	11
3 -	OBJETIVOS	12
4 -	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	13
4.1 -	Referências Bibliográficas	17
5 -	URBANIZAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA NA GLOBALIZAÇÃO	
	(1ª PARTE)	18
5.1 -	GLOBALIZAÇÃO	18
5.1.1.	Neoliberalismo	23
5.1.2.	Meio Técnico-Científico Informacional	31
5.1.3.	O Mundo do Trabalho	33
5.1.4.	Desterritorialidade	35
5.1.5.	Fragmentação	38
5.1.6.	Referências Bibliográficas	42
5.2 -	A URBANIZAÇÃO NA GLOBALIZAÇÃO	45
5.2.1.	A Importância do Espaço	45
5.2.2.	A produção social do Espaço Urbano	46
5.2.3.	Espaço Abstrato	59
5.2.4.	Urbanização e Cidade Global (Cenário de uma Cidade Global)	62
5.2.5.	A Urbanização Global na Periferia	71
5.2.6.	Referências Bibliográficas	78
5.3 -	SAÚDE PÚBLICA NA GLOBALIZAÇÃO	79
5.3.1.	Urbanização e Saúde Pública	80
5.3.2.	Modelos de Sistemas de Saúde	99
5.3.3.	Reformas Sanitárias no Neoliberalismo	104
5.3.4.	A Saúde na Periferia Global	118
5.3.5.	Referências Bibliográficas	132
5.4 -	DESENVOLVIMENTO MUNDIAL (Centralização/concentração x	
	Exclusão/Privação)	135

5.4.1.	Aspectos da Situação Econômico Social	136
5.4.2.	Aspectos da Situação Urbana Global	152
5.4.3.	Aspectos da Situação Sanitária Global	161
5.4.4.	Referências Bibliográficas	179
6 -	O URBANO-SANITÁRIO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	
	(2ª PARTE)	183
6.1 -	URBANIZAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA PRETÉRITA	183
6.1.1.	Tempo/espço Primeiro: Meimbi e Ilha de Santa Catarina	184
6.1.2.	Tempo/Espço Segundo: Nossa Senhora do Desterro	186
6.1.3.	Tempo/Espço Terceiro: República e Florianópolis	203
6.1.4.	Referências Bibliográficas	218
6.2 -	TEMPO/ESPAÇO GLOBAL NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS	221
6.2.1.	Modernização e Institucionalização do Urbanismo em Florianópolis	222
6.2.2.	Municipalização da Saúde Pública em Florianópolis	228
6.2.3.	Aspectos Constitucionais do Desenvolvimento Urbano e da Saúde	233
6.2.4.	Referências Bibliográficas	275
6.3 -	FLORIANÓPOLIS CONTEMPORÂNEA: ASPECTOS SÓCIO - URBANO - SANITÁRIOS	278
6.3.1.	Aspectos da Situação Econômico Social	278
6.3.2.	Aspectos do Situacional Demográfico	290
6.3.3.	Aspectos da Situação Epidemiológica	300
6.3.4.	Aspectos da Situação da Organização de Serviços de Saúde	326
6.3.5.	Aspectos da Situação Urbano-Sanitário: “Ares, Águas e Lugares”	335
6.3.6.	Referências Bibliográficas	348
7 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS	352
7.1 -	Referências Bibliográficas	367
8 -	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	369

ÍNDICE DAS TABELAS

	Pág.
Tabela 1	Classificação dos estados brasileiros e de países selecionados segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 1996. 138
Tabela 2	Classificação dos estados brasileiros segundo o IDH, 1996. 140
Tabela 3	Distribuição da renda de alguns países segundo o Índice de Gini e distribuição percentual (10% e 20% inferiores e 20% e 10% superiores) em anos recentes. 142
Tabela 4	Taxa de desemprego, segundo o nível de qualificação profissional, em alguns países, 1970-90 e 1980-90. 150
Tabela 5	A pobreza no Brasil segundo linhas de indigência e de pobreza, por regiões e áreas metropolitanas, em 1989. 157
Tabela 6	Os 20 maiores centros urbanos do mundo,ordenados segundo a dimensão da população (em milhões), 1990 e 2000. 159
Tabela 7	Coeficiente de Mortalidade Geral, Coeficiente de Mortalidade Infantil, Santa Catarina e Florianópolis,1944,1950 e 1960. 213
Tabela 8	Distribuição da PEA por setores econômicos, municípios de Florianópolis,região da GrandFpolis e de Santa Catarina. 283
Tabela 9	Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Regiões,Estados do Sul(SC),1996. 284
Tabela 10	Distribuição percentual do rendimento médio mensal, por chefe de domicílio,Florianópolis e Santa Catarina,1991. 289
Tabela 11	População dos municipios do aglomerado urbano de Florianópolis,1991. 290
Tabela 12	População Total, População Urbana e Índice de Urbanização, Brasil, 1940 a 1991. 293
Tabela 13	População Total, População Urbana e Índice de Urbanização, Santa Catarina, 1940 a 1991. 293
Tabela 14	População Total, População Urbana e Índice de Urbanização, Taxa média de crescimento anual e Densidade Demográfica, município de Florianópolis,1960,1970,1980 e 1991. 295
Tabela 15	População Total, Masculina, Feminina e Razão de Masculinidade, Brasil, SC e Fpolis, 1991. 295
Tabela 16	Esperança de Vida ao Nascer, Brasil, Santa Catarina e Florianópolis - 1980 e 1991. 296
Tabela 17	Coeficiente de Natalidade, Santa Catarina e Florianópolis, 1944 a 1995. 297

		Pág.
Tabela 18	Morbidade Ambulatorial, Rede Básica Municipal, segundo o percentual de casos, por grupo CID, Florianópolis, 1993.	300
Tabela 19	Principais causas de internação hospitalar, segundo distribuição por grandes causas (CID 17/5) Santa Catarina, 1992.	302
Tabela 20	Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo distribuição por grandes causas (CID), por população total, masculina e feminina, Florianópolis, 1996.	304
Tabela 21	Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo distribuição por grandes causas (CID) por média de permanência, Florianópolis, 1996.	305
Tabela 22	Principais causas de internação hospitalar (SUS) por grandes causas (CID), segundo o valor total, Florianópolis, 1996.	305
Tabela 23	Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo o valor médio AIH (R\$1,00) por capítulo (CID), Florianópolis, 1996.	306
Tabela 24	Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo taxa de mortalidade por capítulo (CID), Florianópolis, 1996.	306
Tabela 25	Doenças preveníveis por imunização. Taxa (p/100.000 hab.), Florianópolis, 1981 a 1992.	307
Tabela 26	Outras Doenças de Notificação Compulsória segundo Taxa de Incidência por 1000 habitantes, Florianópolis, 1981 a 1992.	308
Tabela 27	Distribuição das incidências (taxa por 100.000 hab.) segundo os municípios com maiores números de casos de AIDS e período de diagnóstico, Brasil, 1980/1997 e 1996/1997	309
Tabela 28	Coeficiente de Morbidade Geral, Santa Catarina e Florianópolis, 1944 a 1995.	310
Tabela 29	Mortalidade Proporcional (participação percentual), por faixa etária, Santa Catarina, 1980 e 1991/1995.	311
Tabela 30	Mortalidade Proporcional (%) por faixa etária. Florianópolis, 1980 e 1991/1995.	311
Tabela 31	Mortalidade Geral Proporcional por grupos de causas (CID) Santa Catarina, 1980 e 1991/1995.	313
Tabela 32	Mortalidade Geral Proporcional por grupos de causas (CID) Florianópolis, 1980 e 1991/1995.	313
Tabela 33	Óbitos por causas externas (nº e coeficiente/100.000 habitantes). Brasil e Florianópolis, 1977 a 1994.	315

		Pág.
Tabela 34	Evolução dos coeficientes de mortalidade segundo o tipo de causa externa.Capitais brasileiras, 1977 e 1944.	316
Tabela 35	Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) de 07 dias a 70 anos, pelas 10 principais causas de óbitos (1). Proporções sobre o total (2). Florianópolis, 1990.	320
Tabela 36	Coeficiente de Mortalidade Infantil, Santa Catarina e Florianópolis, 1944 a 1995.	321
Tabela 37	Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal (1000 nascidos vivos), do estado de Santa Catarina e Município de Florianópolis, referentes aos anos de 1980 e 1991-5.	323
Tabela 38	Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (1000 nascidos vivos) do estado de Santa Catarina e Município de Florianópolis, 1980 e 1991 - 5.	323
Tabela 39	Mortalidade Infantil Proporcional (%) CID-17 S, Florianópolis - SC,1980 E 1991-5.	324
Tabela 40	Coeficientes de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) no Estado de SC e Município de Florianópolis, 1980 e 1991-5.	325
Tabela 41	Número de leitos, Internações Hospitalares e Taxas de Cobertura e Produtividade dos Serviços, conforme rede pública e privada, Brasil, Região Sul, Santa Catarina e Florianópolis, 1990.	333
Tabela 42	Relação dos estabelecimentos hospitalares segundo o setor gestor, Nº de leitos Geral e do SUS e localização; Florianópolis, 1993.	334
Tabela 43	Coleta de lixo nas áreas carentes e áreas não carentes, segundo número e percentual (%), Florianópolis, 1994.	343

ÍNDICE DAS FIGURAS

	PÁG.
Figura 1	Centros e periferias no mundo (1992). Uma rede hierarquizada. 28
Figura 2	Configuração regional do Desenvolvimento Humano do Brasil - IDH, 1996. 139
Figura 3	Índice de Desenvolvimento Humano, segundo grupos de países, 1997. 141
Figura 4	Evolução do rendimento mensal brasileiro, 1985 a 1995. 143
Figura 5	A evolução do salário mínimo no período de 1940 a 1996, Brasil, 1996. 144
Figura 6	Salários correspondentes a certas ocupações em sete cidades, 1994. 145
Figura 7	O desemprego no mundo em percentagem da força de trabalho. Dados de 1992 a 1995. 147
Figura 8	O desemprego no mundo, percentual de alguns países, 1995. 148
Figura 9	Evolução do desemprego no Brasil, março 95 a março 96. 149
Figura 10	O trabalho infantil no mundo, percentual da participação de crianças na atividade econômica dos países, 1997. 151
Figura 11	As megacidades mundiais e seus principais problemas, 1996. 161
Figura 12	Mortalidade Geral Proporcional por grupos de causa em nível mundial, 1993. 168
Figura 13	Número anual estimado de causas nos países em desenvolvimento e em países desenvolvidos, 1990. 172
Figura 14	Mapa da qualidade de vida (IDS) no Estado de SC, 1997. 285
Figura 15	Mapa da Região da Grande Florianópolis - GRANDFPOLIS, 1989. 291
Figura 16	Divisão Político-Administrativa da Região da Grande Florianópolis-SC, 1989. 292
Figura 17	Distribuição percentual da população por sexo e faixa etária. Brasil e Santa Catarina, 1980 e 1991. 299
Figura 18	Distribuição percentual da população por faixa etária, 1970 e 1995 e por faixa etária e por sexo, 1995, Florianópolis. 299
Figura 19	Mortalidade por acidentes de trânsito (coeficientes/100.000 hab.) segundo as capitais brasileiras, Brasil, 1977, 1984 e 1994. 317
Figura 20	Mortalidade por homicídios (coeficientes/100.000 hab.) segundo as capitais brasileiras, Brasil, 1977, 1984, 1994. 318
Figura 21	Mapa da Rede Básica de Saúde do Município de Florianópolis, 1996. 328

RESUMO

A presente tese refere-se a análise e caracterização urbana e sanitária frente ao processo de globalização do mundo atual, centradas na cidade de Florianópolis, SC.

Foram utilizados referenciais teóricos para os conceitos e noções de três pontos básicos: globalização, urbanização e Saúde Pública, e levantamento histórico-documentais sobre o processo de urbanização, a situação econômica, social, urbana e sanitária, global e local. Para a análise das condições de Saúde Pública foram utilizados dados e levantamentos epidemiológicos globais e locais, desde a colonização até o presente.

Constata-se que :

1 - A globalização no mundo contemporâneo, segundo variáveis de natureza econômica, política, social e cultural, bloqueia a produção social do espaço urbano e da saúde, quanto aos princípios da universalidade e da igualdade, devido ao neoliberalismo (desenvolvimento desigual), à fragmentação, à desterritorialidade, à hierarquização e à homogeneização;

2 - O direito universal à cidade e à saúde exige a superação da produção abstrata do espaço e da saúde com a concretização do espaço social e da saúde coletiva. Nessa direção a importância de convergir a problemática urbana e a sanitária na viabilização de uma prática social comum ou seja: uma praxis sócio-espacial-sanitária;

3 - A cidade/município de Florianópolis, em relação a sua urbanização e Saúde Pública, sofre as contradições, os antagonismos, as hierarquias, as tensões, as divergências e os conflitos decorrentes do processo de globalização.

A superação das imensas disparidades sociais , como questão de sobrevivência e futuro da humanidade, só poderá ocorrer com a descontinuidade

da ordem atual de progresso, o que faz o socialismo ter atualidade histórica e contingencial.

SUMMARY

The present thesis addresses to the urban and sanitary analysis and characterization in the context of the world globalization process, taking into account the case of Florianópolis/SC.

It was used the theoretical framework for the concepts and notions of three basic points: globalization, urbanization and Public Health. A historical investigation was made on the urbanization process and the socio-economic, urban and sanitary situation at both global and local levels, as well as global and local epidemiological data were used for the analysis of Public Health's conditions from the colonization period until nowadays.

The following points were observed:

1 - According to the socio-economic, political, social and cultural variables the globalization of the contemporary world impedes the social production of urban space and health as for the principles of universality and equality, due to the neoliberalism (unequal development), the fragmentation, the extraterritory, the hierarchyization and the homogeneity.

2 - The universal right to live in a city and to health demands to overcome the abstract production of the space and health with the solidification of the social space and the abstract production of the space and health with the solidification of the social space and the public health. Thus, it is important to converge the urban and sanitary problematic toward the viability of a common social practice. That is, in a social-spatial-sanitary praxis.

3 - The city and the municipality of Florianópolis, in relation to its urbanization and Public Health, suffer the contradictions, the antagonisms, the hierarchies, the tensions, the divergence and the conflicts that arises from the globalization process.

The huge social disparity such as surviving problems and the future of the humanity will be overcome with the interruption of the current progress rule, which means that the socialism has its historical and conditional premises nowadays.

1 - INTRODUÇÃO

“O direito à cidade se manifesta como forma superior dos direitos: o direito à liberdade, à individualização, ao habitat e ao habitar. O direito à obra (a atividade participante) e o direito à apropriação (bem distinto do direito à propriedade) estão implicados no direito à cidade”(Lefebvre⁵,1991).

“O universal humano está por se fazer”.
(Sartre¹¹,1994)

O tema “O Urbano e o Sanitário na Globalização” trata da atualidade , da era da sociedade global , desse final de século. O ponto de partida, para verificar a “problemática urbana”, é o processo de industrialização, pois de acordo com Lefebvre ⁴(1991), este é o que seria o indutor do processo de urbanização. Logo, a urbanização e todos os problemas dela decorrentes são, portanto, *o induzido ou efeitos induzidos* pela industrialização.

A industrialização também induz à “problemática sanitária” e ao surgimento da moderna Saúde Pública. Rosen ⁸(1994) demonstra em “Uma História da Saúde Pública” que a industrialização levou e ampliou a urbanização e esta por sua vez à Saúde Pública. Foucault ²(1979) demonstra esta mesma interrelação em “O nascimento da medicina social”.

A industrialização e a urbanização podem ser um duplo processo ou um processo único com dois aspectos. O crescimento e desenvolvimento, a produção econômica e a vida social são processos conflitantes. Entre a realidade urbana e a realidade industrial, para Lefebvre , três termos se distinguem: a sociedade, o estado e a cidade. A cidade vai comportar os seus estabelecimentos diversos, centros bancários, financeiros, técnicos e políticos. É importante saber como foi organizada a cidade, a saúde e a vida na complexa sociedade industrial e urbana, observando em que medida o impacto da industrialização sobre a vida urbana

aumentou a necessidade da comunidade de se reestruturar para proteger sua saúde. A evolução do sistema industrial vai estimular análises estatísticas de temas de saúde e determinar a organização de conselhos de saúde. O desenvolvimento industrial gera a urgência de enfrentar os problemas de Saúde Pública (Rosen⁹,1994).

Desta maneira é lógico deduzir que há ao mesmo tempo um processo único com um triplo aspecto: **industrialização - urbanização - Saúde Pública** .

A revolução industrial, na atualidade, decorrente da revolução técnico-científica-informacional é caracterizada pela mundialização da economia, divisão internacional do trabalho e do espaço geográfico, produção ampliada do capital,cujo processo final é a **globalização** e o produto a **sociedade global** (Ianni³, 1992). Justifica-se, portanto, que qualquer estudo de Saúde Pública e urbanização na atualidade seja realizado no contexto da globalização.

Qualquer cidade, qualquer lugar do planeta Terra terá que ser visto sobre o processo globalizante do mundo. Esta é a razão pela qual se estudou a cidade capital - **Florianópolis** , nos seus aspectos urbanos e sanitários , procurando inserí-los no que constitui a sociedade global do mundo hodierno.

Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, está situada na costa Leste da região Sul do Brasil, é uma cidade de porte médio com uma população de 255.390 habitantes, apresenta um significativo índice de urbanização e um intenso fluxo imigratório, fator que, aumenta os problemas urbanos, sendo exemplo disto as numerosas “áreas carentes” do município. A ocupação urbana tem causado impactos ao ambiente natural insular e continental. O município, conhecido pela beleza de seu entorno, tem a maior parte do território na Ilha de Santa Catarina, com 452 km² de superfície , forma alongada e paralela ao continente, dele separada por estreito canal e hoje, interligada por um conjunto de pontes.

Analisar a configuração espacial e sanitária que Florianópolis apresenta no contexto da sociedade global é um dos objetivos da presente tese; como um estudo de caso que represente a dimensão da parte no todo, do micro no macro, do

singular no contexto do universal. A importância de focalizar o estudo, tomando o referencial do local na totalidade ampla do global (sociedade global). No entender de Ianni⁴ (1995) :

“O local e o global determinam-se reciprocamente, umas vezes de modo congruente e consequente, outras de modo desigual e desencontrado. Mesclam-se e tensionam-se singularidades, particularidades e universalidades.”

Autores como IANNI, SANTOS, GOTTDIENER, SOJA, CHESNAIS, SANTOS, B. S., HARVEY constata em seus estudos, que a presente fase da globalização apresenta em seu processo, resultados bastante negativos ao desenvolvimento humano, com acentuadas disparidades, desigualdades e privações vitais. As exigências da reprodução ampliada do capital e de sua concentração e centralização resultam numa imensa polarização do mundo — países desenvolvidos e países subdesenvolvidos. O atraso e a involução econômica e social em vastas áreas do mundo, as condições bárbaras de sobrevivência somadas à precariedade do mundo do trabalho e da própria condição humana, a dissociação cultural e da subjetividade humana consequentes à fragmentação, homogeneização e desterritorialidade dão como efeitos imenso sofrimento e *pathos* social, além da ameaça do caos e da insustentabilidade planetária. Diante de tão catastrófica e perversa realidade é que Santos¹⁰ (1996) conduzido “Pela mão de Alice”, vai em busca de novas “energias emancipatórias” para transformá-las em “energias regulatórias”, no sentido da descontinuidade e de mudança paradigmática e com isso pensar e projetar uma “contra-globalização” e de que modo torná-la hegemônica para poder chegar a um outro estágio civilizatório.

Esta tese sobre **“O Urbano e o Sanitário na Globalização”** objetiva chegar a uma síntese – a algum grau de síntese – e para tanto, sua primeira preocupação é descrever e analisar, de maneira convergente, as questões e os fundamentos

teóricos, para construir uma problemática “urbana-sanitária”, e então pensar um enfoque estratégico de ação e programas comuns. Enfim, formular uma praxis sócio-espacial-sanitária. Com os fundamentos teóricos sobre a globalização, urbanização e Saúde Pública busca analisar os aspectos situacionais sócio-urbano-sanitários tanto na esfera global quanto na local - cidade de Florianópolis.

A filosofia, ciência e arte necessárias a uma “análise radicalmente crítica” sobre o processo globalizante partem da concepção lefebvriana em que a filosofia que se realiza é aquela inserida à prática social, em que o devenir – filosofia do mundo, existe como o devenir – mundo da filosofia. É uma outra sociedade a construir para se poder realizar a junção do racional e do real, para superar a especulação, a abstração e a alienação e desta forma realizar o projeto filosófico do ser humano livre e social.

“Não é no e pelo Estado, com a burocracia por suporte social, que a filosofia se realiza. O proletariado tem esta missão histórica : apenas ele pode pôr um fim às separações (às alienações)”(Lefebvre⁵, 1991).

A segunda preocupação foi procurar ver a realidade urbano-sanitária, enquanto prática social, frente às ciências parcelares.

“É possível tirar das ciências parcelares uma ciência da cidade?” Pergunta o autor acima referido e pode-se fazer o mesmo em relação às ciências da Saúde Pública. Somente baseando-se numa tática “interdisciplinar” é que é possível transcender às fragmentações e então apreender a totalidade através da reunião das análises parcelares.

“Olhando de perto, percebe-se que os especialistas que estudaram a realidade urbana quase sempre (salvo no caso de um positivismo logicamente extremista) introduziram uma representação global. Não podem mais dispensar uma síntese, contentando-se com uma soma de conhecimentos, de decupagens e montagens da realidade urbana. Pretendem então, enquanto especialista, ir legitimamente de suas análises para

síntese final cujo princípio tomam emprestado para a sua especialidade. Pretendem-se **homens de síntese** através de uma disciplina ou de uma tentativa interdisciplinar”(Lefebvre⁵,1991).

O Urbanismo e a Saúde Pública como disciplinas requerem o procedimento interdisciplinar à formulação de suas hipóteses ou projetos ao nível de uma realidade global. Considerando o conceito de saúde ampliado , situado no universo social segundo o relatório final da oitava Conferência Nacional de Saúde (1988) em que:

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”(Mendes⁷, 1993).

A esse elenco de citações pode-se agregar o estilo de vida, a tecnologia, a urbanização, a cotidianidade e a garantia de recursos públicos para as políticas sociais. Logo uma prática sanitária em busca da concretização conceitual de saúde, segundo o enfoque acima , vai requerer e exigir a contribuição de múltiplas ciências. A exemplo do Urbanismo , Saúde Pública requer também a contribuição da Arte que desde a clássica definição de Winslow de 1920 exige esta conjugação:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade...”(Apud Mascarenhas⁶, 1972).

É importante aqui lembrar Saturnino de Brito (1864 - 1929) que introduziu o planejamento urbano em inúmeras cidades brasileiras. Segundo os seus princípios urbanísticos nos melhoramentos urbanos é preciso considerar a estética da cidade e o aspecto sanitário. Sendo um dos criadores do “urbanismo sanitarista”, tinha como questão fundamental a integração do belo com o salubre, a arte e a técnica(Andrade¹, 1992).

A vida urbana e a saúde não podem dispensar o tema do sublime artístico e nem a “base prático-sensível”. De acordo com Lefebvre ⁵ (1991) o futuro da arte não é artístico, mas urbano. Na sociedade urbana a arte será **práxis e poiesis** em escala social. A arte de viver na cidade será desfrutá-la como obra de arte. Ter de novo a obra, a apropriação do espaço à festa, as “estruturas de encantamento” e os tempos-espacos tornados obra de arte.

Para chegar a concretização do urbano, do sanitário como realização da filosofia, da ciência da cidade e da arte significa, portanto, a luta pela universalização, que de acordo com Sartre (apud Meszaros⁸, 1991) será o homem reinventar o homem, desbloquear o futuro – “um futuro bloqueado continua sendo um futuro”.

O universal humano está por se fazer, o cidadão não é protagonista da sua cidade. Então é preciso combater as ideologias paralizantes, a liquidação dos particularismos e haver uma verdade prática sobre a sociedade, uma verdadeira praxis para romper a inércia – “o inferno é o prático-inerte”.

Inércia, imobilismo, bloqueio, fragmentação, segregação, solidão, alienação, doença e morte são componentes do quadro geral da globalização capitalista, com todo o aviltamento e esfacelamento da vida cotidiana da maioria dos seres humanos.

“Eis o ser humano desmembrado, dissociado. Eis os sentidos, o olfato, o paladar, a visão, o tato, a audição, uns atrofiados, outros hipertrofiados. Eis, funcionando separadamente, a percepção, a inteligência, a razão. Eis a palavra e o

discurso, o escrito. Eis a quotidianidade e a festa, esta última moribunda. Com toda certeza, e com a máxima urgência é impossível continuar nessa situação. A **síntese**, portanto, se inscreve na ordem do dia, na ordem do século (...). Apenas uma **praxis**, em condições a serem determinadas, pode se encarregar da possibilidade e da exigência de uma síntese, da orientação na direção desse objetivo: a reunião daquilo que se acha disperso, dissociado, separado, e isso sob a forma da simultaneidade e dos encontros” (Lefebvre⁵, 1991).

Essa prática social é integrativa, logo a integração terá que se realizar em vários níveis. Outro tema, ligado a integração é a participação, que quando real e ativa passa a ter um nome abrangente de autogestão (Lefebvre⁵, 1991).

Importa saber como a vida urbana recuperará e intensificará as capacidades de integração, participação, universalização dos bens e serviços. Para as classes subalternas, vítimas da segregação, privadas da vida urbana atual ou possível; privadas da saúde universal e igualitária, eis aqui, um problema prático, portanto político.

Apenas a vida social – a praxis – comporta o momento do saber prático na direção de uma estratégia que ponha em primeiro plano a problemática do urbano e do sanitário na sociedade atual.

“O urbano só pode ser confiado a uma estratégia que ponha um primeiro plano a problemática do urbano, a intensificação da vida urbana, a realização efetiva da sociedade urbana (isto é de sua base morfológica, material, prático-sensível)” (Lefebvre⁵, 1991)

De forma semelhante o sanitário também só pode ser confiado a uma estratégia que coloque a problemática do sanitário numa concepção de saúde pública/saúde coletiva na direção de efetivar realmente a “saúde para todos” de forma equitativa e participativa.

A cidade e o urbano-sanitário em nosso horizonte perfilam - se como projetos de uma reconstituição sintética buscando uma totalidade.

Nenhum profissional, seja o arquiteto, o urbanista, o sociólogo, o sanitarista, o político, o militar; nem um, nem outro, cria as relações sociais, no máximo, em determinadas circunstâncias, auxiliam certas tendências a se formularem. Apenas a vida social (a praxis), na sua capacidade global, possui tais poderes.

Então para “*ajudar o parto do possível através de uma maiêutica nutrida de ciência*”, Lefebvre aponta as seguintes “*demarches*” e instrumentos intelectuais como necessários para tal advir histórico.

Primeiro: a *transdução* que é uma operação intelectual realizada metodicamente, para elaborar e construir um objeto teórico, um objeto possível a partir de informações que incidem sobre a realidade, bem como a partir de uma problemática levantada nessa realidade.

No caso do presente estudo, o objeto teórico que se pretendeu construir foi mediante esse procedimento e constitui no texto o conjunto dos capítulos, principalmente na primeira parte.

Segundo: a *utopia experimental*. Quem não é utópico? Pergunta do nosso “philosophe conducteur”. “A utopia deve ser considerada experimentalmente, estudando-se na prática suas implicações e conseqüências”(Lefebvre⁵,1991).

Na questão urbana os três conceitos teóricos fundamentais: a estrutura, a forma e a função que devem constituir uma unidade, um todo, uma relação recíproca com uma autonomia relativa de cada elemento. “Descrições, análises, tentativas de síntese não podem nunca passar por exaustivas ou definitivas”.

Cada “**objeto**” construído será por sua vez submetido ao exame crítico. A ciência da cidade exige um período histórico para construir uma prática social. Logo pode-se então indagar que teoria é necessária à elaboração de um projeto utópico.

“A teoria que se poderia legitimamente chamar de “urbanismo”, que se reuniria as significações da velha prática “habitar” (isto é, o humano), que acrescentaria a esses fatos parciais uma teoria geral dos tempos espaços urbanos, que

indicaria uma nova prática decorrente dessa elaboração, esse urbanismo existe virtualmente”(Lefebvre⁵, 1991).

A conclusão é que o conhecimento pode construir e deve propor “**modelos**”. A estratégia será via projetos de transformação social à renovação urbana; não esquecendo que a estratégia urbana baseada na ciência da cidade (e da saúde) tem a necessidade de um suporte social e de forças políticas, a presença e a ação da classe trabalhadora – não fará sozinha a sociedade urbana, mas sem ela nada é possível. Para essa perspectiva será conveniente elaborar, segundo Lefebvre ⁵ (1991), duas séries de proposições :

- a) **um programa político de reforma urbana**, estabelecido a fim de ser proposto às forças políticas, isto é, aos partidos políticos. Será proposto como livre à modificações por aqueles que vão se encarregar dele.
- b) **projetos urbanísticos** bem desenvolvidos como possíveis “**modelos**”, definindo formas de espaço e de tempo urbanos que poderão ser realizáveis ou não ,enfim, utópicos – “O imaginário que se investe na apropriação (do tempo, do espaço, da vida fisiológica, do desejo)”.

A realização de projetos urbanísticos e/ou sanitários, como foi visto, requer a transdisciplinaridade, utiliza equipes com os diversos técnicos das “ciências parcelares”, das artes e da filosofia , logo não é viável para um trabalho de natureza individual, como essa tese.

As proposições, como parte das considerações finais, depois de se ter descrito e analisado aspectos abrangentes da situação global e local (Florianópolis); chegam a algumas propostas para contribuir aos programas políticos de reforma urbano-sanitária e mais, enfaticamente, relacionam elementos ou atividades propiciadoras para a formação de forças sociais (sujeitos e atores) ao processo da urgente e necessária revolução social para a descontinuidade e quebra do atual progresso de catástrofe e destruição à condição humana.

1.1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ANDRADE, C. R. M. de de Viena a Santos: Camillo Sitte e Saturnino de Brito. In: SITTE, C. A construção das cidades segundo seus princípios artísticos; trad. de Ricardo F. Henrique. São Paulo. Ed. Ática, 1992.
- 2-FOUCAULT, M. Microfísica do poder; trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, Ed. Graal Ltda, 1979.
- 3-IANNI, O. A Sociedade global. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1992.
- 4-IANNI, O. Teorias da globalização. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.
- 5-LEFEBVRE, H. O Direito à cidade; trad. Rubens E. Dias. São Paulo. Ed. Moraes, 1991.
- 6-MASCARENHAS, R. dos S. et al. Introdução à Administração Sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972 (mimeografado).
- 7-MENDES, E. V. et al. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1993.
- 8-MESZAROS, I. A obra de Sartre: busca da liberdade; trad. L. Lourenço de Oliveira. São Paulo, ed. Ensaio, 1991.
- 9-ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública; trad. M.F. da Silva Moreira & J. R. de Alcântara Bonfim. São Paulo, Ed. UNESP, Hucitec e Abrasco, 1994.
- 10-SANTOS, B. de S. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1996.
- 11-SARTRE, J. P. Em defesa dos intelectuais; trad. Sérgio G. de Paula. São Paulo, Ed. Ática, 1994.

2 - HIPÓTESES

2.1- A globalização no mundo contemporâneo, segundo variáveis de natureza econômica, política, social e cultural, bloqueia a produção social do espaço urbano e da saúde, quanto aos princípios da universalidade e da igualdade, devido ao neoliberalismo (desenvolvimento desigual), à fragmentação, à desterritorialidade, à hierarquização e à homogeneização.

2.2- O direito universal à cidade e à saúde exige a superação da produção abstrata do espaço e da saúde com a concretização do espaço social e da saúde coletiva. Nessa direção a importância de convergir a problemática urbana e a sanitária na viabilização de uma prática social comum ou seja: uma praxis sócio-espacial-sanitária.

2.3- A cidade/município de Florianópolis, em relação a sua urbanização e Saúde Pública, sofre as contradições, os antagonismos, as hierarquias, as tensões, as divergências e os conflitos decorrentes do processo de globalização.

3 - OBJETIVOS

3.1-Desenvolver uma convergência teórica (síntese) possível de princípios, conceitos e categorias das ciências da cidade e da saúde.

3.2-Analisar a problemática urbana e sanitária como posição subordinada ou etapa preliminar da síntese pretendida/proposta. Síntese que se propõe formular uma estratégia de prática social.

3.3-Descrever e analisar a realidade urbano-sanitária de Florianópolis segundo o enfoque teórico formulado.

3.4-Contribuir com proposições ao planejamento urbano-sanitário, objetivando formular novas políticas públicas municipais para a área de Saúde.

4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Conforme a delimitação da área temática e o respectivo detalhamento do conteúdo do objeto de investigação, a definição das hipóteses e dos objetivos levam a pesquisa proposta a caracterizar - se como qualitativa.

De acordo com Minayo³ (1992), a pesquisa qualitativa procura refletir o objeto focado na totalidade possível de suas múltiplas dimensões. Busca o aprofundamento e abrangência da compreensão, quer seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação, em que o critério não é essencialmente numérico.

Santos⁴(1993), ao falar sobre a “A urbanização brasileira”, escreve quanto a “necessidade de circunscrever o fenômeno, identificar sua especificidade, mensurar sua problemática, mas sobretudo uma interpretação abrangente.” E ao se pretender uma obra síntese, o autor lembra que se padece de três principais deficiências. A primeira é que toda obra de síntese é, forçosamente, uma obra crítica. Para tal não é possível contentar-se com achados unicamente originais, há que se recorrer à análise de precedentes com idênticas intenções, mesmo referentes a outras épocas passadas.

A segunda deficiência é que o autor é um especialista de um aspecto da sociedade ,dado que nenhuma ciência pode oferecer a representatividade completa do conhecimento , só o conjunto das ciências econômicas, sociais, políticas e outras é que poderá dar conta da realidade em estudo.

A terceira deriva-se da posição do autor frente a certas preferências, escolhas e formas de busca , de um entendimento global dentro de seu campo ou área de estudo.

De acordo com os objetivos programados que visam a verificação das hipóteses, seguir-se-ão as etapas do **método** desenvolvido por Léfèbvre¹(1978). Um método muito simples — o método regressivo-progressivo — que utiliza as técnicas auxiliares e inclui vários momentos:

- a) **Descritivo** : a observação através de um exame atento, orientado pela experiência e por uma teoria geral. “Cabe ao pesquisador reconstituir, a partir de um olhar teoricamente informado, a diversidade das relações sociais, identificando e descrevendo o que vê”(Martins²,1996).Na observação e descrição do espaço urbano e da Saúde Pública, aqui pretendida utiliza-se basicamente fontes escritas secundárias tais como relatórios, programas de governo, monografias e teses entre outras.
- b) **Analítico-regressivo**: aqui a realidade é analisada e decomposta para datá-la precisamente pois “cada relação social tem sua idade e data, cada elemento da cultura material e espiritual também tem a sua data”(Martins ²1996).

É de substancial importância o domínio das várias disciplinas especiais (ciências parcelares) como a sociologia, a história, a economia, a antropologia, a estatística, a epidemiologia, para encaminhar a análise retrospectiva, com o regresso ao passado (urbano-sanitário no caso) para então chegar-se a decomposição e análise da realidade histórica.

- c) **Histórico-genético**: compreende o esforço para se redescobrir o presente, de forma que fique elucidado, compreendido e explicado e possa-se, então, projetar o futuro com a classificação das formações e estruturas conjuntas do processo histórico, com a descoberta de contradições não resolvidas, de alternativas não efetivadas, necessidades precariamente atendidas, virtualidades não realizadas. Assim será possível a concepção de uma práxis revolucionária:

“Praxis que se funda no resgate e a unificação política dos resíduos-concepções e relações residuais que não foram capturadas pelo poder, que permaneceram nos subterrâneos da vida social, virtualidades bloqueadas” (Martins²,1996).

Com a reinvenção do passado, a reunião dos fragmentos, a reativação da memória, a descoberta dos “resíduos” e possibilidades não realizadas ou cumpridas viabilizam-se os elementos para uma estratégia ou projeto de transformação social, ou seja, a criação da praxis concretizadora das possibilidades utópicas (Martins²,1996).

O método “analítico-sintético” ou “regressivo-progressivo” é enfim uma progressão do concreto como ponto de partida ao abstrato, onde tenta-se chegar a um novo concreto como objetivo final do conhecimento.

Para a confirmação das hipóteses utilizou-se de material teórico por excelência. Realizou-se uma extensa pesquisa bibliográfica e documental para fundamentar os eixos temáticos: Urbanização, Saúde Pública e Globalização.

O referencial bibliográfico foi selecionado, fichado e catalogado. Os dados e informações complementares foram obtidos basicamente de fontes escritas primárias (jornais, documentos oficiais, relatórios, levantamentos estatísticos, censos demográficos) e secundários (monografias, teses).

A utilização de artigos publicados em jornais ocorreu em duas situações: 1ª) algumas figuras (gráficos) referentes a dados estatísticos procedentes de organizações como o Banco Mundial, Organização Internacional do Trabalho e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, principalmente. 2ª) um artigo assinado de ARANTES, Otília, professora na pós-graduação da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP, publicado no suplemento “MAIS!” da Folha de São Paulo, categorizado pelas suas seções teórico-científicas e artísticas sobre a atualidade mundial e nacional. As razões que determinaram a utilização desses materiais foram a disponibilidade dos mesmos, aliadas à inviabilidade de acesso às fontes originais, pelo menos no momento referido.

A outra fonte prevista no projeto que eram as entrevistas com profissionais da Saúde Pública e dos serviços urbanos não foram realizadas conforme o programado: gravação com roteiro de entrevista. Optamos por “conversas com

finalidade”, participação em discussões, exposições, seminários e reuniões onde os principais atores sociais, que seriam alvo das entrevistas, participassem ou apresentassem os temas correlatos. Avaliamos que esta forma daria um dimensionamento preciso sobre a realidade pesquisada, pois os assuntos de interesse seriam apresentados pelos autores de forma sistematizada, além da possibilidade do debate posterior e de uma substancial economia de tempo, sem perda de qualidade. Com esta finalidade houve a participação nos seguintes eventos, considerados importantes aos propósitos já expostos:

- 1) IV Seminário Internacional de Direito Sanitário - FSP/USP;
- 2) Simpósio Internacional de Globalização - FSP/USP;
- 3) Neoliberalismo e Socialismo na América Latina - UFSC;
- 4) Colóquio Discurso Geográfico na aurora do século XXI - UFSC;
- 5) Seminário: Florianópolis século XXI-um projeto de vida para a cidade-Prefeitura Municipal e outros;
- 6) I Conferência Municipal de Saúde;
- 7) Conferência Estadual de Saúde (10ª CNS).

Finalmente, para a apresentação da bibliografia, assim como da apresentação acadêmica da Tese, foram utilizados os procedimentos normativos recomendados pelas “Normas de Referência Bibliográfica Aplicadas à Saúde Pública” e as “Instruções para Apresentação de Trabalho Acadêmico no Campo da Saúde Pública” do Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Saúde Pública/USP, do ano de 1996, período de início da redação.

4.1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-LEFEBVRE, H. De lo rural a lo urbano; trad. de J. G. Pueyo. 4ª Ed. Barcelona, ed. Península, 1978.
- 2-MARTINS, J. de S. Org. Henri Lefebvre e o retorno a dialética. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 3-MINAYO, M. C. de S. et al. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.
- 4-SANTOS, M. A urbanização brasileira. São Paulo, Hucitec, 1993.

5. URBANIZAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA NA GLOBALIZAÇÃO

(PARTE I)

5.1-GLOBALIZAÇÃO

“Vivemos num mundo conquistado , desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico do desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos. Sabemos, ou pelo menos é razoável supor , que ele não pode prosseguir *ad infinitum* . O futuro não pode ser uma continuação do passado, e há sinais, tanto externamente quanto internamente , de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia tecnocientífica são agora suficientemente grandes para destruir o meio ambiente, ou seja, as fundações materiais da vida humana. As próprias estruturas das sociedades humanas, incluindo mesmo algumas das fundações sociais da economia capitalista, estão na iminência de ser destruídas pela erosão do que herdamos do passado humano. Nosso mundo corre o risco de explosão e implosão . Tem de mudar” (Hobsbawm¹⁴,1995).

No presente capítulo pretende-se dimensionar o processo de urbanização e Saúde Pública no contexto da globalização do mundo atual . Procurar saber se a globalização potencializa ou refreia o desenvolvimento urbano e sanitário . Os fatores como o neoliberalismo, o novo meio técnico-científico - informacional , a condição de trabalho, a desterritorialidade, a fragmentação como elementos ou categorias vão interferir de forma positiva ou negativa (procurar-se-á investigar) , quanto à universalização e igualdade dos direitos à cidade e à saúde.

A globalização vigente é um processo de transformação política , econômica, social e cultural . Decorre da acumulação e internacionalização dos capitais , em especial do monetário . Uma nova ordem econômica que se expressa e tem em cena o neoliberalismo como ideologia , produto e conformação política . Nas últimas décadas , determinou na maioria dos países, uma reorganização espacial

da atividade econômica e uma re-hierarquização dos centros de poder e de decisão, esses cada vez mais concentrados em oligopólios , em alguns governos nacionais de países avançados e em bancos globais. Tudo é facilitado pela propulsão das transformações tecnológicas e produtivas resultantes da revolução informacional .

Chesnais ⁷, (1996) em “A mundialização do capital”, coloca no primeiro capítulo o tão sugestivo título : “decifrar palavras carregadas de ideologia“. Ideologia, cujo significado pode ser visto tanto como distorção ou ocultamento da realidade ou como formas de consciência ou concepção do mundo . O substantivo “globalização” assim como o adjetivo “global” designam muito mais que uma nova fase do capitalismo no pleno processo de internacionalização. No campo ideológico fazem plena apologia como sendo novas fronteiras na área da política e da economia mundial. Em tempo veloz os termos invadiram o discurso político neoliberal e tornaram-se popularizados por estrategistas de *marketing* e publicistas.

“Em matéria de administração de empresas , o termo era utilizado tendo como destinatários os grandes grupos, para passar a seguinte mensagem : em todo lugar onde se possa gerar lucros, os obstáculos à expansão das atividades de vocês foram levantados, graças à liberação e à desregulamentação; a telemática e os satélites de comunicações colocam em suas mãos formidáveis instrumentos de comunicação e controle; reorganizem-se e reformulem, em consequência , suas estratégias internacionais”(Chesnais⁷, 1996).

A denominação “globalização” surge no transcorrer dos anos oitenta por meio de obras e artigos procedentes das grandes escolas americanas de administração de empresas como Harvard , Columbia e Stanford , entre outras . A palavra de origem anglo-saxônica fará , cada vez mais, parte do universo econômico .

Organizações internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional a disseminarão por todos os países do planeta, através do discurso neoliberal e dos novos processos de formulação e reorganização do sistema econômico mundial (Marques²⁰,1996 e Chesnais⁷,1996) .

Autores como Chesnais⁷,(1996) dão preferência aos termos “mundialização” e “mundial” por considerá-los com maior significado para a idéia de que a economia se mundializou e para isso seria importante construir rapidamente instituições políticas mundiais capazes de controlar e dominar o movimento da nova era. Ora, mas isso não é acatado atualmente pelas forças que regem os destinos da humanidade.

Mundialização ou globalização - o que isto realmente traduz ? Significa uma nova fase do capitalismo ou imperialismo ou então internacionalização do capital ou ainda uma economia - mundo com a interdependência dos Estado - nações e reafirmação da ocidentalização do mundo . Todas estas alternativas evidenciam as múltiplas e diversas teorias sobre o tema. Outro ponto são as metáforas existentes , que tanto ajudam a dar sentido a um termo tão genérico . É possível perceber a amplitude e a abrangência de conceitos como: “aldeia global” , “sociedade global”, “fábrica-global” , “terra-pátria” , “nave espacial” , “nova-babel” , “terceira-onda” , “revolução-mundial”, “sociedade amébrica” , “sociedade informática” , “economia-mundo” , “sistema-mundo”, “shopping center global” , “Disneylândia global” , “moeda global” .Para Ianni ¹⁶,(1995) as metáforas descrevem e expressam as transformações mundiais ou suas conseqüências , e a grande maioria derivam de estudos fundamentados sobre esse assunto.

Entre tantas metáforas , uma deferência é importante fazer a respeito de “aldeia global” , criada por Marshall McLuhan , portanto , é na área da antropologia e comunicação que, primeiramente, apareceu o referido termo. Depois , estendeu-se para a análise econômica e social (Coggiola⁹,1997).

A globalização é também vista como o fim de muitas coisas : o “fim da história” , o “fim da geografia” , o “fim do Estado - nação” , o “fim do trabalho” , além de expressar o mundo como uma era do “pós-tudo” , a exemplo do pós-industrial, pós-fordismo, pós-nacional , pós-moderno , pós - imperialismo e tantos outros, que afinal apenas indicam tendências e perspectivas. Confrontam-se assim as diferentes concepções , imagens e significados do presente processo de mundialização do capital ou da globalização da sociedade humana , que sem a menor sombra de dúvida , estão a determinar novos modos do ser , sentir , agir , pensar , urbanizar , curar , sanear , fabular e sonhar (Ianni¹⁶,1995).

A evolução histórica do capitalismo culminou na globalização e é um processo em marcha e em expansão , que segundo Ianni¹⁵,(1992) pode ser considerado como a terceira forma , época ou ciclo e última do modo de produção capitalista .

“A partir da Segunda Guerra , desenvolveu-se um amplo processo de mundialização a de relações, processos e estruturas de dominação e apropriação, antagonismo e integração . Aos poucos , todas as esferas da vida social , coletiva e individual são alcançados pelos problemas e dilemas da globalização” (Ianni¹⁵,1992).

O capitalismo em escala global passa a articular regiões e nações , países dependentes e países dominantes , fazendo declinar os Estado - nações e as metrópoles por meio de novos centros decisórios dispersos e flutuantes em empresas e conglomerados transnacionais . O mercado em movimento global impõe novas formas de trabalho e de vida . A reprodução ampliada do capital no processo de concentração e centralização da acumulação vai dificultar e inviabilizar qualquer projeto nacional. Desta maneira surge a dificuldade de desenvolvimento econômico , social , político e cultural autônomo, independente

e soberano. Os projetos nacionais só podem ser propostos , mas sua realização vai ser a partir do patamar estabelecido por uma política e economia de âmbito mundial (Ianni¹⁵,1992).

As políticas econômicas e sociais são ditadas pelo “epicentro” mundial formado pelos países centrais , grandes corporações transnacionais e organizações multilaterais como o Banco Mundial , Fundo Monetário Internacional , Organização Mundial do Comércio e outras , que impõem e submetem as políticas de liberalização e desregulamentação , anexando os Estados nacionais a uma posição de subalternidade. A padronização mundial das regras do jogo capitalista , a internacionalização da dominação fazem com que a presente globalização consista em “anexar os países dominados como se fossem extensões territoriais dos dominantes...” Para tais propósitos, a estratégia é a “formação de um consenso doutrinário mundial no caso , o liberalismo econômico”(Miglioli²¹,1996).

A globalização da mundialização do capital deve ser pensada como uma fase do processo de internacionalização e da valorização do capital , que ocorre em todas as regiões do mundo , onde houver recursos ou mercados , mediante políticas de liberação , de privatização , de desregulamentação , com o desmantelamento de conquistas sociais e democráticas conforme o catecismo neoliberal , segundo o entendimento de Chesnais ⁷(1996).

A temática da globalização liga-se ao modelo econômico e político do neoliberalismo, que na verdade “é bem uma expressão da economia política da sociedade global”,Ianni¹⁵(1992).

5.1.1 - Neoliberalismo

O neoliberalismo é um movimento ideológico com corpo teórico próprio e atua contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado. Sua atuação em escala global tem uma abrangência sem igual no próprio passado do capitalismo. Uma reação teórica e política com veemência é feita ao Estado intervencionista e do bem-estar. Apesar do neoliberalismo estar sendo um fracasso, e não ter produzido até o momento a revitalização do capitalismo avançado, além do aparecimento, como nunca, de sociedades desiguais e segmentadas (Anderson²³,1995).

A questão se o neoliberalismo é a continuidade ou não do liberalismo é vista de forma distinta por autores. Assim para Anderson²³(1995), o neoliberalismo pode ser definido como fenômeno distinto do liberalismo clássico do século passado. Já para Draibe¹⁰(1993), o neoliberalismo não constitui “um corpo teórico próprio, original e coerente”. As proposições são reinventadas do liberalismo, “mas introduzindo formulações e propostas muito mais próximas do conservadorismo político e de uma sorte de darwinismos social distante pelo menos das vertentes liberais do século XX”. Já Ianni¹⁵(1992) concorda que o neoliberalismo “não é apenas uma réplica do liberalismo clássico, ainda que contenha o núcleo do seu ideário”. O liberalismo clássico estava enraizado na sociedade e no mercado nacional. Institucionalizava os princípios da liberdade, igualdade e propriedade, centrados no contrato social. O neoliberalismo fundamenta-se diretamente no mercado mundial, no fluxo do capital, tecnologia, força de trabalho, mercadoria, lucro, mais valia; tudo num mundo sem fronteiras. Reafirma os princípios da liberdade, igualdade, propriedade e contrato, porém, agora sob a direção das multinacionais, grandes corporações e conglomerados internacionais. Na base dos movimentos estão as

atividades dirigidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) , Banco Mundial(BIRD) e outras organizações que têm imposto as políticas aos governos de países do Terceiro Mundo.

A significação do neoliberalismo pode ser desvendada vendo a sua origem . Esta sucede no pós Segunda Guerra Mundial na Europa e na América do Norte. O texto original é **“O caminho da servidão”** de Friedrich Hayek , escrito em 1944 e que defende a total liberalização aos mecanismos de mercado . Qualquer intervenção ou limitação por parte do Estado significa ameaça a plena liberdade econômica. Denunciava a nascente social-democracia inglesa como uma “servidão moderna” que sem dúvida iria conduzir ao mesmo desastre do nazismo alemão .

Outro mentor foi Karl Popper com o livro escrito em 1945 , **“A sociedade aberta e seus inimigos”**. Em 1947 , enquanto prosperavam e se efetivavam os Estados de bem-estar em vários países além da Inglaterra, Hayek convoca os que compartilhavam de sua ideologia para uma reunião que ficaria célebre , na estação de Mont Pèlerin na Suíça. Dela participaram os destacados adversários do Estado de bem-estar europeu e os ferrenhos inimigos do “New Deal” norte-americano . São destacadas as presenças de Milton Friedman , Karl Popper , Lionell Robins , Ludwig Von Mises , Walter Eupken , Walter Lipman , Michael Polanyi , Salvador de Madariaga , entre outros . Os mesmos fundam a sociedade de Mont Pelèrin - “uma espécie de franco-maçonaria neoliberal” , muito bem organizada e que realiza reunião internacional de dois em dois anos(Anderson²³,1995).

Novos livros são publicados pelos “pais fundadores”. Em 1957 aparece **“A miséria do historicismo”** de Popper , em 1960 Hayek retoma a reflexão com o seu **“Os fundamentos da liberdade”**. De novo , entre 1973 e 1979 faz o lançamento da trilogia : **“Lei , legislação e liberdade”**. Em 1962 é a vez de

M. E. Friedman com “**Capitalismo e liberdade**”. Desta forma , a constante produção e divulgação de trabalhos doutrinários é um procedimento de luta dos ideólogos do neoliberalismo , configurando a permanente ofensiva (Netto²², 1993).

Finalmente , é válido afirmar que o neoliberalismo , mesmo tendo fundamentos do liberalismo clássico , apresenta corpo teórico próprio e consistente. A permanente ofensiva neoliberal com sua base de sustentação teórica e ideológica formada e pronta realiza a prática política e econômica ao espaço deixado pela crise da sociedade contemporânea , após a década de setenta com as crises dos Estados providência e do chamado socialismo real , aproveitando as pré-condições trazidas pela terceira revolução industrial . Nos anos oitenta o “revanche do mercado” ganhou ampla ressonância pública e social ,mundialmente.

“Porque é precisamente neste arco [ídeo-teórico polarizado por Hayeck e Friedman] que está concentrada a essência do arsenal do neoliberalismo: uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elemental e insuperável e uma proposição política que expõe o *Estado Mínimo* como única alternativa e forma para a democracia”(Netto²²,1993)

A grande crise do modelo econômico do pós-guerra, que culminou em 1973, levou o mundo desenvolvido a uma profunda recessão com baixas taxas de crescimento e acumulação, e por outro lado, altas taxas de inflação , que somado ao esgotamento do modelo soviético, irão determinar as condições do ressurgimento pleno da ação neoliberal , consolidada com a eleição de Thatcher na Inglaterra em 1979 . No ano seguinte foi a de Reagan nos EUA e em 1982 a de Khol na Alemanha e assim tantas outras.

“Os neoliberais afirmavam que a economia e a política da Era de Ouro impediam o controle da inflação e o corte de custos tanto no governo quanto nas empresas privadas, assim permitindo que os lucros, verdadeiro motor do crescimento econômico numa economia capitalista, aumentassem. De qualquer modo, afirmavam, a “mão oculta” smithiana do livre mercado tinha de produzir o maior crescimento da “Riqueza das Nações” e a melhor distribuição sustentável de riqueza e renda dentro dela; uma afirmação que os keynesianos negavam” (Hobsbawnn¹⁴,1995).

O processo de globalização é favorecido pelo desenvolvimento material, tecnológico e produtivo, mas seria um erro analítico e até mesmo cumpriria uma finalidade ideológica, concluir que a revolução técnica e seu meio técnico-científico - informacional, por si só induziria os diversos países de forma linear e inevitável, aderir à tal modernização e alinhamento neoliberal.

Fiori¹¹(1994), citando um número da revista “Newsweek” de 01/08/94, reporta ao “novo colonialismo” a respeito dos novos procedimentos de mudança estrutural da economia e da sociedade contemporânea. Os novos colonialistas, de acordo com a revista seriam os pregadores do evangelho do livre mercado e membros da sociedade internacional dos países de Primeiro Mundo, liderada pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional, que também incluem as embaixadas ocidentais, os bancos comerciais e as ascendentes organizações não-governamentais. Padrões são estabelecidos por essas organizações para que os países em desenvolvimento possam ser incluídos.

Para os países da América Latina o receituário neoliberal é aplicado segundo o “Consenso de Washington” - um programa de convergência ou homogeneização às políticas econômicas - ditado pela ortodoxia do Banco Mundial e do FMI que prescreve austeridade fiscal e monetária com desregulação dos mercados e

liberação financeira , abertura comercial, privatizações e eliminação de qualquer barreira ou discriminação aos capitais globais (Fiori¹²,1995).

Uma das características essenciais da mundialização neoliberal é a situação dual ou de **polarização internacional** . De acordo com Chesnais⁷(1996), um dos polos concentra e centraliza os países e os capitais em forma de oligopólios. A formação da tríade : Estados Unidos , Europa e Japão reunindo os países que formam a OCDE (Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico). O outro polo são os países da periferia .

“Esses não são mais apenas países subordinados, reservas de matérias-primas, sofrendo os efeitos conjuntos da dominação política e do intercâmbio desigual, como na época ‘clássica’ do imperialismo.

São países que praticamente não mais apresentam interesse , nem econômico , nem estratégico (fim da ‘guerra fria’) para os países e companhias que estão no centro do oligopólio.São pesos mortos , pura e simplesmente. Não são mais países destinados ao ‘desenvolvimento’, e sim áreas de ‘pobreza’ (palavra que invadiu o linguajar do Banco Mundial), cujos emigrantes ameaçam os países democráticos” (Chesnais⁷, 1996).

De acordo com o autor, entre os dois polos ficam as situações intermediárias periferia integrada ao centro, periferia anexada , periferia explorada e periferia baseada em força própria (semi-isolada). Há desta forma centros e periferias que estabelece uma rede hierarquizada como demonstra a Figura 1 . A realidade demonstra haver uma nítida tendência à marginalização dos países em desenvolvimento.

Figura 1 - Centros e periferias no mundo (1992). Uma rede hierarquizada.

Fonte: M.-F. Durand, J. Levy, D. Retallé, 1992.
 Apud Refer. Bibliogr. n° 7.

A polarização da sociedade mundial fica entre uma minoria privilegiada incluída e uma grande maioria, excluída, de marginalizados urbanos, doentes, sem

empregos e sem o direito à condição humana. O imenso *apartheid* social em escala planetária força concluir sobre os limites sempre maiores do capital.

“Os defensores da liberdade individual absoluta não se abalavam com as evidentes injustiças sociais do capitalismo de mercado irrestrito, mesmo quando (como no Brasil durante a maior parte da década de 1980) não produziu crescimento econômico” (Hobsbawm¹⁴, 1995).

Competitividade, flexibilidade, produtividade, qualidade total, lucratividade, seletividade, privatização, individualidade são os conceitos ou palavras da ordem neoliberal do capitalismo global.

Os pilares estratégicos fundamentais do neoliberalismo na reestruturação capitalista são três. Em primeiro lugar a privatização, em marcha acelerada contra as nacionalizações efetuadas no pós-guerra. Segundo ocorre a crescente desregulamentação das atividades econômicas e sociais pelo Estado e por último sucede a reversão de padrões universais de proteção social — a universalidade é combatida em favor da focalização seletiva ou particularização dos benefícios sociais (Fernandes²³, 1995).

Na agenda de reformas das **políticas e programas sociais** dos países latino-americanos de acordo com Draibe¹⁰ (1993) há uma tese neoliberal de “renda mínima” e três propostas: a descentralização, a privatização e a focalização.

A renda mínima, como papel do Estado, seria oferecer de modo residual ou complementar o que os indivíduos não puderam resolver via mercado ou por meio de recursos familiares ou comunitário. O Estado se concentraria na renda mínima, cabendo ao setor privado os outros serviços.

A reestruturação dos programas sociais obedeceriam aos princípios de:

a) Descentralização, concebida como um modo de aumentar a eficiência e a eficácia, já que aproxima problemas e gestão; favorece a interação a nível local

dos recursos públicos e não-governamentais e a utilização de formas alternativas de produção e operação de serviços locais das esferas municipais.

b□□Focalização ou seletividade , vem significar o direcionamento dos gastos sociais a programas e a públicos-alvos específicos segundo necessidade e urgência.

c□□Privatização , objetiva deslocar a produção de bens e serviços públicos para a esfera privada como resposta a crise fiscal do governo.

A evidente retração do Estado nas políticas sociais , com corte de gastos , leva a um desfinanciamento das instituições públicas, causando o desprestigiamento e deterioração crescente o que , por sua vez , inviabiliza a implantação e implementação de sistemas universais na área social.

O Estado neoliberal apenas deve intervir para criar condições propícias à atuação do mercado. O neoliberalismo exclui a função social, as funções de planejamento e controle , desobriga o Estado de ser agente econômico direto e preconiza as privatizações das empresas estatais. Por outro lado deve proceder a desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas. A única intervenção estatal só deve ser reservada aos casos de extrema pobreza ou indigência , garantindo apenas um mínimo para aliviar a pobreza. Na área social, como a saúde, o Estado deve entrar apenas nos serviços que o setor privado não possa ou não queira produzir por interesse ou lucratividade. A proposta na área social é uma política de beneficência pública e assistencialista. O neoliberalismo advoga o individualismo, a desigualdade, opondo-se portanto à universalidade, igualdade e gratuidade para qualquer serviço social(Laurell¹⁸,1995).

“A lição vale também...a sociedade mundial
irá mergulhando, aos poucos na
barbárie”(Chesnais⁷,1996).

5.1.2 - Meio Técnico-Científico-Informacional

A globalização produz uma “nova cara do espaço e do tempo” - o meio técnico - científico - informacional , com a inclusão da ciência , da tecnologia e da informação ao meio geográfico . Um novo sistema de natureza — a natureza artificializada ou tecnicizada — forma a nova paisagem do espaço geográfico do mundo atual (Santos²⁴,1994).

Constata-se a importância da técnica como instrumento e meio na transformação da natureza , na criação do espaço . “A técnica comparece como um verdadeiro universo de meios no espaço utilizado pelos homens” (Santos²⁴, 1994). E entra como um elo , um “traço de união” na concretização da materialidade do espaço e do tempo, tanto na produção espacial e temporal, como também na percepção dos mesmos .

O meio técnico-científico -informacional como base , sustentação, instalado como uma “prótese”, vai, de acordo com o autor referido, constituir a *tecnosfera* , cuja dimensão atinge toda a extensão geográfica do planeta , constituindo a “metrópole total” consequente do processo também da urbanização .

A tecnosfera por sua vez engendra a *psicosfera* - campo das idéias, crenças e paixões , comportamentos , sentidos que decorrem da interação do ser com o meio criado pelo próprio engenho humano.

“Tecnosfera e psicosfera são os dois pilares com os quais o meio técnico-científico introduz a racionalidade, a irracionalidade e a contraracionalidade, no próprio conteúdo do território”(Santos²⁵,1996).

As múltiplas redes de comunicação – os fios da “teia global” – dão como resultado a fluidez , a simultaneidade em todos os lugares . Os novos artefatos e

signos decorrentes da mundialização da economia fazem a “re-fundação do planeta”, produzindo um novo cotidiano proveniente “de fora”, novas esperanças e expectativas e por sua vez novas angústias, incertezas e temores (Ianni¹⁵,1992).

O meio técnico-científico-informacional vai servir como uma **genoestrutura** ao processo de produção capitalista que caracteriza a globalização e coloca a **“máquina informacional”** como instrumento material do trabalho humano. Com isso, as imensas possibilidades de mudanças e inovações trazidas pela informática subvertem as antigas divisões entre produção e informação (concepção), indústria e serviço. A revolução informacional vai determinar gradativamente toda uma revolução organizacional ou estrutural da sociedade humana, vai requerer a superação dos mecanismos hierarquizados da divisão técnica do trabalho. Surge desta forma a necessidade de um aprendizado autogestionário, uma efetiva colaboração e solidariedade humana em todas as esferas da vida, isso de acordo com Lojkin¹⁹(1995).

A globalização tem portanto a sua base material espacial decorrente da evolução tecnológica informacional, que se formou principalmente nos anos de grande desenvolvimento do pós-Segunda Guerra Mundial.

A informática, a telemática, a biotecnologia, a engenharia genética, os novos materiais criados projetam o futuro para a unificação planetária e a criação de uma cultura mundial. Os novos alcances e potencialização à emancipação da humanidade são evidentes, mas, é importante considerar o presente processo de globalização que traz o domínio, a centralização, a concentração, a diferenciação do mundo pela associação das grandes organizações e corporações mundiais. O resultado é que os espaços globais “apresentam cargas diferentes de conteúdo técnico, de conteúdo informacional, de conteúdo comunicacional”, resultando diferentes densidades (Santos²⁵,1996).

O novo meio técnico-científico-tecnológico conduz a efeitos perversos e deletérios quando da mobilização das forças da natureza, causando tantas catástrofes naturais. Os desastres ecológicos estão presentes: poluição, contaminação, acidentes nucleares, rompimento da camada de ozônio, efeito estufa, alterações climáticas, inundações. Isso produz medo, insegurança, comprometimento do campo da psicosfera resultando uma era de mal estar civilizatório.

A globalização e seu meio técnico ou “**ambiente construído**” vai também resultar em novos mecanismos e métodos de produção e com isso mudar a natureza do próprio trabalho. Ao mundo do trabalho, um imenso *pathos* social está presente na era do globalismo.

5.1.3 - O Mundo Do Trabalho

Enquanto vários autores proclamam o “**fim do trabalho**” e dão o “**adeus à classe trabalhadora**”, o Banco Mundial afirma que o mundo é “**um mundo que trabalha**” e que para a maioria das famílias, a renda auferida com o trabalho é o principal fator determinante das condições de vida (B.M.³, 1995).

O paradoxo, a contradição que se observa no mundo do trabalho neste final de século, frente às imensas possibilidades e perspectivas decorrentes da alta revolução técnico-científico-informacional vão desde a coexistência da polarização processual de formas de trabalho, a combinação de formas avançadas trazidas pela automação, robótica e microeletrônica, ao lado de formas ultrapassadas, estilo século XIX; a subproletarização e a máxima extração do sobretrabalho.

Vive-se o pleno despotismo do “capitalismo desregulado” da “acumulação flexível” - denominação criada por Harvey¹³(1992) e que segundo o autor

caracteriza-se pela flexibilidade dos processos de trabalho (em confronto com a rigidez do fordismo) , dos mercados de trabalho , dos produtos e padrões de consumo. Simultaneamente, ocorre o aparecimento de novos setores de produção , novos serviços financeiros e novos mercados induzidos pela intensificação tecnológica e organizacional - novo meio técnico-científico- informacional.

As mudanças de padrões de desenvolvimento desigual tanto entre setores como entre regiões geográficas caracterizam as diferentes densidades tecnológicas. Há o resultado de um amplo movimento no “setor de serviços”.

Por outro lado , a compressão do espaço-tempo , consequente dos meios de comunicação e de transporte , vai permitir a difusão rápida das informações dos processos decisórios. Há maior controle do trabalho devido a flexibilidade e mobilidade do capital. Como consequência , prevalece o desemprego (estrutural , logo sem retorno), o fim do trabalho organizado , a rápida destruição e reconstrução de habilidades com a alta rotatividade da mão-de-obra e o retrocesso do poder sindical.(Harvey¹³,1992).

A transformação da estrutura do mercado de trabalho acontece com a formação de pequenos negócios com base em sistemas já ultrapassados ou antigos de trabalho doméstico , artesanal , familiar (patriarcal) e paternalista - os “padrinhos”, “patronos” .Essa forma de trabalho é constatada consistentemente em qualquer cidade do mundo como Nova Iorque, Londres, Los Angeles e Florianópolis. São referidas como economias “negras”, “informais” ou “subterrâneas” (Harvey¹³,1992).

Detecta-se a polarização e a convergência entre sistemas de trabalho “terceiro-mundistas” com sistemas capitalistas de alta tecnologia.

Enormes paradoxos são notados frente às brutais formas de múltiplas processualidades de trabalho, que vão desde a utilização de todo um universo de mão-de-obra infantil até o trabalho escravo. A exclusão de trabalhadores adultos -

plena “população economicamente ativa” - é feita pela inclusão de trabalho infantil. O capital sobrevive em ritmo de barbárie .

A múltipla processualidade de formas do trabalho com a intensificação da exploração e alienação , das condições de estresse e insegurança , mais os riscos de acidentes e doenças ocupacionais, frente a precariedade do emprego e da remuneração , irão refletir no perfil epidemiológico da classe trabalhadora.

“A angústia vivida pelas grandes massas, praticamente no mundo todo , vem da constatação pela classe operária , a juventude e as massas oprimidas , da degradação acelerada das suas condições de existência : ressurgimento e permanência do desemprego , precariedade das condições primárias de existência , destruição da proteção social, ressurgimento da fome ou, mesmo onde não há fome, novas epidemias, nova decadência tanto individual quanto social , arrogância das classes possuidoras e de uma sociedade que volta a ostentar a riqueza de uns aos olhos de todos os que não tem nada”(Chesnais⁸,1997).

As três últimas décadas do presente século compõem uma nova era de decomposição, brutalização, incerteza e crise. As imensas contradições vivenciadas no campo do trabalho com a exclusão de milhões de trabalhadores e a inclusão de outros tantos num processo de maior heterogeneização, fragmentação e complexificação compõem o mundo do trabalho na presente fase do processo da globalização.

5.1.4 - Desterritorialidade

O conceito de território está muito ligado à idéia de poder , de gestão e de domínio sobre uma determinada área geográfica . Há , por sua vez , um

sentimento de territorialidade, uma consciência de participação e de confraternização entre as pessoas que habitam e formam um território.

A desterritorialidade significa o processo que rompe as referências das áreas territoriais, ignorando as fronteiras políticas, sociais e culturais com a diminuição da soberania dos Estados (Andrade¹,1994).

O Estado-nação territorial como uma grande instituição, praticamente universal, é solapado no seu domínio pela economia transnacional e mundial e controla cada vez menos os seus assuntos, entre os quais a função social de redistribuir a sua renda através de ações e serviços públicos, agora entregues ao mercado.

Os territórios nacionais tornam-se “um espaço nacional da economia internacional”. Um **“capitalismo sem fronteiras”** invade territórios e tem sua gestão sobre os mesmos como descreve Santos²⁵ (1996).

A globalização significa o processo de desterritorialização que produz profundas modificações na estrutura social com a criação de novas situações e problemas ao nível dos povos do mundo. As consequências são o desenraizamento e o embrutecimento das pessoas e podem levar ao surgimento de uma barbárie ou de um caos sem precedentes na história da humanidade.

“Assim se desenvolve o novo e surpreendente processo de desterritorialização, uma característica essencial da sociedade global em formação. Formam-se estruturas de poder econômico, político, social e cultural internacionais, mundiais ou globais descentrados, sem qualquer localização nítida neste ou naquele lugar, região ou nação. Estão presentes em muitos lugares, nações, continentes, parecendo flutuar por sobre Estados e fronteiras, moedas e línguas, grupos e classes, movimentos sociais e partidos políticos”(Ianni¹⁵,1992).

O território, que sempre foi a base, o marco divisor do Estado-nação é transformado pelo processo de globalização, tendo a dispersão dos pontos de referência e também dos centros de decisão. O declínio do Estado-nação e das metrópoles e cidades pela dissolução das fronteiras dos locais de mando resulta da progressiva subordinação ao capital mundial. São as instituições do dinheiro global, Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BIRD), Organização Mundial do Comércio (OMC), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outras que agora são a “mão invisível” a dar as cartas, no sentido de sanear, orientar e dinamizar as economias nacionais no fluxo da economia internacional. “Tudo tende a desenraizar-se: mercadoria, mercado, moeda, capital, empresa, agência, gerência, *‘know-how’*, projeto, publicidade, tecnologia”(Ianni¹⁵,1992).

O “além das fronteiras” dos povos e nações é também ocupado por linguagens, imagens, redes de signos, símbolos, valores repassados através dos programas televisivos, da *Internet*, das publicações, livros, discos, vídeos e vestuários, além de outros meios. A cultura da globalização é dirigida na direção do consumismo, do fetichismo da mercadoria, da ideologia e da dominação política e da apropriação econômica que a tudo desterritorializa, desde coisas, pessoas e idéias(Ianni¹⁶,1995).

A desterritorialidade produz alteração do espaço e do tempo, afeta relações sociais, acentua condições de solidão e de alienação, rompe-se significados de conceitos, categorias, leis, valores, aparece o simulacro no lugar da realidade e remove os quadros mentais de referência da sociedade nacional, do Estado-nação(Ianni¹⁵,1992).

“Assim se instalam, ao mesmo tempo, não só as condições do maior lucro possível para os mais fortes, mas também as condições para a maior

alienação possível, para todos. Através do espaço , a mundialização, em sua forma perversa, empobrece e aleija”(Santos²⁴,1994).

5.1.5 - Fragmentação

O processo de globalização também produz a fragmentação e, como contrapartida, os dois termos comumente aparecem associados. A fragmentação é tanto do indivíduo, como do espaço e da sociedade. Resulta e é intrínseca ao modo de produção capitalista, devido ao conflito entre o processo de produção socializada e respectiva apropriação privada, somado ao fato da concentração e centralização do capital tanto a nível local, nacional, regional, continental e internacional, que agora ocorre como nenhuma outra fase do capitalismo.

“Fragmentando e dispensando a esfera da produção por meio da terceirização, usando a velocidade das mudanças científicas, tecnológicas e dos meios de informação, operando com o desemprego e a inflação estruturais, o neoliberalismo fez com que o capital passasse a acumular -se de modo oposto à sua forma clássica, isto é, não por absorção e incorporação crescente dos indivíduos e grupos ao mercado de trabalho e do consumo, mas por meio da exclusão crescente da maioria da sociedade, polarizando-a em dois grandes blocos: o da carência absoluta e o do privilégio absoluto” (Chauí⁶,1995).

A fragmentação configura a exclusão, o viver desgarrado e nômade na mendicância e superficialidade existencial. E sintetiza a “destruição criativa”, a descartabilidade, o lixo, a obsolescência, a enfermidade, o caos, a violência, a desigualdade, a desterritorialidade, a rotura entre o homem e o entorno, o fanatismo, a falsificação, a corrupção, o medo, o terror desse “fin-de-siècle”-o “imenso *pathos* social”.

“O que é sólido desmancha no ar” como expressou Marx a respeito do universo do capital. O espaço mundializado será fragmentado como forma de apropriação e de mercadoria para o trabalho, para o morar, para o lazer, para a especulação e consumo .O espaço fragmenta-se em espaços separados e parcelados para o processo de troca e conseqüente abstração, produzindo ‘o estranhamento do lugar com a perda dos referenciais” (Carlos⁵,1994).

O estilhaçamento do social, do histórico, do geográfico e do antropológico, tem por base o dinheiro, que unifica, precisamente, por sua capacidade de acomodar o individualismo, a alteridade e uma brutal fragmentação social . Não esquecendo a fragmentação do cultural e pluralismos “pós-modernos” aliados ao solapamento das identidades tradicionais nacionais ou de classes(Harvey¹³,1992).

O desvairado turbilhão da destruição e fragmentação vai produzir os maiores danos e patogenicidades para o lado da própria subjetividade humana .

O homem da época moderna (ou pós-moderna) quando não é esquizofrênico, é basicamente esquizóide, sofrendo a incomunicabilidade, o isolamento, a solidão, o tédio, a melancolia, o desgosto, isso num espaço atropelado pela multidão, pelas múltiplas redes informacionais e comunicativas da “aldeia babélica” e da “Disneylandia global” . São as tantas “rapsódias do eu” que no entender de Roland Jaccard¹⁷(1989) dão o “deserto supercivilizado”.

A fragmentação do psíquico não basta pois soma-se na hodiernidade a fragmentação “**em peças**” do corpo , cujos órgãos humanos são comprados e utilizados em transplantes , mendigos raptados e assassinados para a retirada de partes dos seus corpos ,tráfico de crianças, adoções pagas, crianças desaparecidas, prostituição e aluguel de úteros, genomas patenteados e tantos outros fatos são descritos na recente obra dos autores Berlinguer e Garrafa ⁴(1996).

“Ao final do século XX, o fenômeno que mais se destaca é que a compra e venda não dizem ao corpo como um todo, mas envolvem as partes individuais do homem. Assistimos, em outras palavras, à fragmentação comercial do ser humano. O limites entre os usos e os abusos do corpo tornaram-se gradualmente mais sutis e imprecisos (...) dessa dupla caracterização dos seres humanos como sujeito e como objeto de troca, que hoje inclui quase cada uma de suas partes: sangue e medula; gametas e órgãos de reprodução, placenta, embrião e feto; DNA e células, além dos órgãos utilizáveis para transplantes”(Berlinguer e Garrafa⁴,1996).

O leviatã capital numa alucinante barbárie fragmenta física, mental e socialmente o próprio criador do mesmo . É esse o universo da fragmentação que é do espaço , da cidade, do indivíduo, do tempo, do real e do virtual ; nada escapa. É hora de soar o alarme, o SOS à liberdade , à igualdade e à fraternidade humana frente a tanto horror econômico que a largos passos caminha para o terror totalitário.

“O perigo é que uma civilização global , universalmente correlata , possa produzir bárbaros em seu próprio seio por forçar milhões de pessoas a condições que , a despeito de todas as aparências são condições da selvageria”(Arendt²,1989).

No contexto da globalização e da sociedade global em formação há muitos outros conceitos, noções e fundamentações que se fazem presentes e são referidos. No entanto, acredita-se que os itens aqui colocados darão a base conceitual e o arcabouço teórico ao respectivo objeto e objetivos da presente tese, quais sejam : analisar a urbanização e a saúde pública no contexto da globalização.

***“Parecemos
esses pássaros à deriva
que o vento deporta
de tormenta em tormenta
e que se lançam
ao assalto do sol
para cair calcinados
numa poeira de sangue”.***

(François Giauque, apud Refer. Bibliogr. Nº 17)

5.1.6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ANDRADE, M. C. Territorialidades, desterritorialidades, novas territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local. In: Santos, M. et al. Org. Território, globalização e fragmentação. São Paulo, Hucitec/ANPUR, 1994.
- 2-ARENDT, H. Origens do totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo; trad. Roberto Raposo. São Paulo, Cia. das Letras, 1989.
- 3-BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1995. O trabalhador e o processo de integração mundial. Washington, D.C., 1995.
- 4-BERLINGUER, G. & GARRAFA, V. O mercado humano: Estudo bioético da compra e venda de partes do corpo; trad. Isabel R. Augusto. Brasília, Ed. UnB, 1996.
- 5-CARLOS, A. F. A natureza do espaço fragmentado. In: Santos, M. et. al. Org. Território, globalização e fragmentação. São Paulo, Ed. Hucitec/ANPUR, 1994.
- 6-CHAUI, M. Ética e universidade. Rev. Universidade e Sociedade, São Paulo, 8:82-7, 1995.
- 7-CHESNAIS, F. A mundialização do capital; trad. Silvana F. Foá. São Paulo, Xamã, 1996.
- 8-_____ Capitalismo de fim de século. In: Coggiola, O. Org. Globalização e socialismo. São Paulo, Xamã, 1997.
- 9-COGGIOLA, O. Org. Globalização e socialismo, São Paulo, Xamã, 1997.
- 10-DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. Rev. USP, São Paulo, 17: 87-101, 1993.

- 11-FIORI, J. L. As palavras e as coisas. In: Os moedeiros falsos. 3ª ed. Petrópolis, R. J., Vozes, 1997.
- 12-_____ A governabilidade democrática na nova ordem econômica. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 43: 157-72, 1995.
- 13-HARVEY, D. Condição pós-moderna. 2ª ed.; trad. Adail U. Sobral & Maria S. Gonçalves. São Paulo, Ed. Loyola, 1992.
- 14-HOBSBAWM, E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991; trad. Marcos Santarrita. São Paulo, Cia. das Letras, 1995.
- 15-IANNI, O. A sociedade global. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1992.
- 16-_____, Teorias da globalização . Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.
- 17-JACCARD, R. As rapsódias do eu. In: O indivíduo-Entrevistas do Le Monde; trad. Sérgio Flaksman. São Paulo, Ática, 1989
- 18-LAURELL, A. C. Org. Estado e políticas sociais no neoliberalismo; trad. Rodrigo L. Contrera. São Paulo, Cortez, 1995.
- 19-LOJKINE, J. A revolução informacional; trad. José Paulo Neto. São Paulo, Cortez, 1995.
- 20-MARQUES, R. M. Globalização e Estados Nacionais. Rev. Crítica Marxista, São Paulo, 1 (3): 136-39, 1996.
- 21-MIGLIOLI, J. Globalização: uma nova fase do capitalismo ? Rev. Crítica Marxista, São Paulo, 1 (3): 140-42, 1996.
- 22-NETTO, J. P. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo, Cortez, 1993.
- 23-SADER, E. & GENTILI, P. Org. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

- 24-SANTOS, M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo, Hucitec, 1994
- 25-_____ A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo, Hucitec, 1996.

5.2 - A URBANIZAÇÃO NA GLOBALIZAÇÃO

5.2.1 - A Importância Do Espaço

Autores como SANTOS, LEFEBVRE, GOTTDIENER, SOJA e outros, quando se referem a esta matéria, ou seja o significado do espaço , advertem que esta palavra abriga uma multiplicidade de sentidos e que a sua natureza é multifacetada .

“O espaço é a matéria trabalhada por excelência. Nenhum dos objetos sociais tem uma tamanha imposição sobre o homem, nenhum está tão presente no cotidiano dos indivíduos. A casa, o lugar de trabalho, os pontos de encontro, os caminhos que unem esses pontos, são igualmente elementos passivos que condicionam a atividade dos homens e comandam a prática social”(Santos¹⁶,1979).

O espaço é, ao mesmo tempo, uma localização física – o local geográfico – um meio de produção – como terra – e portanto, faz parte do conjunto das forças sociais de produção, passando a ser cada vez mais instrumentalizado, urbanizado. Um bem imóvel – propriedade – objeto de produção , consumo e troca e que tem função econômica , decorrendo daí que as relações sócio - espaciais são parte das relações sociais de produção. Como elemento produtivo, o desenho urbano, a forma espacial, é um dos pontos essenciais entre as forças produtivas da sociedade. É também expressão cultural, histórica, instrumento de ordem social e política, local de luta e de engajamento e , portanto, um ingrediente vital da transformação da natureza humana.

“A cidade, o espaço urbano e a realidade urbana não podem ser concebidos como a soma dos locais de produção e de consumo. O arranjo espacial

de uma cidade, uma região, um país ou um continente aumenta as forças produtivas, do mesmo modo que equipamento e as máquinas de uma fábrica ou de um negócio, mas em outro nível. Usa-se o espaço exatamente como se usa máquina”(Lefebvre apud Gottdiener⁷,1993).

O espaço, portanto, é um produto material dentro de uma dada formação social e tem mesma importância ontológica como o trabalho e o capital no modo de produção capitalista. As relações sócio-espaciais são ricas em contradições, em conflito. O espaço confere importância ao Estado no momento em que este é o instrumento político de controle e administração .

“O Estado usa o espaço de uma forma que assegura seu controle dos lugares, sua hierarquia estrita, a homogeneidade do todo e a segregação das partes” (Gottdiener⁷,1993).

Para Santos¹⁷(1994) é através do espaço geográfico que pode ser visto o “sistema-mundo”. O espaço como algo dinâmico e unitário é “o conjunto indissociável de sistemas de objetos naturais ou fabricados e de sistemas de ações, deliberadas ou não”.

A presente era é considerada por Soja²⁰(1993) como a “era do espaço”, onde a “ordem espacial da existência humana provém da produção(social) do espaço , da construção de geografias humanas que refletem e configuram o ser no mundo”.

5.2.2 - A Produção Social do Espaço Urbano

“Mudar a sociedade’, ‘mudar a vida’, nada significa se não houver produção de um espaço apropriado. (...) Enquanto existir cotidianidade no espaço abstrato, com suas coerções muito concretas, enquanto houver apenas melhoramentos técnicos , enquanto os espaços (de trabalho, de lazer, de residência) continuarem separados e rejuntados apenas através de controle político, o projeto de

‘mudar a vida’ permanecerá um lema, às vezes abandonado, às vezes aceito de novo”(Lefebvre apud Gottdiener⁷,1993).

O “espaço-espacialidade,”o “tempo-temporalidade”e o “ser social” constituem as dimensões mais básicas, provedoras e formadoras da existência humana. Logo o processo de produção do espaço vai decorrer da relação entre o homem e a natureza e do trabalho , logo deve ser compreendido em suas várias determinações: econômica, política, social, jurídica, cultural e filosófica. O espaço é criado e organizado como as demais estruturas dentro de cada modo de produção, moldado a partir de elementos históricos e naturais, sendo, em suma, ato político e ideológico (Soja²⁰,1993).

A relação espaço – sociedade permite que, por meio do espaço produzido ou do ambiente construído, chegue-se à compreensão da origem e do desenvolvimento da sociedade atual. O espaço é um produto social e de relações sociais que estabelece uma relação dialética cujo produto – o espaço produzido ou trabalho morto – é transformado em produtor e, desta forma, vai contribuir para a acumulação do capital conforme a teoria da produção social do espaço de Henri Lefebvre (Gottdiener⁷,1993).

“A economia política não pode prescindir do dado espacial. O espaço pode ser definido como o resultado de uma interação permanente entre, de um lado, o trabalho acumulado, na forma de infraestrutura e máquinas que se superpõem à natureza e, de outro lado, o trabalho presente, distribuído sobre estas formas provenientes do passado o **trabalho morto**, sobre o qual exerce o **trabalho vivo**, é a configuração geográfica e os dois juntos, constituem, exatamente, o espaço geográfico” (Santos¹⁸,1994).

Segundo Lefebvre apud Oseki ¹⁴(1996) em cada modo de produção pelo qual passou a humanidade é possível associar-se com as fases do espaço social

produzido. Primeiramente constata-se o **espaço analógico** das comunidades primitivas, tribais, cuja apropriação real ou imaginária ocorre por analogia ao corpo humano como projeção deste no espaço. Em segundo ,surge a concepção do **espaço cosmológico** do modo de produção antigo ou asiático. A imagem do cosmo, na cidade aparece *a ágora, o panteão, o fórum* como lugar representado e considerado como centro do mundo. Em terceiro, aparece o **espaço simbólico** correspondente ao feudalismo , a cidade medieval como espaço simbólico-religioso e também simbólico-político .O próximo espaço será o **espaço perspectivo** das cidades renascentistas do capital bancário , dos palácios burgueses no campo. Espaço que tinha por composição as perspectivas e os visuais e era regido por código único e abrangente desde o cômodo , o imóvel , o quarteirão , o bairro , a cidade e o entorno. Trazia a plenitude da obra e da arte , do gozo e da alegria. E por fim o **espaço capitalista** – o espaço abstrato – sem as perspectivas e referências e que soma a dissociação e descompasso entre forma e conteúdo. Configura por fim na modernidade do espaço homogêneo , fragmentado e hierarquizado .

Ocupando o espaço e produzindo um espaço, o capitalismo nas palavras de Lefebvre apud Soja²⁰(1993) soube atenuar as suas contradições e com isso sobreviver e alcançar um crescimento que se estende por todo o globo , tornando-se mundializado. Esse espaço capitalista tardio e global deveu-se à reprodução das relações sociais de produção ou seja aos processos pelos quais o sistema vai ampliar sua existência e assegurar suas estruturas de sustentação.

Ao longo do tempo , com o desenvolvimento das forças produtivas , houve a manutenção de três níveis básicos : a) a reprodução biofisiológica (no contexto da família e das relações de parentesco); b) a reprodução da força de trabalho (a classe trabalhadora) e dos meios de produção ; c) a reprodução ampla das relações sociais de produção. Aqui a organização do espaço, em especial o espaço

urbanizado, é onde se reproduzem as relações dominantes de produção (Soja²⁰,1993).

“O espaço capitalista tenta imobilizar o espaço. O capitalismo se apropria do espaço existente e tende a criar seu próprio espaço. ‘Através e pela urbanização, sob a pressão do mercado mundial. Sob a lei do reprodutível e do repetitivo, anulando as diferenças no espaço e no tempo, destruindo a natureza e os tempos naturais. O econômico fetichizado no mercado mundial e o espaço que ele determina, a política levada ao absoluto não estariam se arriscando a destruir seu próprio fundamento, a terra, o espaço, a cidade e o campo? E em consequência se auto destruindo?’ (Lefebvre apud Oseki¹⁴,1996).

A Industrialização e a Urbanização constituem-se nos marcos mais emblemáticos da sociedade contemporânea. Esta é caracterizada pela industrialização, com a formação de um ambiente construído, artificial, o denominado “meio técnico-científico” que agora sofre profundas transformações decorrentes das novas tecnologias da Informação com a “Terceira Revolução Industrial” ou “Revolução Informacional”.

Lefebvre¹¹(1991) constroi uma rica discussão para refletir sobre a “problemática urbana”. O ponto de partida será sempre o processo de industrialização. Mesmo tendo a cidade preexistido à industrialização, é este processo que é o indutor e, entre os induzidos, pode-se constatar os problemas relativos ao crescimento e ao planejamento e às questões das cidades quanto ao desenvolvimento da realidade urbana e das consequentes adequações de serviços e equipamentos urbanos.

É com a industrialização que a cidade deixará de ser uma “obra”, e da realização da “festa” em consequência a predominância do “valor de uso”. Como já foi descrito o “espaço capitalista” é o espaço da “quebra e da homogeneidade”

e da instauração do abstrato. Com isso a cidade vai em direção dos produtos e do valor de troca .

A preeminência da burguesia propicia a ampliação do comércio, das novas redes de transporte, as relações comerciais e bancárias, a divisão do trabalho, a ciência, a técnica, enfim, uma realidade complexa e contraditória .Agora a produção de produtos substitui a produção que antes estava destinada às “obras” e à cidade propriamente dita. O valor de troca e a generalização da mercadoria determinaram uma nova realidade e problemática urbana.

A industrialização-urbanização aprofunda o processo induzido com um duplo movimento: “implosão - condensação” e “condensação-dispersão” de forma que o fenômeno urbano vai se estender sobre o território formando as megalópoles nos grandes países industrializados. Esse território, cada vez mais denso, cerrado e extensivo constitui o **tecido urbano** que, como os ecossistemas, são malhas mais ou menos amplas, as redes que prendem todo o território superando a “oposição” cidade-campo. A dispersão se dá por regiões inteiras, com mobilidade e fluidez por todo o espaço , no entanto , persistem , entre as malhas desse tecido , as “ilhas de ruralidade”. A ruralidade não desaparece , antes intensifica-se Lefebvre¹¹(1991). O autor referido de acordo com o seu método de análise regressivo-progressivo retoma a urbanização pretérita com a sua Paris do século XIX , para traçar a “estratégia de classe” sobre a hegemonia burguesa, que teve como resultado o remanejamento e a exclusão do proletariado do centro urbano e da própria cidade e com isso prejudicou a “**urbanidade**” democrática.

O cenário citadino apresenta a burguesia dirigente com os meios de ação, o banco (do Estado), os camponeses chegando do êxodo rural, os novos operários e os antigos artesãos, que vão se instalando nos pardieiros, casas alugadas e penetram o âmago da cidade como a periferia imediata.

Frente a este quadro “industrial-urbano”, Lefebvre¹¹(1991) concebe o drama histórico em **três atos e períodos**, o qual, seguindo o mesmo procedimento, monta-se o ato e período contemporâneo.

“Nessa *desordem*, os operários ameaçam os novos ricos, perigo que se torna evidente nas jornadas de junho de 1848 e que a Comuna confirmará. Elabora-se uma estratégia de classe que visa ao remanejamento da cidade, sem relação com sua realidade, com sua vida própria. É entre 1848 e Haussmann que a vida de Paris atinge maior intensidade: não a “vida parisiense”, mas a vida urbana da capital. (...) No transcorrer do século XIX, a democracia de origem camponesa, cuja ideologia animou os revolucionários, poderia ter-se transformado em democracia urbana. Esse foi e é ainda para a história um dos sentidos da Comuna. Como a democracia urbana ameaçava os privilégios da nova classe dominante, esta impediu que essa democracia nascesse. Como? Expulsando do centro urbano e da própria cidade o proletariado, destruindo a “urbanidade” (Lefebvre¹¹,1991).

PRIMEIRO ATO E PERÍODO - Destaca-se nesse ato a figura do barão Haussmann, homem do Estado bonapartista que promoverá toda uma reestruturação urbana com o despejo das “classes perigosas” e a retificação das ruas por longas e largas avenidas e a construção de novos bairros aburguesados. São abertos os *boulevards*, os espaços vazios, coloca-se “Paris à circulação”.

“Os vazios tem um sentido: proclamam alto e forte a glória e o poder do Estado que os arranja, a violência que neles pode se desenrolar”(Lefebvre¹¹,1991).

O célebre barão não esconde que será para “pentear Paris com as metralhadoras” na expressão do poeta Benjamin Peret. Haussmann, no entanto,

não alcançou um dos seus objetivos, pois houve a volta dos operários para o centro urbano. A Comuna de Paris (1871) foi a tentativa de um retorno e retomada do centro urbano pelos operários relegados aos subúrbios e periferias.

A conclusão a respeito do barão Haussmann é que com ele foi iniciado o que seria também denominado por Lefebvre¹¹(1991) como o primeiro período do processo de industrialização determinando uma urbanização onde modifica, totalmente, a realidade da cidade antiga.

“A indústria e o processo de industrialização assaltam e saqueiam a realidade urbana preexistente , até destruí-la pela prática e pela ideologia, até extirpá-la da realidade e da consciência”(Lefebvre¹¹,1991).

A urbanização é reestruturada como uma nova instrumentalidade, consequente ao novo ambiente construído (meio técnico-científico) haverá um zoneamento espacializado “em compartimentos e recintos urbanos segregados e socialmente homogêneos”. A “era do capital” conforme denominação de Hobsbawm, conseguiu superar a “era da revolução”, e com isso o aparecimento do novo desenho urbano criando a forma singular da clássica “Cidade Capitalista Industrial de Livre Concorrência”. O espaço produzido vai auferir a homogeneização e a fragmentação através da disciplinarização e segregação classista. Está nítida a significação social e política da organização espacial. Importante e significativa é também a descrição de Engels (1845) sobre a “A situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra” , que expõe a instrumentalidade dessa “nova geografia urbana” (Soja²⁰,1993).

SEGUNDO ATO E PERÍODO - A terceira República irá assegurar uma nova “estratégia de classe” mais ampla e de resultados e concepções ainda mais importantes. “Concebem o habitat.” O processo industrialização - urbanização vai

converter o **habitar** em *habitat* . O **habitar** é a função nobre que dá o verdadeiro sentido da cidade na sua integralidade urbana e social, na participação efetiva da real vida comunitária tanto da aldeia como da cidade. Os cidadãos e cidadãos habitavam a “vida urbana” , detinham tal privilégio. No entanto , no final do século XIX , os “notáveis” isolaram e excluíram o **habitar** com a criação dos subúrbios periféricos. O gesto “nobre” era conceber uma vida cotidiana melhor que a do trabalho. O *habitat* com ascensão à propriedade, abria-se um caminho para a especulação. É também a nova cotidianidade com o tempo rígido no emprego devido as funções e prescrições normativas. A propriedade abria-se para a especulação tanto dos terrenos ou solo urbano como das moradias para formar a riqueza imobiliária.

O Estado torna-se presente na economia , no campo da administração fiscal e monetária e do planejamento econômico e urbano para garantir a reestruturação seletiva da cidade capitalista , o que será plenamente evidente no fim do século dezenove. Essa configuração dá como resultado , segundo Soja(1993), a “**Cidade Capitalista do Monopólio Empresarial**” caracterizada pela grande centralização empresarial, divisão espacial do trabalho na urbanização , centros industriais satélites, subúrbios concêntricos e periféricos.

“Esta regionalização urbana fragmentada , policêntrica e muito mais complexa auxiliou o capital industrial a fugir da militância da classe trabalhadora aglomerada”(Soja²⁰,1993).

Acontece a ampliação da paisagem urbana homogeneizada na sua severa segmentação/fragmentação e hierarquização .O disciplinamento na espacialidade, como lembra Foucault. A suburbanização descentraliza a cidade numa periferia

dependente da mesma. O paradoxo descrito como “urbanização desurbanizante e desurbanizada”. É a maior característica significativa deste período.

“A consciência social vai deixar pouco a pouco de referir à produção para se centralizar em torno da quotidianidade, do consumo .Com a ‘suburbanização’ principia um processo que descentraliza a Cidade. Afastado da cidade, o proletariado acabará de perder o sentido da obra. Afastado dos locais de produção , disponível para empresas esparsas a partir de um setor de habitat, o proletariado deixará se esfumar em sua consciência a capacidade criadora. A consciência urbana vai se dissipar” (Lefebvre¹¹,1991).

TERCEIRO ATO E PERÍODO – Foi na primeira Guerra Mundial que se originou a denominação “**Era da catástrofe**”, formulada por Hobsbawm⁹ (1995), que se estendeu de 1914 até depois da Segunda Guerra Mundial . Foram vinte e cinco ou trinta anos seguidos de extraordinário crescimento econômico que determinaram grandes transformações sociais gerando um novo “Sistema Urbano Administrado pelo Estado”(Soja²⁰,1993).

Após a Segunda Guerra Mundial, o papel do Estado estará acentuado pelo capitalismo monopolista de Estado, mediante as políticas keynesianas de regulação e controle, planejamento econômico e urbano , investimentos industriais, programas de previdência social, colocados em execução para aliviar as pressões da classe trabalhadora .

A crise habitacional, o impulso demográfico, o êxodo rural, as “urgências” pós-guerras fazem com que o Estado assuma a seu cargo a construção de vilas e novas cidades, mas sem fazer a habitação tornar-se um setor ou serviço público. O setor imobiliário vai ampliar de forma desordenada o ambiente construído e a consequente especulação com os terrenos e apartamentos, forjando o lucro aberrante. O Estado subsidia projetos de construção rápida e de menor custo, com

isso a forma do habitat é levada ao extremo pela burocracia estatal. No caso brasileiro é só pensar no BNH e nas COHABs , com suas vilas de casas e prédios , sempre iguais e precários.

O planejamento econômico e urbano é um dos instrumentos do Estado intervencionista nas ações voltadas para pulverizar o espaço social, transformando-o em blocos de construção uniformes do espaço abstrato , ou seja , numa mercadoria.

O planejamento urbano e o urbanismo na produção social capitalista (mesmo ineficiente) transforma-se em mecanismo para controlar o conflito de classes. Outra afirmação de Lefebvre é que o planejamento não passa de uma fachada ou máscara para o poder do Estado. É um meio estratégico do capitalismo e de seu Estado para a consecução da “homogeneização” , ou seja, a produção do espaço abstrato e controlado. O planejamento é o pior inimigo do “urbano”, não há possibilidade de haver um planejamento reformista no capitalismo , só serve como ideologia, para manipulação da realidade urbana fragmentada (Gottdiener⁷,1993).

O urbanismo de Estado e de empresas emprestaram a sua contribuição intelectual à continuidade da espacialidade que decorria do capital monopolista de Estado . Nesta fase todos os conflitos e lutas resultantes das relações sociais e espaciais que organizavam a produção e reprodução eram canalizados , absorvidos e administrados pelo Estado. Para Lefebvre era praticamente um “modo de produção estatal”. A intervenção se processa por meio de políticas públicas, subsídios às indústrias e planejamento urbano quanto ao assentamento. O Estado capitalista desempenha uma ação direta na produção de espaço. Esse espaço sobrevive graças ao Estado , pois o próprio desenho espacial dá ao Estado um instrumento de controle social para a resolução dos conflitos de classe .

O urbanismo tecnocrático não hesita em arrasar e devastar o que resta da cidade para novas avenidas, túneis para dar lugar aos carros , às comunicações e

informações. Leva à ruína aquilo que foi a cidade, apaga a memória urbana, pois não é capaz de conceber uma vida urbana a partir das ciências da sociedade ou das informações sobre aquela sociedade. Só resta o urbanismo dos “homens de boa vontade” que são ligados a um humanismo clássico e liberal que constroem cidades “em escala mundial” e na “sua medida” e modernismo, mas um tanto fora da realidade do mundo (Lefebvre¹¹, 1991).

A urbanização do globo levada pelas grandes metrópoles configuradas pela suburbanização em múltiplas áreas com “arranjos urbanos provisórios” são típicos deste período. A restituição da centralidade agora como centro de decisão vai acontecer ligado a um urbanismo de múltiplas racionalidades. Conforme Lefebvre (1991) é possível distinguir vários urbanismos sobrepostos que é o urbanismo dos promotores de venda, do valor de troca. A publicidade torna-se aqui, uma ideologia – “*ideologia da felicidade*”, configurando a “*sociedade do consumo*”.

Uma paisagem urbana diferenciada acompanhou o período da “Era de Ouro” – os anos dourados que mudaram de maneira mais profunda a sociedade humana que qualquer outro período comparado e se estendeu até ao início da década de 1970 (Hobsbawm⁹, 1995).

ATO E PERÍODO CONTEMPORÂNEO

“Ouço a ruína de todo espaço, de vidro quebrado e de paredes que caem, e o tempo, uma lívida flama final.”

(James Joyce apud Harvey⁸, 1992)

O período contemporâneo em que o Estado no neoliberalismo é o Estado só do grande capital multinacional, processa o controle canibalesco de todo o espaço para a nova divisão internacional do trabalho. A desconcentração e a reconcentração do espaço, em combinação com os processos de desindustrialização e reindustrialização dão como resultado a instabilidade

decorrente da própria mobilidade do capital. Acompanha a intensificação e a extensificação da exploração do trabalho, resultando, ao extremo, o desenvolvimento geográfico desigual. A posição anti-social, a exclusão, a segregação espaço-social são as características do capital globalizado.

Para Soja²⁰ (1993) não é mais possível destacar a forma espacial e temporal da atualidade. A paisagem irrequieta e mutante só permite “a identificação provisória das inclinações e tendências” pois “o que hoje parece sólido pode-se desmanchar – ou explodir – no ar amanhã.”

No entanto, há evidência clara de que o capitalismo mundializado está produzindo uma espacialização urbana própria e que as reestruturações na urbanização global estão desarticulando o tecido urbano e promovendo o desabamento irreversível do movimento moderno, ou seja, do arcabouço, da estrutura deixados pelo modernismo.

“O urbanismo em fim de linha” – na expressão de Arantes² (1993) – leva ao “colapso da idéia de planificação global da cidade”. A transição do moderno está abortada frente a nova armadura do capitalismo mundial somado a violenta exclusão social e segregação espacial. A precarização do mundo do trabalho, a subproletarização mundial, as ausências de emprego e de moradias, de equipamentos e serviços intra-estruturais vão conferir a nova marginalidade urbana com a inviabilização do “compromisso social-democrata do planejamento urbano conforme os modernos”.

“Estamos decerto diante de um grande desafio não só para os desenhistas urbanos, mas para qualquer cidadão as nossas cidades são apenas “a fachada mais visível da atual mundialização desintegradora do capitalismo”(Arantes²,1993).

A instabilidade sem limite e a ausência de horizonte faz com que o problema urbano hoje passe a ser o de “implosão” no contexto calamitoso descrito.

O espaço da catástrofe (que emerge como um vulcão) , a morte do sujeito, a mercantilização universal de todos os objetos e imagens; o pastiche , a reificação, a esquizofrenia , tudo isto ocorre na nova ordem econômica do capitalismo global.

“Mas, se assim é, isso é uma terrível acusação contra o capitalismo de consumo - ou no mínimo, um sintoma alarmante e patológico de uma sociedade que se tornou incapaz de lidar com o tempo e com a história”(Jameson¹⁰,1993).

A “cidade partida”, a “cidade esquizofrênica”, a “cidade alienada”, a “cidade carcerária”, a “cidade burocrática”, a “cidade do consumo”, a “cidade da anomia”, a “cidade do medo”, todas espelham a lógica transformativa e especulativa do capital.

Uma nova “Era da catástrofe” começa a delinear-se no final do século XX onde tudo está a desabar.

Desabava
Fugir não adianta *desabava*
por toda parte *minas* *torres*
edif
ícios
princípios
l
e
i
s
muletas
desabando *nem gritar*
dava tempo *soterrados*

*novos desabamentos insistiam
sobre peitos em pó
desabadesabadesabadesabavam
As ruínas formaram
outra cidade em ordem definitiva.*

(Carlos Drummond de Andrade - Desabar /As impurezas do branco)

5.2.3 - Espaço Abstrato

“Na sociedade moderna , o espaço abstrato – um espaço homogêneo , fragmentado, hierárquico – chegou a dominar o espaço social, ou o espaço integrado de comunhão social , e o próprio potencial de produção do último foi ele mesmo, atenuado. Conseqüentemente , o espaço social perdeu sua unidade orgânica nas cidades das sociedades modernas - pulverizou-se em guetos distintos” (Gottdiener⁷,1993).

A abstração que faz do espaço produzido um espaço abstrato é uma abstração social, ou seja, um processo social bem específico do modo de produção capitalista. É o processo de troca que fragmenta e pulveriza o espaço como condição de sua realização e que, também transforma os espaços concretos e heterogêneos em abstratos e homogêneos. O espaço privado vai se revelar social através do mercado . Por isso o espaço capitalista é diferente de todos as formas anteriores (analógico, cosmológico, simbólico, perspectivo) por suas características de homogeneidade, fragmentação e hierarquização decorrente da abstração.

A *homogeneidade* como característica da abstração significa a repetição, o ser o mesmo e por isso vai resultar a rigidez espacial. O espaço vai ser conformado nas suas funcionalidades: lazer, trabalho, habitação, o que não traduz democratização por torná-lo fortemente centralizado e segregado.

A *fragmentação* é a outra característica do espaço capitalista - estatista dada por Lefebvre. É a base da homogeneidade. Significa a pulverização do espaço com as quadras e os lotes em planos óticos e geométricos para serem vendidos, construídos, especulados, objetos de lucratividade.

Por último a abstração confere a *hierarquização*, pois esta sendo uma sociedade de classes, o espaço só poderia transformar-se “uma espacialização da hierarquia do poder econômico e político” desde o centro até a periferia da cidade,

indo dos espaços nobres aos vulgares e deprimentes. Um espaço repressivo que exalta as relações de dominação(Oseki¹⁴,1996).

“Sabe-se que, no universo da sociabilidade produtora de mercadorias, cuja finalidade básica é a criação de valores de troca , o valor de uso das coisas é minimizado, reduzido e submetido ao seu valor de troca. Mantém-se somente enquanto condição *necessária* para a integralização do processo de valorização do capital, do sistema produtor de mercadorias. Do que resulta que a dimensão *concreta* do trabalho é também inteiramente subordinada à sua dimensão *abstrata*” (Antunes¹,1995).

Ora, o mesmo sucede com o espaço, a ponto de Lefebvre só conceber a verdadeira “urbanidade” e o “urbano” real na sua dimensão de valor de uso. Categoricamente afirma: “O urbano se baseia no valor de uso”(Lefebvre¹¹,1991).

O espaço fragmentado e hierarquizado , conforme grupos e classes sociais, vai se consumir na segregação espacial. O termo “*zoning*” – zoneamento usado na representação urbanística já implica separação, segregação, isolamento – diferenciação social ,segundo Lefebvre¹¹(1991). O resultado das segregações e guetos é a destruição , o esfacelamento do espaço no sentido de forma artística , de obra , de estética , enfim qualquer manifestação do belo, por resultar uma cidade partida , uma totalidade esquizofrênica sem nenhuma ou escassa harmonização de uma parte com outra ou com o todo.

“É esta relação de cada parte ao mesmo tempo com o todo e com as outras partes que se chama uma estrutura . Uma totalidade contendo esta estrutura: eis o que é belo” (Sartre,¹⁹).

Nem a obra, o urbano arte, a harmonia do belo vão ser expressão ou essencialidade da abstração espacial. A tendência é o “hiperespaço” configurar em sua plenitude o “espaço da catástrofe” em ritmo de barbárie e esquizofrenia ,

espelho da cidade e do capital global. O horror (logo terror) espacial do pleno Estado do “mal-estar” é bem evidenciado . O alerta :

“A nova modalidade de ocupação espacial parece atingir suas consequências estratégicas extremas : ocupação dos mares, ameaças de todos os quadrantes cobrindo o espaço planetário e mesmo além. O espaço da propriedade estendo-se da terra ao subsolo e ao espaço inteiro, poderia já ser um espaço de catástrofe : ele torna caótico , atomiza, pulveriza e esfacela o espaço préexistente” (Oseki¹⁴,1996).

Os múltiplos aspectos que assume o espaço capitalista projetam a perspectiva lefebvriana de ter que haver a superação do espaço abstrato e do Estado, para tornar possível uma sociedade humanista e urbana de fato. Isso só será viável portanto, através de uma revolução urbana e social para restabelecer o espaço da comunhão social, integrado e concreto na sua plenitude do uso comum e social. A estratégia de luta nessa direção precisa conceber uma “praxis espacial”(Gottdiener⁷,1993).

5.2.4 -Urbanização e Cidade Global – (Cenário de uma cidade global)

“Nem o capitalismo nem o Estado podem manter o espaço caótico e contraditório que produziram . Somos testemunhas , em todos os níveis, dessa explosão do espaço. No plano do imediato e do vivido , há uma explosão de espaço por todos os lados , seja ele espaço vivo , espaço pessoal, espaço escolástico, espaço de prisão , espaço de exército ou espaço de hospital. Em toda parte , as pessoas estão compreendendo que as relações espaciais são também relações sociais. No plano das cidades , vemos não só a explosão do centro histórico, mas também a de todas as estruturas administrativas em que eles haviam desejado encerrar o fenômeno urbano .No plano das regiões, as periferias estão lutando por sua autonomia ou por um certo grau de independência ... finalmente, no plano internacional, não só as ações

das chamadas companhias supranacionais, mas também as das grandes estratégias mundiais, preparam novas explosões de espaço e mesmo as tornam inevitáveis (Lefebvre apud Gottdiener⁷,1993).

Com o objetivo de esboçar a atual fase de reestruturação social e espacial do mundo hodierno, nada melhor do que a descrição de uma cidade global, mundial, múltipla, polifônica, devastadora, patológica; imagem e paisagem da fase de mundialização do capital. A cidade global será, portanto, aquela criada e engendrada pelo capital global, uma cidade metrópole que contextualize e produza a “economia macropolítica do mundo”, um lugar da terra que se possa achar todos os lugares, uma paisagem decididamente “pós-moderna”, pós-fordista, uma polarização e segmentação social extremada e expressão máxima do “desenvolvimento desigual”, pois que concentrado e centralizado, enfim um espaço do contraste absoluto, do caos, da catástrofe, da simultaneidade, do simulacro e do paradoxo. Um lugar da fragmentação e da repetição trágica a ponto de se considerar que se Dante e Virgílio iniciassem a travessia também deparariam com a inscrição: “Deixai toda a esperança, ó vós, que entraís”.

Esse lugar, hoje cidade global exemplar, já era citado, em 1880, por Karl Marx em uma carta a Friedrich Sorge: “...é muito importante para mim, pois em nenhum outro lugar a revolução mais escandalosamente causada pela centralização capitalista ocorreu com tamanha velocidade”(Soja²⁰,1993). E hoje, é uma das maiores metrópoles industriais, provavelmente, a maior “tecnópole do mundo” – como centro financeiro, bancário e de administração empresarial e pública. Uma região metropolitana que apresenta extraordinária urbanização “periférica”, “polinucleação descentralizada” e desenvolvimento geograficamente desigual. A metamorfose conduzida pelo processo industrial da “acumulação flexível” leva a uma suburbanização com atividade industrial e comercial

descentralizada. Ao analisar os diferentes processos de reestruturações por que passa a presente cidade-metrópole-global é fácil reconhecer o “meio técnico-científico-informacional” desterritorializando-a e reterritorializando-a continuamente. A nítida fragmentação espaço-social produzida pelo desenvolvimento desigual, a precarização do trabalho, os empregos industriais e de serviços de baixa remuneração, os milhões de trabalhadores em busca de empregos, e as novas modalidades crescentes de trabalho de meio expediente; configuram o mercado de trabalho e formam o caleidoscópio da segregação e dos guetos e dão a dinâmica da espacialização capitalista global.

A política econômica e social da globalização neoliberal faz desta cidade que é LOS ANGELES – a cidade do espetáculo e da diversão logo a número um do “pós-modernismo”. A seguir com base em Soja²¹(1994) é feita uma apreciação sobre as reestruturações sucedidas nessa “cidade mundo”.

REESTRUTURAÇÃO I: “A criação de exópoles .”

Há na presente metrópole a base da “urbanização pós-moderna” , uma reestruturação geográfica com o processo de urbanização periférica que constitui a forma de “exópole” - a cidade “fora” ou cidade “exterior” . Há a desconstrução do que é urbano e suburbano - característica da modernidade , agora se fazem presentes as aglomerações urbanas complexas , multifuncionais , densas e diversificadas, verdadeiras cidades periféricas ou satélites. O complexo “mosaico geográfico” é um “caleidoscópio” de modelos de desenvolvimento desigual em rápida mutação. A diferença entre centro e periferia , ou cidade antiga e cidades “exteriores” , começa a desaparecer, mas não é difícil localizar a “cidade marginal” com sua precariedade de serviços públicos e de infra-estrutura , moradias baratas, escolas super lotadas, trabalhadores estressados, custo de vida elevado, enfim a “Cidade Marginal” que está se convertendo numa favela

suburbana pós-moderna”. Já não é mais possível a antiga divisão binária : centro e periferia , cidade e subúrbio.

“O desenvolvimento da Exópole é assim uma peça-chave da nova urbanização como também as maneiras pelas quais conceituamos e tentamos compreender a natureza do processo de urbanização”(Soja²¹,1994).

REESTRUTURAÇÃO II :“Induzindo novas geografias industriais”.

A referida metrópole apresenta um complexo modelo de desindustrialização e reindustrialização que caracteriza o desenvolvimento espacial desigual. As mudanças espaciais são decorrentes de alterações significativas na divisão social e territorial do trabalho , dada a estreita conexão entre forma urbana e estruturação industrial . A economia no espaço urbano é formada por sistemas de produção pós-fordistas, com transações intensivas entre pequenas e médias empresas entrelaçadas e arrançadas entre si , constituindo as crescentes “**economias de escopo**” com os subcontratos. O malogro do movimento sindical , a desconstrução do contrato social do pós-guerra ou seja a simples retirada do governo dos setores da economia e supressão de muitos compromissos de bem-estar, fizeram cair a qualidade e condição de vida da imensa classe trabalhadora.

O crescimento de grandes e bem sucedidos distritos industriais de acordo com a nova divisão internacional do trabalho, os padrões de flexibilidade e de competitividade econômicas e o uso de alta tecnologia eletrônica vão conformar verdadeiras “**tecnópolis**”, que concentram altíssimo número de engenheiros, cientistas, matemáticos. No entretanto, ao lado das tecnópolis formaram-se outros distritos diferentes e diversificados com redes de produção de base artesanal, pequenas empresas, a exemplo dos tipos “Terceira Itália” com a característica de serem altamente adaptáveis (flexíveis) aos primeiros sinais de mudança do

mercado global. Outros distritos existem para atender a provisão de serviços, serviços médicos, processamento de informações e comunicações. Interessante é o que se observa em relação ao centro ou **“Cidade Interior”** e da região urbana dentro do extenso colar de **“Cidades Exteriores”** com a persistência de pequenas indústrias de mão-de-obra intensiva e uso de tecnologia relativamente simples ao lado dos complexos e gigantes do sistema financeiro entre os mais rápidos do mundo. Há também os serviços especializados para a indústria do entretenimento, somando as comunidades residenciais de operários e imigrantes.

A reestruturação industrial criou muitos bolsões de estagnação e pobreza. A desindustrialização nesse período pós-fordista tem sido de consequências devastadoras, com a formação da “subclasse urbana permanente”, assim denominada e constrangedora pela existência de enormes populações desabrigadas, que resulta um processo tenso e patológico, conferindo o quadro assustador da criminalidade e violência urbana. A morte reina na cidade global de Los Angeles.

REESTRUTURAÇÃO III : **“Formação urbana mundial”.**

A internacionalização do capital desencadeia a urbanização mundial, uma formação urbana que é referida por “aldeia global” ou “cidade global” habitadas por pessoas de todas as regiões do mundo. Migrantes, fluxo de capital e de força de trabalho desencadeiam profundas mudanças arquitetônicas e culturais, a ponto de alterar a paisagem primeva. O multiculturalismo devido a presença de diferentes povos, dinheiro, idéias, faz da globalização um jogo tenso e contraditório entre o local e o global.

A diversificação e a coexistência tanto de uma proeminente cidade do primeiro mundo ao lado de uma gigantesca cidade terceiro-mundo caracterizam e reconstituem nessa justaposição a cidade global ou “metrópole pós-moderna”.

REESTRUTURAÇÃO IV : “A metrópole repolarizada”.

A crescente fragmentação e polarização vão do extremo da riqueza ao extremo da pobreza. A marcante e contrastante segmentação e repolarização na estrutura socio-econômica acompanham a reestruturação espacial decorrente das principais causas da modificação metropolitana: a) descentralização e recentralização geográfica ; b) desindustrialização fordista e reindustrialização pós-fordista ou “acumulação flexível” ; c) globalização e localização com a periferialização e terceiro-mundialização do centro metropolitano. O impacto desta reestruturação faz com que “velhas e sólidas hierarquias estejam ruindo ou , pelo menos, tornando-se instáveis e desorganizadas o suficiente para que antigas teorias sociais sobre a cidade se apresentem tão anacrônicas quanto nossas teorias espaciais”(Soja²¹,1994).

Grande número dos que vivem abaixo do patamar de pobreza são desempregados e dependentes do seguro desemprego . Outros contingentes trabalham mais de quarenta horas semanais em troca de salários insuficientes à manutenção da família. Desta forma tem-se a “sub-classe” , permanente.

Essa cidade dupla tem a sua absurda e prepotente “super-classe”, que se caracteriza por ser amorfa , heterogênea e formada desde empresários, bancários, executivos, corretores, especuladores, esportistas, artistas. “Nunca antes os 10% do topo da pirâmide de renda foram tão heterogêneos , tão segmentados, tão imprevisíveis politicamente”(Soja²¹,1994).

As “classes médias” estão tremendamente instáveis , inseguras em sua posição com deslocamento para cima , mas a maioria mergulha rumo à classe trabalhadora, a base da pirâmide. É importante notar que a polarização permeia qualquer categoria étnica , racial, ocupacional. Todos os estratos populacionais como uma “babel” apresentam-se amorfos, desorganizados, heterogêneos com

atitudes e comportamentos flutuantes e imprevisíveis. Constatase um individualismo super-exacerbado e sem dimensão. As eleições políticas, que ainda ocorrem, são cada vez mais decididas pelo processo de *marketing*, publicidade e manipulação dos meios (*mídia*) de comunicação.

REESTRUTURAÇÃO V : “A cidade carcerária”.

As reestruturações acima descritas trataram de uma cidade extraordinariamente volátil, segmentada e heterogênea na cultura, na política e no modo de vida. As duas próximas reestruturações pretendem explicar o que é feito e processado para evitar a explosão, o desabamento estrutural dessa imensa efervescência .

“A cidade carcerária - expressão tomada a Michel Foucault - é uma cidade - prisão e cidade - cidadela , vigiada e controlada socialmente, um lugar em que **polícia** substitui **pólis**” (Soja²¹,1994).

A violência e a obsessão com a segurança permeiam a cidade global . Há uma vigilância e controle policial permanente sobre todos os fragmentos , polaridades e guetos. Há um amontoado de repartições governamentais , quartéis, escritórios do Departamento das polícias por toda a cidade.

As tantas e múltiplas prisões urbanas estão plenamente lotadas. A metrópole policiada conta e funciona como “Polícia do Espaço”, com os distritos providos da mais alta tecnologia de vigilância e segurança. A existência de telefones sigilosos, de condomínios e casas vigiadas por guardas armados, das tabuletas, avisos e reclames a exemplo de: “Os intrusos serão alvejados”, “Rua proibida”, “Cidade proibida”, “A destruição do espaço público”, “Sadismo de rua” constituem os múltiplos e diversos artefatos e instrumentos que aprisionam a cidade. Presencia-se bancos, assentos com pregos e latas de lixo fechadas com arame farpado para

impedir que os mendigos venham dormir ou comer em tais lugares. Tudo isso forma a composição paisagística e urbanística da “tecnosfera e psicofera” da metrópole pós-moderna. Sem contar, que em escala mais sigilosa, a presença de armas mortais abundam nos porta-luvas dos carros e nas casas, de forma que os revólveres e pistolas competem com os carros na incidência de mortes por causa externas.

REESTRUTURAÇÃO VI : “A cidade dos simulacros”

“Não invocamos qualquer pulsão de morte. Não há pulsão interna no desejo, só há agenciamento. O desejo é sempre agenciado, ele é o que o agenciamento determina que ele seja. No próprio nível das linhas de fuga, o agenciamento que as traça é do tipo máquina de guerra. As mutações remetem a essa máquina, **que certamente não tem a guerra por objeto**, mas a emissão de **quanta** de desterritorialização, a passagem de fluxos mutantes (toda criação nesse sentido passa por uma máquina de guerra)” (Deleuze & Guattari⁵, 1996).

As reestruturações precedentes trataram das condições materiais-materialidade, “tecnosfera” da metrópole global; nesta será focado a reestruturação concernente ao ideacional ou ideológica. Estreitamente associadas àquelas, no sentido de “desenvolver um novo modo de regulamentação e controle para essa recente e volátil etapa da (pós) modernização metropolitana, em substituição às imposições autoritárias da cidade carcerária”(Soja²¹, 1994).

Real ou não, a produção vertiginosa de simulacros produz uma mudança violenta no imaginário urbano. A mercantilização de imagens induz o papel do simulacro, ou, seja a réplica constante de imagens perfeitas no sentido da manipulação dos desejos, opiniões e gostos.

Por ‘simulacro’ designa-se um estado de réplica tão próxima da perfeição que a diferença entre o original e a cópia é praticamente impossível de ser percebida. As técnicas modernas de produção de imagens são relativamente fáceis tornando possível multiplicar as réplicas seriais repetitivas de identidades individuais, corporativas, institucionais e políticas. O papel poderoso dos fabricantes de imagens e da mídia se faz também no campo da política, na moldagem de identidades políticas (Harvey⁸,1992).

As simulações e recriações vão estender-se na paisagem urbana , pois com os modernos materiais de construção torna-se fácil e possível reproduzir um prédio antigo , uma praça romana ou uma ilha grega. A “Disneylandia global” com o “Disneyworld” pode desta maneira visitar a Tailândia ou a Itália sem sair do local anunciado como “o mais feliz do mundo.”

Essa “hiper-realidade”, esse mundo dos simulacros invadem a vida cotidiana num grau e abrangência sem precedentes. A diferença entre o real e o imaginário desaparecem. O domínio do ecletismo e da colagem na paisagem urbana torna “possível vivenciar a geografia do mundo vicariamente, como um simulacro”, como se expressa Harvey⁸ (1992). O simulacro torna-se reestruturação e realidade urbana da cidade-metrópole global.

“Tudo se junta em Los Angeles”. A presente descrição na sua quase totalidade está baseada e condensada do texto: **“O desenvolvimento metropolitano pós-moderno nos EUA: virando Los Angeles pelo avesso”** de Edward W. Soja, professor de Arquitetura e Planejamento Urbano da Universidade da Califórnia.

O espaço brasileiro, em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, em muito assemelha-se ao descrito sobre Los Angeles com algumas peculiaridades e singularidades e diferentes intensidades, como é demonstrado e assunto do próximo capítulo.

5.2.5 - A Urbanização Global na Periferia

Há que se reconhecer a segregação social, o aumento da pobreza social, da polarização, da ilegalidade e da violência, que, de forma intensa e extensa, caracterizam a cidade-metrópole da periferia capitalista, a exemplo da América Latina e do Brasil.

A negação da universalidade dos direitos, a negação da cidadania e da dignidade e condição humana sempre foi integrante ao processo de desenvolvimento e de formação da sociedade brasileira. A concentração de terra, de renda e de poder acompanhou todo processo de “modernização excludente” (Maricato¹²,1996).

O quadro dramático da urbanização global descrito por Soja²¹(1994), com algumas diferenças e peculiaridades, é constatado em outra cidade global, agora situada na periferia do “sistema mundo”. Trata-se da cidade de São Paulo.

Caldeira⁴(1997) no artigo : **“Enclaves fortificados: a nova segregação urbana”** analisa a escalada da segregação urbana na área metropolitana de São Paulo e verifica similaridade com Los Angeles. Observa a disseminação de enclaves fortificados, espaços privados, fechados e monitorados tanto para residência, como para consumo, lazer ou trabalho. São destinados para os segmentos de classe média e alta, justificados em razão da insegurança e do medo da violência urbana.

“Num contexto de medo crescente do crime, em que os pobres são muitas vezes associados à criminalidade, as classes médias e altas temem

contato e contaminação , mas continuam a depender de seus empregados” (Caldeira⁴ 1997).

Desta forma , São Paulo (como Los Angeles – “cidade carcerária”) é garantida e isolada por barreiras físicas como grades e muros, grandes espaços vazios para desencorajamento a qualquer pedestre e sistema privado de segurança e vigilância. Os condomínios são fechados e projetados como um mundo à parte , próprio ,que dispensa a cidade. Procuram a independência e a auto-suficiência tanto quanto possível. Buscam dispor de todos os equipamentos coletivos como: farmácia, bares, saunas, salas de balé , massagem, solário, tabacaria, quadras de esportes, piscinas, jardins, hortos, biblioteca, sala de vídeos e toda a extensa variedade de serviços. Porém , é bom que se diga : a “ilha de felicidade” é dependente do trabalho , dos serviços , dos “lá de fora”, o que desencadeou uma expansão de “serviços domésticos”, a mão-de-obra doméstica que vai se somar aos “serviços criativos” , gerenciais , destinados à administração e segurança.

Outro processo observado é o deslocamento de serviços, comércio, indústria, lazer já que São Paulo vive um processo de terceirização , de áreas centrais para bairros da antiga periferia. Formam-se , assim , enormes centros de escritórios e serviços especializados , que se multiplicam nesses novos lugares. Sucede a construção de “shopping centers” gigantescos em áreas até então isoladas. Com isso antigas áreas centrais ficam destinadas aos camelôs e comércio dos “sem-tetos” e cortiços dos pobres.

“São Paulo é a metrópole econômica de um país subdesenvolvido, onde não há lugar para os pobres que as grandes cidades, uma metrópole internacional e uma metrópole involuída” (Santos¹⁸,1994).

De acordo com o autor citado a paisagem urbana, o espaço construído demonstra que a cidade se mundializa – uma mundialidade e modernidade

perversa, incompleta, de caráter corporativo. A incorporação à globalização se processa em detrimento dos investimentos sócio-espaciais.

Sposati²² (1996) ao apresentar um panorama dos problemas múltiplos de São Paulo, também reafirmou a profunda desigualdade, o caos urbano, a desqualificação, a depredação, a violência, a destruição com o cenário de exclusão social, o crescimento da população nômade a ponto de gerar um outro tipo de arquitetura anárquica e desregulamentada. A modalidade co-habitação, construções multiplicadas em favelas, a explosão de cortiços nos bairros centrais formam a paisagem urbana. Grande parte das favelas estão em “áreas de risco” sem haver um urgente **“Programa de Segurança urbana”**. A população favelada é segregada e empurrada aos espaços circunscritos e que são de alto risco e violência. Noutras esferas geográficas ficam a riqueza e a ostentação.

“A ostentação da riqueza relegou as casas luxuosas ao uso comercial ou destinou seus valorizados terrenos a prédios de “finos” apartamentos, um por andar, ou a edifícios inteligentes de uso comercial, concebidos sob a era da informática. Os campos de concentração de riqueza – conglomerados de vilas em modelos alfa, beta, gama – adotaram tecnologia de ponta em sua vigilância. São cuidados voltados para impedir a entrada (invasão) de ‘estranhos’ e não a evasão dos prisioneiros como seus repudiados homônimos históricos” (Sposati²²,1996).

São Paulo é hoje uma cidade de muros com os diversos tipo de enclaves fortificados com as mesmas características básicas: são propriedades privadas para uso coletivo, fisicamente isolados por muros, espaços vazios ou outros recursos arquitetônicos, estão voltados para dentro e não para a rua, controlados por guardas e sistemas de segurança privada, funcionamento flexível, uso das tecnologias de comunicação e podem dispor de qualquer serviço fora e são

independentes de um centro urbano com alta densidade de serviços, tendem a ser ambientes socialmente homogêneos de classe média e alta (Caldeira⁴,1997).

Essas “ilhas” de primeiro mundo expressam “símbolos de status” e elaboram processos de distanciamento social pela afirmação de diferenças e desigualdades sociais.

O paradoxal prende-se à publicidade de imóveis, ao representar e codificar a segregação como um valor através de um novo conceito de moradia, de imagens de segurança, isolamento, homogeneidade, instalações e serviços.

“A imagem dos enclaves opõe à da cidade, representada como um mundo deteriorado, permeado não apenas por poluição e barulho, mas principalmente por confusão e mistura, ou seja, heterogeneidade social e encontros indesejáveis”(Caldeira⁴ 1997).

O desenho , a organização dos referidos enclaves são concebidos para não se subordinarem à rua, ao espaço público, instituições ou edifícios circundantes. E sim voltados exclusivamente para dentro, importa o interior. Configura “o ataque ao espaço público moderno” e toda reforma urbana preconizada pelo barão Haussmann e vivenciada por Paris no século XIX, como observa Caldeira⁴(1997).

No século XX a modernidade previa a “cidade funcional” de acordo com os princípios da “A Carta de Atenas” de Le Corbousier em que “as chaves do urbanismo estão nas quatro funções : habitar, trabalhar, recrear-se (nas horas livres) , circular .” Não se pode esquecer a famosa proclamação reformista: **“Arquitetura ou Revolução. Podemos evitar a revolução”** (Arantes³,1993).

E agora – no âmago do hiper-realismo, do “pós-modernismo” , da “sociedade do espetáculo” , da civilização do simulacro, dos tantos guetos, muros, vigilância,

caos, medo – pode-se então formular a seguinte questão: há uma arquitetura para esse espaço ou só resta uma revolução sócio espacial ?

Ribeiro¹⁵ (1996) tratando das transformações sócio-espaciais da cidade do Rio de Janeiro chega a conclusões semelhantes à realidade paulistana. Assim , constata que a cidade vem sofrendo os efeitos do capitalismo global com a consolidação do projeto neoliberal de inserção do Brasil no mercado mundial.

O Rio de Janeiro é uma cidade “fortemente fragmentada e sem rumo histórico”. A política de ajuste estrutural com a contração do setor público mais a política de arrocho salarial fizeram com que a economia da cidade tivesse perda de rendas. A desindustrialização , paralelamente ao crescimento do setor terciário, é acompanhada pela expansão da “economia urbana de sobrevivência”, ou seja , o enorme contingente de prestadores de serviços pessoais, ambulantes e biscateiros , entre outros. Outra evidência é o aumento do e a precarização dos assalariados e os baixos salários.

Na região metropolitana do Rio de Janeiro é plenamente observada a desconcentração metropolitana e polarização sócio-espacial. A evidente concentração social e espacial de renda tudo faz indicar que o futuro da cidade-metrópole do Rio de Janeiro é a fragmentação e dualização sócio-espacial, configurando a segregação sócio-espacial.

“No novo modelo de segregação sócio-espacial , favelas e periferia são marcadas pela retração do antigo tecido associativo e pela expansão de formas criminosas e perversas de sociabilidade. Tal mudança reforça a disseminação da cultura do medo que reconstrói os significados socioculturais das favelas e periferias: deixam de ser territórios de coagulação de valores e signos positivos, referências de identidades coletivas, e passam crescentemente ao papel de estigmatizadores e diabolizadores dos pobres , na medida em que se busca associá-los como o lugar e a origem da chamada violência urbana” (Ribeiro¹⁵, 1996).

A ausência de alteridade é um dos efeitos da quebra/fragmentação , produzida pelo processo de mundialização do capital a ponto de fazer “com que a cidade perca o controle da sua historicidade” como observa Ribeiro.

No espaço latino-americano e brasileiro sobram os exemplos de metrópole partida e de “cidade carcerária” consubstanciado pelo horror sócio-espacial que logo poderá tornar-se espaço do terror sem nenhuma garantia aos direitos da condição humana.

“Quanto ao modelo inédito que se instala sob o signo da cibernética, da automação, das tecnologias revolucionárias, e que agora exerce o poder, este parece ter-se desviado, isolado em fossas estanques, quase esotéricas. Não está mais em sincronia conosco. E, bem entendido, sem vínculo verdadeiro com o mundo do trabalho, que ele não usa mais e que considera , quando consegue entrevê-lo , um parasita irritante marcado pelas suas paixões, suas confusões, seus desastres incômodos, sua irracional obstinação em pretender existir, sua pouca utilidade. Sua pouca resistência, seu caráter benigno. Suas renúncias e sua inocuidade , por estar preso nos vestígios de uma sociedade onde suas funções foram abolidas. Entre esse dois universos nada mais que uma solução de continuidade” (Forrester⁶,1997).

Anomia , alienação, tirania e horror cada vez mais formam o universo citadino global .No entanto , não faltam os entusiastas os que preconizam o “urbanismo anárquico”, a “cidade fragmentária” , a “cidade caótica”.Vêm o esplendor de uma era sem importar para os “náufragos da competitividade”.

A **teratologia urbana** está repleta dos seus monstros urbanos como os guetos fortificados e os cortiços múltiplos ,os fragmentos e os excrementos. Mas, mesmo assim , numa carta a um professor brasileiro o pensador Lefebvre confienciava:

“...a dificuldade consiste em que é preciso mostrar que os fragmentos não se dispersam e

não se isolam, mas convergem num projeto de transformação do mundo”(Carta de Henri Lefebvre a José de Souza Martins) (Martins¹³,1996).

5.2.6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho .2ª ed. São Paulo, Cortez ed.,1995.
- 2-ARANTES, O. Urbanismo em fim de linha. A Folha de São Paulo, São Paulo, 05 set. 1993. 6,10.
- 3-_____. O lugar da Arquitetura depois dos modernos. São Paulo, EDUSP/Studio Nobel, 1993.
- 4-CALDEIRA, T. P. do R. Enclaves fortificados: a nova segregação urbana. Rev. Novos Estudos-CEBRAP, S. Paulo, 47: 155-76, 1997.
- 5-DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia; trad. Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1996. v.3.
- 6-FORRESTER, V. O horror econômico. Trad. Álvaro Lorencini. São Paulo, ed. UNESP, 1997.
- 7-GOTTDIENER, M. A produção social do espaço urbano; trad. Geraldo G. de Souza. São Paulo. Ed. USP, 1993.
- 8-HARVEY, D. Condição pós-moderna; trad. Adail U. Sobral & Maria S. Gonçalves. São Paulo, Ed. Loyola, 1992.
- 9-HOBSBAWM, E. Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991.Trad. Marcos Santarrita. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- 10-JAMESON, F. O pós-modernismo e a sociedade de consumo. In KAPLAN, E. A. Org. O mal-estar no Pós-modernismo: teorias e práticas; trad.Vera Ribeiro, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993.
- 11-LEFEBVRE, H. O Direito à Cidade; trad. Rubens E. Frias. São Paulo, Ed. Moraes, 1991.
- 12-MARICATO, E. Metrópole na periferia do capitalismo .São Paulo, Hucitec, 1996.

- 13-MARTINS, J. de S. org. Henri Lefebvre e o retorno à dialética. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 14-OSEKI, J. H. O único e o homogêneo na produção do espaço. In: MARTINS, J. de S. Org. Henry Lefebvre e o retorno à dialética. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 15-RIBEIRO, L. C. de Q. Rio de Janeiro: cidade partida. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, S. Paulo, 45: 167-82, 1996.
- 16-SANTOS, M. Espaço e sociedade. Petrópolis, Vozes, 1979.
- 17-_____ Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico - científico-informacional. São Paulo, Hucitec, 1994.
- 18-_____ Por uma Economia Política da cidade: O caso de São Paulo. São Paulo, Hucitec/Educ, 1994.
- 19-SARTRE, J. P. O engajamento da beleza; trad. Maria de Lourdes Porto. s. n.t.
- 20-SOJA, E. W. Geografias Pós-Modernas: A Reafirmação do Espaço na Teoria Social Crítica; trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993.
- 21-_____ O desenvolvimento metropolitano pós-moderno nos EUA: virando Los Angeles pelo avesso; trad. Antonio de Padua Danesi. In: SANTOS, M. et al. Território, globalização e Fragmentação. São Paulo, Hucitec, 1994.
- 22-SPOSATI, A. Desejo de São Paulo. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 45:183-208, 1996.

5.3 - SAÚDE PÚBLICA NA GLOBALIZAÇÃO

“Salus publica suprema lex”.

(Cícero (104 - 43 A.C.) em Das Leis, III, 9)

“Saúde Pública é a ciência e a arte de promover , proteger e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população”.

(Mascarenhas¹⁵ 1972).

“Conhecer a História ilumina o interesse público pela saúde”

(Rosen²² 1994).

As assertivas precedentes espelham o presente capítulo que trata da Saúde Pública na contemporaneidade. O interesse público pela saúde, a motivação e a participação consciente da população para as ações de promoção , proteção e de recuperação , hão de fazê-la direito e prática universal e igualitária. Ações estas que também exigem avançar o processo civilizatório em direção ao homem genérico e que consiga a superação da pré-história da sua humanidade. As múltiplas determinações da saúde exigem a liberdade , a igualdade e a solidariedade (em lugar do que foi a fraternidade) com o requerimento das ciências e das artes e da filosofia para se fazer da saúde a suprema lei.

O período histórico de plena crise de civilização, de retrocesso do que foi o Estado do Bem-Estar Social e do Estado do Socialismo Real traz consigo a substituição do que foi o modelo mais avançado de Saúde Pública: o Serviço Nacional de Saúde. Em seu lugar há o retorno à indústria do cuidado médico. Há necessidade de rever o passado – a História – para que se compreenda a reestruturação em curso.

A “Saúde Para Todos” – SPT-2000 – como era esperada e programada para o presente, não sucedeu . O que existe é a diferenciação , a exclusão , a

fragmentação, a hierarquização e a homogeneização pela troca (mercadização). A exemplo do espaço, a saúde produzida é também uma saúde abstrata. É esta mudança de rumo o objeto de estudo e análise neste capítulo.

Ao Estado (mínimo) executor das políticas de ajuste cabe prover as cestas ou pacotes “mínimos” direcionados aos pobres.

A fundamentação teórica consolidada no transcorrer do processo histórico é desvirtuada ou deixada de lado. Assim a concepção do próprio processo da saúde-doença de acordo com a Epidemiologia Social é substituída pela concepção clínica do modelo médico flexneriano, cujo resultado é uma prática sanitária centrada na atenção ou cuidado médico.

Pretende-se elucidar alguns pontos da Saúde Pública , nesta época global. O método utilizado é o “regressivo-progressivo”, e parte das origens da formação sócio-sanitária moderna até a situação atual do neoliberalismo na Saúde Pública. De posse dessas bases conceituais e históricas, o objetivo é pensar algumas possibilidades ou virtualidades para a Saúde Pública .

Com tal procedimento espera-se constatar algumas possibilidades ou virtualidades para a Saúde Pública no próximo século. Isso noutro capítulo do presente estudo.

5.3.1 - Urbanização e Saúde Pública

A industrialização foi o indutor da urbanização , ou seja ,da cidade moderna o que pode conduzir ao raciocínio de que o processo industrialização - urbanização é o indutor à Saúde Pública. A Saúde Pública , como campo de saber e de prática na sua configuração moderna é o induzido ou produto da urbanização.

Rosen²²(1994) em “**Uma História da Saúde Pública**” confirma a presente tese e demonstra a evolução urbano-industrial em conjunto com a da Saúde

Pública de forma permanente. Na longa travessia da história humana encontram-se os vestígios , a presença de artefatos , os escritos de leis e normas de construção de cidades com as formas de ruas , encanamento de água, sistema de esgoto, demonstrando que os maiores problemas de saúde sempre estiveram ligados a natureza da vida societária da espécie humana e nisso está a origem da Saúde Pública. A prática sanitária vai sempre prender-se a estrutura econômico-social de cada época demonstrando a historicidade dos saberes e das práticas em medicina e em saúde geral.

“A estrutura econômica não somente determina o lugar da prática médica [diga-se de toda a Saúde Pública] na estrutura social, mas também a característica e a importância dos elementos que compõem o todo social” (Garcia apud Nunes²⁰,1989).

Diferentes formas da prática sanitária, bem como dos conceitos básicos vão ser definidos e portanto diferentes, através da história. Há uma medicina, uma concepção de saúde - doença peculiar ao modo de produção escravista , feudal, capitalista, diferenciado através das diversas formações socio-econômicas dos diversos períodos históricos.

A beleza , a força, o vigor e a destreza física, o equilíbrio foram sinais de saúde para o hipocráticos. Sua sociedade escravista e a consequente divisão do trabalho deu lugar a duas práticas de saúde : uma para os escravos a cargo de simples praticantes e a medicina propriamente dita “ por uma terapêutica pedagógica e biográfica” , a cargo dos médicos contratados(Garcia apud Nunes²⁰,1989).

Entre os tantos legados da Grécia não se pode esquecer os livros “Epidemias I e II” de Hipócrates com descrição de doenças endêmicas da época e o

monumental “Ares, Águas e Lugares” em que apresenta as relações causais de fatores do meio ambiente e doença, (concepções ainda atuais) e a célebre pergunta: “Quais são os fatores responsáveis pela endemicidade local?”(Rosen²²,1994).

Mais tarde em Roma um outro personagem importante será Vitruvius Polio (século I a.c.) com o livro: **De Architectura** (sobre Arquitetura) que dá toda a importância à relação ambiente e saúde. Determina a necessidade de seleção de lugar com o estudo da salubridade do sítio para se proceder a fundação de uma cidade com a construção de prédios.

O suprimento de água e saneamento de Roma é um destaque e exemplo histórico, como a conhecida obra livresco: **De Aquis Urbis Romae** (Os aquedutos da cidade de Roma), de Sexto Júlio Frontino (40-104 d.c.).

O declínio da cultura urbana greco-romana no transcorrer da Idade Média faz, segundo Rosen, levar a uma certa decadência da organização e da prática sanitária. Os tantos problemas da vida urbana, as constantes pestilências faziam os conselhos de cidades determinarem o isolamento, a quarentena, supervisão e controle em geral que eram feitos pela administração da municipalidade medieval. Houve retrocesso em relação ao mundo grego-romano, mas procedimentos novos e originais aconteceram no medievo. “Nesse meio urbano a Saúde Pública , na teoria, na prática, reviveu. E evoluiu” como afirma Rosen²²(1994).A medicina secular tornou-se clerical na idade média , onde cuidar do doente era uma obrigação cristã. No fim da idade média, mas ainda em vigência a propriedade privada do senhor feudal, constata-se diferentes formas e tipos de cuidados médicos conforme as classes sociais. Havia a figura do protomédico graduado pelas universidades e destinado aos reis , príncipes e nobres. Esses médicos desfrutavam de honorários elevados. A burguesia em formação, e já numerosa , utilizava os médicos e cirurgiões com razoável capacidade técnica e eram

remunerados adequadamente como “médicos de cabeceira”. Aqui os indícios do que será a medicina liberal. Já para os desvalidos, restavam os curandeiros e barbeiros. Para morrer tinham por caridade os hospitais e hospícios.

O Renascimento com seus “admiráveis mundos novos” é extremamente significativo na história da Saúde Pública. A irrupção do capitalismo comercial com o surgimento de muitas cidades, a nova classe social – a burguesia, a evolução do Estado nacional, a nova racionalidade trazida pela doutrina mercantilista, os novos moldes liberais em relação às profissões a exemplo da medicina, novas ciências, novos conhecimentos e descobertas, tudo exigirão da moderna Saúde Pública com os seus serviços de saúde. A ideologia dominante da nova ordem via a população como o mais importante recurso produtivo de cada nação, logo tudo teria que ser feito no sentido do crescimento populacional e na redução da mortalidade. A medicina será amparada pelo Estado, com a criação de uma “polícia médica” (Rosen²² 1994).

As atividades de Saúde Pública que eram centralizada em espaço local - a cidade (o caráter de freguesia do período medieval), com a emergência e constituição do Estado moderno e governo nacional centralizado fizeram deslocar a administração da Saúde Pública para a esfera e a serviço do Estado. A importância do cameralismo - a versão alemão do mercantilismo - será propor um programa de governo na área da saúde.

A “Polícia Médica” foi considerada por Foucault¹² (1979) como a primeira etapa na formação da Medicina Social. O capitalismo desenvolvido no século XVIII e início do século XIX vai em primeiro lugar socializar o corpo enquanto força de trabalho ou força de produção.

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo

, com o corpo. Foi no biológico , no somático, no corporal que antes de tudo , investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (Foucault¹²,1979).

Os estados alemães ainda em processo de unificação vão desenvolver no começo do século XVIII uma “ciência do Estado”, que por um lado busca um conhecimento sobre o Estado e também sobre o funcionamento geral de seu aparelho político . Outra razão desse fato suceder na Alemanha deve-se , segundo Foucault , ao não desenvolvimento ou estagnação do desenvolvimento econômico . “Daí o fato de o Estado, no sentido moderno do termo, com seus aparelhos , seus funcionários, seu saber estatal, ter-se desenvolvido na Alemanha”, antecipando desta forma uma Inglaterra, uma França, bem mais economicamente desenvolvidos(Foucault¹²1979).

“Medicina de Estado” é a forma dada por Foucault como resultado do nascimento da ciência e da reflexão sobre o Estado.

A política mercantilista centrava sua atenção no crescimento populacional e para tal adotou medidas de controle às causas de morbi -mortalidade . Em países como a Inglaterra , a França estabeleceram estatísticas de nascimento e mortalidade. A **“aritmética política”** é o que se podia chamar de registros do Estado, cuja denominação é devida a William Petty no século XVII (Rosen²²1994).

No entanto , coube a Alemanha partir para a intervenção organizada e efetiva para produzir a elevação do nível de saúde da população. A denominada **polícia médica** (Medizinichepolizei) como noção foi criada em 1764 por Wolfgang Thomas Rau.

De acordo com Rosen²³(1983) , o interesse na saúde passava a ser “uma questão de administração pública” e do médico não cabia apenas a função de tratar o doente, “mas também a supervisionar a saúde da população”.

A “polícia médica” será basicamente desenvolvida por Johan Peter Frank que criou um sistema - o **“System de Frank”** que comportava vários princípios, destacando : 1º) Um sistema de observação da morbilidade bem mais completo que os simples quadros de nascimento e morte. A observação era feita pela contabilidade solicitada aos médicos e hospitais. 2º) É estabelecida uma normalização da prática e do saber médico, enfim um, controle pelo Estado. 3º) Uma organização administrativa para controlar as atividades dos médicos, a nível do Ministério ou da administração central por meio de um “departamento” para centralizar e unificar as informações, como é realizado o esquadrinhamento médico da população. 4º) A criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma área regional, aparecendo então neste momento “o médico como administrador de saúde”. Nenhum outro Estado ousou propor “uma medicina tão nitidamente funcionarizada , coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época” (Foucault¹²,1979).

A longa evolução da **“Saúde na política nacional”**, no que significa oferecimento de serviços para a proteção e a manutenção da saúde , será prosseguida na França e na Inglaterra principalmente no século XIX , dando continuidade a obra de J.P.Frank . Outros conceitos e fundamentos irão surgir ao desenvolvimento e à aplicação das política de saúde.

A segunda etapa no desenvolvimento da medicina social na concepção de Foucault¹²(1979) vai ocorrer na França em final do século XVIII. Uma fase na evolução da Saúde Pública cujo suporte não estava na estrutura estatal, mas vinculada ao “desenvolvimento das estruturas urbanas” – na urbanização – formando uma **medicina urbana**.

No final do século XVIII , entre 1750 e 1780, qualquer grande cidade francesa, a exemplo de Paris , não conseguia formar uma unidade territorial , pois é antes de tudo um conjunto de poderes senhoriais, constituído por leigos, pela Igreja, ou comunidades religiosas e corporações. Todos desfrutavam de autonomia com jurisdição própria.

“Ora, na segunda metade do século XVIII, se colocou o problema da unificação do poder urbano . Sentiu-se necessidade, ao menos nas grandes cidades, de construir a cidade como unidade , de organizar o corpo urbano de modo coerente , homogêneo , dependendo de um poder único e bem regulamentado” (Foucault¹²1979).

Os motivos para a formação deste novo poder são ,em primeiro lugar, econômicos na medida em que a cidade desenvolvia o comércio. O lugar do mercado terá que ser unificado para as relações comerciais e o mesmo a respeito da indústria nascente, sendo mais um lugar de produção vai requerer “mecanismos de regulação homogênea e coerentes.”

A segunda razão foi política. Houve a formação do proletariado e, conseqüentemente, as novas tensões políticas no interior da cidade, além de outros grupos e corporações.

O afrontamento entre ricos e pobres , plebe e burguês fazem surgir as agitações e sublevações urbanas em diferentes ordens de frequência e gravidade. Não esquecendo as revoltas de subsistência em momentos de alta de preços e baixa de salários , os mais pobres passam a saquear celeiros, mercados, docas, entrepostos. Aqui lembram as grandes revoltas contemporâneas da Revolução Francesa.

Até o século XVII as revoltas eram camponesas , as urbanas nelas se somavam , no entanto, a partir do final do século XVIII as revoltas tornam-se

urbanas e cada vez mais frequentes com a proletarização. “Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana”. Diante da cidade, sobrevêm o medo , a angústia e a insegurança . O medo urbano ou medo da cidade nascido, conforme Foucault¹²(1979), dentro das oficinas e fábricas no amontoamento da população e na concentração de casas. Há o terrível medo das epidemias urbanas , dos cemitérios , cada vez mais numerosos . Não esquecendo o medo dos esgotos , das “*caves*”.

O ar e a ameaça pútrida dos “**odores de Paris**” marcaram o século XVIII e XIX. Corbin¹⁰(1987) comentando sobre o meio ambiente parisiense assim se expressa :

“A lama de Paris forma uma mistura complexa de areia infiltrada entre as pedras do calçamento, de lixo nauseabundo , de água estagnada e de excremento . As rodas dos carros sovam essa massa , espalham-na , espirram os fedores na base de paredes e nos passantes”.

Além desse cenário tenebroso havia ainda o amontoamento de cadáveres no interior dos cemitérios acimados por muros do claustro a ponto de ocasionar o desmoronamento e espalhação de corpos. Eram sempre denunciados a infecção causada pelos cemitérios , os pequenos pânico devido ao ambiente excrementicial acrescido do aterrorizante fedor. Quais medidas serão tomadas pela nova classe burguesa , frente a esta “inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano?”(Foucault¹²1979).

É importante relatar que desde o fim da Idade Média existia em todo os países da Europa um **regulamento de urgência** como seria hoje chamado. Em tal plano estavam prescritas as seguintes medidas, segundo Foucault¹²(1979):

a) As pessoas tinham de permanecer em casa, num único lugar, ninguém poderia movimentar-se ;

b) Procedia – se na cidade o esquadrinhamento do espaço urbano para a vigilância geral. A cidade era dividida em bairros que ficavam sobre a responsabilidade de uma autoridade – o chefe de distrito , e tinha os inspetores para circularem as ruas e bairros;

c) A confecção de um relatório diário ao chefe central (prefeito da cidade). O sistema de vigilância se completava com um registro centralizado;

d) A revista exaustiva diária a todos habitantes era feita pelos inspetores e o devido recolhimento dos doentes para as enfermarias especiais e dos mortos;

e) A desinfecção a ser feita casa por casa.

Para Foucault havia dois modelos de esquema político - médico (dizer-se-ia de Saúde Pública) em relação ao esquema da quarentena acima referido . O primeiro era suscitado pela lepra , consistia a medicina da exclusão , exílio ou da purificação do espaço urbano. O próprio internamento dos loucos , malfeitores estavam de acordo com esse esquema. O outro modelo era conferido pela peste. A cidade seria esquadrinhada, inspecionada e controlada permanentemente. Aqui se processava o internamento.

A medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII, sobretudo na França, será um aprimoramento do tema da quarentena descrita. Essa apresenta três grandes objetivos, conforme Foucault¹²(1979):

Primeiro: consiste em analisar o **espaço urbano** verificando os lugares de acúmulo, amontoamento de tudo que podia provocar doenças, endemias e epidemias. “São essencialmente os cemitérios”. A partir de então os mesmos serão individualizados , isso começa desde o caixão individual , os túmulos reservados e serão localizados para fora da cidade. A presença do químico foi fundamental na tarefa de transferência de cemitérios. Ocorreu também a expulsão dos matadouros para os arredores , até então eram situados no centro de Paris.

“Portanto , o primeiro objetivo da medicina urbana é a análise das regiões de amontoamento , de confusão e de perigo no espaço urbano” (Foucault¹²,1979).

Segundo: Um outro objeto da medicina social urbana foi o controle da circulação das coisas, especialmente o **ar** e a **água** . Era a velha crença do século XVIII que o ar veicula os miasmas e que este age como fator patógeno sobre o organismo . O ar na cidade tinha que ser sadio, não podia ser bloqueado, impedido de circular entre as casa, entre os muros e as ruas. Por isso foi necessário abrir grandes avenidas e ampliar o espaço urbano para manter o estado de saúde da população através do bom arejamento. Outra medida posta em prática , ditada pela Saúde Pública , foi a destruição de casas amontoadas nas pontes da cidade. O mesmo procedimento houve com as águas, abrindo corredores, canais para impedir a estagnação das mesmas. Um plano diretor foi posto em execução para corrigir as margens do Sena. “A medicina urbana tem, portanto, como segundo objeto o controle e o estabelecimento de uma boa circulação de água e do ar”.

Terceiro: A medicina urbana tinha um terceiro objeto : “a organização das distribuições e sequências”, ou seja a colocação dos diferentes elementos necessários à vida comum da cidade. Tratou-se de definir das posições das pontes, dos esgotos, dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderias. Tais desordens sempre causaram as epidemias. Em 1742 Paris ganhou o primeiro plano hidrográfico, com pesquisa sobre os lugares para a dragagem das águas. Em 1789 quando começou a Revolução Francesa , Paris já era uma cidade esquadrinhada por uma polícia médica urbana.

Um ponto cruciante era o conflito entre a Saúde e a propriedade privada com as habitações , as “*caves*” – problemas com a propriedade dos subsolos . Foi elaborada uma legislação autoritária sobre os subsolos. A definição dos espaços

comuns, dos lugares de circulação , dos cemitérios, dos ossuários, do controle dos matadouros foram questões resolvidas.

“A burguesia que, para sua segurança política e sanitária, pretendia o controle da cidade, não podia ainda contradizer a legislação sobre a propriedade que ela reivindicava, procurava estabelecer, e só conseguirá impor no momento da Revolução Francesa. Daí, portanto, o caráter sagrado da propriedade privada e a inércia de todos os políticos médicos urbanos com relação a propriedade privada”(Foucault¹²1979).

A “**medicalização da cidade**”, no século XVIII, foi importante por várias razões: Primeiramente, a medicina urbana por intermédio da prática sanitária põe-se em contato com “ciências extra-médicas” como foi o caso quando da análise do ar , a química fez-se necessária. “A inserção da prática médica em um **corpus** de ciência físico-química se fez por intermédio da urbanização”(Foucault¹²,1979).

Em segundo lugar, há a importância da medicina urbana como “uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência”. A relação do organismo com o meio passa ser objeto permanente da medicina, primeiro com a análise do meio ambiente e depois ao estudo dos efeitos do meio sobre o organismo.

Por último , surge a noção de **salubridade** , isso pouco antes da Revolução Francesa e que depois terá grande importância com a criação dos “comitês de salubridade” dos departamentos das principais cidades, como decisões tomadas pela Assembléia Constituinte a 12 de setembro de 1790.

“Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos”. Com ela apareceu a noção de “**Higiene pública**” como técnica possível de controlar e modificar os elementos materiais do meio para favorecer a saúde e não prejudicar a saúde. Salubridade ou insalubridade do meio

passou a ser questão fundamental da higiene pública, que no transcorrer do século XIX “ o controle político-científico deste meio” será essencial como noção da medicina social francesa (Foucault¹²,1979).

“O problema da propriedade , princípio sagrado , impede que esta medicina seja dotada de um poder forte”. No entanto no século XIX será base do florescimento da cientificidade e da ampliação médica como prática e relação social. Foucault confirma que a medicina urbana francesa ficou distante de uma “medicina de Estado” diferente do que aconteceu na Alemanha.

O germinal civilizatório sempre trazido pelas revoluções. A saúde e a declaração universal dos direitos do homem trazidas pela Revolução Francesa , as metas da igualdade, da liberdade e da fraternidade humana :

“A própria Declaração dos Direitos do Homem implicava também a idéia de um corpo político fundamentado nos direitos naturais do homem; direitos que derivam do fato de que o homem constitui um ser natural, direitos à alimentação, vestuário, reprodução da espécie, enfim, direito às necessidades da vida” (Donnangelo¹¹,1976).

Hoje uma nova Saúde Pública urbana coloca-se necessária para sanear e criar os espaços sadios em todas as cidades e em especial nas metrópoles globais em direção ao que se intitula como “cidade saudável”.

A terceira direção da medicina social , para Foucault¹²(1979) está centrada na Inglaterra no transcorrer da revolução industrial. “Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização.” Agora o operário, a força de trabalho, será o alvo da medicina social. A razão dos pobres não terem sido problematizados no transcorrer do século XVIII foi de ordem quantitativa. O amontoamento , a concentração dos pobres não constituía perigo, o que não será o caso no século XIX. O pobre

situado no interior da cidade fazia-se necessário à condição da existência urbana pois era ele que executava tarefas urbanas como carregar o lixo , dejetos, transportar utensílios, alimentos, correspondências, entre outras. Eles faziam parte da instrumentalização da vida e da própria paisagem urbana sendo bastantes úteis e necessários.

No transcorrer do século XIX , o impacto trazido pela industrialização e consequente urbanização cria aos poucos uma nova situação em relação aos pobres e então estes aparecem como as “classes perigosas”. Foucault aponta várias razões . **Razão política** , haja vista a Revolução Francesa e as grandes agitações na Inglaterra no começo do século XIX. Os pobres passam a ser vistos como força política capaz de se revoltar . A nova realidade urbana com a existência de sistema postal em ordem, são exemplos dos motivos dados pela nova urbanização para dispensar a concentração de pobres no coração da cidade. Isso forma as **razões de ordem econômica** da cidade de agora. Também somam-se as **razões de ordem sanitária** como , por exemplo, a epidemia de cólera de 1832 que eclodiu em Paris e se estendeu por toda a Europa. Esse conjunto de razões “cristalizou em torno da população proletária ou plebéia uma série de medos políticos e sanitários”(Foucault¹²,1979).

A partir desta época o espaço urbano ficará dividido (segregado) entre ricos e pobres – espaços para os ricos e espaços para os pobres. A coabitação em um mesmo tecido urbano, a democratização espacial passa a ser um perigo sanitário e político para a cidade. Basta lembrar as razões que motivaram a reformulação urbana de Paris , durante Napoleão III.

É na Inglaterra com o estupendo desenvolvimento industrial e consequentemente do proletariado urbano que vai resultar uma nova forma de medicina social .

“Aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vem logo agregar-se o reconhecimento oficial do pauperismo, e a formalização da assistência ao indigente torna-se significativa com a Lei dos Pobres de 1601 . O cuidado do pobre caberá doravante na Inglaterra tanto ao poder público como ao privado , e a vigência da legislação sobre a pobreza se estenderá até o século XX , com apenas uma modificação legislativa realmente substancial neste intervalo - a Reforma da Lei dos Pobres - de 1834 (Donnangelo¹¹,1976).

A nova Lei dos Pobres era para liberar o mercado com a transformação do trabalho humano em mercadoria. A instalação do mercado de trabalho introduziu um novo ordenamento urbano-sanitário na complexa sociedade industrial.

“O movimento de reforma sanitária do século XIX, a partir do qual a Saúde Pública se desenvolveu, começou na Inglaterra porque tanto a Revolução Industrial como seus efeitos nocivos para a saúde primeiro apareceram naquele país”(Rosen²²,1994).

Na Inglaterra também não ocorreu nenhum projeto similar à Alemanha, quanto à Medicina de Estado, apesar de Edwin Chadwick ter se inspirado bastante nos métodos alemães. A Lei dos Pobres comportava, isso sim, o controle médico do pobre, um sistema de assistência para assegurar o controle de doenças das classes pobres para a proteção das classes ricas, onde um cordão sanitário é estabelecido no interior da cidade separando os ricos dos pobres.

“Vê-se, claramente, a transposição na legislação médica, do grande problema político da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política”(Foucault¹²,1979).

A Lei dos Pobres configura a trilogia do trabalho , da ajuda e dos cuidados ou seja prescreve métodos de repressão com assistência financeira e médica. O pobre

se define pelo “não - trabalho” na concepção de indigência ou mendicância , jamais como “desemprego”.

“A pobreza constitui uma categoria à parte da sociedade e representa, não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas a incapacidade puramente individual e portanto, um fato de responsabilidade também individual” (Donnangelo¹¹,1976).

O retrocesso pós-socialismo real, pós Estado de bem-estar social e com a plena vigência do neo-liberalismo faz novamente vigorar na atualidade a “ajuda” ou “socorro” nos estilos de programas nacionais de solidariedade ou comunidades solidárias.

Nessa fase da sociedade inglesa identifica-se uma Saúde Pública emergente, uma higiene pública para a cidade, cuja finalidade maior pode ser traduzida nas palavras do médico-filósofo libertário deste século : “intervenção nos locais insalubres , as verificações de vacina , os registros de doenças tinham de fato por objetivo o controle das classes mais pobres.” Noutro ponto o autor é mais incisivo:

“... aparece , no século XIX e sobretudo na Inglaterra , uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”(Foucault¹²,1997).

É interessante notar que esta forma da medicina social inglesa é a que teve mais futuro com a expansão e internacionalização do capitalismo. É neste cenário, na cidade industrial, que gradativamente vão se estruturando as práticas e saberes da moderna Saúde Pública. Em pleno século XIX, novas concepções de Medicina Social e Saúde Pública vão surgir além da Inglaterra , novamente na França e Alemanha.

Na Inglaterra há o prosseguimento da obra de Chadwick com o “Relatório ou uma Investigação sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora da Grã-Bretanha” que surgiu em 1842 e tratava da relação entre pobreza e insalubridade. Documento considerado por Rosen ²²(1994) como fundamental para a moderna Saúde Pública e que serviu de base a reformadores da saúde em outros países. Um dos pontos altos do documento era a defesa da necessidade de um **reforma sanitária** assim como de um órgão administrativo para a efetivação de um programa de prevenção. A novidade consistia que as grandes medidas preventivas decorriam mais da Engenharia , apontando obras de drenagem, limpeza e abastecimento d’água , entre outras. Não esquecer que Chadwick era um seguidor da teoria miasmática. Em 1843 como resultado das ponderações do Relatório foi instituída a **Comissão da Saúde das Cidades** que vai proceder levantamento da realidade urbano sanitária (superpopulação ,congestão ,pobreza, crime,insalubridade, mortalidade alta) e propor a nomeação de um corpo permanente às salvaguardas sanitárias. Em 1848 foi criado o Conselho Geral de Saúde (*General Board of Health*) que dispunha de poderes para estabelecer conselhos locais constituindo-se num grande marco na história da Saúde Pública .

Rosen aponta a epidemia de cólera de 1848 como um fator impulsionador poderoso para a concretização do Conselho e assim se refere:

“Na história da Saúde Pública , as epidemias ocupam um lugar de relevo entre as situações precipitantes de ações no interesse da saúde comunitária” (Rosen²²,1994).

Nas primeiras décadas do século XIX , a medicina social francesa prossegue com os estudos de Louis René Villermé destacando a investigação sobre as condições de vida dos trabalhadores da indústria têxtil , cuja constatação e explicitação da realidade levanta a opinião pública e provoca a elaboração de uma

legislação trabalhista , na França em 1841 , principalmente em relação ao trabalho infantil. Pesquisas sobre as taxas de mortalidade mostram a diferença entre os bairros de Paris e procuram assinalar uma relação entre pobreza e doença. Villermé procurou demonstrar que os fatores que interferem no padrão de vida produzem efeitos sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças. A influência da renda , nutrição, habitação saneamento e tudo o mais relacionado à situação social dos diferentes grupos sociais determinam as taxas de morbidade e mortalidade.

Jules Guérin, outra figura relevante da medicina francesa, em 1848 criou o termo “**medicina social**” , reafirmando as vinculações entre saúde, medicina e sociedade. Era o ano das “lutas de classes na França”.O proletariado desempenhou relevante papel político em busca da sua “república social”. Embora derrotados obtiveram programas de legislação social como pensão para velhice, assistência médica gratuita aos indigentes e quando afastados pelas condições de trabalho o direito às indenizações.

“Medicina e reforma social: é a politização do campo médico que se expressa na temática da medicina social e na incorporação da prática a projetos de reorganização coletiva” (Donnangelo¹¹,1976).

Nesta mesma época, na Alemanha de 1848, eram retomadas e acrescidas por médicos revolucionários e expoentes da medicina social as concepções de Guérin e Villermé. As reformas sanitárias são apresentadas no ano revolucionário de 1848 por Rudolf Virchow , Salomon Neumann e Rudolf Leubuscher. Todos demonstram como se processa a produção social da saúde e nela a importância do instrumento da medicina social ou seja da Saúde Pública. Virchow formulou a

idéia que : **“A medicina é uma ciência social e a política nada mais é que medicina em uma grande escala”**(Rosen²³,1983).

O Estado democrático “requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem estar, porque reconhece que todos tem iguais direitos”. A tarefa do Estado, neste caso , é prover o bem estar através da saúde e da educação em bases mais amplas possíveis para garantir a todos uma existência saudável. Virchow também elaborou uma teoria das epidemias, classificando-as em naturais e artificiais. As artificiais eram resultantes de causas muito mais sociais, econômicas e políticas do que biológicas. Desta forma confirmava o papel da medicina na atuação política (Rosen²³,1983).

Neumann elaborou um projeto para uma Lei de Saúde Pública e submeteu à Sociedade de Médicos e Cirurgiões de Berlim , em 1849 . No projeto a Saúde Pública teria por objetivos cuidar da sociedade como um todo, proteger cada indivíduo, e o Estado o direito de intervir na liberdade pessoal do indivíduo em casos de doenças transmissíveis e mentais. Também teria de assegurar o pleno desenvolvimento sadio , físico e mental do cidadão , a prevenção de todos os agravos à saúde e o controle das doenças.

Leubuscher agiu mais sobre o problema do trabalhador industrial . A proposição de um programa de higiene industrial sobre a regulamentação legal das condições de trabalho era necessário para evitar a chacina de inocentes pela industrialização . Defendia, por exemplo, a proibição do trabalho das crianças abaixo de 14 anos, redução da jornada diária quando o trabalho se processava em ocupações perigosas, a proteção das mulheres grávidas , a necessidade de haver padrões de ventilação no ambiente de trabalho e prevenir os envenenamentos industriais (Rosen²³,1983).

A presente medicina social alemã em síntese defendia os seguintes princípios: o primeiro é que a saúde das pessoas é um assunto societário e que portanto a

sociedade como um todo tem o dever de proteger e assegurar a saúde de seus membros. O segundo princípio referia que as condições sociais e econômicas têm um importante e determinante impacto sobre o processo saúde-doença e que tais relações deveriam ser sempre investigadas cientificamente . O terceiro princípio é que as medidas para promover a saúde e combater a doença são tanto médicas como sociais (Rosen²³,1983).

A revolução de 1848 na Alemanha, como na França , foi derrotada e como consequência o movimento de reforma médica em prol dos trabalhadores refreado. A **era bacteriológica** dará a Saúde Pública novos instrumentos e novas concepções que resultarão em um novo modelo de ação e prática. Vigorará a biologização , a redução do social e do político.

Rosen dá uma explicação quanto a multiplicidade de termos utilizados durante o período analisado : os termos “saúde pública” , “higiene pública” e “medicina social”.

“Isto não é para surpreender , pois , por muito , como a saúde pública estava focalizada sobre o melhoramento de condições ambientais e penetradas do espírito da reforma social, seus objetivos, em uma considerável extensão, coincidiam e envolviam aqueles defendidos pelos proponentes da medicina social. Somente quando a reforma sanitária, em um sentido limitado, começou a alcançar seus fins e os desenvolvimentos na medicina bacteriológicas voltaram sua atenção do controle do ambiente social e físico para o controle de doenças transmissíveis específicas, a saúde pública começou a apresentar um caráter distinto”(Rosen²³,1983).

Enfim os momentos de sístole e os de diástole que significam os avanços e os recuos como demonstra o caminhar da humanidade.

O ano de 1848 foi muito marcante na “Era das revoluções”. Foi o ano da publicação por “Marx e Engels do seu manifesto em que – **“Um espectro ronda a Europa – o espectro do comunismo”**. Se nenhum espectro estiver a rondar a Era Global deste fim do século XX , ela no mínimo é toda espectral. As tantas revelações tal como no fantasma *hamletiano* irão desencadear as novas tragédias. Algo de muito podre e patológico corroe o reino do capital global.

5.3.2 - Modelos de Sistemas De Saúde

“Ao longo da história do capitalismo, a questão da saúde não só cresce como problema coletivo , como também ganha espaço no pensamento econômico-social. Observa-se, entretanto, que tal avanço “teórico” se dá não exatamente na medida em que aumenta a gravidade do problema da saúde coletiva, mas na proporção em que a atenção à saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura sócio-econômica concreta” (Braga & Paula⁶1981).

A industrialização e a urbanização, a partir do século XIX, fazem com que a questão da saúde da comunidade passe a ser uma preocupação nacional. As doenças, a pobreza e as desordens urbanas em larga escala, além do convencimento da insuficiência reguladora da “**mão invisível**” de Adam Smith, foram motivos para os reformadores sociais passarem a exigir e argumentar a favor da intervenção do Estado para a obtenção dos benefícios sociais e sanitários.

Na segunda metade do século passado aconteceram na Europa dois eventos de real importância na resolução do problema assistencial médico-sanitário, que depois irão influenciar o padrão de assistência à saúde em vasta parte do mundo no presente século.

Uma das soluções ocorreu na Rússia em 1864 com o sistema Zemstvo ou Conselho provincial ou distrital, que segundo Navarro ¹⁷(1984) foi a primeira proposta de regionalização em saúde no mundo e não o tão apregoado Relatório Dawson , que é de 1920.

Na Rússia , de então, as autoridades dos Conselhos nomeavam médicos pagos por fundos de impostos, construía hospitais e quando não haviam médicos eram substituídos por um auxiliar (o Feldsher).

Por ocasião da revolução em 1917 , Nikolai A. Semashko como comissário da saúde do povo da União Soviética, elaborou o primeiro **Serviço Nacional de Saúde** , ampliando o princípio do sistema regionalizado de saúde para um sistema completo de serviços médicos e de Saúde Pública , mantidos pelo Estado e oferecidos a todo povo (Navarro¹⁷1984).

O outro evento foi na Alemanha em 1883, quando Otto von Bismark inaugurou um modelo abrangente de **Seguridade Social** que previa inclusive seguro contra acidentes industriais , enfermidade, invalidez e velhice. Os médicos eram funcionários civis, o sistema era de seguridade unificado, centralizado, sustentado por contribuições de empregadores, empregados e Estado. Havia a inclusão de todos os despossuídos tanto da indústria como da agricultura. Desde então, o sistema da Alemanha tem servido de referência a outros países como modelo de seguro e sido conservado no próprio país (Rosen ²²1994).

Além desses dois modelos acima citados muitas outras formas de sistemas de serviços de saúde foram tentados e experimentados no mundo. Terris²⁴ (1980) apresentou um estudo em que classifica os variados modelos em três que considera básicos. São os seguintes : a) Assistência Pública, b) Seguro Médico e c) Serviço Nacional de Saúde.

ASSISTÊNCIA PÚBLICA: É um sistema existente para a maior parte da população, para os necessitados e dependentes. Estes são assistidos em

ambulatórios, centros de saúde e hospitais do governo em geral. Os gastos são cobertos mediante impostos e fundos públicos. Os serviços médicos previstos funcionam em tempo integral, mas na realidade se fracionam em parciais. São administrados por secretarias de saúde. Este sistema é típico de países subdesenvolvidos; pouco industrializados. O sistema apesar de hegemônico, vem acompanhado de outras formas, como seguros e planos privados para serviços médicos e hospitalares privados Terris ²⁴, (1980).

Garcia ¹³(1984) em seu estudo sobre: “Estado e Políticas de Saúde na América Latina” no período de 1880 à 1930 , faz uma retrospectiva que vai da beneficência à assistência social e à previdência social, onde a medicina estatal, para atender as necessidades de uma produção capitalista ao mercado externo, vai pouco a pouco ganhando corpo, e com o progresso da industrialização aparecem as instituições de previdência social.

“Durante as últimas décadas do século XIX e as três primeiras décadas deste século , registrou-se na América latina a criação de órgãos de saúde de caráter nacional. A centralização dos serviços de saúde seria explicada como parte de um processo mais amplo de transformação da superestrutura jurídico-política do Estado, necessária para que essa superestrutura correspondesse à fase inicial da implantação do capitalismo”(Garcia ¹³1984).

SEGURO MÉDICO : A forma de seguro médico é própria dos países capitalistas e industrializados. Há uma grande variedade e diferença desses sistemas de seguros médicos . Há seguros governamentais, seguros privados, mescla de seguros governamentais e não governamentais. As diferentes modalidades de atendimento e de abrangência vão desde os seguros individuais , seguros extensivos aos familiares e dependentes do segurado. Há seguros totais e parciais em relação às modalidades de cobertura de serviços (Terris²⁴1980).

A predominância de seguros privados é decorrente da internacionalização do capital. Empresas médicas e seguradoras se fazem presente no mercado numa concorrência desenfreada , mediante diferentes modelos de planos e com sistema de pré-pagamento, sendo praticamente a característica geral dos seguros médicos nos diferentes países.

“A situação anômala e totalmente ilógica que os programas de serviços de saúde sejam administrados por instituições com fins lucrativos, é a característica geral dos seguros médicos nacionais” (Terris²⁴ 1980).

Os seguros médicos apresentam grande incapacidade de cobrir os custos totais da assistência médica , essa é a grande deficiência desse modelo . Os sistemas de “Seguro Médico” na atualidade, de acordo com Mendes ¹⁶ (1996), classificam-se em dois modelos. O **“Modelo Bismarck ou Sistema de Seguridade Social”** caracterizado por ser financiado pelos empresários e trabalhadores mediante cotas obrigatórias cujas relações contratuais são decorrentes de negociações coletivas bilaterais.

A gestão dos recursos financeiros é processada por fundos públicos e a contratação de prestadores de serviços médicos através dos fundos. Alemanha , Bélgica , Holanda e França são países que adotam esta modalidade de sistema de saúde.

A outra forma é o **“Modelo Seguro Social”**, o modelo típico norte-americano – EUA , cuja característica básica é a privatização. A compra dos serviços se dá por indivíduos, famílias ou empresas, sendo o financiamento individual ou coletivo. A prestação dos serviços é basicamente por empresas e direcionadas ao lucro. As nações que tem seguro médico nacional possuem os Ministérios ou Secretarias de Bem Estar Social ou de Previdência Social para gerir os seguros.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE : O primeiro modelo de um **Serviço Nacional de Saúde** veio com a revolução comunista de 1917 e foi concebido por Semashko segundo três princípios básicos: Em primeiro a unidade na organização dos serviços de saúde ; em segundo a participação da população em todas as atividades de proteção da saúde e, em terceiro, as medidas de ações integradas (promoção, proteção e recuperação) são a base de todo o serviço de saúde do país.

O Serviço Nacional se destaca pela cobertura universal, de ser gratuito , financiado por impostos, pessoal assalariado, regionalização dos serviços , participação dos cidadãos por meio de comissões permanentes de saúde ou conselhos locais; ênfase e prioridade na prevenção . Caracterizado por áreas geográficas e população definida permite a programação local com base na epidemiologia. A valorização da Unidade Local de Saúde polivalente, dinâmica, integrada aos ambulatórios ou centros e hospitais que formam a complexidade crescente é outro destaque máximo deste modelo, o qual seria inviável num sistema privado de seguro médico ou similares(Terris ²⁴ 1980).

De acordo com Mendes¹⁶(1996) há o “**Modelo Beveridge ou Sistema Nacional de Saúde**”, com base no Informe Beveridge de 1942. Apresenta financiamento público por impostos, gestão pública e a provisão de serviços é pública, complementarizada ou combinada com prestação de serviços privados. Além do Reino Unido outros países como a Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia adotaram o referido modelo. Restaria o “**Modelo Semashko ou Sistema Centralizado**”, o modelo originário e sempre seguido pelo países socialistas. Caracteriza por financiamento estatal, planejamento e direção centralizados e controle estatal. Não há atividade privada como componente do sistema.

O Serviço Nacional de Saúde sofreu profundas transformações e revezes, consequente ao desmoronamento dos países socialistas do leste europeu e da presente crise e solapamento dos Estados de Bem-estar Social na presente crise de

acumulação recessiva mundial. No entanto, pensar em saúde é portanto conceber e desenvolver um Serviço Nacional de Saúde. Estudar toda problemática de ordem econômica, política e social para traçar uma estratégia de luta e de concretização de um Serviço Nacional de Saúde, a exemplo do Sistema Único de Saúde – SUS – inserido na Constituição Brasileira de 1988.

5.3.3 - Reformas Sanitárias no Neoliberalismo

“Pode-se descrever sinteticamente este despertar do liberalismo através da seguinte progressão (ou regressão) histórica: a ofensiva dos liberais voltou-se historicamente contra o socialismo, seu natural adversário na versão coletivista (...); nestes últimos anos, voltou-se também contra o estado do bem-estar, isto é, contra a versão atenuada (...) do socialismo; agora é atacada a democracia, pura e simplesmente. **A insídia é grave.** Não está em jogo apenas o estado do bem-estar, quer dizer, o grande compromisso histórico entre o movimento operário e o capitalismo maduro, mas a própria democracia, quer dizer, o outro grande compromisso histórico precedente entre o tradicional privilégio da propriedade e o mundo do trabalho organizado, do qual nasce direta ou indiretamente a democracia moderna (através do sufrágio universal, da formação dos partidos de massa, etc.)” (Bobbio ⁵ 1997).(grifo nosso)

O processo de globalização adota o neoliberalismo como ideário político, econômico e social também na área da Saúde Pública. Os modelos de reformas nos sistemas de saúde procedidos nos anos 80 e 90 tomaram os Estados Unidos como paradigma para o desmantelamento e privatização dos serviços públicos de saúde. Se o neoliberalismo na sua vigência global toma os EUA como paradigma às reformas setoriais da saúde com a mesma base teórica prescrita para por fim ao Estado do Bem-Estar Social, será de significativa importância conhecer os

fundamentos teóricos e práticos deste sistema, ou seja, unificar a sua configuração institucional na atualidade.

De acordo com a exposição realizada por Noronha & Ugá¹⁹(1995) a respeito do Sistema de Saúde dos EUA, os principais traços contemporâneos são : trata-se de um sistema plural com grande variedade de instituições públicas e privadas . O Estado responde pelas ações de controle (vigilância epidemiológica e sanitária) e por provisão de serviços médico-hospitalares destinado a segmentos populacionais específicos, isso de forma descentralizada e indireta. No entretanto , é o setor privado que é predominante na assistência direta à saúde , compondo uma multiplicidade de subsistemas de planos e seguros destinados à cobertura diferenciada, diga-se às clientelas distintas.

“O caráter peculiar da assistência médica americana tem se revelado especialmente fértil em gerar e desenvolver propostas de recomposição da prática médica, que, introduzindo fatores corretivos de deficiências próprias ao setor deixam todavia intocado o essencial da estrutura de produção de serviços” (Donnangelo ¹¹1976).

Desta forma estrutura de produção e consumo da assistência médica até hoje permaneceu a cargo do setor privado, primando pela competição e diversidade de tipos ou modalidades assistenciais e também para assegurar o lucro das empresas que formam o complexo médico industrial e comercial. O sistema de saúde dos EUA é a configuração máxima da medicina privada dirigida à acumulação do capital. Navarro ¹⁸ (1979) o descreveu quanto a sua natureza e função da seguinte forma:

“Para resumir , direi que tenho tratado de demonstrar de que maneira as forças econômicas e políticas que determinam a estrutura de classe dos Estado Unidos são as mesmas que fixam a natureza e funções do setor saúde na referida nação. De fato a

composição, a natureza e funções do setor são o resultado do grau de propriedade, controle e influência que a classe corporativa e a alta classe média exercem sobre os meios de produção, reprodução e legitimação da sociedade estadunidense(...) incluindo os órgãos do Estado”(Navarro¹⁸ 1979).

O Estado apresenta uma estrutura institucional fragmentada que funciona segundo uma lógica de intervenção por programas e por reguladores. É o caso da *Food and Drug Administracion* e do *Center for Diseases Control* que responde por controle e vigilância . Já a *Health Care Financing Administracion* pertencente ao *US Department of Health and Human Services* (órgãos que corresponderiam a um ministério) atua como gestor da provisão e do financiamento de serviços de atenção médica , destinados a grupos e populações específicas, como é o caso de aposentados, pobres de fato, veteranos de guerra e pacientes renais terminais (Noronha & Ugá¹⁹ 1995).

A prestação dos serviços de assistência médico-hospitalar é realizada, predominantemente , pelo setor privado. Até mesmo os serviços vinculados ao Estado como o Medicare e o Medicaid são na quase totalidade efetivados por unidades privadas contratadas. O setor privado oferece uma enorme variedade de formas e arranjos de organizações interrelacionadas à execução e ao financiamento de serviços e planos. Desta maneira destaca o **setor privado sem finalidade de lucro** que no geral fazem parte as instituições de origem antiga , das organizações não governamentais de instituições caritativas. Comumente, *dirigem suas ações e cuidados a grupos sociais específicos como portadores de Câncer, grupos étnicos como os indígenas, etc.* São milhares de organizações não governamentais , crescentemente estimuladas pelo governo que atuam de forma descentralizada da coleta de fundos e nas organizações de serviços médicos como é o caso da *American Cancer Society* , hoje uma organização nacional.

Por outro lado aparece o multifacetado e dominante **setor privado lucrativo**. De acordo com Noronha & Ugá¹⁹ (1995) com a introdução dos programas *Medicare* e *Medicaid* e demais variadas organizações de seguros saúde ampliaram significativamente a demanda aos serviços prestados pelo setor privado lucrativo, onde 72% das receitas dos prestadores privados são provenientes de planos, seja através do Estado ou de outra empresa mediadora da relação usuário/prestador.

“Daí também derivaria a multiplicidade de iniciativas privadas na esfera da saúde nos Estados Unidos, às quais veio juntar-se tardiamente o Estado para desempenhar papel coadjuvante para corrigir as distorções do mercado e impor maior controle político sobre os agentes econômicos e profissionais” (Labra & Buss⁷ 1995).

Os planos *Blue Cross* e *Blue Shied* e os das companhias seguradoras ligadas ao setor financeiro dominavam a forma de seguro saúde. No entanto a partir dos meados dos anos 70 com a crise fiscal dos Estados decorrente da crise recessiva do capital mundial vão alimentar a formulação de novas propostas com prescrições de medidas conservadoras configurando as receitas e agendas “*pós-welfare*”; isso depois de um “diagnóstico neoliberal da crise dos serviços de saúde”, centrado em raciocínios econômicos e que repudiava a intervenção do Estado. Na década seguinte estas proposições irão orientar a nível mundial as reformas sanitárias de cunho neoliberal (Almeida¹ 1996).

De acordo com Almeida (1996) a resposta conservadora neoliberal entre os desdobramentos em relação à crise, faz resultar a formulação de um modelo nos EUA, em 1977, denominado de “**competição administrada**”-a *maneged competition*, cuja base teórica é a mesma que ataca o Estado de Bem - Estar Social como já foi referido. Foi criado por Alain Enthoven, consultor do governo estado-

unidense como proposta de reforma do sistema de saúde dos EUA . Esse modelo baseia-se na competição e na regulação . Propõe a criação de um “sistema nacional de seguro - saúde” com participação pública e privada , assegurando a livre escolha por consumidores, sistemas de pagamentos por terceiros (empregadores, grupos gerenciadores de serviços de saúde, governos estaduais), que administrariam os preços mas também garantiriam maior cobertura, melhor qualidade e controle dos custos.

A partir dos anos 80 já não se fala mais de crise sanitária, mas sim de crise dos sistemas de saúde. Os problemas sanitários são considerados comuns a qualquer sistema de saúde deste ou daquele país. Já que partir para reforma traduz: base no mercado ou seja na diversificação e concorrência , com o controle do déficit público e do gasto, minimização da participação do Estado, ênfase na privatização , flexibilização e desregulação. Em resumo, o credo neoliberal se faz presente na sua plenitude, exigindo a reestruturação do setor na direção do privado (combinação público-privado) ,descentralização, restrição da autonomia profissional. A competitividade é que dará a eficiência do sistema.

A agenda de reforma “*pós-welfare*”, segundo Almeida ¹(1996), para a área sanitária passa a questionar os princípios e fundamentos básicos que haviam servido à estruturação dos serviços de saúde como a universalização, a equidade, a participação. Os elementos centrais para o novo paradigma seriam:

1)“Resposta do Estado ao consumidor”, dirigida para uma nova relação entre os consumidores de serviços e o próprio Estado. A mudança básica agora consistiria em transformar o compromisso governamental de garantir o direito universal de acesso aos serviços de saúde para políticas de saúde baseadas “num conceito de demanda expressa segundo as preferências do consumidor e que levavam em consideração a questão dos custos”. A restrição da produção direta de serviços pelo Estado para a provisão via o mercado ;

2)“Inovações nas formas de organização da distribuição de serviços”.O Estado não será o único provedor de serviços, o único a organizar a provisão coletiva. Importa a ação de grupos, empresas, hão que ser estimuladas as ações voluntárias e comunitárias, a exemplo das organizações não governamentais (ONGs). O mesmo quanto ao financiamento desses serviços, não serem exclusivamente por impostos gerais. O Estado terá sim, o papel regulador conferindo o ambiente e o desempenho geral do setor.

3)“Financiamento e recuperação de custos”. Qualquer financiamento seja tanto para infra-estrutura , quanto para ampliar ou melhorar, recuperar os serviços de saúde deve ser por outros meios que não os da arrecadação fiscal. É preciso haver inovações de recuperação dos custos ao invés de novos impostos. Atender a perspectiva de custo-benefício, “uma relação estreita entre custos e serviços prestados ou recebidos de acordo como os princípios de trocas de mercado’. A co-participação dos níveis federal, estadual e local é prevista na sustentação e efetivação financeira. Propiciar os mecanismo de mercado para obter uma melhor relação entre demanda e oferta por meio dos custos, a permanência do Estado só será em atuações localizadas-focais e seletivas para determinados grupos específicos como pobreza extrema, aposentados, deficientes.

4)“Reformas gerenciais (ou responsabilização interna)” : cabe aqui a melhoria da eficiência e uma maior responsabilidade com o consumidor. A introdução no setor público de conceitos de gerenciamento e contabilidade utilizados na esfera privada é realizada. Atende, portanto, os objetivos: a) buscar meios para responder a demanda real e não programações “sobre o que as pessoas necessitaram ou a que deveriam ter acesso “ ; b) revisão do desempenho dos servidores públicos para processarem serviços efetivos e eficientes; c) restringir e redimensionar o emprego público; d) estimular a privatização por meio da flexibilização dos meios de provisão dos serviços.

5)“Reinterpretação da representação (ou responsabilização externa)”: os mecanismos e processos de representação políticas por meio de conselhos ou outras formas de participação na direção dos serviços de saúde são aqui questionados e postos em dúvida. É sugerido que as escolhas políticas ou burocráticas seja pela escolha do consumidor, dentro de um referencial mais técnico e operacional.

A abrangência destes fundamentos orienta a totalidade das reformas neoliberais na saúde. A sua formulação explicita e confirma as conclusões de (Laurell e Arellano¹⁴,1996) sobre o tema:

“A prática proposta por esta lógica neoliberal ortodoxa é uma agenda para a assistência à saúde cuja reorganização implica a retirada do Estado do financiamento e da provisão dos serviços de saúde e uma reorientação das instituições públicas para apenas procederem assistência seletiva num esquema remanescente do antiquado modelo de caridade para os pobres.”

As consequências dessa estratégia são a saúde abstrata permeada pela fragmentação, homogeneização e hierarquização e consequente privatização, uma verdadeira contra-reforma sanitária , logo, “a insídia é grave”.

Entre os mecanismos mais polêmicos e utilizados nas propostas de reformas conservadoras está a “**co-participação financeira do usuário (*cost-sharing*) ou *ticket moderador***” no custo dos serviços médicos através de uma taxa fixa para cada prescrição, variando de acordo com o tipo de cuidado e/ou renda e/ou grupo específico. Há a justificativa que tal procedimento estimula a conscientização do paciente e do profissional quanto aos custos dos serviços, sendo portanto

mecanismo racionalizador e preventivo no que toca a utilização desnecessária de serviços de saúde (Almeida ¹ 1996).

Outro mecanismo difundido amplamente é “**assistência médica administrada**” ou *Maneged Health Care*, cujos procedimentos são o controle de gastos, regulação (pública e privada) e controle da utilização. O destaque é dado ao poder da organização e da regulação privada “para influenciar os padrões de prestação de serviços contra todos no mercado privado independente do governo, e a preços acessíveis para a população”. A origem é os Estados Unidos (anos 70) quando o governo Nixon institucionalizou tal procedimento como política de governo. Nos anos 80 será largamente desenvolvida em múltiplas modalidades frente a pressão da “inflação médica” sempre superior a taxa da inflação geral.

Os sistemas de *Maneged Health Care*, ou assistência administrada são diversos, mas entre os modelos destacam-se os *Health Maintenance Organizations* – *HMOs*, os *Preferred Providers Organizations* – *EPOs*, além de outros. As características são :

1) *Health Maintenance Organizations (HMOs)*- a forma original e predominante que constitui uma combinação (*mix*) de seguradoras e prestadoras de serviços de saúde através de uma rede de ambulatorios e hospitais credenciados. Esses planos adotavam o sistema de pré-pagamento de taxa fixa, mas hoje já há outras formas de cobrança. Existem várias modalidades de relação HMO/Médico, distintos relacionamentos portanto, com os prestadores. Vão desde o **modelo de staff** em que os médicos tem vínculo empregatício sendo assalariados ou remunerados à base de produtividade. Segue o **modelo de grupo** onde a HMO contrata grupos de médicos por especialidades, que são empregados de empresa de medicina de grupo. Uma terceira modalidade é o “**modelo de rede**” (*network*) no qual vários grupos de médicos são contratados por uma

mesma HMO, sejam de empresas de medicina de grupo, abrangente a várias especialidades ou então grupos de médicos dirigidos à atenção Primária de Saúde. Há o quarto modelo – **modelo de Associações de Prática Individual** em que a HMO contrata associações de médicos, estes atendem nos próprios consultórios e não necessariamente só paciente da HMO . Por último o “**modelo de contrato direto**”, no qual os médicos são diretamente contratados e pagos por capacitação ou ato médico pela HMO (Noronha & Ugá¹⁹ 1995).

2) Outra importante forma de *Managed Health Care* são as *Preferred Provider Organizations (PPOs)* – que apresentam planos com universo mais amplo de prestadores . Oferecem ao empregador e/ ou as empresas de seguros, serviços de diagnóstico e terapia. Esses serviços formam grupos fechados que em troca da clientela da PPO combinam o método de pagamento e acatam as normas sobre a prática médica.

3) Uma terceira modalidade, similar da PPO são as *Exclusive Provide Organizations (EPOs)* , diferindo por limitar de forma rígida o acesso dos segurados à rede de prestadores credenciados. Por último , ter-se-ia outros sistemas que são combinações ou variações das tres formas apresentadas como os *Points - of - Service Plans* (Noronha & Ugá¹⁹ 1995).

A diferença essencial do *Point-of-Service Plan* em relação às demais formas de “assistência administrada” é quanto aos incentivos aos pacientes (benefícios do pagamento mais baixo) e pela aceitação do segurado poder consultar um profissional de fora do elenco, pois a ênfase deste sistema é canalizar a demanda aos clínicos gerais. A consulta optada fora do esquema é quase praticamente paga pelo paciente (Almeida¹1996).

Pelo exposto, as características estruturais do sistema de saúde norte americano estão dadas pela multiplicidade institucional, altamente fragmentada e diversificado. O paradoxo é ter servido de referência e modelo à reformas

sanitárias tanto para países centrais como periféricos no transcorrer das décadas de 80 e 90.

A dimensão da crise do sistema de saúde americano transparece nas palavras do próprio presidente William Clinton em 1993, ano que submeteu ao Congresso dos Estados Unidos o projeto da Lei de Seguro Saúde - *The American Health Security Act*.

“...O nosso sistema de saúde está profundamente danificado e é chegado a hora de repará-lo.

“Apesar da dedicação de literalmente milhões de profissionais de saúde talentosos, nossa assistência sanitária é incerta demais, e cara demais, burocrática e perdulária demais. Repleta de fraude e cobiça.

“Depois de largo tempo, após décadas de falsos começos, devemos tornar nossa mais urgente prioridade: dar segurança sanitária a todo americano; assistência sanitária que nunca possa ser subtraída, que esteja sempre disponível”(William Clinton, apud Noronha & Ugá¹⁹ 1995).

O quadro da crise da assistência à Saúde Americana pode-se muito bem ser visualizado no primeiro capítulo do plano do Presidente, ou seja: “*The President’s Health Security Plan*”²⁵ (1993)”, que relaciona os problemas – “sérios problemas de saúde” e que todos os americanos com seguro ou sem conhecem muito bem. Em tradução livre são os seguintes:

1º) Americanos sem seguridade. Uma entre quatro pessoas, o que totaliza 63 milhões de americanos, perderão a cobertura sobre o seguro de saúde, por algum período, nos próximos dois anos. É bom lembrar que o plano foi realizado

em 1993 , quando havia 37 milhões de americanos sem seguros e outros 22 milhões com cobertura inadequada.

Perda ou troca de emprego significa perder o seguro. Ficar doente ou ser portador de um problema médico crônico pode significar perda do seguro ou não ser mais capaz de obtê-lo.

2º) Os gastos com cuidados de saúde aumentam mais rápido do que outros setores da economia . O crescimento vertiginoso dos gastos com cuidados de saúde rouba dos salários dos trabalhadores, estimula o crescimento do déficit do orçamento do governo federal e toca na riqueza de milhões de americanos.

O aumento desenfreado com gastos na saúde deverá consumir cerca de dois terços do aumento do PIB (Produto Interno Bruto) para cada americano até o final da década. Os gastos deverão aumentar de 14% do PIB para 19% sem ocasionar nenhum aumento de cobertura de seguro aos americanos.

3º) Burocracia esmaga consumidores e provedores de saúde. Excessiva papelada desconserta e frustra médicos, enfermeiros, pacientes e seus familiares, além de aumentar significativamente os custos.

4º) Qualidade desigual. Por não haver padrões claros para definir uma melhor prática médica, falta de informação e atenção inadequada à prevenção fazem com que haja desigualdade quanto a qualidade do cuidado de saúde . Consumidores não tem informação confiável com que possa avaliar a qualidade de seus serviços de saúde ou respectiva cobertura.

5º) Cobertura para cuidados a longo prazo é inadequada. Muitos idosos e americanos incapacitados entram em sanatórios ou outras instituições ,quando preferiam permanecer em casa. Os familiares esgotam seus recursos tentando

proporcionar cuidados aos parentes deficientes.

6º) Muitos americanos não conseguem obter cuidados qualitativos. Em muitas áreas, rurais ou cidades do interior há escassez de médicos , clínicas e de hospitais, constituindo sérios obstáculos à obtenção de cuidados.

7º) Fraude e abuso roubam a todos. Muitos americanos acreditam que custos exorbitantes , fraude e abuso solapam tanto a qualidade como o acesso para o cuidado.

Frente a este panorama geral sobre a precariedade do sistema de saúde, a Lei (projeto) propunha a criação de seguridade – *The American Health Security* , com cobertura universal , padrão de qualidade nacional e controle dos custos, além de ampliar os acessos aos cuidados , procurar reduzir as fraudes e abusos e reduzir de forma sistemática a burocracia. A Lei também criava uma Conselho Nacional de Saúde independente para supervisão do novo sistema e responder pelo estabelecimento do Programa Nacional de Administração de Qualidade.

Até o presente (1997) a poderosa *American Medical Association* – *AMA* , as associações de hospitais , as companhias de seguros, enfim todo o “Complexo médico-industrial e comercial” têm logrado êxitos e mantido a continuidade do mercantilismo médico.

A continuidade da saúde abstrata, equalizada para o ato de compra e venda, da troca mercantil, centrada no paradigma **flexneriano**, datado de 1910 (Relatório Flexner) que é caracterizado pelos seguintes elementos segundo Mendes ¹⁶ (1996):

a) **Mecanicismo** : que consagra o corpo humano como máquina, visão que demanda desde a primeira grande obra inicial da medicina moderna – “*De Humanis Corporis Fabrica*” de André Vesálio (Séc. XVI) , um sinal do conservadorismo.

b) Biologismo : como manobra ideológica, garantindo o processo saúde-doença como “natural” o que seria social. Desde os avanços da bacteriologia com a teoria dos germes ou dos agentes biológicos, o reducionismo suplantou a concepção da determinação social procedente dos avanços da medicina social do século XIX. Persiste a história natural das doenças, atribuindo uma homogeneidade biológica.

c) Individualismo: nisso há a fragmentação, a diferenciação, a conversão de todo ato e ação de saúde num objeto e prática individualizada.

d) Especialização: a contínua pulverização do conhecimento, a parcialidade abstrata da totalidade e do global, fazem-se necessárias e contingentes no modo de produção capitalista no que é a divisão técnica do trabalho.

e) Tecnificação : a contínua inovação e absorção tecnológica do ato médico, a engenharia biomédica que tanto complexificam e encarecem o custo do cuidado médico na montagem de todo o arsenal diagnóstico e terapêutico.

f) Curativismo: a dominância da clínica, no que constitui diagnóstico e tratamento decorrente do processo físeo-patológico que vai dos primeiros sinais e sintomas à doença final, culminando a cura ou a morte.

“O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e substitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica” (Mendes ¹⁶1996).

O sistema sanitário americano é flexneriano por excelência, centrado no cuidado médico e no hospital e caracterizado, primordialmente, pela desigualdade e exclusão social, o que já conformaliza como um sério problema de Saúde

Pública. Razões como estas fizeram a Associação Americana de Saúde Pública – *American Public Health Association (APHA)* em 1989, desenvolver um conjunto de princípios como base para um programa de saúde, conforme texto de Rattner²¹ (1993). Destaca-se na série , a defesa de princípios como:

- a) Cobertura universal para todos nos EUA;
- b) Benefícios abrangentes, incluindo serviços de manutenção da saúde, preventivos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para todos os tipos de doenças e todas as condições de saúde;
- c) Organização e administração da assistência à saúde através de mecanismos de controle passíveis de conhecimento público para assegurar a máxima resposta às necessidades públicas, com uma maior responsabilidade das agências de saúde dos governos federais, estaduais e local;
- d) Incentivos e salvaguardas para assegurar efetiva e eficiente organização de serviços e boa qualidade de assistência;
- e) Avaliação e planejamento contínuos para melhorar a prestação de serviços de saúde com participação do provedor e do consumidor ;
- f) Inclusão de programa de prevenção de doenças e promoção de saúde;
- g) Ausência de discriminação na prestação de serviços de saúde ; entre outros.

A APHA clama pela presença do Estado na saúde, pela universalidade e equidade da assistência, integralidade das ações: promoção, proteção e recuperação. Enfim a proposta é de um sistema único de saúde. Logo um sinal de

alerta às propaladas reformas neoliberais que propõe a competição e a diversidade através da privatização e desmantelamento do público estatal como medidas para garantir a eficiência e a eficácia.

Interessante é verificar o que as agências bilaterais propõem para a América Latina ou aos países em desenvolvimento, mais especificamente países de renda média e de baixa renda. Um documento se incumbe de cumprir esse propósito, trata-se do “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial - 1993: Investindo em Saúde”(Banco Mundial²,1993).

5.3.4 - A Saúde na Periferia Global

“Tudo isto está transformando a saúde para todos em saúde para poucos”(Berlinguer³,1993).

O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial² 1993 - Investindo em Saúde propõe aos países em desenvolvimento, para que a saúde melhore, as políticas governamentais que esses devem adotar, numa **abordagem tríplice**.

Primeiro : “Criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de saúde”. Para essa “ambiência econômica” será necessário as políticas de crescimento, incluindo quando necessário as políticas de ajuste econômico, assegurar mais renda aos pobres, investimentos no ensino, principalmente para meninas, e também promover os direitos e a condição da mulher.

Segundo : “Tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde”. O desafio será compensar as deficiências de mercado e o financiamento eficiente de serviços para atender melhor os pobres, onde deve-se então concentrar os recursos. Diretrizes são apontadas, como reduzir os gastos destinados a atendimento especializado em serviços terciários. O fundamental é financiar e implementar dois pacotes: um de Saúde Pública direcionado a combater “as grandes externalidades” o que envolvem o controle de doenças infecciosas, a prevenção da AIDS, a poluição ambiental e comportamentos individuais, por exemplo, o alcoolismo. O outro pacote seria o de “serviços clínicos essenciais” cuja composição e abrangência poderá variar conforme os países, levando em conta as condições epidemiológicas, preferências locais e renda.

A descentralização de responsabilidades, contratação de serviços especializados de terceiros e autonomia orçamentara são critérios destacados para aprimorar a administração dos serviços de saúde governamentais.

Terceiro: “Promover a diversificação e a concorrência” ou seja facilitar a participação do setor privado. Aos governos caberiam o financiamento dos pacotes nacionais de Saúde Pública e de serviços clínicos essenciais. A cobertura dos demais serviços clínicos poderia ficar a cargo da previdência social ou seguro-saúde privados segundo regulação estabelecida pelo governo. “A regulação governamental pode fortalecer os mercados de seguro privado se incentivar mais a cobertura ampla e a contenção de custos.” Se houver a divulgação de informações necessárias, mesmo os serviços clínicos financiados com recursos públicos podem sofrer a concorrência e ter o envolvimento do setor privado na oferta dos mesmos, o que contribuiria para a eficiência. A concorrência e a diversificação seria fomentada entre os fornecedores de insumos como medicamentos, equipamentos e

os prestadores de serviços na área da saúde, o que iria contribuir para a melhoria da qualidade e a queda dos custos.

A seguir são relacionados alguns tópicos do documento referido, considerados importantes à análise das políticas e reformas dos anos 80 e 90 , procedidas na América latina e demais países em desenvolvimento:

- O impacto global da doença deve-se prender também à incapacidade, além da mortalidade prematura. O presente Relatório apresenta o indicador **AVAI - Anos de vida ajustados por incapacidade** (que soma aos anos de vida sadia perdidos em virtude de óbitos prematuros e os anos perdidos por incapacidade).

- Há um elenco de problemas comuns a fazerem parte dos sistemas de saúde:
a) a má alocação dos recursos (gastos com intervenções de pouca eficácia em função dos custos como as cirurgias de câncer , gastos com hospital - escola); b) desigualdade social (os pobres não tem acesso a serviços básicos de saúde e recebem atendimento de má qualidade); c) ineficiência (grande parte do dinheiro gasto com saúde é devidamente desperdiçado); d) custos estratosféricos (ao ponto das despesas com assistência médica crescerem mais do que a renda, isso em alguns países de renda média).

- As atuações do governo e do mercado no setor saúde devem ser norteadas por três princípios: a) serviços relacionados com a saúde são bens públicos , como a transmissão de informações, controle de doenças contagiosas. Como os mercados privados raramente atuam, os bens públicos devem ser ofertados pelos governos. Há serviços sanitários de grande **externalidade** onde o consumo de um indivíduo afeta o dos outros. A imunização de uma criança desacelera a transmissão da doença para outras crianças, esta ação é um exemplo de externalidade positiva. Poluidores, motoristas embriagados geram externalidades

negativas. Logo o governo deve interferir para aumentar as positivas e desestimular, frear as negativas; b) a prestação de serviços de saúde eficientes em termos de custos aos pobres constitui medida eficaz e socialmente aceitável de reduzir a pobreza (acesso à assistência médica básica , assistência médica primária). O governo pode subsidiar a assistência privada e as ONGs (organizações não governamentais) para que atendam os pobres ou ofertar serviços públicos gratuitos ou abaixo do custo para os menos favorecidos. c) a atuação do governo talvez se faça necessária para neutralizar os problemas decorrentes das incertezas e deficiências do mercado segurador. A variedade de riscos, de recursos de atendimento às pessoas faz com que o governo assuma o papel de regulamentar os seguros de saúde privados.

- A prioridade máxima dos governos é financiar dois pacotes : um restrito contendo medidas de Saúde Pública (imunizações , serviços de saúde na escola, transmissão de informações e serviços especiais de planejamento familiar e nutrição, programas para redução do consumo de tabaco e álcool, ação reguladora, informações e investimentos públicos criteriosos para melhorar o ambiente doméstico e prevenção da AIDS). O outro referente aos serviços clínicos essenciais (serviços de assistência à gestante – pré-natal , no parto e pós-parto – serviços de planejamento familiar, controle da tuberculose, sobretudo pela medicação, controle das DST, atendimento de doenças graves comuns em crianças pequenas – doenças diarreicas , infecções respiratórias agudas, sarampo, malária e desnutrição aguda.

- Hospital distrital, deve ser a instalação mais sofisticada para atender os serviços mínimos do pacote clínico essencial.

- O custeio deverá ser por parte do governo , agências de assistência e pacientes; isso nos países de baixa renda. Já os países de renda média deverão alocar os gastos públicos com serviços discricionários de menor eficácia em termos de custo para programas de saúde pública e atendimento clínico essencial. *Não deve haver financiamento universal, o governo deve subsidiar os menos favorecidos.*

- A reforma dos sistemas de saúde deverá assegurar a prestação de serviços básicos de saúde pública e atendimento clínico essencial. Reduzir e abolir os gastos com serviços clínicos discricionários (os que ficam fora do pacote). Um meio de fazer isso é cobrar taxas dos pacientes abastados que se utilizam dos hospitais e serviços públicos. Promover o seguro auto financiado. Os governos financiem a capacitação de profissionais necessários à assistência médica primária. Devem os governos reorientar os gastos com pessoal, equipamento e instalações para a base da pirâmide assistencial. O restante será promover a diversificação e a concorrência. “Dentre as ações do governo que visem a incentivar a assistência médica privada um elemento essencial é a regulamentação”(B.M. ²,1993).

Em 1993 o relatório sobre o “Desenvolvimento Mundial – Investindo em Saúde” trás para os países de baixa renda e de renda média, como para os ex-países do bloco socialista, a agenda e diretrizes para as reformas dos respectivos sistemas ou serviços de saúde, para garantir às suas populações as intituladas cestas ou pacotes básicos de saúde.

De acordo com a crítica sistemática procedida por Laurell & Arellano¹⁴(1996) sobre o Relatório do Banco Mundial são destacados os seguintes **objetivos básicos**: primeiro trazer a política de saúde aos cânones neoliberais que passa a considerar a saúde como campo e domínio do setor privado principalmente, ao

setor público restará algumas responsabilidades em determinadas circunstâncias. Um segundo objetivo é adotar e adequar a política de saúde às prioridades do ajuste fiscal, cujos pontos básicos são a redução e reestruturação dos gastos públicos sociais e sanitários. Um terceiro objetivo no sentido de legitimar as medidas dos programas de ajuste estrutural, busca-se o consenso em torno dos propósitos com a valorização e atenção a dois grandes atores que cada vez mais crescem de importância em todas as regiões do mundo: as organizações femininas e as organizações não-governamentais (ONGs). Por outro lado há um continuado esforço para desenvolver o discurso social centrado no combate à pobreza. Adotar o lema (*slogan*) da UNICEF “Ajuste com face humana” ou a recomendação da 39ª Assembléia Mundial da Saúde que a saúde e a nutrição não poderiam ser esquecidos nos programas de ajuste estrutural.

“De qualquer modo, um simples discurso será dificilmente suficiente para neutralizar a devastação social e os conflitos políticos causados pelo modelo neoliberal, problemas que ameaçam torná-los inviáveis” (Laurell & Arellano ¹⁴, 1996).

Os mesmos autores concluem que as duas estratégias ditadas ao Estado (aqui o antiestatismo neoliberal se atenua) seriam: 1) promover e transferir a potencialidade lucrativa dos financiamentos e provisões de serviços ao setor privado; 2) concentrar a ação do próprio Estado que é prover programas de baixo-custo através de serviços simples – primários – para uma população alvo definida, como a que vive em situação crítica de pobreza. Os benefícios oferecidos são considerados como concessão e não como direitos.

O documento contém três premissas, sendo a primeira, básica do neoliberalismo e estabelece que o bem-estar social é uma responsabilidade do

campo privado e só quando o setor privado não puder responder é que entra o Estado. A segunda premissa da proposta do Banco é que o setor público é ineficiente e frequentemente injusto, por sua vez a esfera privada ganha em eficiência e justiça desde que atenda a dinâmica mercadológica da livre escolha e da concorrência. A terceira premissa é bastante realística, pois afirma que os recursos das políticas públicas são e deverão continuar escassos. É bom que se diga que tais premissas não são comprovadas em parte alguma do Relatório, logo cumprem essencialmente juízo ideológico.

As propostas do Banco Mundial se resumem em duas estratégias primárias básicas: a introdução do mercado na assistência médica e que a alocação dos recursos públicos atenda o critério técnico e instrumental da eficiência. O propósito quando da intervenção governamental será promover a concorrência e a diversidade, com isso facilitar o desenvolvimento do setor privado. Verifica-se aqui a plena retomada do pensamento econômico neoclássico da “economia de saúde”.

“Economia de saúde é o campo de investigação cujo lema é o uso ótimo de recursos para o cuidado de doentes e a promoção da saúde. Sua tarefa é avaliar a eficiência da organização dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização” (Muskin.S.,1958 apud Braga & Paula,⁶1981).

A postura é de reduzir tudo a simples dimensões econômicas com a instrumentalização para o lucro, de forma que um gasto ou um investimento terão de produzir retorno ou dividendos. Transformar tudo a seu valor de troca, a uma expressão contábil qualquer aspecto da atividade humana, fazendo da Saúde Pública uma empresa comercial (Braga & Paula ⁶,1981).

As responsabilidades do setor público ficarão restritas aqueles serviços e atividades que o setor privado não se interesse em realizar ou então porque não pode fazê-lo. São definidas quatro razões para legitimar a intervenção governamental. São elas : a) provisão de “bens públicos” que não fica muito bem definida; b) destinar certas atividades para pessoas , mas que garantam grandes externalidades , o que significa beneficiar não só os atendidos mas tornar o bem produzido extensivo ou coletivo ; c) regulação e informação para corrigir as falhas do mercado ; d) algumas ações dirigidas ao alívio da pobreza , porém que respondam ao critério de custo-eficiência. Como pode-se observar a racionalidade da intervenção governamental resume-se em cobrir as lacunas deixadas pelo setor privado naquelas ações não lucrativas (Laurell & Arellano¹⁴,1996).

A justificativa e argumentos à restrição do Estado nas funções sociais , exceto à provisão ou financiamento das “cestas básicas”, são a pobreza dos próprios estados, a ineficiência do setor público e a iniquidade de acesso aos serviços.

O ataque frontal aos Estados nacionais feito pelo Banco Mundial no referido documento não traz a comprovação em nenhum momento que a prestação da assistência médica feita pelas empresas privadas venha ser menos iníqua , mais eficiente e de menor custo. Como bem lembram Laurell & Arellano¹⁴(1996), o Banco esquece de referir a situação do sistema de saúde dos EUA que prima por ser o modelo de máxima privatização e de duvidosa eficiência e eficácia.

Os aspectos macro econômicos com a ruptura dos monopólios públicos, privatizações de empresas estatais, desregulamentação econômica para facilitar a transição de capitais internacionais assim como políticas de descentralização fiscal de serviços são procedimentos que só têm favorecido os países centrais (Constituição e fortalecimento da tríade – os blocos liderados pelos EUA, Alemanha e Japão) , pouco sobrando para a periferia do sistema (Cano ⁸ ,1996).

“Assim sendo, o imperialismo, para ‘completar’ sua globalização nos países subdesenvolvidos, está causando um verdadeiro flagelo, sucateando precocemente a capacidade produtiva e infra-estrutura, ao exigir a moderna substituição daqueles ativos. Por outro lado, o debilitamento do Estado, que já era acentuado com a ‘crise da dívida’, aumentou ainda mais, com as políticas de ajustes neoliberais, desregulamentações, privatizações, exaustão da capacidade de planejamento e incapacitação da política econômica. A esses Estados nacionais pouco tem restado fazer para escapar de uma ‘reação passiva’. Isso está agravando a atual crise social”(CANO ⁸,1996).

As razões da acentuada concentração e centralização da riqueza mundial decorrentes da espoliação imperialista não são referidas quando o Banco passa a exigir reformas e “pacotinhos” de serviços sanitários, aos países periféricos.

A razão instrumentalizada (tal como a razão adormecida) faz os monstros aparecerem (lembrando de Goya). A inaceitável e inconsistente classificação dos serviços médicos em serviços essenciais – destinados para a cesta – e serviços clínicos “discricionários”, consiste em outro ponto do relatório. O consumo destes serviços será de acordo com o poder aquisitivo das pessoas. O dinheiro e o lucro determinam a prescrição médica, pois os serviços clínicos referidos como “discricionários” são “bens privados” e que não devem ser financiados por fundos públicos.

A “insídia é grave” porque o direito universal de todo o cidadão à saúde,garantido pelo Estado, com equidade e qualidade,é destruído pelo “fundamentalismo monetarista”. De acordo com Berlinguer ³(1993) são alteradas as “regras do jogo” que eram comumente aceitas e no lugar da justiça e da solidariedade fica a competitividade e a livre iniciativa”.

Como explicar que a produção de serviços de saúde por empresas privadas segundo os parâmetros da concorrência e da diversificação irão assegurar a redução dos gastos pelo Estado, oferecendo serviços mais qualitativos, eficientes e eficazes.

O arsenal de teses das nossas faculdades de Saúde Pública e dos departamentos de Medicina Social e Preventiva é por demais suficiente em fundamentos e conclusões para se pensar o contrário e verificar a impropriedade de tal afirmação do Relatório. O que dizer das 40.000 especialidades farmacêuticas do mercado brasileiro, quando a própria OMS afirma que com 300 fármacos são suficientes para cobrir as necessidades desta área. Isso só para citar um exemplo. É de conhecimento geral que o lucro (a concorrência) motiva e produz práticas contraditórias, métodos de diagnósticos e de tratamentos indevidos, marcadamente, iatrogênicos.

A lógica neoliberal requer o desmantelamento e o deslocamento dos sistemas ou serviços nacionais de saúde correspondentes a fase do Estado providência. O retrocesso ao modelo médico hegemônico flexneriano, centrado na consulta médica, ou seja, no ato clínico, é a característica marcante, a ponto da Atenção Primária de Saúde ser agora no “Investindo em Saúde”, denominada de “Atenção Médica Primária”. O cuidado médico para ser mercantilizado é reconvertido em território da acumulação capitalista por meio das empresas multinacionais. Paralelamente em ritmo acelerado, presencia-se a deterioração das instituições típicas de Saúde Pública.

Os investimentos externos diretos (IED) a partir dos anos 80 começaram de forma abrupta na área dos serviços pelos oligopólios mundiais. A “nova fronteira” da mundialização do capital passa a se dar justamente na internacionalização dos serviços. De acordo com Chesnais ⁹(1996) o fluxo destes investimentos da década

de 70 para a de 80 representou cerca de 55 a 60% dos totais de investimentos. O setor terciário entre 1981 e 1990 chegou a aumentar a uma taxa anual de 14,9%, superando a do setor primário. E que verdadeiros oligopólios foram e são formados reunindo múltiplas atividades de produção e de transação comercial. Não há, na citada obra, referência quanto aos serviços médico-sanitários. São referidos os de transporte aéreo, turismo, comunicação e informática, mas com certeza a política mundial na área da saúde direciona-se para a internacionalização dos serviços pois a globalização não é excludente para setor algum. A estratégia em andamento fica evidente com o estudo e análise do “Investindo em Saúde” e outros documentos sucedâneos. Há evidências concretas que a reestruturação privatizante é realizada por etapas.

“Mas o florescimento contemporâneo do IED nos serviços tem motivos ainda mais poderosos. No caso das grandes infra-estruturas, que foram organizadas, na maioria dos países, com base no serviço público, bem como no setor financeiro, era necessário que o movimento de liberação e desregulamentação estourasse o ferrolho das limitações das legislações nacionais” Chesnais⁹(1996).

Mais poderosos que os setores primários e secundários se fazem agora nesta direção a dupla movimentação da desregulamentação e da privatização dos serviços públicos infra-estruturais urbanos e sanitários, que até pouco tempo eram estritamente administrados pelo Estado.

Outro documento importante a reforçar a extensão do “Investindo em Saúde” é o elaborado em 1994 pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL) conjuntamente, com Organização Pan-Americana da Saúde

(OPS/OMS) com o título **“Saúde, Equidade e transformação produtiva” – (STPE)** , cujo enfoque é uma reafirmação do documento de 1993. Haja vista que os países da região hão de implementar reformas do setor como componente específico da reforma do Estado. A focalização de programas e serviços, o desenho e implementação das cestas básicas, o *“mix”* público e privado são elementos que compõem a “transformação produtiva” para superar o Estado ineficiente , centralizador (a gestão há que ser descentralizada e autônoma) , o descontrole dos gastos públicos (logo haver controle e prioridade para os pobres) e a existência de tantos programas e projetos não avaliados de acordo os parâmetros de custo /benefício (que agora será contingência) (Mendes¹⁶,1996).

A ordem do “capital & saúde” prepara e ocupa o território latino americano com as redes das produtoras(de insumos), seguradoras e provedoras multinacionais dos serviços de saúde.

“Formula-se então , a proposta da ‘saúde na transformação produtiva com equidade’ (STPE), baseada em três valores fundamentais: a qualidade, a produtividade e a equidade. Seu enfoque central é o retorno dos países da Região a um modelo de desenvolvimento coerente com os novos cenários mundiais e nos marcos de economias abertas, capaz de gerar uma dinâmica que favoreça , simultaneamente, a modernização produtiva , a inserção competitiva na economia global e a melhoria sustentada dos níveis de equidade em todos os países”(Mendes¹⁶,1996).

A irrupção da lógica do mercado pela mundialização sanitária está em pleno processamento ao compasso das organizações multilaterais como Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e CEPAL.

Há evidente coerção aos países subdesenvolvidos , dependentes e periféricos, cujos governos ficam plenamente atrelados à espera dos investimentos estrangeiros.

“A proposta (Banco Mundial) está a sugerir experimentações em larga escala e o desmantelamento das instituições públicas de saúde que são até agora a única alternativa à imensa maioria da população . Rejeita a saúde como uma necessidade humana e um direito social e violenta valores básicos ao afirmar que decisões sobre a vida e a morte podem ser justamente realizadas através do mercado por meio da fórmula custo/eficiência” Laurell & Arellano ¹⁴(1996).

O “horror econômico” traz a ambiência do mal-estar. Tudo é reduzido ao seu valor de troca, mercantilização dos serviços que se amplia a do próprio corpo. O fenômeno da **medicalização da vida** agora entrelaçado com um outro, “talvez mais grave: **a mercantilização da medicina**, conjugada à transformação em mercadoria ou dinheiro de cada parte do corpo , e de cada ato voltado à vida e à saúde”(Berlinguer & Garrafa ⁴,1996).

Tem-se desta forma a iniquidade, a injustiça , a alienação com o pleno desvio do processo civilizatório para a barbárie. “Corações e mentes” não podem ficar sujeito à dura lei do pagamento em espécie, ao ato de compra e venda. Razões, fundamentos, motivos que apontam a impropriedade e a inviabilidade do projeto neoliberal na área da saúde foram reunidos por Mendes ¹⁶(1996) com referência a Reinhardt(1987) e Tobin (1970) a seguir:

“... os serviços de saúde, por sua natureza intrínseca, não podem ser considerados objetos de transação em mercados concorrenciais; os mecanismos de mercado tendem, pela seleção

adversa, a penalizar os velhos e os portadores de doenças crônicas; a saúde é um atributo que condiciona a possibilidade de consumo de todos os outros bens e serviços; os consumidores não são soberanos para decidir quando nem como utilizar os serviços de saúde, o que exige a intermediação de um profissional; o desequilíbrio de informação existente entre prestadores de serviços e consumidores; a existência de externalidades , ou seja, o fato de que a utilização de alguns serviços de saúde produz vantagens não somente para quem os adquire mas à sociedade em seu conjunto; o caráter aleatório do aparecimento das doenças; a ocorrência de riscos morais; a indução da demanda pela oferta e a natureza potencialmente infinita das necessidades de saúde ante o caráter finito dos recursos para atendê-las.”

5.3.5 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. Saúde e Sociedade, São Paulo, 5(1): 3-53, 1996.
- 2-BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- 3-BERLINGUER,G. O direito à vida e a ética da saúde; trad. Cláudio G. Couto. Rev. Lua Nova, São Paulo, 30: 121-43, 1993.
- 4-BERLINGUER ,G. & GARRAFA,V. O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo;trad. Isabel R. Augusto. Brasília,Ed.UnB,1996.
- 5-BOBBIO, N. O futuro da Democracia: uma defesa das regras do jogo; trad. Marco Aurélio Nogueira. 6ªed. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1997.
- 6-BRAGA, J. C. de & PAULA, S. G. de Saúde e Previdência: estudos de Política Social. São Paulo, CEBES-Hucitec, 1981.
- 7-BUSS, P. M. & LABRA, M. E. Org. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 1995.
- 8-CANO,W. Notas sobre o imperialismo hoje. Crítica Marxista, São Paulo, Brasiliense, 1 (3): 132-5, 1996.
- 9-CHESNAIS, F. A mundialização do capital, trad. Silvana F. Foá. São Paulo, Xamã, 1996.
- 10-CORBIN, A. Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX; trad. Ligia Watanabe. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

- 11-DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- 12-FOUCAULT, M. Microfísica do Poder; trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- 13-GARCIA, J. C. Estado e políticas de saúde na América Latina; trad. Eliana Sabino. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984.
- 14-LAURELL, A. C. & ARELLANO, O. L. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal, for health. International Journal of Health Services, 26 (1): 1-18, 1996.
- 15-MASCARENHAS, R. dos S. et al. Introdução a Administração Sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972. (mimeografado)
- 16-MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 17-NAVARRO, V. Lucha de classes, Estado y Medicina; trad. Lucia Rayas. México, Ed. Nueva Imagen, 1984.
- 18-_____. La Medicina bajo el capitalismo; trad. Jordi Beltran. Barcelona, Ed. Crítica-Grijalbo, 1979.

- 19-NORONHA, J. C. de & UGÁ , M.A.D. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, P.M. & LABRA, M. E. Org. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 1995.
- 20-NUNES, E. D. org. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez-Abrasco, 1989.
- 21-RATTNER, D. Programa Nacional de Saúde da American Public Health Association (APHA) para os Estados Unidos (Guia da APHA para o debate da reforma da assistência à saúde. Saúde em Debate, Londrina-PR, 40: 54-9, 1993.
- 22-ROSEN,G. Uma História da Saúde Pública; trad. Marcos F. Da Silva Moreira. São Paulo, Ed. UNESP, Hucitec e Abrasco, 1994.
- 23-_____ A evolução da Medicina social; trad. Everaldo D. Nunes. In: NUNES, E. D. Org. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
- 24-TERRIS,M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo Veintiuno ed.,1980.
- 25-THE WHITE HOUSE DOMESTIC POLICY COUNCIL. The President's Health Security Plan, New York, Times Books, 1993.

5.4 - DESENVOLVIMENTO MUNDIAL

(CENTRALIZAÇÃO/CONCENTRAÇÃO versus EXCLUSÃO/PRIVAÇÃO)

“Em 1938, Trotski escrevia que ‘a catástrofe que se aproxima enche de angústia as massas mais profundas da humanidade’.

Hoje esse sentimento não decorre, como em 1938, do medo da guerra, que já não atinge todos os povos com tal intensidade. A angústia vivida pelas grandes massas, praticamente no mundo todo, vem da constatação pela classe operária, a juventude e as massas oprimidas, da degradação acelerada das suas condições de existência : ressurgimento e permanência do desemprego, precariedade das condições primárias de existência, destruição da proteção social, ressurgimento da fome ou mesmo onde não há fome, novas epidemias, nova decadência tanto individual quanto social, arrogância das classes possuidoras e de uma sociedade que volta a ostentar a riqueza de uns aos olhos de todos os que não têm nada” (Chesnais ⁸,1997).

A polarização do mundo na era da globalização, mais de qualquer outra época, retrata-se pela divisão de ricos e pobres, países ou regiões desenvolvidas frente aos subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, ao lado de áreas de estagnação econômico – sociais. Dados numéricos ou indicadores econômico-sociais confirmam o desenvolvimento desigual a nível mundial, regional e local.

A questão básica é confrontar a possibilidade ou virtualidade da universalidade e igualdade dos direitos à cidade e à saúde no contexto da realidade do desenvolvimento mundial na era da globalização. Busca-se, desta forma, dados e informações estatísticas de natureza sócio-econômica, de desenvolvimento urbano e sanitário da presente situação mundial.

5.4.1- Aspectos da Situação Econômico - Social

O programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD, em 1990, apresentou o primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano com uma nova conceituação de desenvolvimento e um novo indicador, o **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)** com o objetivo de medir a qualidade de vida e o progresso humano em âmbito mundial.

O conceito de **Desenvolvimento Humano** é um conceito amplo e integral, definido como o processo para a ampliação das opções e oportunidades das pessoas no sentido de desfrutar uma vida longa e saudável, poder adquirir conhecimentos e fundamentalmente ter acesso aos recursos e meios necessários a um padrão de vida decente. Logo, o conceito de desenvolvimento humano deve incorporar múltiplas dimensões : econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais, para poder garantir as opções e oportunidades às pessoas.

A noção de desenvolvimento humano enfatiza a necessidade do crescimento econômico, da produtividade, mas o enfoque é quanto a perspectiva do desenvolvimento para as pessoas, nisso está o fundamento da equidade, ou seja, as pessoas devem ter acesso a iguais oportunidades. Um outro componente essencial é a noção de sustentabilidade (o desenvolvimento sustentável), ou seja, o compromisso de não prejudicar as futuras gerações e a própria sobrevivência da espécie humana. Por último, como componente também essencial ao desenvolvimento das pessoas é a participação na decisão, o “desenvolvimento pelas pessoas.” É nesta direção que cabe aos países definirem suas estratégias de crescimento e desenvolvimento.

O IDH aqui referido segue a metodologia estabelecida no Relatório do Desenvolvimento Humano de 1995, que é composto por três elementos básicos:

- a) longevidade – medida pela esperança de vida ao nascer ;
- b) conhecimento – medido através da média ponderada entre a taxa de alfabetização dos adultos (com peso 2) e a taxa combinada de matrícula nos três níveis de ensino (com peso 1);
- c) padrão de vida – medido pelo poder de compra, baseado no PIB **per capita** ajustado ao custo de vida local (paridade de poder de compra – PPC).

Os índices de desenvolvimento calculados a nível mundial e publicados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) revelam a disparidade econômica, a polarização em países desenvolvidos e não desenvolvidos, a desigualdade e a pobreza como as barreiras à construção de uma cidade saudável e uma saúde universal.

Os resultados do Relatório do PNUD/IPEA³⁰ publicados em 1996 confirmam esta disparidade sócio-econômica demonstrando a existência de três “mundos” e três “brasis”. O Canadá é o país de mais alto índice com 0,950 do grupo de Alto Desenvolvimento Humano .

Segue o grupo de Médio Desenvolvimento onde se situa o Brasil que teve um índice 0,797 e por último o grupo dos países de Baixo Desenvolvimento Humano em que figuram o Paquistão com 0,483 e Lesoto com 0,466, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação dos estados brasileiros e de países selecionados segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) , 1996.

Países e Estados	Classificação dos países segundo o IDH	Valor do IDH	Países e Estados	Classificação dos países segundo o IDH	Valor do IDH
Canadá	1	0,950	Cuba	72	0,769
Estados Unidos	2	0,937	Mato Grosso	73	0,769
Japão	3	0,937	Líbia		0,768
Holanda	4	0,936			
Finlândia	5	0,934	Síria	79	0,761
			Goiás		0,760
Argentina	30	0,882	Jordânia	80	0,758
Coréia do Sul	31	0,882	Moldávia	81	0,757
Uruguai	32	0,881	Roraima		0,749
Chile	33	0,880	Albânia	82	0,739
República Tcheca	40	0,872	Paraguai	87	0,723
Rio Grande do Sul		0,871			
Brunei	41	0,868	Armênia	90	0,715
			Rondônia		0,715
Venezuela	47	0,859	Omã	91	0,715
Distrito Federal		0,858			
Letônia	48	0,858	Azerbaijão	99	0,696
			Pará		0,688
Polônia	51	0,855	Filipinas	100	0,677
São Paulo		0,850	Líbano	101	0,675
Federação Russa	52	0,849	Acre		0,665
México	53	0,842	Sergipe		0,663
Santa Catarina		0,842	Samoa	102	0,651
Ucrânia	54	0,842			
			Nicarágua	109	0,611
Qatar	56	0,838	Bahia		0,609
Rio de Janeiro		0,838	Mongólia	110	0,604
Colômbia	57	0,836			
Tailândia	58	0,827	Honduras	116	0,578
Paraná		0,827	Pernambuco		0,577
Mato Grosso do Sul		0,826	Rio Grande do Norte		0,574
Malásia	59	0,822	Marrocos	117	0,554
Kuait	61	0,821	Suazilândia	124	0,522
Espírito Santo		0,816	Maranhão		0,512
Seychelles	62	0,810	Ilhas Salomão	125	0,511
			Papua-Nova Guiné	126	0,508
Cazaquistão	64	0,798	Ceará		0,506
Amazonas		0,797	Camarões	127	0,503
Bulgária	65	0,796	Piauí		0,502
			Alagoas		0,500
Equador	68	0,784	Paquistão	128	0,483
Amapá		0,781			
Minas Gerais		0,779	Lesoto	131	0,473
Dominica	69	0,776	Paraíba		0,466

Fonte: Tabela 1.1 e UNDP 1995. Apud Refer. Bibliogr.Nº 30.

Os dados do Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil 1996

PNUD/IPEA³⁰ mostram um Brasil dividido em três áreas, que se diferenciam

do ponto de vista sócio-econômico. Uma área cujos estados apresentam alto índice de desenvolvimento, ou seja, superior a 0,8, com destaque para o Rio Grande do Sul como primeiro colocado (0,871); outra que é o grupo com nível médio e que se situa entre 0,7 e 0,8 e os estados que formam o grupo de menor índice, inferior a 0,7. O Estado de menor IDH é a Paraíba com 0,466. A Figura 2 e a Tabela 2 mostram claramente estes achados.

Figura 2 - Configuração regional do Desenvolvimento Humano do Brasil - IDH, 1996.

Fonte: Relat. D.H. - IPEA/PNUD. Apud Refer. Bibliogr. Nº 30.

Tabela 2 - Classificação dos estados brasileiros segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 1996

Estados	Classificação segundo				
	Valor do IDH	IDH	PIB <i>per capita</i>	Esperança de Vida	Escolaridade
Rio Grande do Sul	0,871	1	4	2	3
Distrito Federal	0,858	2	1	6	1
São Paulo	0,850	3	2	11	2
Santa Catarina	0,842	4	6	5	5
Rio de Janeiro	0,838	5	3	12	4
Paraná	0,827	6	5	10	6
Mato Grosso do Sul	0,826	7	8	7	7
Espírito Santo	0,816	8	9	4	8
Amazonas	0,797	9	7	9	15
Amapá	0,781	10	13	3	10
Minas Gerais	0,779	11	10	13	11
Mato Grosso	0,769	12	11	8	12
Goiás	0,760	13	12	15	9
Roraima	0,749	14	16	1	14
Rondônia	0,715	15	14	17	13
Pará	0,688	16	18	14	16
Acre	0,665	17	17	16	20
Sergipe	0,663	18	15	20	19
Bahia	0,609	19	20	19	21
Pernambuco	0,577	20	21	23	17
Rio Grande do Norte	0,574	21	19	25	18
Maranhão	0,512	22	25	21	22
Ceará	0,506	23	23	22	24
Piauí	0,502	24	26	18	23
Alagoas	0,500	25	22	24	26
Paraíba	0,466	26	24	26	25

Nota: O IDH de Tocantins não foi calculado , por não se dispor de informações relativa à esperança de vida no estado; situa-se no entanto, no intervalo 0,5 – 0,6.

Fonte: Relat.D.H. - IPEA/PNUD. Apud Refer. Bibliogr. Nº 30.

O Relatório do Banco Mundial (1997) apresenta o índice de desenvolvimento humano com os países classificados em três grupos , conforme a disparidade sócio-econômica. O Canadá aparece novamente na primeira posição com IDH igual a 0,960 e Serra Leoa ,na África , em último lugar, com IDH igual a 0,176 como demonstra a Figura 3.

Figura 3 - Índice de Desenvolvimento Humano, segundo grupos de países, 1997.

Fonte: Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas-Relatório de 1997.

Apud Refer. Bibliogr. Nº17.

Dos dados calculados para 175 países, pelos técnicos da ONU , o Brasil caiu dez pontos em relação à sua posição anterior , ou seja da 58ª posição para

a 68ª posição, entre os países que possuem IDH médio. O Brasil passou de 0,797 para 0,783 (IDH¹⁷,1997).

Um outro indicador utilizado para avaliar a desigualdade econômica é o **Índice de GINI**, que é uma medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de 0 (zero) - a perfeita igualdade - até 1 (um)- a desigualdade máxima (IBGE/SC¹⁴,1991).

A desigualdade é comumente alta nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a exemplo dos latino-americanos, onde o Brasil sempre vem com o patamar mais elevado. Observa-se uma melhor igualdade da distribuição da renda e um índice de Gini relativamente bom nos países do ex-socialismo real, hoje em transição para a economia de mercado, conforme Tabela 3.

Tabela 3 -Distribuição da renda de alguns países segundo o Índice de GINI e distribuição percentual (10% e 20% inferiores e 20% e 10% superiores) em anos recentes.

PAÍS	ANO	ÍNDICE DE GINI	10% INFERIOR	20% INFERIOR.	20% SUPERIOR.	10% SUPERIOR.
BRASIL	1989	0,634	0,7	2,1	67,5	51,3
MÉXICO	1992	0,503	1,6	4,1	55,3	39,2
CHILE	1994	0,565	1,4	3,5	61,0	46,1
VENEZUELA	1990	0,538	1,4	3,6	58,4	42,7
COLÔMBIA	1991	0,513	1,3	3,6	55,8	39,5
PERU	1994	0,449	1,9	4,9	50,4	34,3
MALASIA	1989	0,484	1,9	4,6	53,7	37,9
HUNGRIA	1993	0,270	4,0	9,5	36,6	22,6
EGITO	1991	0,320	3,9	8,7	41,1	26,7
CHINA	1992	0,376	2,6	6,2	43,9	26,8
ÍNDIA	1992	0,338	3,7	8,5	42,6	28,4
REP.TCHECA	1993	0,266	4,6	10,5	37,4	23,5

Fonte: Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial , 1996.Apud Refer. Bibliogr. Nº 31.

A diferenciação da distribuição de renda é enorme na América Latina, a comparação entre os 10 e 20% de salários inferiores com os 10 e 20% de nível de renda superior é gritante , conforme expressa a Tabela 3 já referida.

O Brasil segundo dados do PNAD/IBGE em 1995 demonstra a persistência da altíssima concentração da renda, pois os 10% mais pobres ficavam com apenas 1,1 do percentual, enquanto os 10% mais ricos concentravam 48,2 % como demonstra a Figura nº 4.

Figura 4 - Evolução do rendimento mensal brasileiro, 1985 a 1995.

Fonte: PNAD/IBGE/FIN, Apud. Refer. Bibliogr. Nº12

O contraste da situação brasileira neste particular é confirmado analisando a evolução do salário mínimo em sua linha descendente no transcorrer das últimas décadas. Conforme a Figura 5.

Figura 5 - A evolução do salário mínimo no período de 1940 a 1996, Brasil, 1996.

Fonte: IPEA .Apud Refer. Bibliogr. Nº 1

O Brasil torna-se assim o “monumento de injustiça social”, “candidato a campeão mundial de desigualdade econômica”, como se refere Hobsbawm¹⁶(1995), quanto ao fato dos 20% mais ricos ficarem com quase dois terços da renda total da nação, enquanto os 20% mais pobres não vão além de 2,5% da mesma ; isso era a situação em 1991 conforme Relatório do Banco Mundial e que se mantém praticamente em idênticas proporções.

A disparidade econômica ,em nível mundial, na ordem do capitalismo global, em vez de ser superada, continua aumentando.A população extremamente pobre mais que duplicou entre 1975 e 1990. Em 1960 a renda dos 20% mais ricos da população mundial era 30 vezes maior do que a dos 20% mais pobres. No princípio dos anos 90 já era 60 vezes maior. Por outro lado segundo Informe da Organização Mundial de Saúde ²⁵(1995) a população dos países desenvolvidos consome de 10 a 20 vezes mais recursos naturais, em média, do que os países em desenvolvimento.

Outro fato marcante na economia mundial são as grandes diferenças de emprego e salário, e conseqüentemente de padrões de vida entre as regiões mundiais, formando uma hierarquização internacional como demonstra a Figura 6 .

Figura 6 - Salários correspondentes a certas ocupações em sete cidades, 1994.

Fonte: Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1995. Apud Refer. Bibliogr. Nº 29.

Trinta e três (33%) da população dos países subdesenvolvidos totalizando 1,3 bilhões de pessoas, vivem com menos de um dólar *per capita* por dia (US \$ 1,00). Enquanto a soma de 358 multimilionários de todo o mundo concentram uma fortuna equivalente aos recursos de 46% da população mais pobre da terra - 2,4 bilhões de seres humanos. A revista americana Forbes em uma de suas publicações informou que o jovem Bill Gates, presidente da empresa Microsoft (de software) possui sozinho a fortuna de 18,5 bilhões de dólares, acumulando mais do que toda a população junta do Afeganistão (18

milhões de habitantes), Chade (6 milhões) e Butão (2 milhões) (Aguirre²,1997).

Os oligopólios mundiais governam o mundo do trabalho para si , em detrimento da internacionalização da pobreza , da fome, do desemprego, da doença, da degradação ambiental e da consequente insustentabilidade do planeta e iniquidade humana.

“As desigualdades entre ricos e pobres, entre diferentes grupos de população, entre as distintas idades e entre os sexos estão aumentando. Para a maior parte da população mundial , a vida inteira, desde a infância à velhice, transcorre hoje em dia sob a dupla ameaça: da pobreza e da desigualdade e da dupla carga do sofrimento e da enfermidade”(Informe/OMS ²⁵,1995).

O DESEMPREGO EM NÍVEL MUNDIAL, ou a privação do direito ao trabalho, é uma outra característica da era global. O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1995 apresenta o total de 2,5 bilhões de pessoas que exercem atividades produtivas no mundo e formam o contingente do “mundo do trabalho”. Mais de 1,4 bilhões (56%) vivem em países em desenvolvimento, onde a renda **per capita** em 1993 era inferior a US \$ 695.

O Relatório do Banco Mundial²⁹(1995) apresentava que o desemprego em nível de todas as atividades humanas (agricultura, indústria e serviços) devia atingir a cifra de 4,8 % em escala mundial. Prevvia a existência aproximada de 120 milhões de trabalhadores desempregados. No entanto, há outras informações que apresentam uma situação mais grave do desemprego, onde existiria um número de 800 milhões de desempregados e subempregados , havendo uma grande variação dos percentuais conforme os países.Como se verifica na Figura 7.

Figura 7 – O desemprego no mundo, em percentagem da força de trabalho 1992–1995.

Fonte: Apud Refer. Bibliogr. Nº 36.

Outra fonte de informação refere a existência de 1 bilhão de trabalhadores desempregados e subempregados, segundo a própria Organização Internacional do Trabalho (OIT) em relatório de 1995, além de confirmar a tendência à desigualdade nos salários e ao aumento do desemprego. Entre 12% e 15% dos trabalhadores encontravam-se abaixo da linha de pobreza (Folha de São Paulo²³ (1996) o que é demonstrado na Figura 8.

Figura 8 - O desemprego no mundo, percentual de alguns países, 1995.

Fonte: OIT e Agências Internacionais. Apud Refer. Bibliogr. Nº 23.

No Brasil, a taxa de desemprego vem ganhando magnitude sempre ascendente, em março de 1996 atingia, segundo o IBGE, 6,38% da população economicamente ativa (Folha de São Paulo⁹, 1996). Ver figura nº 9

Figura 9 - Evolução do desemprego no Brasil, março 1995 a março 1996.

Fonte: IBGE . Apud Refer. Bibliogr. Nº 9.

O desemprego atinge todos os níveis , a ponto da própria Organização Internacional do Trabalho (OIT) chegar a interrogar o peso do fator qualificação. No seu relatório “ O emprego no Mundo - 1996/97” questiona a interpretação de que o aumento do desemprego nos países industrializados seja devido a exigência de níveis crescentes de trabalhadores qualificados. A Tabela 4 , extraída do referido documento , demonstra haver de fato taxas de desemprego bastante inferiores dentre o quartil mais qualificado dos trabalhadores .

Tabela 4 – Taxa de desemprego, segundo o nível de qualificação profissional, em alguns países, 1970/80 e 1980/90.

PAÍSES/DISCRIMINAÇÃO	TAXA DE DESEMPREGO	
	FINAL DÉCADA 70/ INÍCIO DÉCADA 80	FINAL DÉCADA 80/ INÍCIO DÉCADA 90
Alemanha Ocidental		
Quartil de menos qualificação	3,6	11,0
Quartil de mais qualificação	1,7	4,2
Austrália		
Quartil de menos qualificação	5,8	7,1
Quartil de mais qualificação	1,9	2,9
Canadá		
Quartil de menos qualificação	6,7	9,3
Quartil de mais qualificação	2,6	3,5
Estados Unidos		
Quartil de menos qualificação	6,4	8,1
Quartil de mais qualificação	1,8	2,3
França		
Quartil de menos qualificação	3,9	8,9
Quartil de mais qualificação	2,6	3,1
Itália		
Quartil de menos qualificação	1,4	4,9
Quartil de mais qualificação	3,0	4,5
Japão		
Quartil de menos qualificação	2,7	2,9
Quartil de mais qualificação	1,3	1,1
Reino Unido		
Quartil de menos qualificação	5,9	11,6
Quartil de mais qualificação	1,9	2,2

FONTE: El empleo en el Mundo 1996/97. OIT-Genebra, 1996, p. 59.

Apud Refer. Bibliogr. N°13

No entanto, o relatório desautoriza afirmar o fator seletividade – a qualificação como causa do desemprego, pela evidência constatada do desemprego também no quartil de qualificação, logo não existindo a escassez de trabalhadores qualificados.

Todo o universo de dados conjunturais consultados indicam que o desemprego é geral e abrangente tanto para mão-de-obra menos qualificada quanto mais qualificada (FEE¹³,1997).

O TRABALHO INFANTIL E ESCRAVO representa o grande paradoxo da barbárie neoliberal. Existe um (01) bilhão de trabalhadores desempregados ou

subempregados, em todas as categorias e ,no entanto, ocorre de forma intensa a exploração da mão de obra infantil e escrava. Como pensar e programar, em muitas regiões do mundo, a saúde da criança, a saúde do jovem frente a esta realidade de exploração do trabalho ? No mundo, segundo a OIT, nos países em desenvolvimento, 250 milhões de crianças na idade de 5 a 14 anos trabalham, e quase a metade destas, em período integral sendo que 80% não tem dias de folga. Conforme se verifica na Figura 10 (Folha de São Paulo¹⁰,1997).

Figura 10 – O trabalho infantil no mundo, percentual da participação de crianças na atividade econômica dos países, 1997.

Fonte : OIT, Genebra, 1997. Apud Refer. Bibliogr. Nº 10.

Quase 50% das crianças abaixo de 12 anos e que trabalham não recebem nenhum salário e 1/3 do salário quando são adolescentes.

No Brasil segundo dados do próprio Ministério do Trabalho há um total de 3,3 milhões de crianças trabalhando, sendo que 1,9 milhão (57%) não recebem salários (Folha de São Paulo¹⁰,1997).

Martins¹⁹ (1994) descreve o renascimento da escravidão no Brasil – a “escravidão por dívida”, sobretudo na região amazônica, a partir dos anos sessenta, bem como em outras regiões, marcada por extrema violência física contra os trabalhadores, em geral peões de fazendas, cerceados por pistoleiros. Uma modalidade de exploração do trabalho da acumulação primitiva que agora no desenvolvimento desigual, se processa no interior da reprodução ampliada do capital.

5.4.2 - Aspectos da Situação Urbana Global

“Na cidade fragmentada , uma grande parte da população leva uma vida esquizofrênica. Ela participa, frequentemente , da produção instrumentada com equipamentos de alta tecnologia, sem ser portanto, admitida, senão marginalmente, para o consumo e, o que é ainda mais grave, para a cidadania. Não é suficiente tomar o metrô para ir ao trabalho e depositar um voto, de quatro em quatro anos, para ser um cidadão por inteiro”(Sachs³³,1994).

Capitalismo e esquizofrenia é o que confere os “mil platôs” de Deleuze & Guattari ¹¹(1996) sobre a lógica das transformações e resultados do mundo contemporâneo. A produção e reprodução do espaço sobre a lógica do capitalismo globalizado só poderia ser a “cidade fragmentada” da desterritorialização, de uma psicossfera esquizóide e neurótica no refúgio da drogadicção.

Da cidade fragmentada, o resultado é o habitante desta cidade ser também subjetivamente fragmentado, desterritorializado, homogeneizado. Um “estranho no ninho”, um “nômade” a viver e a se espedaçar, sofrer e morrer no espaço urbano abstrato. Diz Guattari ¹⁵(1994) que: “A cidade produz o destino

da humanidade, suas emancipações e suas segregações”. Por isso as tantas ilhas ou bolsões de riqueza e opulência ao lado dos bolsões de pobreza e degradação.

O bloqueio e a não concretização a qualquer sonho ou projeto de universalização e igualdade dos direitos condutores à própria condição humana, estão plenamente confirmados na continuidade deste modo do homem se relacionar com a natureza e consigo mesmo.

A **condição humana** na concepção de Arendt³ (1981) que é a expressão da **vita activa** na designação de três atividades fundamentais: **o labor, o trabalho e a ação**.

O labor que para a autora corresponde ao processo biológico do corpo humano, a condição da própria vida, o próprio processo vital e distingue do trabalho. O labor é a fertilidade, a reprodução, o sexo, a alimentação, o ócio, o repouso, enfim as necessidades e relações impostas pela natureza.

O trabalho é a atividade para fazer um mundo “artificial de coisas” logo vai se diferenciar de qualquer ambiente natural. Poder-se-ia dizer é a produção da cidade e toda tecnosfera e psicosfera.

“O trabalho é a atividade correspondente ao artificialismo da existência humana; existência esta não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie (...) A condição humana do trabalho é a mundanidade”(Arendt³,1981).

A outra atividade é a **ação**, a condição humana da pluralidade, a relação com a política, o “viver” e o “estar entre os homens”, a polis, a família, o espaço público e social.

Foi com estas premissas que desabrocharam os direitos ditos de “terceira geração” na agenda jurídico-política. São os direitos da fraternidade ou da solidariedade humana, tendo como destinatário o próprio gênero humano.

“São direitos que refletem as potencialidades construtivas e destrutivas ,ao mesmo tempo, de nosso desenvolvimento. Emergem da compreensão da necessária preservação ambiental como garantia de sobrevivência, da busca da paz, da manutenção do patrimônio comum da humanidade da compreensão do direito ao desenvolvimento, etc.”(Moraes²⁰,1996).

As conferências e cúpulas das Nações Unidas (ONU) muito vem desempenhando neste sentido como foi o caso da Agenda 21, da Agenda Habitat (ou Plano Global de Ação), a Declaração da Promoção da Saúde (Ottawa) e agora recentemente a Carta da Terra (Rio+ 5) entre tantos outros programas, cartas e declarações. Estes documentos trazem a contingência e a urgência de uma nova ordem econômica e social para garantir o direito universal ao desenvolvimento, ao ambiente saudável, à saúde e à própria sustentabilidade do planeta.

As conferências processadas pelas Nações Unidas nas últimas décadas em projeção ao próximo século, refletem uma consciência da humanidade “em si e para si”, da inércia e imobilismo frente aos tantos riscos da civilização atual ,ao ponto de comprometer o futuro e a própria sobrevivência humana como espécie.

“O drama urbano que se desenha no horizonte desse fim de milênio não passa de um aspecto de uma coisa muito mais fundamental que questiona o futuro da espécie humana neste planeta. Sem uma reorientação radical dos meios e, sobretudo, das finalidades da produção, o conjunto da biosfera se desequilibrará e evoluirá para um estado de incompatibilidade total com a vida humana, além disso, de modo mais geral, com toda forma de vida animal ou vegetal” (Guattari¹⁵,1994).

A consciência da realidade mundial é plena e manifesta. No entanto, a indiferença, o não acatamento e determinação dos governos e poderes mundiais são extremos paradoxos esquizofrênicos. A imensa discrepância ao que se poderia dizer como esforços idealistas à busca de uma solução, esforços bem intencionados mas no final sempre preteridos.

As proposições, programas e metas são sempre adiadas ou arquivadas. A seguir é relatado por Casanova⁷(1994) um evidente caso de apatia.

“Em Washington existe um instituto de pesquisa que só se ocupa dos riscos do mundo. É um caso a mais do conhecimento que não detém Édipo em seu destino trágico. A diferença quanto a Delfos consiste em que tal instituto não acredita no destino e busca , portanto, que o conhecimento transmitido afaste o perigo.

Tanto esse instituto de Washington como outros de seu gênero produzem um conhecimento que os **policy makers** (governantes) não levam em consideração nem mesmo quando fazê-lo pudesse impedir sua própria aniquilação”(Casanova⁷,1995).

Para dimensionar os “dramas urbanos” de real magnitude busca-se realizar uma listagem de dados e informações ,que na grande maioria, procedem dos Relatórios sobre o Desenvolvimento Humano 1992 e 1993 do Banco Mundial e que sem dúvida fazem parte do acervo do “*Worldwatch Institute*” em Washington. Conhecimentos que caracterizam os dramas urbanos, bem como as ameaças de uma sociedade insustentável. Os dados relativos às mulheres e ao Brasil são bastante graves e correspondem ,relativamente, aos dados globais. Eis alguns exemplos :

- Há 1 bilhão de analfabetos no mundo, sendo 600 milhões mulheres;
- O índice de escolarização de nível superior para as mulheres é 50% menor que o dos homens;
- Os salários femininos são dois terços dos equivalentes masculinos e a taxa de desemprego é substancialmente mais elevada. A diferenciação por gênero vai se confirmar também nos parlamentos, onde a representação feminina gira em 14 % apenas;
- Uma em cada 2000 mulheres reporta estupro, anualmente.
- O Brasil tem 24 homicídios a cada cem mil habitantes. A relação entre homicídios e concentração de renda parece corroborar para tal perfil urbano de violência; pois Uruguai que têm a distribuição de renda mais favorável na América Latina (com exceção de Cuba) apresenta 4 por 100.000 habitantes (Observ.²²,1997);
- O déficit brasileiro é de 3,5 milhões de casas nas cidades e 1,6 milhão na zona urbana, além do déficit de qualidade habitacional; são dados oficiais apresentados na Conferência Habitat II/Istambul/1996. A qualidade habitacional é considerada quando a moradia é adequada por oferecer segurança, salubridade e serviços essenciais no entorno como centro de saúde, escola, lazer e outros.

O Brasil segundo Singer³⁴(1996) – **“Um mapa da exclusão social no Brasil”**, onde é vista a exclusão através da pobreza, segundo a “linha de indigência” (a renda mínima mensal necessária para suprir as necessidades individuais exclusivamente alimentares) e da “linha de pobreza” (a renda mínima mensal necessária para satisfazer todas as necessidades básicas de um indivíduo). Os dados são por regiões urbanas e áreas metropolitanas e de 1989, como se verifica na Tabela nº 5. O que mais surpreende é que tanto a linha de pobreza como a de indigência estão menores na região menos desenvolvida. Brasília é a cidade com mais alta linha de pobreza de todas as áreas metropolitanas. Comparando as linhas destas áreas verifica-se que justamente onde o crescimento econômico é mais intenso é que ocorre maior injustiça distributiva.

Tabela 5 - A pobreza no Brasil segundo linhas de indigência e de pobreza por regiões e áreas metropolitanas, em 1989.

Regiões /Áreas Metropolitanas	Linhas	
	Indigência (In)	Pobreza(Po)
Nordeste e Centro-Oeste	22,94	54,37
Belém		60,69
Brasília		65,11
Nordeste	16,36	35,41
Fortaleza		36,38
Recife		44,26
Salvador		52,70
Sudeste	20,41	48,37
Belo Horizonte		46,16
Rio de Janeiro		53,31
São Paulo		63,64
Sul	19,32	38,92
Curitiba		40,15
Porto Alegre		52,01

Fonte: Lopes (1993). Apud Refer. Bibliogr.Nº 34.

Frente as perspectivas da urbanização mundial a ONU ⁴(1990) apresenta os 20 maiores centros urbanos do mundo segundo a dimensão populacional, onde percebe-se que 17 estão em países em desenvolvimento. A relação traz o quadro de 1990 e a projeção para o ano 2.000 , segundo a Tabela 6.(Próxima página).

Informações dispersas selecionadas na maior parte dos Relatórios já referidos, formam o quadro SOS HUMANIDADE. Acredita-se suficiente para dar uma imagem ou perfil da privação e exclusão mundial, principalmente nas áreas urbanas que, conseqüentemente, afetam a saúde global.

SOS HUMANIDADE

- 45 % população mundial ou aproximadamente 2,4 bilhões vivem na cidade ;
- 1,1 bilhão de pessoas , sendo 500 milhões urbanos e 600 milhões rurais são “sem teto” ou vivem em locais cuja precariedade traz risco à vida.
- 1,3 bilhão de pessoas no mundo em desenvolvimento não tem acesso a água tratada e abundante e 2,3 bilhões ,aproximadamente, carecem de sistema de esgoto;
- 30 a 60% da população mundial vive em situação precária em favelas e cortiços ;
- 1,3 bilhão de habitantes urbanos estão expostos a níveis de poluição aérea que superam os limites recomendados;
- Mais de 300 milhões de crianças estão fora da rede de ensino de primeiro e segundo graus nos países em desenvolvimento;
- 1,2 bilhão de pessoas ainda mal sobrevivem em condição de pobreza absoluta nos países em desenvolvimento. Cerca de 50% da população da África subsaariana encontra-se abaixo da linha de pobreza;
- Nos países do Mercado Comum Europeu há cerca de 30 milhões de desempregados, um terço deles há mais de 2 anos. A taxa de desemprego entre os jovens é de 13% e sua tendência é crescente;
- Para cada 100 professores há 97 soldados, isso nos países desenvolvidos;
- Uma em cada 500 pessoas está na cadeia ;
- O índice médio de homicídios é de 4 indivíduos em cada 100.000. Alguns países se destacam nesta causa de mortalidade : EUA - 11, Rússia- 5, Argentina - 12, Venezuela - 16 , mas o Brasil tem 24 homicídios por 100.000 habitantes.
- Cerca de 5 em cada 1000 pessoas sofrem ferimentos graves em acidentes de trânsito;
- O índice anual de divórcios para maiores de 25 anos é de quase 5% , isso nos países desenvolvidos;
- A emissão dos gases estufas é de 4 vezes maior nos países desenvolvidos;
- Cada grupo de 100 pessoas emite anualmente 42 quilos de poluição aérea;
- Cada Km2 de território no mundo desenvolvido gera anualmente cerca de 10 toneladas métricas de lixo especial ou perigoso.

Tabela 6 - Os 20 maiores centro urbanos do mundo , ordenados segundo a dimensão da população (em milhões), 1990 e 2000.

1990			
POSICÃO	CENTRO URBANO	PAÍS	POPULAÇÃO (EM MILHÕES)
1	Cidade do México	México	20,2
2	Tóquio	Japão	18,1
3	São Paulo	Brasil	17,4
4	Nova Iorque	Estados Unidos da América	16,2
5	Xangai	China	13,4
6	Los Angeles	Estados Unidos da América	11,9
7	Calcutá	Índia	11,8
8	Buenos Aires	Argentina	11,5
9	Bombaim	Índia	11,2
10	Seul	República da Coreia	11,0
11	Pequim	China	10,8
12	Rio de Janeiro	Brasil	10,7
13	Tianjim	China	9,4
14	Jakarta	Indonésia	9,3
15	Cairo	Egito	9,0
16	Moscovo	URSS	8,8
17	Dehli	Índia	8,8
18	Osaca	Japão	8,5
19	Paris	França	8,5
20	Metro Manila	Filipinas	8,5

2000			
POSICÃO	CENTRO URBANO	PAÍS	POPULAÇÃO (EM MILHÕES)
1	México	México	25,6
2	São Paulo	Brasil	22,1
3	Tóquio	Japão	19,0
4	Xangai	China	17,0
5	Nova Iorque	Estados Unidos da América	16,8
6	Calcutá	Índia	15,7
7	Bombaim	Índia	15,4
8	Pequim	China	14,0
9	Los Angeles	Estados Unidos da América	13,9
10	Jakarta	Indonésia	13,7
11	Dehli	Índia	13,2
12	Buenos Aires	Argentina	12,9
13	Lagos	Nigéria	12,9
14	Tianjin	China	12,7
15	Seul	República da Coreia	12,7
16	Rio de Janeiro	Brasil	12,5
17	Dacar	Bangladesh	12,2
18	Cairo	Egito	11,8
19	Metro Manila	Filipinas	11,8
20	Karachi	Paquistão	11,7

Fonte: Divisão de População da ONU, Perspectivas da Urbanização Mundial 1990.

Apud Refer. Bibliogr. Nº 4

Para terminar esses aspectos urbanos nada mais apropriado do que uma descrição da **Cidade do Mexico** - metrópole mais populosa do globo - pelas palavras do seu grande escritor Carlo Fuentes que tão bem remete ao espírito hipocrático dos “Ares, Águas e Lugares”.

A merda pulverizada de três milhões de seres humanos privados de latrinas.
 Os excrementos em pó de dez milhões de animais que defecam na rua.
 Onze mil toneladas de detritos químicos por dia.
 As exalações mortais de três milhões de motores que vomitam de maneira incoerente baforadas de puro veneno, miasmas fuliginosos, caminhões, taxis, carros, cada um com seu arrotto e contribuindo para a extinção da árvore, do pulmão, da garganta dos olhos...
 Que ar meu filho vai respirar?
 Merda esmagada.
 Gás carbônico.
 Poeira metálica.
 E tudo isso a 2300 metros de altitude, esmagado sob uma chapa de ar gelado e cercado por uma muralha de montanhas circulares: o lixo aprisionado.
 Os olhos de seu filho, Senhora, poderão igualmente contemplar um outro círculo de imundice envolvendo a cidade: bastaria um fósforo jogado por negligência sobre a massa circular de pêlo, papelão, plástico, trapo, papel, pé-de-galinha, tripas de porco, para criar uma reação em cadeia, uma combustão generalizada, cercando a cidade de fogos de sacrifícios, desencadeando as Walkyrias emplumadas em nome da lua e do jade, consumindo em alguns minutos todo o oxigênio disponível.

(Fuentes, C., 1990, pp. 99-100. Et pour une analyse scientifique des problèmes de pollution à Mexico, Mumme, S.P., 1991). Apud Refer. Bibliogr. Nº 33.

No entanto, os mesmos problemas mexicanos, são encontrados, em suas peculiaridades locais, nas demais megacidades globais. Ver Figura 11, na próxima página, onde são destacadas as 26 cidades e regiões metropolitanas que terão população com mais de 10 milhões de habitantes no ano 2000.

Figura 11 - As megacidades mundiais e seus principais problemas, 1996.

Fonte: ONG Mega-cities. Apud Refer. Bibliogr. Nº 5.

5.4.3 - Aspectos da Situação Sanitária Global

O chamamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) ²⁵em seu “Informe sobre a saúde no mundo, 1995 : reduzir as desigualdades” traz o exame da situação e das necessidades sanitárias mundiais e dos respectivos problemas enfrentados pelos sistemas de saúde, com a finalidade de recomendar prioridades à ação sanitária internacional, assim como as devidas atividades da OMS neste particular.

O primeiro enfoque do Informe é sobre a pobreza e desigualdade.

A extrema pobreza que figura na Classificação Internacional de Doença (código z 59.5) quase no final da listagem é “o principal fator de mortalidade e a primeira causa de morbidade e de sofrimentos em todo o planeta.”

Outro documento significativo à apreciação da situação mundial de saúde é o “Documento de Consulta”, apresentado durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, 1996. O referido documento apresenta os “princípios orientadores e tópicos essenciais para a elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde” para a **“Renovação da Estratégia de Saúde para Todos”**(OMS/OPS²⁶,1996).

“Não haverá Saúde para Todos até que estes obstáculos sejam suplantados”.A realidade é que 53 países concentram 13% da população mundial e apresentam uma expectativa de vida inferior a 60 anos. Além disso as taxas de mortalidade infantil apresentam uma ampla gama de variação entre os países , a mortalidade materna na África subsaariana é três vezes superior em relação aquela encontrada nos países menos desenvolvidos. Estes são alguns dos obstáculos a serem vencidos no afã da saúde universal.

O conteúdo destes documentos confirmam que não há universalidade e nem igualdade no direito à saúde. Enquanto persistir a pobreza e os contrastes sócio-econômicos não acontecerá a “Saúde para Todos”.

No presente capítulo, a análise documental é o procedimento adotado para a descrição do situacional da “Saúde no Mundo”.

O informe coloca pontos como as principais enfermidades, as causas fundamentais de doenças, as deficiências e incapacidades que comprometem a qualidade de vida, identifica as dez (10) principais causas de morbidade e mortalidade e incapacidade e procura prognosticar as tendências sanitárias dos próximos anos para então planejar um futuro para a humanidade.

A respeito da **Saúde Infantil** , mais de 12,2 milhões (número equivalente a população da Noruega e Suécia juntas) de menores de cinco anos morreram em 1993 por causas do subdesenvolvimento e pobreza, logo evitáveis. A

sobrevivência de lactentes e crianças de baixa idade constitui exemplo inquestionável da desigualdade em matéria de Saúde.

A taxa mundial de **mortalidade** entre **menores de 5 anos** em 1993 foi de 87 por mil nascidos vivos. Em 1980 havia sido de 112 . O contraste está na polarização do mundo, pois em áreas de países desenvolvidos (centrais , da tríade) apenas seis de cada 1000 nascidos morrem antes de completar os cinco anos de idade. Já em países subdesenvolvidos chega haver superação de taxa de 200 por 1000 , até com mais de 320.

Quanto a **mortalidade infantil** sucede a mesma diferenciação mundial, oscilando entre 4,8 e 161 por mil nascidos vivos , cifra 33 vezes superior. Entre 1960 e 1993 ocorreu uma significativa diminuição do coeficiente nos países em desenvolvimento, em torno de 50% , passando de 113 a 54 por 1000 nascidos vivos. No entanto, na “Africa subsaariana”, estacionado ou em decrescimento econômico na era neoliberal, começa haver o aumento do coeficiente de mortalidade infantil e com isso o fosso entre os países.

A **desnutrição** é o fator preponderante da morbi-mortalidade na infância. Em 1990 de 30% dos menores de cinco anos a nível mundial não alcançavam o peso esperado à idade e 43% (230 milhões) do mundo subdesenvolvido careciam de uma estatura condizente à idade. A má nutrição por carência de micronutrientes , segundo estimação, afeta pelo menos 2 bilhões de pessoas em todas as idades, mas as crianças é que são especialmente vulneráveis. A carência de iodo constitui um problema de saúde pública para 118 países, onde cerca de 30.000 crianças nascem mortas por ano e mais de 120.000 com deficiências mentais, surdez, mudez , sub-peso ou paralisia . A pergunta : há prevenção mais factível do que suprimir a deficiência de iodo?

A desnutrição, razão da subalimentação principalmente, ainda vai determinar que uma quarta parte dos menores de cinco anos no mundo, ao fim do segundo milênio, estejam expostos a avitaminose A e por isso muitos não verão as luzes do passar do século.

Trinta e dois milhões de brasileiros persistem em situação de indigência , logo defrontam com o problema da fome enquanto a produção de alimentos do Brasil é mais do que suficiente para alimentar e nutrir a sua população, pelo fato de dispor 3.280 KCal e de 87 gramas de proteínas **per capita**/dia. A recomendação da FAO é de 2.242 KCal e 53 gramas de proteínas (Dados²⁴,1993). O mapa da fome no território brasileiro (31.679.095 famintos, segundo o IPEA) , é antropogênico , efeito do “capital como fator patógeno”, conforme caracterização de Berlinguer.

Retomando o “Informe” ao assunto da Saúde da Criança , há a constatação que aproximadamente 2,4 milhões de menores de cinco anos continuam morrendo anualmente devido à doenças evitáveis por **vacinação**, destacado em particular o sarampo, o tétano neonatal, a tuberculose,a coqueluche, a poliomielite e a difteria. A péssima notícia do retrocesso em relação aos avanços já conseguidos, devido a fatores econômicos e sociais.

As infecções respiratórias agudas , especialmente a pneumonia, a cada ano, são causas de morte a mais de 4 milhões de menores de cinco anos. Uma morte a cada oito segundos. Isso acontece só nos países atrasados.

As doenças diarréicas , consequência da falta de água potável e de saneamento e de práticas inadequadas de manipulação de alimentos, vão causar outros 3 milhões de mortes a cada ano nos referidos países explorados. A estimativa é de que a cada 10 segundos morra uma criança menor de cinco anos. É estimado também ocorrer a nível mundial 1 bilhão e oitocentos milhões de episódios de diarreia infantil. A simples rehidratação oral, tratamento precoce de custo insignificante, salvaria muitas destas mortes.

...
***“Bomba colocada nele
 pelos séculos de fome
 e que explode em diarreia
 no corpo de quem não come.
 Não é uma bomba limpa
 é uma bomba suja e mansa
 que elimina sem barulho
 vários milhões de crianças”.***
(Ferreira Gullar -A bomba suja)

A saúde da criança e do adolescente é considerada pela importância numérica pois há no mundo aproximadamente 2,3 bilhões de menores de 20 anos, o que atinge 40% da população total. Os adolescentes e adultos jovens são dos “grupos mais vulneráveis às pragas sociais como a pobreza , a exploração, a ignorância e aos comportamentos de risco”(OMS ²⁵,1995)

Existem países em que os serviços sanitários e de educação não atendem às necessidades dos adolescentes. Esta situação se reflete, de maneira importante, nas altas taxas de gravidez na adolescência e alta incidência e prevalência das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ocorrências desta natureza são estreitamente relacionadas à escolaridade e à baixa qualidade do ensino, inclusive no tocante à educação sexual. Ou seja, os jovens estão sendo privados do conhecimento básico sobre o próprio corpo, sobre os meios de prevenir a gravidez indesejadas, assim como as DST. As maiores taxas de DST notificadas se dão nos grupos de 20 a 24 anos, seguindo os de 15 a 19 e depois os de 25 a 29 anos. Ao mesmo tempo aumenta a incidência do HIV e da AIDS entre os jovens. Nos países subdesenvolvidos cerca de dois terços dos casos de incidência por HIV se dão em pessoas de 15 a 24 anos. No geral é estimado que a metade da infecção pelo HIV corresponde a menores de 25 anos e que 60% das infecções contraídas por mulheres são antes dos 20 anos. A consequência é a perspectiva trágica de uma morte precoce.

Para Kalina ¹⁸(1978) entre as ciladas da cidade e relações da vida urbana está a **drogadicção** , com a proliferação das toxicomanias , como consequência da fuga da realidade, do isolamento, da incerteza, da dúvida, da insegurança e da angústia. A subjetividade fragmentada leva as pessoas, em especial os jovens, ao refúgio das drogas.

“A toxicomania é um dos mecanismos empregados para procurar alívio. Drogar-se é uma possibilidade de se resignar , amordaçando a dor que essa resignação acarreta , quando não se podem extirpar pela raiz as causas do mal

que nos aflige. A drogadicção é conformismo social”(Kalina¹⁸,1978).

Além da drogadicção outros agravos acometem os jovens e adolescentes. Entre estes adquirem especial importância o fumo e o álcool. Agregam-se à desnutrição e às doenças infecciosas, as causas externas , como acidentes e violências e a exploração criminal e sexual. Este é o perfil de um quadro epidemiológico de extrema gravidade. Segundo o Informe há no mundo atual nada menos que 100 milhões de menores abandonados ou jovens de ruas. A violência humana ganha uma nova dimensão com a banalização da dor e da morte, o que vem a comprometer a saúde global e o propósito de cidade saudável.

A desigualdade e a iniquidade também são fatores determinantes para a **saúde dos adultos** e em especial dos **idosos**. Em 1993 houve aproximadamente 51 milhões de mortes no mundo, das quais três quartas partes eram adultos , sendo que 39 milhões foram registradas em países não desenvolvidos e 12 milhões em desenvolvidos. Os países pobres lograram o triplo em mortalidade sobre os ricos.

As **enfermidades transmissíveis** como a tuberculose, as infecções respiratórias e as causas maternas, perinatais e neonatais atingiram ao redor de 20 milhões (40% dos 51 milhões) , sendo que 99% ocorreram em território subdesenvolvido.

As **enfermidades não transmissíveis** , o informe destaca que como o câncer, as cardiopatias levaram 19 milhões à morte ou 36% do total da mortalidade mundial. Neste particular a proporção ficou equivalente tanto para países desenvolvidos como não desenvolvidos e a maioria destas causas foram em adultos.

As **causas externas** como os acidentes e as violências responderam por 4 milhões ou seja 8% do total e a maioria sendo adultos. Os países

subdesenvolvidos obtiveram quase quatro vezes mais que o mundo desenvolvido.

As complicações da **gravidez** corresponderam a 1% , causando 508.000 mortes ao ano. Os 16% restante ficaram reservados as mortes por **causas desconhecidas** e outros motivos, como expressa a Figura 12

Figura 12 – Mortalidade Geral Proporcional por grupos de causa em nível mundial, 1993.

Causas principales de defunción a nivel mundial, 1993

Fonte: Foro Mundial de la Salud. Volume 16.1995. Apud Refer. Bibliogr. Nº 25.

Por lado das doenças transmissíveis, o recrudescimento da tuberculose, agora com o vínculo letal com o HIV, foi causa de mais de 5% do número total de mortes, aproximadamente 3 milhões de vítimas, o que perfaz 7000 mortes ao dia, conforme estimativas.

A **malária** respondeu por 2 milhões do total da mortalidade, havendo ocorrido em torno de 90% na África e atingiu em sua maioria crianças de baixa idade. A incidência anual é de 400 milhões de casos além de haver mais de 2 milhões de pessoas ameaçadas pela doença.

O **cólera** na África, Ásia e América Latina adquiriu o caráter endêmico. Em 1993 foram notificados 377.000 casos novos e 6.800 mortes, sendo tais dados subestimados.

Presencia-se a eclosão do **dengue** e da **febre hemorrágica** pelo dengue determinando mais de 500.000 mortes. A **lepra** causa ainda 600.000 mil casos

incidentes ao ano. A **oncocercose** afeta cerca de 18 milhões de pessoas, determinando o sofrimento da cegueira a 3 milhões de pessoas. A **doença de Chagas** afeta 17 milhões de pessoas em 21 países da América Latina causando 45.000 mortes e 400.000 casos de enfermidades cardíacas e gástricas. A **esquistossomose** atinge 200 milhões de pessoas em 74 países desde as Américas, África e Ásia., causando 200.000 mortes anuais. A **leishmaniose** abrange 13 milhões de pessoas infectadas. A forma mais grave - a visceral, em 1992 determinou 80.000 mortes. A **filariose** linfática atinge 100 milhões de pessoas. A **ascaridíase** ocorre de forma sintomática em 214 milhões e a **ancilostomíase**, em 96 milhões.

As **doenças sexualmente transmissíveis** determinam “uma pesada carga de morbidade em todo o mundo.” Havendo 236 milhões de pessoas com tricomoníase, 94 milhões de casos novos anuais. A clamídia infecta 162 milhões , com 94 milhões de casos novos anuais. O herpes genital ataca 21 milhões de pessoas ao ano; a sífilis a 19 milhões.

O vírus do HIV e a AIDS constitui a epidemia do fim de século, propagando-se de forma continuada. A prevalência em 1994 a nível mundial foi superior a 13 milhões. Um 6.000 pessoas são contaminadas diariamente pelo HIV. A propagação é severa em países da África , da Ásia, houve 2,5 milhões de pessoas infectadas em 1994 só na Ásia meridional e sudoriental.

Em 1993 a peste humana foi notificada à OMS, cerca de 20.654 casos e houve 191 mortes em 10 países.

Observa-se que doenças consideradas fantasmas do passado, ameaçam o mundo novamente e em especial os países subdesenvolvidos. O ressurgimento das pestilências, os espectros das doenças epidêmicas podem novamente ameaçar a saúde da era global. Apesar da situação controlada há uma gravidade da situação sanitária conforme a descrição do informe da própria OMS.

A ameaça e prevalência das **doenças não transmissíveis** ou **crônico-degenerativas** dão muito maior impacto e magnitude sobre a morbimortalidade do que as transmissíveis, isso a nível mundial. Só em 1993 houve 10 milhões de mortes por doenças cardíco-vasculares; o câncer atingiu 6 milhões de mortes. As doenças pulmonares obstrutivas crônicas como o enfisema , a bronquite crônica levaram a vida de 2,9 milhões de asmáticos no mundo. A diabetes mellitus coloca-se como crescente problema de saúde pública mundial, mais de 100 milhões de pessoas deverão existir como diabéticos até o final do século, conforme a OMS.

As **doenças mentais** como a esquizofrenia, os transtornos maníaco-depressivos estão relegados a última prioridade médica, mesmo nos países desenvolvidos, a assistência é mínima, predomina o estigma da loucura. É estimado haver uns 500 milhões de pessoas com perturbações neuróticas, relacionadas com os estresses ou psicossomáticas. Uns 200 milhões sofrem com a depressão crônica ou transtornos maníaco-depressivos. O retardo mental atinge uns 83 milhões de pessoas, a epilepsia a 30 milhões, a demência a 22 milhões e a esquizofrenia a 16 milhões.

O **tabagismo** também aparece como importante causa de morbimortalidade. A estimativa é que há no mundo cerca de 1 bilhão e 100mil fumantes e destes cerca de 800 milhões estão nos países subdesenvolvidos.

A **saúde da mulher** apresenta altíssimas taxas de mortalidade devido a causas ligadas ao parto e ao puerpério. São tanto causas obstétricas diretas como indiretas. O conjunto destas, somadas à precariedade dos serviços de saúde da mulher, além dos problemas resultantes da gravidez indesejada, que terminam em aborto, faz com que nos países atrasados o coeficiente de mortalidade materna seja em torno de 700 mortes por 100.000 nascimentos, isso em 1991. Uma em cada cinco mortes de mulheres em idade reprodutiva se deve a causas maternas. Meio milhão morrem por ano de causas preveníveis.

Quanto a **saúde dos idosos** a magnitude é dada como crescente e houve um aumento anual em torno de 2,7% durante o período de 1990 a 1995 da população com mais de 65 anos, enquanto o crescimento da população geral girou em torno de 1,7 % anuais. Em 1993 havia 355 milhões com mais de 65 anos, sendo 200 milhões em países subdesenvolvidos. A OMS estima haver no mundo 165 milhões de pessoas com artrites reumatóides.

O velho passa a constituir “um dos dilemas mais difíceis” , um estorvo para esta sociedade mercantil. A questão está em determinar “se uma maior esperança de vida vai significar mais saúde ou simplesmente mais anos de enfermidade”(OMS²⁵,1995)

A confirmação dos quadros de mortalidade é bastante diferenciada em se tratando de país desenvolvido ou de subdesenvolvido, apesar da referida transição epidemiológica onde os países não desenvolvidos começam a apresentar padrões de doenças tradicionalmente consideradas mais peculiares aos desenvolvidos. Na verdade os países subdesenvolvidos carregam um duplo quadro epidemiológico,ou seja , as doenças transmissíveis agora somam-se as crônico-degenerativas, como sugere a Figura 13.

Figura 13 - Número anual estimado de causas de morte nos países em desenvolvimento e em países desenvolvidos-1990.

Fonte: OMS/OPS . Documento de Consulta,1996. Apud Refer. Bibliogr. Nº 26.

O presente informe da OMS destaca que “as políticas de ajuste estrutural destinadas a melhorar o rendimento econômico dos países pobres agravaram a situação em muitos casos. As tendências mundiais são inquietantes como o aumento do desemprego, a gerar “uma nova classe de párias”, aliado à degradação persistente do meio ambiente com seus múltiplos efeitos adversos para a saúde.

As disparidades e desigualdades econômicas, declínio econômico em 47 países como ocorreu na década dos oitenta, política de mercado agressiva no campo da saúde, as conseqüências maléficas decorrentes dos danos e agressões ambientais e tantos outros fatores derrubaram a meta da “saúde para todos no ano 2000” conforme o Documento de Consulta da OMS ²⁶,1996.

A situação econômico-social, urbana e sanitária a nível mundial tem sido uma preocupação constante da Organização das Nações Unidas durante as últimas décadas. As conferências e cúpulas, como uma tomada de consciência do mundo frente a problemas gravíssimos, tem sido um alerta .

A seguir são selecionados alguns tópicos das declarações e /ou plataformas de ação das Conferências da ONU, realizadas na última década e que se dedicaram a analisar a situação mundial. É uma importante reforço ao que foi referido ao longo deste trabalho e também indicam um diagnóstico e prognóstico para o futuro da humanidade.

Em 1975 quando a população mundial era de 4 bilhões aproximadamente, e que 35 % desta população era urbana a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou em Vancouver , no Canadá , a HABITAT I. Agora em 1996 , passados vinte anos , quando a população mundial já supera 5,6 bilhões de pessoas e 45% são de população urbana - 2,5 bilhões e 55% no meio rural - 3,1 bilhões, acontece neste ano em Istambul , na Turquia, a HABITAT II . A existência cerca de 1,1 bilhão de pessoas sem moradia, traz imenso risco de vida. A constatação do mundo não ter alcançado os objetivos e metas estabelecidas no Habitat I quanto ao assentamento humano e a melhoria da qualidade de vida nas cidades. A recomendação à participação dos habitantes no planejamento, construção e gestão dos assentamentos e do pleno emprego, praticamente, nada aconteceu devido o esvaziamento decorrente da crise mundial recessiva das duas últimas décadas.

Houve na segunda Conferência de Assentamentos Humanos – Habitat II ampla mobilização a nível dos países e significativa participação de lideranças mundiais, acrescidos com o enriquecimentos das Organizações Não Governamentais, as ONGs. Um quadro genérico das questões mundiais a respeito dos assentamentos humanos, pode-se verificar na descrição de Rolnik & Saule Júnior³², 1996:

“A dimensão dos problemas urbanos e a própria urbanização acelerada de todo o planeta foi, ao longo destes vinte anos, trazendo para o Habitat novas questões: a irregularidade e precariedade dos assentamentos populares em todo o mundo pobre, necessidade de expansão das infra-estruturas e dos serviços urbanos, a nova escala dos problemas de transportes e acessibilidades, o armazenamento, abastecimento e utilização de energia e água, o controle e tratamento de resíduos, a poluição ambiental, atmosférica e sonora, a degradação ambiental decorrente da própria expansão urbana, o crescimento da pobreza, da falta de empregos e de renda, o aumento de violência, o acirramento dos conflitos de terra e despejos ilegais.”

O legado para o futuro, a perspectiva e expectativa de que os 171 países participantes venham a cumprir as principais decisões da Habitat II que foram o de assegurar o **direito a moradia** a todos de forma progressiva, combater à deterioração das condições de vida nas cidades, dando prioridade à concentração populacional, ao aumento da pobreza e à exclusão social. Há que se trabalhar para expandir a oferta de residências, ampliar o acesso à terra e a créditos e com isso buscar novas fontes de financiamento. Será fundamental o reconhecimento às autoridades locais na resolução dos problemas urbanos. Foi cobrado o que já havia sido estabelecido em Conferências anteriores, como a aplicação de 0,7 % do Produto Nacional Bruto em cooperação internacional, pelos países desenvolvidos - compromisso assumido na Agenda 21/ECO 92 no Rio de Janeiro e também levar em conta a porposta de “**desenvolvimento sustentável**” nas futuras políticas de desenvolvimento urbano. Estas são algumas das decisões tomadas frente a crucial realidade da habitação e assentamentos humanos na Declaração de Istambul - o Plano Global de Ação ou Agenda Habitat como cartas de intenções Stycer³⁵, (1996).

A Declaração do Rio e a AGENDA 21 da Cúpula do Rio de Janeiro sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento em 1992 (ECO 92) com as recomendações

e agenda foram no estabelecimento de uma nova aliança mundial na realização do “Desenvolvimento Sustentável”, da vida saudável, produtiva, mas em harmonia com a natureza. A convenção sobre a **diversidade biológica** e sobre **mudanças do clima**, ambas em vigor, foram realizadas no sentido de conter a ameaça que paira sobre a humanidade com o risco do caos ou insustentabilidade ambiental, afirmando com rigor que:

“Nos países industrializados, as modalidades de consumo das cidades estão impondo uma forte carga sobre o ecossistema mundial, enquanto os assentamentos do mundo em desenvolvimento necessitam mais matéria prima, energia e desenvolvimento econômico simplesmente para superar os problemas econômicos e sociais básicos. As condições dos assentamentos humanos em muitas parte do mundo, em particular nos países em desenvolvimento, estão deteriorando-se principalmente como resultado dos baixos níveis de inversão nesse setor, atribuíveis às limitações globais em matéria de recursos desses países” (ONU²¹, ECO92).

A cooperação internacional, o reconhecimento da interdependência dos países e a adoção de macro-políticas sócio-econômicas adequadas para promover o crescimento econômico sustentado foi novamente debatido e reafirmado, pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (Egito) em setembro de 1994 (CIPD²⁸, 94).

A urgência de resolver os problemas da degradação ambiental, do crescimento demográfico sem precedentes, do crescimento da pobreza absoluta, generalizada e persistente, consequente da desigualdade social econômica foram assuntos novamente tratados e colocados como compromissos a todos os povos da terra para promoverem a solução global dos problemas de ordem mundial.

A carta de princípios tirada nesta Conferência na direção da cooperação Internacional e da solidariedade universal estabeleceu que os seres humanos

tem o **direito a uma vida saudável** e produtiva em harmonia com a natureza , o **direito ao desenvolvimento**, todos como direito universal e inalienável.

O desenvolvimento como meio de assegurar o bem-estar humano de forma equitativamente partilhada por todos os povos. O direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental, a promoção da igualdade e equidade entre os gêneros, o direito à educação, a criança de ter padrões de vida adequados ao seu bem-estar; os direitos aos migrantes, aos exilados, aos povos indígenas foram novamente reafirmados; mas todos os povos e todos os Estados têm de ter que colaborar “ na tarefa essencial de erradicar a pobreza” e a redução das disparidades dos padrões de vidas(CIPD²⁸,94).

Um dos pontos mais polêmicos da Conferência do Cairo foi o reconhecimento da questão dos direitos reprodutivos, objeto de acalorados debates entre as representantes do movimento de mulheres e o Vaticano e seus aliados islâmicos. Estas questões se prolongaram até a 4ª Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, na China, em setembro de 1995. A conferência teve como tema central a igualdade, o desenvolvimento e a paz. Constituiu-se na maior conferência da ONU, deste século. Participaram em torno de 40.000 mulheres no Fórum de ONGs, realizado em Houairou, a 50 km de Beijing, em que o objetivo foi pressionar as delegações dos países presentes para que não retrocedessem das decisões do Cairo, nas questões referentes aos direitos reprodutivos. Um dos pontos importantes da Declaração da 4ª CMM foi o referendo que os direitos das mulheres são direitos humanos, além de um amplo conjunto de propostas a respeito das chamadas ações afirmativas, visando apoiar a mulher a superar a pobreza, a miséria e as discriminações, em todos os setores da vida humana.

As conferências internacionais para a área da saúde também sucederam de forma relevante. A questão da Promoção da Saúde foi revista em 1986 na Primeira Conferência Internacional em Ottawa/Canadá com a Carta de Ottawa

preconizando cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistemas e serviços de saúde.

As condições e os recursos fundamentais como “**pré-requisitos para a saúde**” são: a paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentável, justiça social, equidade (Ottawa²⁷, 1986).

O contexto macroeconômico mundial, urbano e sanitário deste fim do século XX tem sido marcado por um conjunto de características (como foi visto no corpo teórico do presente trabalho) que dão como resultado o desenvolvimento desigual, levando à privação, à exclusão e à pobreza absoluta no mínimo um terço da humanidade, além da ameaça à insustentabilidade do planeta. O alerta aos dirigentes mundiais, como agora, veio acontecer com a Carta da Terra (Rio + 5)⁶ de 1997.

Ressalvadas as devidas proporções vem à memória a histórica carta do Chefe Índio Seattle, que diante de acontecimentos semelhantes, conclamava uma nova relação entre o homem e a natureza.

“Ensinaí também, a vossos filhos, aquilo que ensinamos aos nossos: que a terra é nossa mãe. Dizei a eles, que a respeitem, pois tudo que acontecer à terra, acontecerá aos filhos da terra. Se os homens cospem no chão, eles cospem sobre eles mesmos. Ao menos sabemos isto: a terra não é do homem; o homem pertence a terra. Todas as coisas são dependentes. Não foi o homem que teceu a teia de sua vida, ele não passa de um fio desta teia. Tudo que ele fizer para essa teia, estará fazendo para si mesmo.” (Chefe Índio Seattle, 1855).

De 13 a 19 de março de 1997 na cidade do Rio de Janeiro, que tão bem espelha a disparidade, a desigualdade, a exclusão, a segregação, a violência, a fragmentação, ou seja, noutros termos, espelha a produção social do espaço e

da saúde abstratos; foi realizada a Rio + 5 para avaliar o distanciamento do mundo ao que ficou estabelecido em 1992 na AGENDA 21. Apesar de tudo , fez mais um “eco”, sacramentando a “CARTA DA TERRA”, alertando que “A comunidade da Terra vive um momento de definição”. “Há muita violência, pobreza e sofrimento em nosso mundo. Uma mudança fundamental em nossa rota se faz necessária”. “A escolha está diante de nós: cuidar da Terra ou participar de nossa destruição e da destruição da diversidade da vida”. Para concluir esta parte é então escolhido o terceiro princípio da Carta:

“Viver de modo sustentável, promovendo e adotando formas de consumo, produção e reprodução que respeitem e salvaguardem os direitos humanos e a capacidade regeneradora da Terra”.

A universalidade, a liberdade e a igualdade ao direito à cidade e à saúde serão, então, plenas. Nas considerações finais busca-se uma práxis social urbana e sanitária na direção de uma “contra-globalização” hegemônica.

5.4.4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-A EVOLUÇÃO do salário mínimo no Brasil. Folha de São Paulo, São Paulo, 01 Mai.1996. 1,1.
- 2-AGUIRRE, L. P. O ano se foi e a pobreza ficou.In: Observatório da cidadania: monitorando o desenvolvimento. Montevideu-Uruguai, Instituto de Tercer Mundo, 1997.
- 3-ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro/São Paulo, Forense/Salamandra, Ed.USP, 1981.
- 4-A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL 1993. New York/USA, FNUAP, 1993.
- 5-AS MEGACIDADES e seus problemas. Folha de São Paulo, São Paulo, 04 fev.1996. 3,2.
- 6-CARTA DA TERRA: da agenda à ação-Rio+5.Boletim da rede de Defesa da Espécie Humana, 15: 12, 1997.
- 7-CASANOVA , P. G. O colonialismo global e a democracia; trad. Márcia C. Cavalcanti. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.
- 8-CHESNAIS, F. O capitalismo de fim de século. In: COGGIOLA, O. Globalização e socialismo. São Paulo, Xamã, 1997.
- 9-CRESCE exército de desempregados. Folha de São Paulo, São Paulo, 03 maio. 1996. 2,1.
- 10-CRIANÇAS trabalhando. Folha de São Paulo, São Paulo, 28 out. 1997. 1,17.
- 11-DELEUZE G. & GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia; trad. Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1996. v.3.
- 12-EVOLUÇÃO do rendimento mensal do brasileiro. Folha de São Paulo, São Paulo, 06 Out.1996.

- 13-FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Carta de conjuntura. Rio Grande do Sul, jun. 1997. n 9.
- 14-FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico 1991: Santa Catarina. Rio de Janeiro, 1991. M.23.
- 15-GUATTARI, F. Práticas ecosóficas e restauração da cidade subjetiva. Tempo Brasileiro, 116: 9-25, 1994.
- 16-HOBSBAWM. E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991; trad. Marcos Santarrita. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- 17-ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 jun. 1997. 1,14.
- 18-KALINA,E. & KOVADLOFF,S. As ciladas da cidade. São Paulo, Brasiliense, 1978.
- 19-MARTINS, J. de S. A reprodução do capital na frente pioneira e o renascimento da escravidão no Brasil. Tempo social, 6 (1-2): 1-25, 1994.
- 20-MORAES, J. L. S. de. O direito da saúde. Saúde em Debate, Londrina, PR, 51: 22-29, 1996.
- 21-NACIONES UNIDAS: Informe de la Conferência de las Naciones Unidas sobre el medio ambiente y el desarrollo-Rio de Janeiro, 3-14 de Junho de 1992.
- 22-OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA: monitorando o desenvolvimento. Montevideu-Uruguai, Instituto del Tercer Mundo, 1977.
- 23-O DESEMPREGO no mundo. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 nov.1996. 2,1.
- 24-O MAPA DA FOME. DADOS. Programa RADIS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16, jul/agos. 1993.

- 25-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La situación sanitária mundial: Informe sobre la salud en el mundo,1995: reducir las desigualdades. Foro Mundial de la Salud, Ginebra,1995. V.16, p.430-40.
- 26-_____ .Documento de consulta. Renovação da estratégia de Saúde para todos: elaboração de uma política de equidade,solidariedade e saúde. OMS/OPS - Brasil e Fundação Oswaldo Cruz. Brasília/Rio de Janeiro,1996.
- 27-PROMOÇÃO DA SAÚDE:Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá; trad. Luis E. Fonseca. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
- 28-RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Cairo, set. de 1994.
- 29-RELATÓRIO SOBRE O DESENVOLVIMENTO MUNDIAL 1995. Washington, Banco Mundial,1995.
- 30-RELATÓRIO SOBRE O DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Rio de Janeiro/Brasília, IPEA-PNUD, 1996.
- 31-RELATÓRIO SOBRE O DESENVOLVIMENTO MUNDIAL 1996. Washington, Banco Mundial, 1996.
- 32-ROLNIK. R. & SAULE JÚNIOR, N. Habitat II-assentamentos humanos como tema global. In: Bonduki, N. Org. Habitat: as práticas bem-sucedidas em habitação, meio ambiente e gestão urbana nas cidades brasileiras. São Paulo, Studio Nobel, 1996.
- 33-SACHS, I. Desafios urbanos do século XXI: a cidade, os cidadãos e o ecodesenvolvimento. Tempo Brasileiro, 116: 71-84, 1994.
- 34-SINGER, P. Um mapa da exclusão social no Brasil . In : Passeti , E. et al. Modernidade, globalização e exclusão. São Paulo, Ed. Imaginário , 1996.

35-STYCER,M. As principais decisões da Habitat 2. Folha de São Paulo,

São Paulo, 15 jun. 1996. 3,5

36- TRABALHO sem futuro, futuro sem trabalho; Folha de São Paulo,

São Paulo, 03 mar. 1996. 5,10.

6.-O URBANO-SANITÁRIO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS (2ª PARTE)

6.1 -URBANIZAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA PRETÉRITA.

“Los carniceros desolaron las islas

(...)

en esta historia de martirios.

Los hijos de la arcilla vieron rota

su sonrisa golpeada

su frágil estatura de venados,

y aún en la muerte no entendían”.

(...)

(NERUDA, P. - Canto general)

“El sistema internacional de dominio y explotación instaurado desde 1492 por Occidente ha sabido neutralizar todos los intentos de emancipación de los pueblos a los que ha saqueado. Es decir, que las luchas de los pueblos americanos, dolorosas y marcadas por sacrificios humanos, en casi 500 años ni han conducido, por ejemplo, a una mejora en las condiciones de vida de un 95% de las masas latinoamericanas, ni al derecho a un desarrollo propio que fuera fáctico y autónomo” (Dieterich, H.⁹1996).

Santos¹⁸(1993) em “A Urbanização Brasileira” titula de “urbanização pretérita” ao longo período do Brasil agrário, que vai dos primórdios de nossa formação sócio-urbana até ao processo de industrialização tardio a partir das décadas de 40 e 50.

“Pode-se grosseiramente admitir que a base econômica da maioria das capitais de estado brasileiras era, até o fim da segunda guerra mundial, fundada na agricultura que se realizava em sua zona de influência e nas funções administrativas públicas e privadas, mas, sobretudo, públicas” (Santos¹⁸,1993).

A urbanização da sociedade e do território brasileiros foi, segundo Santos, durante um longo período uma “urbanização social e territorialmente seletiva” e esta situação só vai modificar, praticamente, a partir dos anos do presente século, quando se dá a inversão e a população brasileira passa a ser predominantemente urbana. Em 1970 o índice de urbanização do País é de 56,80 %.

Florianópolis torna-se preponderantemente urbana a partir dos anos 60 e 70, quando em 1970 apresenta um índice de urbanização considerado bastante alto, em torno de 86%.

Florianópolis apresenta como característica básica , do ponto de vista sócio-econômico, a sua função político-administrativa e a conserva desde quando era a Vila Nossa Senhora do Desterro. Hoje, nesta fase contemporânea, agrega outras funções de destaque como cidade universitária e um importante centro de turismo. O setor com maior significado no emprego de mão-de-obra é o terciário.

Neste capítulo procurar-se-á relacionar os eventos considerados mais importantes no processo de formação urbano-social da vila e cidade de Desterro, até hoje, a capital Florianópolis.

6.1.1. Tempo/Espaço Primeiro : Meiembipe e Ilha de Santa Catarina

A ilha quando da chegada dos europeus era habitada por populações tupi-guaranis denominados carijós. Eram índios pacíficos, domésticos e que se relacionavam bem com os forasteiros, conforme demonstram inúmeros relatos dos navegadores. Dos carijós veio a denominação de **Meiembipe**, passando a ser **Ilha**

de Santa Catarina em 1526 , dado pelo navegador espanhol Sebastião Caboto quando nela aportou (Cabral⁵,1979). É oportuno registrar que durante a estada desta expedição ocorreu uma grande epidemia de **malária** com muitas vítimas , sendo o primeiro evento sanitário de que se tem notícia (Cabral⁶,1977).

A Ilha de Santa Catarina e o Rio da Prata iriam tornar-se pontos estratégicos à conquista meridional. O novo processo civilizatório – o mercantilismo trouxe a violência e a destruição do cenário natural das Américas. As capitanias portuguesas estabelecidas no Brasil em 1532 por Martim Afonso de Souza procederam o desbravamento e a ocupação do litoral catarinense. Com isso sucederá aos carijós o gradativo desaparecimento, pois segundo Santos,¹⁹(1995):

“Aos carijós ficou apenas o último papel, o de ser escravo do europeu nos engenhos que então começaram a se instalar.”

A ruína de aldeias inteiras de índios, apreados e submetidos à escravidão, somando os danos das ações catequéticas, das epidemias devastadoras por doenças trazidas (gripe, tuberculose, sarampo, malária, varíola) irão determinar o extermínio dos carijós até ao final do século XVII, quando já não havia mais índio no litoral para mão-de-obra escrava aos mercados de São Vicente e Bahia de Todos os Santos. Eles de forma efetiva e pacífica haviam contribuído para a própria sobrevivência dos europeus durante o século precedente (Santos ¹⁹,1995).

É válido afirmar, utilizando-se um raciocínio epidemiológico atual, que a morbi-mortalidade pela violência como causa externa atingiu níveis epidêmicos no território americano e catarinense. Os nativos foram as primeiras vítimas.

“A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade”(Minayo¹³,1994).

6.1.2. Tempo/Espaço segundo : Nossa Senhora do Desterro.

“Corpo crivado de sangrentas chagas
que atravessas o mundo soluçando,
que as carnes vais ferindo e vais rasgando
do fundo d’ilusões velhas e vagas.”

(Cruz e Souza / Exortação)

Por razões econômicas e de defesa despontaram as primeiras povoações no litoral catarinense, começando pela fundação de São Francisco do Sul ao Norte em 1658 , Desterro na Ilha de Santa Catarina em 1675 e Laguna no Sul em 1676. O vicentista Francisco Dias Velho foi o iniciador e fundador do povoamento de Nossa Senhora do Desterro. Trouxe a família , agregados , escravos; requerendo e legalizando as terras em anos seguintes para o cultivo de produtos básicos-agricultura de subsistência. Foi erguida uma capelinha à Santa padroeira como ponto central e referencial da **póvoa** nascente, frente à Baía Sul da Ilha. A tragédia em 1687, com a morte do bandeirante fundador em confronto com invasores piratas, levou o retorno da família para São Vicente e o consequente esvaziamento de Desterro, mas depois novos herdeiros e moradores deram o prosseguimento na povoação ilhéia. As palavras do historiador Oswaldo Cabral ⁵(1979) sintetizam bem o acontecido: “ a póvoa foi batizada, ficou órfã e acabou crescendo”.

Em 1711, Manoel Gonçalves de Aguiar , em missão de percorrer o litoral Sul para o então governador do Rio de Janeiro , constatou a existência de 22 casais na região da Ilha. O navegante explorador francês Frezier visitou Desterro em 1712 , levantou o mapa da Ilha e dela descreveu haver 147 habitantes brancos, alguns indígenas e pretos. Procedeu a uma ampla descrição das condições ambientais e vitais, constatando uma ótima salubridade do clima e registrou poucas doenças entre os moradores. Na descrição de Frezier aparece o **maculo**-uma doença africana exótica vinda com os escravos negros, denominada localmente de “mal de bichas”, caracterizada por inflamação e ulceração na região anal e retal, febre intensa, tenesmo que terminava por gangrena e morte da pessoa. O navegador descreveu (1713) que era o único mal de que se queixavam os moradores (Cabral⁶,1977).

Desterro foi elevada à categoria de **freguesia** em 1710. Em 1725 várias melhorias foram realizadas e , no ano seguinte , foi elevada à condição de **vila** , na data de **23 de março de 1726**. As vilas destacavam-se por serem as unidades político-administrativas coloniais com a eleição da Câmara de vereadores como governo local . A câmara dispunha sobre os assuntos ligados à vida civil da vila tais como construções, arruamentos, obras públicas, aferição de peso e medidas, fiscalização de alimentos, logradouros públicos, fontes públicas, chafarizes, iluminação, caminhos, festas religiosas, rendas públicas da região do Termo. As decisões eram baixadas por meio de posturas afixadas à porta da mesma ou lidos em público. A vila dispunha da ordenança - a guarda civil, formada por “homens válidos”, requisitados por Capitão-mor ou autoridade judicial (Cabral⁷,1987).

As vilas litorâneas foram sustentáculos essenciais à Corte no projeto de expansão ao extremo sul do Brasil para garantir o acesso ao Rio da Prata.

A Ilha de Santa Catarina torna-se cada vez mais povoada, fortificada e desta forma a 7 de março de 1739 será instalada a **Capitania** de Santa Catarina, cujo ato de criação sucedera em 1738. O Brigadeiro Silva Paes foi o primeiro governador , edificou a capitania e construiu várias fortificações para garantir o sistema de defesa. Até o ano de 1756 recebeu cerca de 5.000 imigrantes açorianos e madeirenses. Destes , em torno de 1.500 ficaram distribuídos pela ilha e continente fronteiriço. O povoamento açoriano formou diversas freguesias nos marcos da cultura lusitana, cujos aspectos ainda hoje estão presentes.

Coube ainda a Silva Paes a edificação do centro da cidade com o início da casa do governo e da nova igreja matriz no local da antiga capelinha, o estabelecimento das repartições civis e o incentivo à agricultura .

A formação econômico-social de toda a região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), a sua formação econômico-social , segundo Cardoso⁸(1960) vai apresentar os seguintes aspectos:

- a) não ocorreu na região uma exploração de produtos tropicais do tipo colonial ;
- b) a escravidão não foi extensiva e nem intensiva , tendo sido praticamente doméstica;
- c) houve uma colonização estrangeira com outros padrões culturais, que assumiu formas específicas de desenvolvimento, resultando uma economia subsidiária, dependente e inter-relacionada à economia central colonial. Aos poucos , a antiga economia de subsistência vai transformando-se numa economia de mercado e Desterro tornou-se, com o porto, um centro comercial na região,o que fez crescer a estrutura urbana da vila de forma que, já no século XVIII,

funções urbanas (políticas, comerciais e militares) refletiam-se na sua estrutura sócio-econômica .

“A rigor, tratava de uma **povoação militar** , na qual alguns fatores (políticos, administrativos e militares) agiam no sentido de fortalecer os componentes urbanos da estrutura social, e onde os componentes rurais dessa mesma estrutura emanavam e se vinculavam a um **mundo rural plebeu**”(Cardoso ⁸,1960).

Na segunda metade do mesmo século, os setores básicos da atividade econômica da Ilha de Santa Catarina eram a agricultura (engenhos de farinha e de açúcar, algodão) , o comércio e a pesca. Houve destaque da pesca da baleia , chegando existir duas armações. A pesca integrou Santa Catarina à economia colonial como atividade lucrativa e houve o emprego de grande número de escravos, além do trabalho de “homens livres”.

Dos fins do século XVIII à independência, Desterro e sua Ilha continuavam a ser visitadas por expedições. Em 1803 foi a do Barão de Krusenstern a qual fazia parte o naturalista Langsdorff, que realizou observações na Ilha e no Continente. Contou que a vila já continha umas 500 casas de tijolos e taipas, alinhadas com cobertura de telhas. O aspecto miserável e degradante dos pobres pretos escravizados chamou a atenção do naturalista, além de outras observações (Cabral⁷,1987).

Em 1820, Saint-Hilaire , naturalista e viajante ilustre que andou percorrendo o Brasil, deixou muitas páginas sobre as três vilas do litoral de Santa Catarina. Desterro e a Ilha são detalhadamente descritas: Desterro tinha ruas estreitas e pavimentadas, as casas bem alinhadas, construídas de tijolos e pedras, caiadas, limpas, cobertas de telhas, muitas com sobrado, envidraçadas e de bom gosto. A

praça, as igrejas com seus altares, o hospital, o Palácio de Governo , a casa paroquial , a Câmara , o quartel formavam as principais edificações da vila, além das lojas serem bem sortidas. Já habitavam a Ilha cerca de 12 a 14 mil pessoas. Na descrição de Saint Hilaire já se pode perceber os aspectos urbanos de Desterro – “O largo da matriz vem ser a praça - e a praça, o coração da vila” – eis o título de um capítulo de Nossa Senhora do Desterro (Cabral⁵,1979) que expressa bem o desenho urbano da vila.

“Assim , no traçado destas fundações, quer lusitanas, quer vicentinas, as ruas começavam a se destacar entre os inúmeros vazios, partindo de um núcleo gerador, representação do poder político-administrativo e religioso da praça ou Largo da Matriz , da casa do Governo, do pelourinho, da casa Câmara de forma mais ou menos regular, e dentro do que concebiam as Provisões Régias. Dali para fora, cresceria a cidade, moldada no sítio de maneira irregular, perfilando-se os casarios na direção dos pontos de interesse e de concentração, realçando espigões, descendo encostas ou beijando várzeas”(Veiga ²¹,1993).

A matriz, a praça, o porto, a casa do Governo, a câmara e a cadeia, o pelourinho, os fortes, o hospital, o quartel, as fontes d'água-carioca, as novas freguesias pelo interior da ilha, novas igrejas, hospício ou hospedaria e capela dos padres jesuítas e algumas edificações outras, definiam a paisagem urbana no fim do século XVIII. Lineando a orla marítima, as várzeas e as colinas; os núcleos foram-se formando no tecido urbano desterrense (Veiga ²¹,1993).

O que foi dito dos “*Ares , Águas e Lugares*” da Nossa Senhora de Desterro em seu estágio colonial? Quais os aspectos epidemiológicos possíveis de se

destacar? Relata-se que não houve epidemia alguma ,ocorrida no Brasil colonial e imperial, que não houvesse tocado os ares, as águas e os lugares da pequena vila.

As crianças morriam do “mal de sete dias”, as mulheres as vezes durante o parto, e todos sucumbiam frente as pneumonias, as doenças carenciais, as infestações e infecções, as febres e malinas de toda ordem. A severidade de tais enfermidades da época ficou na expressão popular “**malina**”, que mais do que uma doença, deveria ser todo um grupo de doenças infecciosas confundidas por sintomatologias comuns como a febre. Malignidade significa , sem dúvida, a alta letalidade. Provavelmente, estariam incluídas a malária (terçã maligna, a quartã), a febre tifóide e septicemias por várias outras causas (Cabral ⁵,1979).

As doenças endêmicas assolavam a cidade devido a baixa salubridade e a precariedade das condições sanitárias . Ocorria alta incidência e prevalência de lepra , febre tifóide, malária (e tantas outras febres malinas) , sífilis, boubá , gálico , escorbuto (e outras carenciais) , hepatites , verminoses múltiplas e tantas outras infecções e afecções , além das doenças mentais . Sobre elas é importante o valioso estudo: “**Ensaio sobre a Salubridade, Estatística e Patologia da Ilha de Santa Catarina e em particular da Cidade do Desterro**” de Almeida, J. R. apud Cabral ⁶(1977).

A primeira epidemia que há registro foi a da **malária** em 1526 e o **maculo (mal das bichas)** , que era endêmico , e foi referido por Frezier; aqui já referidos.

A malária manteve presença constante na Ilha, sendo o ano de 1869 de alta incidência.

A **varíola** aparece desde os primórdios da colonização . Em 1775 houve uma grande epidemia vinda com as tropas que estacionaram na Ilha rumo ao Sul do país. A partir de então tornou-se endêmica com surtos anuais. Era de alta

endemicidade. No livro de registros de óbitos de escravos que vai de 1789 a 1810 a varíola figurou entre as grandes causas de morte , havendo ultrapassado mais de 40% no grande ano epidêmico de 1809. Os anos de 1843 , 1845,1857,1862,1863,1865,1872,1879, 1882 foram epidêmicos e assim a varíola prosseguiu endemicamente até o século atual.

A **lepra** já consta no primeiro livro de registro de entrada dos pacientes no então inaugurado Hospital de Caridade dos Pobres(1789). A lepra era também de alta endemicidade em Desterro. Esteve presente , provavelmente ,desde os mais remotos tempos, pois as primeiras posturas da Câmara Municipal já trazem os procedimentos e normas em relação à doença para a prevenção dos sadios. As posturas municipais também visavam disciplinar os doentes pois o temor e a aversão aos hansenianos eram uma constante.

As **doenças venéreas** (sífilis, boubas, gonorréia) são frequentes nos livros de entrada do Caridade de 1789 a 1810 - período em que foi praticado o registro dos pacientes, que davam entrada no citado hospital, e que depois foi praticamente abandonado (Cabral ⁵,1979).

As primeiras incidências da **febre amarela** , o **vômito negro** , em território desterrense foram na segunda metade do século XIX , houve pelo menos cinco grandes ocorrências. O aparecimento da febre amarela era muito facilitado pelos navios que chegavam ao porto. Este foi o caso da epidemia de 1849 , que veio da Bahia para o Rio de Janeiro e em 1850 incidiu de forma devastadora. Em 1852, chegou a Desterro através de um vapor e produziu alguns casos, em 1853, incidiu de forma violenta atingindo altos níveis epidêmicos . O pavor penetrou nos lares, o pânico da febre, da icterícia e do vômito negro, que era deixado pelo “miasma mefítico das amarelas”. Em 1857 , incidiu novamente mas desta vez de forma pouco intensiva . Levou um longo tempo (15 anos) para aparecer novamente e só

o fez em 1873 com um novo e pequeno surto. Os anos de 1877, 1880 e 1884 foram de alta incidência e letalidade, porém, foi baixa nos anos intermediários de 1878 e 1881. Em 1877 aconteceu uma epidemia severa, o registro do Cemitério Público acusou a inumação de 78 vítimas. O zoneamento foi utilizado nesta epidemia. Em 1878 as autoridades locais conseguiram evitar a propagação de um novo surto com efetivas medidas de controle junto ao porto. Em 1880 ocorreu nova epidemia com 230 casos e 41 óbitos e, novamente, em 1884 com grande número de atingidos e de óbitos. Entre as medidas preconizadas destacavam-se o isolamento em lazareto, limpeza dos quintais e demais logradouros, enterro com o caixão fechado, a queima de alcatrão nas esquinas, em barris, para afugentar os miasmas. “Enterravam-se os mortos à noite, para evitar o pânico...” (Cabral^{6,5}, 1977, 1979).

Uma outra doença epidêmica e relacionada também aos miasmas era a **febre cerebral** que deveria ser de acordo com os sintomas relacionados à **meningite cérebro-espinhal**, provavelmente a meningocócica. Os anos de 1841, 1862 foram de grande manifestação epidêmica da meningite.

O **cólera** era temido e havia condições ambientais favoráveis ao aparecimento de um surto epidêmico. Os procedimentos culturais da população da época e a ausência de conhecimentos facilitavam as condições para a formação da cadeia epidemiológica do vibrião. No primeiro quartel do século XIX, foi o inimigo público número um, a grande dor de cabeça das Câmaras e dos Inspetores de Saúde, aterrorizou Desterro mais do que qualquer outra epidemia. Já causava medo antes de aparecer. (Cabral⁶, 1977). Chegou em 1855 e logo se propagou, atingindo 59 pessoas com 21 mortes. A epidemia de cólera retornou no ano seguinte, em 1856, e a devastação foi maior ainda, atingindo 290 pessoas com 63 óbitos. Depois desta, houve um espaço de onze anos e só retornou à Ilha no

começo de 1867 deixando um saldo de 171 vítimas na capital. Outros alarmes ainda se sucederam mas o cólera não mais atacou a Província.

Aos **doentes mentais** restava a reclusão . Estes eram colocados com os demais presos, na cadeia junto ao térreo da própria Câmara Municipal . Mais tarde, por volta de 1880, houve a mudança dos alienados para as fortalezas distantes e existentes na capital da Província . A criação de “colônia modelo” só irá acontecer em 1940 (Cabral⁶,1977).

Revela-se desta forma a segregação para os doentes mentais e logo no século seguinte a diferenciação com o asilo em colônias a exemplo do que acontecia nas demais regiões e capitais do Brasil.

Na morbi-mortalidade da Desterro colonial, segundo o autor de referência-Cabral-não faltaram outras doenças infecciosas, parasitárias e carenciais, sem esquecer da tuberculose, do escorbuto, das verminoses, das afecções do aparelho circulatório, respiratório e urinário, e das doenças mentais. Todos presentes e registrados num vocabulário “*sui generis*” da época (Cabral⁵,1979).

“Entretanto não foram as epidemias que determinaram o aparecimento dos primeiros hospitais. Foi a pobreza da população que não tinha meios para curar-se dos males de todos os dias...”Cabral,⁵,1979).

- QUADRO SÍNTESE DAS DOENÇAS E EPIDEMIAS -
DE DESTERRO A FLORIANÓPOLIS

DOENÇA OU EVENTO	DATAS DOS EVENTOS	OBSERVAÇÕES
MALÁRIA	1526 - Trazida pela expedição do espanhol Sebastião Caboto	A denominação Ilha de Santa Catarina por Sebastião Caboto;
EPIDEMIAS (gripe,pneumonia,sarampo, tuberculose, malária) "AS MALINAS".	Do século XVI a XVII ; Trazida pelos europeus	Contribuíram no desaparecimento dos Carijós do litoral catarinense.
MACULO ou "Mal das bichas"	1712; Descrita pelo navegador francês Frezier.	Doença de origem africana; Quadro:inflamação e ulceração anal/retal,febre,tenesmo,gangrena e morte.
VARÍOLA	Grande epidemia em 1775. Alta endemicidade. 1809 - causa morte 40% escravos. Epidemias-1843,45,62,65,72,79 e 82	O foco resultou de tropas vindas e estacionadas na Vila.
LEPRA	Há registro em 1789-Livro Hospital de Caridade dos Pobres e depois de 1879 a 1810.	Perambulavam pela cidade, apesar das posturas da Câmara. Lazaretos acabaram destinados para qualquer doença epidêmica.
DOENÇAS VENÉREAS (SÍFILIS,BOUBA,GONORRÉIA)	1789 a 1810	São frequentes nos registros do Hospital de Caridade dos Pobres
FEBRE AMARELA	Entrada em 1852. Epidemias de maior ou menor intensidade de 1853 até 1884. Epidemias devastadoras em 1877 e 1880.	Entrada do agente infeccioso sempre pelo porto. O zoneamento foi utilizado na epidemia de 1877; Isolamento em Lazareto Queima de alcatrão para afugentar miasmas
MENINGITE CÉREBRO-ESPINAL (meningocócica)	1841 e 1862 grande incidência	Denominada Febre Cerebral
CÓLERA	1855 entrada e propagação; 1856 - maior epidemia 1867 - 171 vítimas na capital Não mais retornou a SC.	Após 1855 iniciam-se práticas de medicina urbana; Notificação compulsória e saneamento;fontes de água.etc.
VARÍOLA	Anos epidêmicos : 1843,45,62,63,65,72,79 e 82.	1830 - Vacina obrigatória; 1872 - Cidade esquadrinhada e zoneada. Médico por zona. 1879 - notificação compulsória; Isolamento,desinfecção das casas .
LOUCURA		Os doentes mentais sofriam a reclusão , primeiro trancafiados com os presos comuns na cadeia. Depois, por volta de 1880 eram levados para as fortalezas.

SERVIÇOS DE SAÚDE NA DESTERRO COLONIAL -

“Nos primeiros tempos , quando a população era extremamente escassa as doenças não davam grandes preocupações aos líderes da comunidade. Os pacientes se curavam-quando se curavam - com ervas e chás caseiros e a natureza-**Natura medicatrix**-fazia o resto. Também os casos não eram incomuns , que a população já não estivesse habituada a tê-los, havia comprovada terapêutica de mesinhas que eram de conhecimento geral . Para outros, não havia o que esperar do formulário caseiro” (Cabral ⁵,1979).

Durante o período colonial era comum as populações das vilas e cidades demandarem à Corte a solicitação de médicos. Em 1765, a Vila de Desterro procedeu tal solicitação e foi atendida quatro anos depois com a vinda de cirurgião-mor de marinha para o cognominado **Hospital Real** , que na verdade não passava de uma simples enfermaria militar. Só em 1872 é que foi aberta a concorrência para a construção do hospital militar no local que ainda hoje permanece.

O típico da assistência aos doentes do período colonial é aquela ofertada pelos religiosos e suas santas casas de misericórdias. Não faltará a Desterro a presença dos “irmãos”. Em 1748, a Ordem Terceira de São Francisco já havia montado uma enfermaria para acudir os pobres com remédios. E desde de 1782, a Irmandade do Senhor dos Passos, na figura do Irmão Joaquim, levava o propósito de fundar hospital junto à colina em que ficava a Igreja do Menino Deus. Isso acabará acontecendo em 1789 com a inauguração da **Santa Casa da Caridade dos Pobres**, primeiro nome que teve o Hospital de Caridade (Cabral⁵,1979).

Em Desterro, em pleno final do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, sem visita e observação sistematizada de médico. Os

cuidados dos doentes ficavam restritos ao pessoal religioso. A “caridade dos pobres” destinava-se para a população indigente da época. Os hospitais de então eram uma forma de exclusão e confinamento. Como exemplo, pode-se citar as posturas municipais e procedimentos em relação à Lepra . Essas aparecem desde os primeiros tempos da Câmara Municipal . Por sua causa foram projetados os **lazaretos**, que depois foram destinados a qualquer isolamento ou quarentena . Em 1856 foi criado na proximidade do próprio Hospital de Caridade sob a mesma responsabilidade da irmandade um hospital de lázaros, mas nada foi além de uma medida provisória e temporária. Os mesmos continuaram a perambular e a mendigar pela cidade, quando não fugiam para o interior da Ilha ou para o Continente (Cabral ⁶,1977). No ano de 1797, Desterro possuía duas **boticas** (como se denominavam as farmácias da época) que prestavam assistência farmacêutica. Provavelmente, até a Independência , Desterro só pode dispor de cirurgião médico e de boticário. A arte de cirurgia da época consistia em sangrar , sarjar e lançar ventosa ou sanguessuga (Cabral ⁵,1979).

Até o século dezenove denota-se não haver nenhuma intervenção médica no espaço social urbano com ações sobre os indivíduos ou sobre o meio ambiente no sentido de conter ou prevenir as doenças. A Câmara Municipal , de acordo com as Ordenações Filipinas (de 1604), estabelecia as regimentações e atribuições das municipalidades. Em Desterro, segundo Cabral (1979), só ocorreram algumas medidas posturais de fiscalização quanto à limpeza da vila para evitar a sujeira, a podridão, os odores e possíveis doenças.

O século XIX foi o século da Independência do Brasil , Desterro vila será elevada a categoria de **cidade** a 24 de fevereiro de 1823 por Decreto Imperial. A província de Santa Catarina ganha seu Conselho Geral, Assembléia Geral e o seu Presidente nomeado pelo Imperador. Acontecimentos políticos de monta não

faltaram tanto para o país como para o estado, a exemplo da Guerra do Paraguai, da República Juliana que dará a sua heroína Anita Garibaldi e a República que no final do século será vitoriosa.

Na cidade estão presentes todos os atores do cenário da época: a imprensa com os jornais da terra ; os partidos políticos ; as visitas do Imperador d. Pedro II à cidade capital – duas vezes ; os negros trabalhando nas armações das baleias; a combinação do trabalho escravo com o trabalho livre ; as mulheres que na quase totalidade eram domésticas ; as Irmandades e Igrejas ; o apogeu do comércio e do porto ; as artes ; o teatro (paixão da sociedade desterrense) ; a poesia na vanguarda com Cruz e Sousa ; a primeira biblioteca pública criada na Província; o Clube XII e os médicos – agora clínicos formados , mais capazes e numerosos. Enfim , uma sucessão de novidades e acontecimentos projetaram a cidade de Desterro no Brasil Imperial . As freguesias cresciam e começavam a povoar a Ilha e o Continente. Era o uso e a ocupação do espaço geográfico. Desterro acompanhava a conjuntura e fervilhava com as idéias e os progressos da época – o abolicionismo, a propaganda republicana, a instalação do cabo submarino. No entanto, o destaque mesmo, ficou para o espectro pestilencial que rondava os céus, mares e terras da Província e da Capital . Grandes epidemias de **varíola**, de **cólera** e de **febre amarela** incidiram de forma severa no século XIX e trouxeram inúmeros problemas sanitários para a população .

O século XIX marca, para o Brasil, o nascimento da prevenção com a vacinação anti-variólica, o isolamento, o zoneamento, a quarentena . No século XIX, eram os lazaretos (as chamadas enfermarias de isolamento) distanciados ; alguns pacientes eram enviados para “Hospital de Lázarus” fora da Província . A medicina incorpora , no urbano ; o poder do Estado .Passa a interferir em serviços e equipamentos urbanos buscando conter e evitar as epidemias avassaladoras.

Em face da gravidade do quadro endêmico da Desterro do período imperial , é importante verificar as medidas, posturas cameraais e demais intervenções da denominada Higiene Pública , que foram efetivadas no século XIX, pois é neste século que a Medicina Social , nas modalidades de Medicina de Estado (Polícia Médica) ou de Medicina Urbana , começa a ser praticada desde a capital do País a outras cidades e capitais.

A partir dos documentos da Câmara Municipal : posturas, falas, constata-se medidas de intervenção de forma crescente e gradativa no espaço urbano, a respeito dos cuidados das pessoas, da organização do hospital por médico, tudo dentro dos novos parâmetros ou fundamentos da Medicina Social e Urbana.

“A medicina social, ao contrário, se caracteriza por uma forma de controle constante, por uma vigilância contínua sobre o espaço e o tempo sociais. Se, por um lado, repete, refinando, aprofundando e ampliando , o esquadrinhamento e o controle contínuos, vigentes nos estreitos limites de duração da campanha, age, por outro lado, sobre a cidade-divide, distingue, isola, expulsa e transformantes mesmo da presença do mal”(Machado et al¹²,1978).

Desta forma , Desterro constrói o seu cemitério municipal , impõe novas ordens e normas ao procedimento dos enterros ,cria lazareto como local para isolamento e quarentena de navios suspeitos, transfere a enfermaria/hospital militar para fora do quartel , onde se achava impropriamente instalada , para lugar apropriado, construindo um novo hospital. A cidade passa ter número suficiente de médicos para controlar as várias zonas ou distritos quando do aparecimento das epidemias.

“O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge a formação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que não só tem vigorado até o presente, como têm-se intensificado cada vez mais: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado” (Machado et al ¹², 1978).

A municipalidade em 1831 institui o **médico de partido** ou da Câmara, cuja atividade era atender os pobres e indigentes com visitas ao interior do município. Os pobres passavam a ter atenção médica externa. Outra prática oficializada pela Câmara, iniciada em 1830, foi a **vacinação anti-variólica**, havendo a figura do cirurgião vacinador na própria Câmara para tal prática.

Em 1810 havia sido criado no Rio, o Instituto Vacínico. Em Desterro, 20 anos depois, a Câmara tornou a vacinação obrigatória através de medidas posturais. No entanto os resultados nunca foram satisfatórios, pois a varíola era permanente.

No ano de 1872, a epidemia foi violenta e houve o recurso de **zonear ou esquadrinhar a cidade**, havendo um médico no comando de cada distrito. É referido, que no surto de 1879, foram efetivadas medidas como a **notificação compulsória** e o **isolamento** dos doentes atingidos pela varíola, além do zoneamento e a utilização de enfermarias especiais e extraordinárias para o isolamento dos atacados. Deveria ocorrer a **desinfecção** das casas e queima das roupas e dos utensílios dos atingidos e levados a óbitos. Foi proibido também o costume de “aluguel de caixões”, prática entre os pobres, os cadáveres não podiam mais ser retirados dos mesmos (Cabral⁵, 1979).

O cólera foi na história sanitária de Desterro , a doença mais temida e com a notícia em 1832 de que havia cólera nos Estados Unidos, de imediato se estabeleceu que houvesse a **notificação compulsória** e a construção de um **lazareto** para o isolamento. A epidemia veio em 1855 fazendo suas vítimas e com isso o espaço urbano sofreu as intervenções da Higiene Pública, a municipalidade cuidou de localizar o despejo de materiais fecais com quatro pontes sobre as marinhas, recolher o lixo das casas (duas vezes por semana), dividir a cidade em duas zonas, remover o Hospital Militar do centro da cidade, limpar as fontes e mananciais de água potável. Desta forma requeria-se uma melhor higienização urbana. O governo convocou os médicos e a **quarentena** foi decretada, logo os navios teriam de permanecer durante três dias nas fortificações e lazaretos da Ilha de Ratone e Santa Cruz, permanecendo com a bandeira amarela içada, caso houvesse doentes a bordo. Os coléricos eram tratados por médicos. Medidas profiláticas eram dirigidas à população em boletins e jornais (Cabral⁶,1977).

No ano seguinte (1856) a Europa é novamente atingida, e o temor faz a Província e sua capital Desterro caminhar no sentido da prevenção: o velho **lazareto** é preparado para os devidos isolamento e quarentena com médico permanente, a cidade esquadrinhada em **zonas** ou **distritos**, havendo um médico nomeado para cada um. No entanto, o cólera só veio no próximo ano (1867) quando as medidas são novamente acionadas com a cidade dividida em sete distritos. Como pode-se perceber as medidas de “Medicina Urbana” eram descontínuas , fragmentárias e ocorriam só em situações epidêmicas.

“Hospital, isolamento, lazareto - isto era para escravos, para soldados, para marinheiros, para as ‘mulheres’, para os pobretões”.

De acordo com Cabral ⁶(1977) fica claro que não havia equidade nas medidas preventivas da época. A distinção de classe começou com os próprios hospitais, destinados para soldados e indigentes - caridade dos pobres. Os “bem de vida” morriam em suas casas assistidos pelos cirurgiões, farmacêuticos, clínicos e sem esquecer os curandeiros que muito se faziam presentes e atuantes.

A organização sanitária brasileira no império, em 1833, por decreto determinava a criação de **Inspetorias** em todas as províncias marítimas com incumbência à inspeção de saúde nos portos. Depois a Lei de 1850 e Regulamento de 1851 estabelecia para as províncias as corporações de comissão de Higiene Pública e Provedor de Saúde Pública (Rodrigues¹⁷,1979).

Em Cabral ⁶ (1977) há referência de **Inspetoria** em Desterro em 1876 e de **Provedoria de Saúde** em 1881, o que significa que nestas datas estavam em funcionamento tais órgãos.

A concepção teórica das origens das pestilências prendia-se aos **miasmas**. Por isso não haver a menor referência quanto a presença de insetos, roedores ou vetores de doenças, que sem dúvida dada a precariedade higiênica, deveriam ser numerosos (Cabral⁶,1977).

O século XIX com a Independência do Brasil e sua nova Constituição de 1824 promulgada por D. Pedro I e no Regulamento de 1828 vai incumbir às Câmaras Municipais a resposta à desordem urbana, intervindo em três aspectos: o aspecto urbanístico (alinhamento, limpeza, iluminação, pontes, ruas, estradas...); o aspecto econômico (agricultura, indústria, comércio) e o aspecto populacional (proteção da saúde e da educação). Estes três aspectos conferia à Câmara os encargos da então Higiene Pública (Machado et al¹²,1978).

O agir e fazer agir da Câmara de Desterro no enfrentamento da morbimortalidade e nos momentos das devastadoras epidemias no transcorrer do século dezenove caracterizavam-se por ser eventuais e de pronto-atendimento quando eclodiam as epidemias. Não passam de segmentos ou fragmentos de uma Medicina Urbana ou de uma Polícia Médica do que transcorreu nos países europeus. Grandes eram as dificuldades econômico-financeiras para que Desterro pudesse de forma efetiva e organizada atuar no seu espaço urbano-sanitário. Alguma coisa irá de fato ocorrer no período republicano, quando Desterro passará a ser Florianópolis.

6.1.3. Tempo/Espaço Terceiro: República e Florianópolis.

“O séc’lo é de revolta -do alto transformismo,
de Darwin , de Littré, de Spencer, de Laffite -
quem fala, quem dá leis é o rubro niilismo
que traz como divisa a bala - dinamite!”
(Cruz e Souza , À revolta)

Com a queda do trono e a proclamação da república , um triunvirato assumiu o governo do Estado de Santa Catarina, a 17 de novembro de 1889. Nesse dia foi distribuída ao povo catarinense uma proclamação e nomeadas as primeiras autoridades. No dia seguinte foi a vez da Câmara Municipal realizar uma sessão extraordinária e aderir, enfaticamente, à República. A 24 de novembro é nomeado o primeiro governador do Estado pelo Presidente. A Câmara , a 14 de dezembro de 1889 , participa ao Governador que naquela data mudará os nomes das ruas da capital. Em 1891 é estabelecida a Constituinte Estadual que logo elege o primeiro governador do Estado - Lauro Müller que já ocupava o cargo por nomeação presidencial.

Começara a República , logo viria a Revolução Federalista de 1893 com saldo pesado e trágico para o Estado e a Capital. O combate de Desterro culminaria no fim da denominação da própria cidade. Assim que cessaram os contratempos da revolta é eleito o novo governador para o quadriênio 1894 - 1898 . A capital passa a ser denominada de Florianópolis e se sucederão de forma marcante as remodelações e as reformas urbanas da cidade em suas área central (Cabral⁷,1987).

O espaço urbano da cidade de Desterro no final do século XIX , que havia sido constantemente assolado por diversas epidemias , e frente a sua situação geográfica como porto intermediário na rota desde a capital do País às cidades do Prata, foi motivo para que as questões urbanas e sanitárias passassem a ser sistematicamente problematizadas. A necessidade de um novo espaço urbano-social ser produzido e realizar um novo projeto modernizador da sociedade, com uma nova redefinição do mesmo, para não haver comprometimento ao próprio funcionamento da economia. A cidade requer uma nova salubridade e urbanidade. As novas elites republicanas remodelarão a velha Desterro para surgir uma moderna e bela Florianópolis. As palavras de ordem são: sanear, aformosear e modernizar a cidade(Araújo²,1989). Com isso, a derrubada e o deslocamento dos becos “sujos” com os seus cortiços, os aterros das áreas alagados para afastar de vez os mortíferos miasmas e as devidas “classes perigosas”. Ruas serão alargadas e calçadas. Virão a instalação dos canos de água, da luz e do sistema de esgoto. A construção do que será a marca, o símbolo, o signo da cidade: a ponte entre a ilha e o continente. Deixarão de circular os bondes por tração animal, pois pela nova ponte circularão os ônibus. A praça central-Praça XV e seu jardim “Oliveira Bello” e também “Passeio Público” foi pela nova ordem inovada e consolidada no redesenho e traçado urbano da Florianópolis republicana. O Palácio do Governo

ao lado fazia que as manifestações políticas acontecesse no jardim da praça. O carnaval girava no entorno da mesma.

“Nesse contexto , as intervenções urbanas visaram principalmente criar uma nova imagem da cidade, em conformidade com os modelos estéticos europeus, permitindo às elites dar materialidade aos símbolos de distinção relativos à sua nova condição. A modernização se torna então o princípio organizador das intervenções. Essa modernização terá, todavia, como sua característica **a não-universalidade**. De fato, as novas elites buscam desesperadamente afastar de suas vistas – e das vistas do estrangeiro – o populacho inculto, desprovido de maneiras civilizadas, mestiço. As reformas criam uma cidade “para inglês ver” – (Ribeiro et al ¹⁶, 1996) (grifo nosso).

As reformas urbanas em Florianópolis no primeiro período republicano objetivaram o reajustamento social como foi demonstrado por Araújo²(1989) com as constatações de uma remodelação e disciplinarização dos espaços e usos da cidade. A superação pretendida da feiura, da sujeira, da insalubridade ambiental era para construir uma nova paisagem urbana e social. Transformações que atendessem aos valores, aos axiomas de um cientificismo médico higienista. O enquadramento a uma nova racionalidade de progresso e modernidade para refletir um maior cosmopolitismo aos gostos e saberes, às letras e às artes. Enfim tudo que atendessem, dentro do possível, aos imperativos da ordem burguesa em formação e ascensão. O bom sentimento das elites permitiram a construção de instituições assistenciais: asilo, orfanato, hospício , penitenciária ..., tudo às ordens para conformar e segregar os tantos “infectantemente perigosos.”

Santa Catarina e sua capital atravessou o século XIX desprovida de todos os recursos de uma infra-estrutura básica : energia elétrica, água encanada, coleta de lixo, rede de esgoto, etc.

Mas em 1910 é criada a nível do governo estadual a Inspetoria de Águas e Esgotos e é inaugurado na capital o primeiro sistema de abastecimento de água. A concessão à companhias estrangeiras será logo feita para a área do saneamento: água e esgoto. Isso justifica logo o “auxílio” da *Fundação Rockefeller* em sanear as pragas ambientais no sentido de favorecer sem dúvida o capital norte americano. Em decreto de 8 de janeiro de 1910 é concedida à *Company the State of Santa Catarina Brazil Ltd.* para construir redes de esgoto na capital. Os serviços de água e energia elétrica , em 1912, foram arrendados para a firma *Simmonds e Williamson*. Também em 1910 , Florianópolis passou a desfrutar de luz elétrica. Em 1913 são iniciadas as obras para o sistema de esgoto que será inaugurado em 1916. Em 1918 o sistema já estava operando com estação de tratamento cujo método era considerado o que havia de mais moderno. A partir de 1922 é iniciada a construção do sistema de drenagem das águas pluviais (Átila ³,1991).

O contaminado Rio da Bulha, que recebia os despejos de esgoto e lixo, já estará saneado em 1920, quando será retificado e construído um canal de concreto em todo o seu trajeto, solução que permanece até os dias de hoje. Isso fez com que os morros passassem a ser ocupados pelos casebres, pois os conglomerados de cortiços e barracos do então conhecido “Beco Sujo”, em volta do antigo Rio da Fonte Grande (Rio da Bulha) foram desmantelados. Em 1918 o governo acabou com os cortiços do beco e demais casebres, abrindo no lugar a Avenida Hercílio Luz , ficando no meio o canal construído do Rio. A inauguração aconteceu em 1920 como a “**Avenida do Saneamento**”. Aos poucos serão saneados os “bairros tenebrosos” da Desterro, porque neles eram frequentes os incêndio e onde

começavam as epidemias. Os cortiços “espécies de colméias” eram super habitados pelos pobres - pescadores , marinheiros , conhecidos por Toca, Tronqueira, Rita Maria(Veiga ²¹,1993).

No ano de 1913 já começara a escassez do abastecimento de água e a necessidade de ampliação , sendo solucionado em 1915 com o aproveitamento de um manancial na própria ilha – o riacho Córrego Grande. Quando chega em 1940 o problema vem ocorrer novamente e a solução , a partir de então , será trazer a água da região continental. Desta forma em 1946 é inaugurado o Sistema de Captação de Pilões (Rio Vargem do Braço em Santo Amaro da Imperatriz) (Átila³,1991).

A solução do problema do lixo na capital veio com a construção do “forno do lixo” concluído em 1914. O lixo passou a ser coletado por carroças e trazido para a queima. O referido sistema do forno funcionará por mais de meio século. Em 1958 é que veio a implantação do aterro sanitário na localidade de Itacorubi, às margens do mangue que até hoje (1996) produz sérios problemas ecológicos e transtornos à população do bairro , sendo uma fonte odorífera.

O saneamento urbano nas primeiras décadas do presente século deu novos “ares, águas e lugares” saudáveis para a área central de Florianópolis, com o preço do deslocamento e afastamento dos pobres. Conforme Ribeiro et al ¹⁶ (1996) as intervenções urbanas, ao longo da Primeira República , não consideraram a cidade na sua totalidade. Foram ações localizadas e com exclusão social, cujo espaço público privilegiou e beneficiou apenas as elites.

O pretérito do urbano-sanitário em sua formação traz características que continuam a persistir na atualidade com o capitalismo global.

A infra estrutura urbana desenvolvida na fase da Primeira república na capital ficou centrada e dirigida pelo governo do Estado. Sem dúvida que o município teve a sua participação. O mesmo se observa em relação às organizações de Saúde Pública.

No Império , a Província apenas auxiliou com recursos financeiros a diversos hospitais de caridade. Nos anos antecedentes à Proclamação da República , o Poder Público a nível provincial não chegou, segundo Pasold ¹⁴ (1978), formalizar qualquer estrutura , mesmo que primária para atuar na prevenção, apenas estabeleceu a legislação sanitária através de “Código de Postura Municipal” e o amparo aos organismos de medicina curativa.

Em 1893, com a reforma administrativa do Estado, era então criada a primeira organização sanitária - uma “**Diretoria de Higiene**” com um quadro de pessoal constando apenas: um diretor (médico) um escrivão e um contínuo. Em 1896 a Diretoria passa a **Inspetoria de Higiene** e o quadro de pessoal é ampliado, destacando-se a presença de um fiscal de higiene, além do inspetor (Pasold¹⁴,1978).

Até a criação do Departamento de Saúde Pública no Estado em 1936 , houve uma contínua alternância de diretoria para inspetoria e vice-versa, não caracterizando nenhuma alteração estrutural significativa apenas pequenas reformulações no quadro de pessoal ou na extensão das ações de saúde (Coelho¹⁰,1980).

Em 1918 foi aprovado o “**Regulamento do Serviço de Higiene do Estado de Santa Catarina**”, o qual previa que cada município constituía-se em Distrito Sanitário , excessão seria o município da capital, já que este era sede da Inspetoria de Higiene. Observa-se o mesmo procedimento em 1930, quando é regulamentado

a fiscalização de drogas (medicamentos) no Estado; na capital a fiscalização será procedida pela então Diretoria de Higiene (Pasold¹⁴,1978).

O Serviço de Higiene atribuía a função a nível municipal de inspeção a escolas, fábricas, oficinas, hospitais, prisões, casas de caridade, asilos, quartéis e todas e quaisquer habitações no sentido de indicar as melhorias e correções devidas. Disciplinava as medidas sanitárias para os prédios e tudo que merecesse a atenção pública nas questões de salubridade urbana. Em 1928 um novo regulamento de higiene estadual é publicado, sendo mais abrangente com todo um capítulo amplo tratando das condições de higiene das habitações no sentido da ventilação e da regulação térmica entre outras medidas como tratamento adequado das instalações sanitárias e o destino do lixo (Veiga²¹,1993).

Ainda tratando a respeito do surgimento de novas instituições de saúde há de se reportar a solução encontrada em 1907 do **“Asilo de Alienados do Estado”** para abrigar os “loucos pobres”, antes atirados nas antigas fortificações e lazaretos.

Em 1910 houve a nomeação por lei de uma comissão para estudar as condições especiais das áreas malarígenas e outras endemias (ancilostomíase) para ser elaborado um plano de saneamento para tais áreas. A preocupação das autoridades estaduais com a malária e a ancilostomíase prosseguiu com a criação em 1916 de postos médicos, junto as superintendências dos municípios flagelados por aquelas endemias.

Em 1919 foi criado o **“Serviço de Profilaxia Rural”** objetivando o controle de grandes endemias do campo, sobretudo a ancilostomíase e a malária. Houve também contrato celebrado com o Conselho Sanitário Internacional da Fundação Rockefeller (Pasold¹⁴,1978). A internacionalização sanitária acompanhando o capitalismo mundial já se fazia presente na capital catarinense.

“No Brasil os serviços da *Fundação Rockefeller*, no início dos anos 20, acompanharam a rápida penetração do capital americano na economia brasileira”(Costa ¹¹,1985).

Com a chegada dos membros da “*Missão Rockefeller*” em novembro de 1919 em Santa Catarina, o Estado foi dividido em quatro zonas de ação, sendo uma delas a Ilha de Santa Catarina. A primeira etapa foi o serviço de inspeção diagnóstica, terminado a 24 de fevereiro de 1920. Santa Catarina apresentava o Índice de 80,9% de contaminação de ancilostomíase, chegando a 90,8% no litoral. Em abril do mesmo ano a fundação iniciou os trabalhos de profilaxia e saneamento com a instalação de Postos Sanitários (Araújo²,1989).

A *Fundação Rockefeller* orientava a criação de “Postos Sanitários Permanentes” que deveriam compreender os seguintes serviços: a) educação sanitária; b) saneamento (instalação, uso e conservação das fossas e latrinas) ; c) laboratório (exame de fezes , urina, sangue, escarro e Lâminas) ; d) dispensário (para o tratamento da ancilostomíase, malária, tracoma, lepra, sífilis, etc. Promovia a vacinação contra a varíola e febre tifóide). Havia a sugestão de um serviço de epidemiologia para registro de estatísticas vitais (Costa ¹¹,1985).

Os postos de saúde , que depois em 1921, passaram para a responsabilidade do Serviço de Profilaxia Rural, funcionaram em três locais na Ilha: Centro, Ribeirão da Ilha e Trindade. Em 1924 o governo do Estado renovou o acordo, ampliando as ações para o controle da lepra e os serviços de higiene infantil. Houve também em 1923 a inauguração do Hospital Regional do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural nas proximidades do Hospital de Caridade da capital (Araújo²,1989).

“A Fundação motivava o interesse dos Estados por determinados problemas. Propunha-lhes modelos de organização e operação. Fazia demonstrações orientadas para constituírem-se em norma teórica e prática. Não descuidava das legislações necessárias. Introduzia tecnologia e financiava parcialmente os primeiros passos, para logo deixar a totalidade dos custos e das necessidades geradas pelo modelo nas mãos dos governos”(Agudelo¹,1984).

De fato foi o que sucedeu em Santa Catarina, pois em 1921 os serviços de saneamento da *Fundação Rockefeller* passaram à competência do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do governo Federal, até que em 1926 o governo estadual suspendeu o contrato com a União (Araújo²,1989).

A capital ganhou uma maternidade a Dr. Carlos Correa , em 1927, de propriedade privada sem fins lucrativos que ainda se faz atuante.

A indagação que se faz é sobre o que fica materializado como cultura sanitária de um povo e se, realmente, tais projetos e investimentos promovem o desenvolvimento econômico, social e sanitário da população alvo. Segundo a opinião de técnicos envolvidos na própria transformação sanitária de Santa Catarina, a imagem do estado, no fim deste período republicano era:

“Até o movimento revolucionário de trinta, e ainda alguns anos depois não se cogitava de sanitarismo em Santa Catarina. Uma antiga e burocrática Diretoria de Higiene, sediada em Florianópolis, sem ramificação no interior do Estado, resumia-se no registro de diplomas e títulos profissionais, num serviço precário de vacinação anti-variólica, no julgamento da capacidade de práticos de Farmácia e na distribuição periódica de medicamentos para verminose e paludismo. Não consta que tivesse sido realizado um único inquérito

epidemiológico ou debelado algum surto epidêmico”
(São Thiago²⁰, 1996).

Sem dúvida, a realidade urbana sanitária da capital com os novos governadores interventores, já em 1930, vão caracterizar o fim de uma época. A nova Carta Constitucional Estadual de 1935 para responder aos preceitos da “Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil” irá destacar pontos importantes, relacionados com a Saúde Pública, a exemplo do amparo a maternidade e infância, pois tudo deveria ser feito para estimular a eugenia e para restringir a morbidade e a mortalidade infantis e a Saúde Pública ser então defendida para conter a propagação de doenças transmissíveis.

Na esteira dos anos trinta e quarenta, eventos importantes sucederam na Saúde Pública do Estado e do município da capital. Em 1936 houve completa reorganização da estrutura sanitária. Foi criado por orientação do Departamento Nacional de Saúde Pública o **Departamento Estadual de Saúde Pública**. Um ano depois o Estado foi dividido em áreas para sete **Distritos Sanitários**, todos com um Centro de Saúde (polivalente, dinâmico e direção única) na sede do distrito, complementado por postos, sub-postos ou postos itinerantes de acordo com as necessidades de cada região. Assim Florianópolis passa a ter amplo Centro de Saúde no centro da cidade e ser a sede do primeiro distrito sanitário. A implantação de serviços de controle e profilaxia da hanseníase, tuberculose, doenças mentais e outras doenças. Em 1940 é inaugurado o hospital colônia para os hansenianos e 1941 para os doentes mentais, isso em municípios vizinhos à Florianópolis, como também o hospital de doenças transmissíveis com sede na capital. Com todas essas inovações no aparato sanitário do estado, a capital na Era Vargas apresentava uma realidade epidemiológica muito aquém do restante do próprio estado.

A Tabela 7 possibilita comparar os Coeficientes de Mortalidade Geral e de Mortalidade Infantil nos anos de 1944,1950 e 1960.

Tabela 7 - Coeficiente de Mortalidade Geral e Coeficiente de Mortalidade Infantil, Santa Catarina e Florianópolis. 1944,1950 ,1960.

	Coef. Mortalidade Geral / 1000 Hab.		Coef. Mortalidade Infantil / 1000 Nascidos Vivos	
	SC	FPOLIS	SC	FPOLIS
1944	9,66	25,93	114,29	232,88
1950	7,03	15,97	82,56	157,62
1960	6,43	11,44	60,38	98,06

Fonte: Barros F^o 4, 1979.

Pode se observado que vai ocorrendo uma melhora gradativa dos indicadores. Como referia De Gaulle, “o futuro leva muito tempo” e leva bem mais na periferia do mundo subdesenvolvido, na lentidão do processo civilizatório, da industrialização – urbanização tardia brasileira e catarinense.

“Florianópolis é uma comunidade cuja base econômica manteve-se quase inalterável desde o século passado até nossos dias. Só recentemente (depois da segunda Grande Guerra) essa situação começou a modificar-se . A história local nos informa que ela tem sido afetada por alterações superficiais e lentas, as quais nos permitem caracterizá-las ainda hoje, como uma comunidade dominada por uma economia pobre e não muito diferenciada” (Cardoso⁸,1960).

O “ainda hoje” reporta-se a 1957, ano da publicação da tese de Cardoso & Ianni. Florianópolis modificar-se-á muito a partir dos anos 60 com a abertura da Universidade Federal, com os novos órgãos públicos a exemplo da ELETROSUL, a construção da BR 101, etc. Até então a sua vida econômico-social e respectivo desenvolvimento urbano girará principalmente em torno da função político-administrativa, somando um comércio e uma produção agrícola restritos à localidade e região.

Novos hospitais nas décadas de cinquenta e sessenta irão aparecer na capital do Estado, formando um complexo médico-hospitalar estatal com predominância absoluta de leitos hospitalares de natureza público-estatal, a ponto de ser uma característica ainda atual (1996) da capital de Santa Catarina no contexto nacional médico-hospitalar. O complexo médico-hospitalar formado principalmente nos anos referidos contempla a capital com hospital maternidade, (Carmela Dutra-1955), hospital infantil (Edith Gama Ramos-1963), hospital geral (Gov. Celso Ramos-1966), além dos serviços especializados constituídos quando da criação da “Fundação Catarinense de Saúde”(1964), vinculada a então Secretaria da Saúde e Assistência Social do Estado, com sede e foro na capital. Foram os serviços especializados como o de Diagnóstico Precoce de Câncer, de Cardiologia e Centro Hemoterápico, primeiramente, depois surgiu o Serviço de Reabilitação. Em 1965 foi constituída a “Fundação Médico Hospitalar Catarinense” com o objetivo de organizar e operar uma rede médico-hospitalar como entidade autônoma. Esta em 1966 passou a ser a Fundação Hospitalar Santa Catarina para gerenciar as unidades hospitalares do Estado. O sistema de saúde dicotômico formados por duas redes separadas e paralelas: rede de Saúde Pública (DSP) nesta altura já com onze distritos sanitários e a rede hospitalar (FHSC); estava bem presente em Santa Catarina a exemplo do País como um todo.

A Saúde Pública e a assistência médico-hospitalar, na década de sessenta, estavam centralizadas e concentradas na cidade (área central), mesmo tendo Florianópolis na época uma população com predominância rural (índice de urbanização em 1960 era de 42%). O interior e comunidades rurais estavam totalmente descobertos , como tão bem descreve o mestre Samuel Pessoa ¹⁵(1961) , num relatório de sua autoria ao Presidente da “Câmara Júnior” de Florianópolis , quando de sua estadia na cidade para organizar a cadeira de Parasitologia Médica da então iniciante Faculdade de Medicina da recém criada Universidade Federal. A inexistência de qualquer espécie de instalação sanitária e a falta de qualquer tipo de assistência era a realidade concreta das localidades do interior da Ilha. As observações de Pessoa relatam “casos de ancilostomose pronunciados, pois examinamos crianças e adultos fortemente anemiados e apresentando sintomas bastante acentuados da infestação helmíntica...”. Noutro ponto do relatório: “Parece não haver serviço sistematizado de vacinação preventiva, pois sabemos do falecimento de uma criança vitimada pelo crupe...”. “Também examinamos os dentes de vários habitantes da localidade e pudemos verificar a falta de cuidados, os mais simples , para sua conservação...”. A descrição das afecções , infecções e infestações continuam no documento: “casos de reumatismo, febre reumática, amidalites... úlceras tropicais, disenterias ou estados disentéricos de etiologia obscura... elefantíase filariótica, já assistidos pelo D.N.E.Ru .” E assim continua o relatório quando depara com “casos raros”, sempre peculiares à Ilha:

“Queremos ainda deixar registrado a existência de certas afecções muito raras como a disenteria balantidiana, ainda não assinalada no Estado de Santa Catarina, e que observamos dois casos com exame microscópico positivo para *Balantidium coli*. Este protozoário é uma parasita normal do porco, (*Suscrofa domesticus*), e que raramente se transmite ao homem e neste caso, em

geral, quando os suínos são criados em promiscuidade com o ser humano, o que se verifica em várias localidades por nós visitadas da Ilha. Também diagnosticamos um outro caso de paciente (criança) albergando o *Himenolepis diminuta*, parasita normal do rato caseiro, e que raramente é encontrado parasitando o homem. Este parasitismo pode nos indicar que há abundância de ratos na Ilha e frequência destes roedores nos domicílios humanos. Parece-nos não existir organismo algum, na Ilha, destinado ao controle de ratos domésticos” (Pessoa¹⁵, 1961).

O autor ressalta que a falta generalizada de instalações sanitárias resultava em uma infestação verminótica de caráter universal, nas populações rurais, das praias distantes da Ilha como Pântano do Sul, Ingleses e Jurerê. Isso em 1961. É preciso datar o “desenvolvimento desigual” marcante na capital do Estado de Santa Catarina. Pessoa propõe para essas populações uma **“Assistência Agro-Médico-Sanitária Rural”**, que deveria envolver diversas instituições governamentais: municipal, estadual e federal. Porque era preciso incentivar as hortas e pomares, proteger a pesca artesanal, desenvolver e garantir as manufaturas artesanais, digase as belas rendas. Era preciso focalizar a assistência eficiente à primeira infância... e desta forma era necessário organizar uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para abranger as várias assistências: a) médico-terapêutica, b) assistência preventiva, c) agrária, d) veterinária e f) educação sanitária e rural. Isso foi feito como sugestão, pois deveria haver pesquisas para aprofundar com precisão as soluções “agromédico-sanitária rurais” (Pessoa¹⁵, 1961).

O direito ao desenvolvimento social para a concretização da saúde e da condição humana, a interdisciplinaridade e ação de ampla equipe multiprofissional, eram o que prescrevia o grande mestre da Parasitologia Médica. O que ficou ou consolidou do longo período populista na Ilha de Santa Catarina, há na descrição de Pessoa uma imagem, um quadro, apenas. Logo virá o período

do golpe militar de 1964 e uma nova realidade econômica e política inicia-se no País.

Até os anos cinquenta o lento crescimento urbano de Florianópolis não obedeceu a nenhum plano diretor ou de obras, como é observado por Veiga²¹(1993)

“...os vetores da expansão urbana foram o meio físico da ampliação e adensamento do território ocupado, interligando o coração da Vila aos seus apêndices que eram os arrabaldes e as freguesias existentes ao Norte e ao Sul da Ilha.”

O primeiro Plano Diretor foi aprovado em 1954 . Sua finalidade era orientar e disciplinar a cidade e assim prepará-la para o crescimento urbano, para superar o atraso crônico. Na década de sessenta e setenta Florianópolis terá uma grande expansão e crescimento urbano, com novas fontes de emprego , como os trazidos pela da indústria da construção civil , que será a razão da **inversão** ao alto índice de urbanização. No entretanto, não consegue superar o “desenvolvimento desigual”, persiste a presença dos “bairros tenebrosos”, agora classificados como “áreas carentes”, e há os “ares, águas e lugares” comprometedores da cidade e da saúde .

“...

A tremenda avalanche do Passado

que arrebatou tantos milhões de mortes.”

(Cruz e Sousa - Réquiem do Sol)

6.1.4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-AGUDELO, S. F. Saúde e imperialismo: a ação antimalárica na América latina; trad. Eliana Sabino. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984 (Textos de Apoio-Ciências Sociais, 2).
- 2-ARAÚJO, H. R. de. A invenção do litoral: Reformas urbanas e reajustamento social em Florianópolis na Primeira República. São Paulo, 1989. (Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- 3-ATILA, A. R. Saneamento básico catarinenese. Florianópolis, IOESC, 1991.
- 4-BARROS FILHO, M. A. Contribuição ao estudo da mortalidade no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1979. (Trabalho apresentado para o concurso de Prof. Titular do Departamento de Saúde Pública da UFSC).
- 5-CABRAL, O. R. Nossa Senhora do Desterro. Florianópolis, Lunardelli, 1979. V.1.
- 6-_____ Medicina, médicos e charlatões do passado. Arq. Cat. Med., Florianópolis, 1977. (Edição Cultural, Nº 1).
- 7-_____ História de Santa Catarina. 3ª ed. Florianópolis, Ed. Lunardelli, 1987.
- 8-CARDOSO, F. H. & IANNI, O. Cor e mobilidade social em Florianópolis: Aspectos das relações entre negros e brancos numa comunidade do Brasil Meridional. São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1960.

- 9-CHOMSKY, N. & DIETERICH, H. Los vencedores: una ironia de la História. México, Ed. Joaquín Mortiz, 1996.
- 10-COELHO, A. R. Contribuição para o estudo dos Serviços Estaduais de Saúde Pública de Santa Catarina (1973-1979). São Paulo, 1980 (Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP).
- 11-COSTA, N. do R. Lutas Urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1985.
- 12-MACHADO, R. et al. Danação da norma: Medicina social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- 13-MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl.1): 07-18, 1994.
- 14-PASOLD, C.L. Estudo evolutivo da legislação sanitária catarinense e suas repercussões na estrutura dos serviços de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina: Período Republicano (até março/1975). São Paulo, 1978 [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 15-PESSOA, S. B. Sobre o estado sanitário dos habitantes dos distritos rurais da Ilha de Santa Catarina e algumas sugestões para sua melhoria.(Relatório apresentado à Câmara Júnior de Florianópolis, Florianópolis, 1961).
- 16-RIBEIRO, L. C. de & PECHMAN, R. Org. Cidade, povo e nação: Gênese do urbanismo moderno. Rio de Janeiro, Civ. Brasileira, 1996.
- 17-RODRIGUES, B. de A. Fundamentos de administração Sanitária. 2ª ed. Brasília, Centro Gráf. Senado Federal, 1979.

- 18-SANTOS, M. A urbanização brasileira. São Paulo, Hucitec, 1993.
- 19-SANTOS, S. C. dos .Nova História de Santa Catarina. 3ª ed. Florianópolis, Ed. Terceiro Milênio,1995.
- 20-SÃO THIAGO, P. E. de. Promovendo Saúde & Ensino: A Medicina que aprendi, exerci e ensinei. Florianópolis, Ed. da UFSC, 1996.
- 21-VEIGA, E. V. da Florianópolis: Memória urbana. Florianópolis, Ed. da UFSC e Fund. F. Cascaes, 1993.

6.2 -TEMPO/ESPAÇO GLOBAL NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

“A globalização pode assim ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa. Este é um processo dialético porque tais acontecimentos locais podem se deslocar numa direção inversa às relações muito distanciadas que os modelam. **A transformação local é tanto uma parte da globalização quanto a extensão lateral das conexões sociais através do tempo e espaço.** Assim, quem quer estude as cidades hoje em dia, em qualquer parte do mundo, está ciente de que o que ocorre numa vizinhança local tende ser influenciada por fatores - tais como dinheiro mundial e mercados de bens - operando a uma distância indefinida da vizinhança em questão” (Giddens apud Ianni¹²,1995).(Grifo nosso).

O presente capítulo contém uma leitura sócio-urbano-sanitário do município de Florianópolis neste fim de século. Procura expor alguns pontos ou situações que revelem o alcance ou a negação dos direitos à saúde e à cidade. Será esta uma cidade saudável com bons ares, águas e lugares a ofertar uma saúde universal e igualitária plenamente dotada de serviços e equipamentos de infra-estrutura distribuídos com justiça entre os cidadãos, ou, ao contrário, apresenta-nos uma realidade urbana e sanitária centrada na diversidade, no antagonismo, na polarização da desigualdade econômica e social. É o que se busca saber utilizando fontes escritas, redizer e redimensionar o que ainda não foi escrito ou conjugado simultaneamente: a urbanização e a saúde pública. É a leitura do local – Florianópolis – no contexto global. Desta forma, primeiramente, realiza-se um preâmbulo da urbanização à modernização da Florianópolis atual (1996), bem como do processo vigente de desenvolvimento urbano e também da municipalização em saúde ou Sistema Único de Saúde (SUS – Florianópolis) e

desta forma chegar ao situacional da Florianópolis contemporânea nos seus aspectos sócio-urbano-sanitários.

6.2.1- Modernização e Institucionalização do Urbanismo em Florianópolis

“No mundo todo, muitos dos recursos básicos-dos quais dependerão as gerações futuras para sua sobrevivência e bem-estar-estão sendo exauridos. Se intensifica a degradação ambiental levada a efeito por sistemas não-sustentáveis de consumo e produção, pelo crescimento demográfico sem precedentes, pela pobreza generalizada e persistente e pela desigualdade social e econômica.”

(Preâmbulo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CAIRO ¹⁷,1994)

O estado catarinense e sua capital nos anos cinquenta careciam de toda sorte de infra-estrutura, a ponto de não haver energia elétrica suficiente, os portos defasados, as rodovias e ferrovias poucas e precárias; no entanto, as novas políticas desenvolvimentistas vão trazer as primeiras experiências de **planejamento governamental** para o Estado e para a Capital, que em 1954 parte para o **primeiro plano diretor da cidade**, formulado com objetivo de superar o atraso. Depois vieram os anos sessenta com o clamor popular por reformas estruturais e, no entanto o que veio foram os “anos de chumbo” no bojo de uma modernidade caracterizada por implantação de infra-estrutura viária (BR 101), meios de comunicação (TELESC), energia (CELESC, ELETROSUL), urbanização, etc.

Em 1960 havia sido criada a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que sem dúvida ampliou a capital em sua função de ensino, pesquisa e de formação de recursos humanos. As instituições federais na Ilha deram impulso à atividade econômica e ajudaram na formação de uma “classe média”. Assim a cidade dinamizou suas tradicionais funções político-administrativas como

favoreceu o desenvolvimento de outros setores , até mesmo o secundário com a modalidade de indústrias não poluidoras, construindo sua “**tecnópolis**” e os pólos de informática e de vestuário. A diversificação econômica ganha no turismo um aliado.

A expansão urbana sucede a partir dos anos sessenta e está em franca continuidade. Apesar dos planos diretores, escritórios, instituto e órgãos de planejamento e serviços de controle e ação urbanos; é uma expansão que compromete a sustentabilidade ambiental dado o grau de degradação, carência habitacional e assentamentos humanos precários, áreas de concentração de pobreza e marginalização social. À produção do espaço urbano abstrato, hierarquizado, soma-se a espoliação e exclusão social. Conforme Gottdiener¹⁰(1993) essa produção de espaço procede uma ordenação espacial de pessoas e atividades com todos os tipos de injustiça urbana que passa pelo paradigma convencional hegemônico a ser “como uma função da distribuição espacial”. Os padrões sócio-espaciais contemporâneos correspondem a lógica capitalista ampliada do “desenvolvimento desigual”.

De 1954 à atualidade, Florianópolis teve dois planos diretores e assiste a nova efervescência de um terceiro. A idéia central é verificar então, quais as principais contribuições trazidas à cidade por tais planos.

O primeiro plano diretor da cidade de Florianópolis foi formulado em 1952 pelo Escritório de Urbanismo do Professor Edwaldo Pereira Paiva de Porto Alegre. A Faculdade de Arquitetura desta cidade em 1947 administrara o primeiro curso de Urbanismo do país, formando os urbanistas que irão elaborar o primeiro plano diretor para a capital de Santa Catarina. O mesmo será aprovado em 1954 e terá vigência até 1976.

O modelo desse plano prende-se ao urbanismo racionalista que tem como ponto de partida “A Carta de Atenas” de Le Corbusier onde a arquitetura preside

os destinos da cidade. Esse modelo comporta o discurso da modernidade, ideologicamente corresponde às ideologias desenvolvimentistas (CEPAL) da época na América Latina (Rizzo ²³,1993).

A expectativa era o desenvolvimento para a cidade em questão para vencer os seus atrasos do ponto de vista industrial, comercial e assim atingir um nível econômico capaz de assegurar uma grande cidade moderna. A industrialização seria fundamental e as soluções urbanistas foram projetadas nesta direção.

Eram diagnosticados como fatores do subdesenvolvimento urbano a cidade portar uma grande quantidade de chácaras no respectivo perímetro urbano, adensamento diferenciados, zonas de periferia no centro urbano com **“aldeamentos primitivos”** - favelas , falta de infra estrutura básica . Tudo isso era imputado ao fraco potencial econômico e financeiro da municipalização, ausência de indústria moderna, dispersão das habitações, ritmo lento de vida da população, baixa densidade do conjunto urbano, instalações portuárias inexistentes. Para tal diagnóstico , as proposições demandavam a construção de um porto moderno, implantação de indústrias e conseqüente desenvolvimento comercial. Era, portanto, vital colocar uma “ordem” à irracionalidade do espaço urbano com a construção de bairros residenciais nas áreas das chácaras e assim acabar com os núcleos de sub-habitações. A construção do porto se daria ao norte da área continental do município e era projetado como ponto focal para a zona industrial e comercial a ser criada. O adensamento pelo crescimento urbano da área central obedeceria um eixo ou “avenida tronco” como uma artéria principal (Rizzo ²³,1993).

O racionalismo biologicista da escola mentora do plano não foi suficiente para atingir o programado. A cidade continuou (até hoje) sem o porto e as indústrias; os “núcleos das malocas” ampliaram para as encostas com todas as sortes de riscos. As chácaras de fato, foram loteadas, urbanizada, mas para

residências de classes médias e altas. O “organismo urbano” frente as proposições modernizadoras conseguiu transformar as áreas centrais ao longo das avenidas previstas com os devidos equipamentos urbanos: calçamento, rede de água e esgoto, telefone, transporte coletivo (Rizzo ²³,1993).

“A possibilidade de modernização se expressa nos planos, de maneira geral, de forma inclusiva. Ao ter a cidade como um todo como objeto de sua intervenção, os planos expressam mecanismos de regulação que deveriam influir decisivamente sobre as condições de vida das camadas populares, mesmo considerando a ênfase nos aspectos relativos às reformas nos centros urbanos. Todavia, a relação dos planos com a efetiva regulação pública não se efetiva. Os planos produzem normas destinadas a não serem cumpridas, criando um abismo entre a ‘**cidade real**’ e a ‘**cidade legal**’”(Ribeiro & Cardoso ²²,1996).

Trata-se enfim da lógica da “modernização excludente” que cria espaços normatizados, mas devido a exclusão e a mobilidade social resultantes acabam por conviver com espaços desregulados e exteriores.

A cidade chega ao **Segundo Plano Diretor**(1976) , que será formulado , para atender as estratégias de desenvolvimento do regime ditatorial pós-1964 , no qual destacava a centralização do planejamento como estratégia .O governo central formularia uma política nacional de desenvolvimento urbano, cabendo aos municípios e estados a função de adaptação e implementação. Uma grande ênfase é dada ao planejamento regional ou metropolitano. A importância estratégica das regiões metropolitanas perpassa tanto o Primeiro como o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (I e II PND).

“A cidade irá, então , situar-se dentro do planejamento do polo econômico em que se encontra, definindo-se a sua função econômica e social e, só então, passando a definir-se sua

configuração físico-urbanística”(II PND/1974 apud Rizzo²³,1993).

Em Santa Catarina o esforço para transformar Florianópolis e os municípios vizinhos em uma **Região Metropolitana** é objetivo do “**Projeto Catarinense de Desenvolvimento**” em 1971 do governo estadual para a criação do polo urbano e irradiador de desenvolvimento de Florianópolis. A preparação da rede urbana para atender a política do governo federal quanto as áreas metropolitanas.

O segundo Plano Diretor de Florianópolis começou a ser formulado em 1967 pelo Conselho de Engenharia , Arquitetura e Urbanismo de Florianópolis , sendo retomado em 1971 pelo Escritório Catarinense de Planejamento Integrado – ESPLAN, de acordo com as orientações do Serviço Federal de Habitação e Urbanismo – SERFHAU do Ministério do Interior. Será aprovado pela Câmara Municipal em 1976 e terá vigência até 1996. O mesmo procurou seguir as diretrizes do “**Plano de Desenvolvimento da Área Metropolitana de Florianópolis – PDAMF**”, onde a cidade deveria ser transformar numa grande região polo de integração e desenvolvimento. Para isso requeria a metropolização da capital. Necessário seria superar a “esclerose urbana”, ou seja expandir a urbanização para além da zona insular do centro tradicional (Rizzo²³,1993).

O “ESPLAN” com base nas informações levantadas fez uma classificação diagnóstica em “deficiências” e “potencialidades” da cidade. Como deficiências urbanas foram destacadas: a) expansão e crescimento urbanos desordenados, a exemplo da favelização em direção às encostas. O mesmo na zona continental em conurbação com os municípios limítrofes : São José , Palhoça e Biguaçu ; b) concentração de equipamentos na zona insular, gerando grande fluxo viário na tradicional Ponte Hercílio Luz, com o perigo de desabamento; c) a impossibilidade de aumentar o tráfego na ponte e vias de acesso, a iminência de colapso do sistema viário; d) o isolamento da cidade com o resto do país tanto no setor de transporte como no de comunicação. A respeito das potencialidades a

equipe planejadora apontava: a) o dinamismo da vida urbana da cidade conferida pelo próprio aumento da circulação de veículos a ponto de exigir uma nova ponte; b) a construção do centro metropolitano; c) a condição de polo de integração da região meridional pelo entroncamento do sistema rodoviário federal (BR-282 e BR-101). A possibilidade de um maior sistema de integração, reunindo meios terrestres (rodovias e ferrovias) e marítimos (por isso a necessidade sempre insistida do porto); d) a industrialização conseqüente do mercado consumidor (Rizzo ²³,1993).

Com o novo plano a cidade acabou ganhando duas novas pontes, o imenso aterro na Baía Sul, as novas vias expressas tanto em direção ao continente e BR 101, como para as praias. Iniciado e em plena construção está o túnel do “Penhasco” com o novo aterro da Baía Sul em direção ao aeroporto para sair a via expressa-Sul. Só não aconteceu o sonhado porto e navegação, mas a expansão urbana veio com toda a carga. A cidade, segundo o Censo de 1970, apresentava índice de urbanização em torno de 84%. Quanto a industrialização a cidade assiste sua segunda fase com indústrias não poluentes (polo de informática e vestuário).

“Ao partir do final dos anos 70, começa a se delinear uma nova conjuntura teórico-política, cujos desdobramentos ainda nos envolvem no presente”(Ribeiro & Cardoso ²²,1996).

A emergência de movimentos sociais passam a fazer uma revisão crítica frente a dimensão social, colocam na ordem do dia as reformas estruturais.

O segundo Plano diretor concebido também de acordo com os princípios organicistas e funcionalistas, e ainda permanece vigente (1996). No entretanto, no ano seguinte de sua aprovação (1977) foi criado o Instituto de Planejamento

Urbanos de Florianópolis-IPUF, incumbido da tarefa de elaborar e fundamentar o terceiro plano diretor. Com isso novos contratempos, oposições, bloqueios, grupos de interesses e pressões vão fazer durar a definição do mesmo. Como fato positivo veio a Constituição Federal de 1988 e a nova Lei Orgânica do Município (1990) para estabelecer novos princípios, diretrizes e regras ao desenvolvimento urbano, sem entretanto, constar os que deveria abranger à uma verdadeira reforma urbana. É oportuno verificar como o “Direito à Cidade” está contemplado nas novas cartas e as respectivas competências constitucionais quanto ao desenvolvimento urbano. O ponto central é dimensionar a Lei Orgânica do Município no que o documento possa expressar em lei os objetivos e anseios da comunidade, como documento político e resultante de considerável participação da sociedade civil organizada, quando de sua elaboração. Outro ponto será verificar a amplitude das competências em matéria urbana positivadas ou subtendidas na Carta Municipal comparada às constituições maiores e precedentes.

Apesar da fase de modernização e institucionalização do urbanismo com o planejamento urbano, Florianópolis é exemplo de “desenvolvimento desigual” do capitalismo de países periféricos. Sua paisagem urbana é a de uma cidade fragmentada e diferenciada pela divisão social do trabalho. Os bairros dão o perfil das classes sociais que os habitam. Há ampla mobilidade e insegurança social. Enfim, ocorrem áreas de riscos vitais, áreas segregadas, áreas de avançada degradação ambiental e áreas de “mal-estar social”, que ferem profundamente os direitos da condição humana.

6.2.2 -Municipalização da Saúde Pública em Florianópolis

“ ... a municipalização passa a ser entendida como **descentralização**.

A despeito dos aspectos técnicos, administrativos e financeiros que envolvem a municipalização, a luta pela sua efetivação se impõe como questão essencialmente política. Municipalizar significa fortalecer os poderes locais, ou, poderíamos dizê-lo de outra maneira, significa uma possibilidade exeqüível de democratizar a sociedade brasileira”(Heimann et al ¹¹,1992).

Só no final da década de 1960 é que o município de Florianópolis passou a ter unidade local de saúde no interior da Ilha e de caráter precário. Desta maneira houve , por exemplo, o Ambulatório Médico Social de Campeche onde alunos dos cursos de Medicina e de Serviço Social da UFSC prestavam uma “assistência médica e social” junto à comunidade, sobre medidas preventivas e desenvolvimento comunitário. Os alunos, apenas , deslocam-se para o local nos sábados à tarde. Simultaneamente uma outra experiência ocorreu na localidade de Cachoeira do Bom Jesus junto com a SERTE (Sociedade Espírita Recuperação, Trabalho , Educação).Mais tarde , a Prefeitura Municipal começou a contratar médicos e os Postos Municipais de Saúde foram consolidando-se nas comunidades do interior da Ilha.

A primeira metade da década de 70 , a capital do Estado logrou grandes obras de infra-estrutura tanto na área do desenvolvimento urbano, como na Saúde Pública. A cooperação técnica recebida da Organização Panamericana da Saúde através do escritório para a região Sul e com a colaboração financeira da Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul-SUDESUL fizeram viabilizar vários projetos ao setor da saúde, desde a formação de recursos humanos (sanitaristas) e uma ampla reestruturação organizacional e administrativa na Secretaria de Saúde do Estado, obedecendo a estratégia do Projeto Catarinense de Desenvolvimento. O Estado ganha assim um novo sistema regionalizado de saúde - o Projeto CARS-Centros Administrativos Regionais de Saúde (1973)em número de seis, sendo Florianópolis a sede do I CARS. A época corresponde a

fase dicotômica da saúde com as duas redes, uma de Saúde Pública e a outra (hegemônica) de assistência médico-hospitalar. No estado funcionava a Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC e o Departamento Autônomo de Saúde Pública – DASP (Coelho ⁴,1980).

A perspectiva da unificação e descentralização dos serviços de saúde como bases sólidas para um Sistema Nacional de Saúde estava presente nas proposições das reformas nos anos sessenta, sendo interrompida com o longo período de regime militar. Novamente, o tema da reforma sanitária é retomado com os movimentos sociais pela redemocratização e constituinte do País. Anjos ¹(1996), em estudo realizado sobre o processo de descentralização da organização e gestão do sistema municipal de saúde de Florianópolis, descreve a ocorrência de **três momentos** ou tentativas. A primeira experiência vai coincidir com a implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS em 1985 e depois numa segunda etapa com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS em 1988.

É importante referendar que em 1983 o novo governo estadual assumiu as AIS como política e programa de saúde para todo o Estado por intermédio do “Programa de Ações Integradas de Saúde” – PAIS . Em 27 de abril de 1983 , de forma pioneira, o convênio trilateral – Ministério da Previdência Social e Desburocratização , Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde – foi assinado. O PAIS estaria implantado em todo o território catarinense até 1985. Para Florianópolis era previsto o ano de 1984, o que acabou não acontecendo, pois o programa por entraves políticos, administrativos – razões financeiras, não deslocou além da primeira área de implantação (Lages). Florianópolis e demais municípios apenas anteciparam-se, fixando nas diretrizes gerais da reorientação programática das AIS.

A segunda etapa deste veio com novo convênio em 1988, quando a Capital parte para implantar o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS. Em Santa Catarina, de forma análoga ao PAIS vai suceder com o SUDS, ou seja: política e programa do novo governo estadual para o período de 1987 - 1991. A 9 de setembro de 1987 é assinado em Brasília o convênio para a implantação do SUDS no Estado. O compromisso de cada município conveniado de concretizar os postulados da pretensa **reforma sanitária**: a descentralização, regionalização, hierarquização e integração da assistência com a gestão colegiada por meio das comissões interinstitucionais.

Em Florianópolis, no mesmo ano do convênio (1988), foi criado o Fundo Municipal de Saúde em que será regulamentado apenas em 1992 e colocado em funcionamento em 1994. O legislativo aprovou a alocação de 10% do orçamento municipal para a saúde não sendo, até o presente ano (1996), nunca realizado. A criação do Conselho Municipal de Saúde, com caráter consultivo apenas, deu-se em meados de 1989, mas sua instituição legal só sucederá no ano seguinte. A implantação do SUDS previa a consecução de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários-PCCS, a formulação de um Plano Municipal de Saúde que, no entanto, não foram além da idealização (Anjos ¹, 1996).

O que significou, o que realmente mudou de concreto, quais os benefícios reais trazidos à população em termos de ações de saúde com as AIS e o SUDS ? Qualquer resposta está ligada como foi o movimento sanitário, a consolidação pró-reforma sanitária, o momento da constituinte, enfim a luta democrática, a formação de uma contra-hegemonia na sociedade civil e no interior do aparelho de Estado. Isso traduz o significado político, a resistência orgânica de segmentos da população brasileira na luta por um outro modelo de serviço de saúde. Avanços e recuos, perdas e ganhos e vice-versa são fatos assaltados a qualquer movimento por mudança. O movimento era por universalização, integração, participação e os

resultados demonstram o oposto ou quase nada a exemplo da “**universalização excludente**”, simples políticas sociais compensatórias e legitimadoras da desigualdade capitalista.

“Ademais , o SUDS reforçou os mecanismo de universalização excludente e não conseguiu superar as relações clássicas de intermediação entre Estado e sociedade caracterizadas pelo clientelismo e corporativismo”(Mendes ¹⁵,1993).

O SUDS procurou incorporar os princípios e postulados da reforma sanitária, reafirmados na marcante 8ª Conferência Nacional de Saúde. Finalmente esperava-se o renascimento do Estado do Bem-Estar Social com a “Constituição Cidadã” de 1988, que traz o trunfo de um **Sistema Único de Saúde**, ditando os princípios, as diretrizes à consecução do mesmo. Mas, os anos oitenta apontam a crise do Socialismo Real e da Social Democracia frente a recessão mundial da acumulação capitalista, agora ressurgem o conservadorismo, o retrocesso do neoliberalismo. Universalização? Equidade? Sistema Único? Ou exclusão ? Ou pacotes de cuidados médicos para pobres? Com o SUS esperava-se ampliar as forças sociais para realmente implantar o que não aconteceu, pelo menos na Florianópolis quando das ações integradas e do sistema unificado e descentralizado.

Os dois outros momentos da incipiente municipalização da saúde procederam após a criação do SUS. Primeiramente será fundamental, analisar a **Lei Orgânica do Município de Florianópolis**⁹ – 1990, tomando como referência a Constituição Federal de 1988 e a Constituição Estadual de 1989; isso na parte “**Da Saúde**”.

Confirmação ou até mesmo ampliação dos preceitos constitucionais da Lei Maior da República ou contração e redução do conteúdo do texto é o que pretende-se referendar neste estudo agora, para depois retomar a continuidade do

processo de municipalização em saúde vendo as duas últimas etapas ou momentos.

6.2.3 -Aspectos Constitucionais do Desenvolvimento Urbano e da Saúde

Ao pretender-se o estudo de questões urbanas e sanitárias do município de Florianópolis, considerando o direito à cidade e o direito à saúde, torna-se imprescindível o exame das cartas constitucionais – Constituição Federal, Constituição do Estado de Santa Catarina e Lei Orgânica do Município de Florianópolis; no que trata a respeito do desenvolvimento urbano, da saúde e assuntos correlatos.

O ponto central é dimensionar a **Lei Orgânica do Município (LOM)** no que possa assegurar como direito à cidade e à saúde . Analisar as concepções , as peculiaridades , as prioridades e verificar a amplitude das competências em matéria urbana e sanitária , positivadas ou subentendidas na Carta Municipal .

O referencial teórico e metodológico para cumprir tal objetivo é tomado do estudo de Dallari ⁷(1995) -“Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde”. De acordo com a autora , a análise de um texto constitucional , considerando que “...a Constituição é um documento político que transforma em lei os objetivos da sociedade”..., alguns critérios e mecanismos de exame são necessários para tal procedimento. A prioridade é a análise principiológica , como primeiro critério trata-se então de examinar os “**princípios informadores**” para se compreender os valores sociais abrigados no texto constitucional. Prosseguindo o raciocínio há que se atentar para aqueles princípios não explicitados diretamente , mas que decorrem dos valores políticos , econômicos e sociais da sociedade e que muito determinam a conformação da Constituição. Outra questão importante é a

existência conflituosa, às vezes, com alguns princípios; como fica possível confrontação entre o que trata da proteção ao meio ambiente frente ao que defende a livre iniciativa.. A compreensão e devida interpretação de qualquer conceito jurídico exige uma clara distinção entre os princípios e as diretrizes e as regras jurídicas .

“O intérprete constitucional está, pois, obrigado, desde o exame dos princípios que informam a política constituinte, passando pela compreensão das diretrizes abrigadas na Constituição e alcançando, finalmente, o estudo das normas jurídicas nele incidentes, ao preenchimento do conceito de saúde” (Dallari⁷,1995).

De acordo com esse baseamento, busca-se proceder de forma simultânea a comparação da Constituição Estadual e da Lei Orgânica Municipal à Constituição Federal de 1988 ².

A Constituição Estadual de Santa Catarina (CE)²⁵ foi promulgada a 5 de Outubro de 1989 e a Lei Orgânica Municipal de Florianópolis (LOM)⁹ a 5 de Abril de 1990. A sociedade civil participou de forma considerável e organizada, nos dois momentos previstos, na formulação das cartas, ou seja, na elaboração e apresentação de propostas aos textos e depois quando das emendas populares aos anteprojetos.

6.2.3.1 O Direito à Cidade na Lei Orgânica do Município de Florianópolis: O Novo Plano Diretor.

A sociedade brasileira empenhou-se muito para garantir durante a constituinte a inclusão dos preceitos de uma **reforma urbana**. Entidades civis e governamentais fixaram-se na cena política pela luta do direito à cidade,

considerando a imensa massa de espoliados urbanos. A proposta de Reforma Urbana perpassou os anos 80 com marcante trajetória na construção de uma articulação nacional pela afirmação dos direitos e a idéia de uma reforma estrutural que tocasse as relações sociais de produção e o consumo urbano na perspectiva de uma maior humanização das cidades brasileiras (Maricato¹³,1994).

O movimento pela Reforma Urbana conseguiu consolidar as numerosas lutas urbanas existentes, principalmente nas grandes cidades, e assim chegar à formulação de uma proposta popular de reforma urbana com vários objetivos, tratando os principais problemas urbanos que vão desde a situação habitacional, dos transportes e serviços públicos, a relação com a propriedade privada e sobre a gestão democrática da cidade. A emenda destacava os seguintes objetivos:

- a) Considerar a aplicação da função social da propriedade, proteção urbanística, ambiental e cultural. Para cumprir essas medidas, a previsão de instrumentos de regularização e captação da valorização imobiliária, da propriedade urbana;
- b) Realizar programas públicos habitacionais com finalidade social , portanto , de acordo com a renda familiar e descentralização na gestão da política habitacional;
- c) Garantir a gestão democrática da cidade via conselhos, audiências públicas, plebiscitos, referendos populares, iniciativa legislativa e veto às propostas do legislativo;
- d) Conservar a natureza pública, sem fins lucrativos dos transportes e serviços públicos, além de usufruir de subsídios e constar a participação dos trabalhadores na gestão (Maricato ¹³,1994).

Um projeto de reforma urbana , de acordo com Ribeiro ²¹(1994), há de apresentar como objetivo central a instituição de um novo padrão de política pública cujas orientações básicas vão desde a instituição da gestão democrática da cidade com a ampliação do exercício da cidadania. A regulação pública do uso do solo urbano deve reger-se por novos instrumentos de ação a exemplo do **solo criado** – imposto progressivo sobre a propriedade . Uma outra orientação fundamental diz respeito à política de investimentos urbanos com a inversão de prioridades a fim de atender as necessidades coletivas centradas nas populações carentes. Espera-se aumentar a eficiência e eficácia da ação governamental e ao mesmo tempo a implementação de uma política fundiária que discipline o mercado com o privilégio da função social da propriedade e garanta uma justa distribuição dos custos e benefícios da urbanização.

A Constituição Federal de 1988 (C.F.) , no que apresenta como proposta de política urbana , ficou muito aquém do sugerido na emenda popular do Movimento Nacional de Reforma Urbana . Introduz , no entanto, conceitos e instrumentos que significam avanços à conquista do direito à cidade e permite constituir o tratamento institucional para muito dos graves problemas citadinos. Os **artigos 182 e 183** da Lei Maior confirmam que a cidade terá de cumprir sua **função social** e que a propriedade urbana fica condicionada a este princípio jurídico. O processo de produção urbana permanece ao controle do Estado através do planejamento urbano. As cidades esperam ser conduzidas por planos diretores competentes (Rolnik ²⁴,1994)

As correlações de forças no transcorrer do processo da Constituinte imprimiram grandes derrotas às propostas levadas pelo Movimento de Reforma Urbana , inclusive da mais significativa a de que tratava da **legitimidade de apropriação da cidade** (Maricato ¹³,1994).

Importante é agora verificar as possibilidades e estratégias de política urbana e regime urbanístico que poderão resultar dos artigos (182 e 183) da C.F.

A gestão da política de desenvolvimento urbano será pela esfera do Poder Público Municipal “conforme diretrizes gerais fixadas em lei e tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes”(C.F.,art.182) . Para cumprir tal ordenação e garantia o “instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana” é o **plano diretor** obrigatório para todas as cidades com mais de 20 mil habitantes (C.F. art. 182,§1º).

Como se denota o planejamento urbano é pressuposto fundamental à definição da intervenção do Estado no processo de crescimento e desenvolvimento à uma produção mais social do espaço. A função social da cidade somada a da propriedade privada ficam sob a égide do Estado por meio do instrumento do planejamento e controle da produção urbana. A importância do plano diretor é assim consolidada , porque terá de portar as “ exigências fundamentais de ordenação da cidade ...” a serem atendidas pela propriedade urbana (Art. 182,§2º).A previsão de haver desapropriação de imóveis urbanos mediante prévia e justa indenização em dinheiro” (Art.182, §3º). Os dispositivos ,que vão estabelecer as condições legais aos municípios para cumprir o princípio norteador da política urbana fundiária, sobre a obrigatoriedade dos proprietários de promoverem o aproveitamento adequado ao solo urbano não edificado, subutilizado ou não utilizado , são em ordem de três:

1º) “parcelamento ou edificação compulsórios”;

2º) “imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana progressiva no tempo”; e

3º) “desapropriação com pagamento mediante títulos da dívida pública... com prazo de resgate de até dez anos...” (Art.182, § 4 , alíneas I,II e III). Importante lembrar a ressalva da Constituição que tais dispositivos devem ser utilizados nos termos da lei Federal. A lei regulamentadora do artigo 182 da C.F. ainda não foi aprovada e votada pelo Congresso Nacional , sem dúvida um mecanismo de bloqueio à reforma do desenvolvimento urbano (Cavalieri ³,1994).

O direito à terra para daí chegar ao direito à moradia para os espoliados urbanos é o que garante a norma reguladora , quando há ocupação ilegal do solo. O Poder Público Municipal poderá outorgar “o título de domínio e a concessão de uso” para aqueles que possuírem áreas de até duzentos e cinquenta metros quadrados, por um período de cinco anos de forma ininterrupta e sem haver oposição (Art. 183 , §1º) . O referido artigo relembra que esse direito não será repetido por mais de uma vez e não há usucapião aos imóveis públicos (Art. 183, § 2º e 3º).

No universo urbano , entre os movimentos sociais urbanos , surge com ênfase o outro movimento - o ambiental / ecológico. A questão do **meio ambiente** é fundamental ao pretender-se uma forma de desenvolvimento urbano sustentável , uma qualidade de vida significativa como parte de uma cidade saudável , logo as duas questões : ambiental e urbana , se conjugam..

A constituição “cidadã” de 1988 , em termos ambientais , é avançada e inovadora , haja vista a obrigatoriedade de **Avaliação de Impacto Ambiental - AIA** - (Art.225,IV) (Menezes ¹⁶,1996).

A defesa do meio ambiente é princípio assegurado pela C.F. entre os princípios que regem a atividade econômica (C.F.,art.170,VI). O direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado como bem de uso comum e essencial à

qualidade de vida sadia fica assegurado pela C.F., que impõe ao Poder Público e à coletividade o dever da defesa e da preservação(C.F. , art. 225).

A efetividade ao **direito ambiental** vai requerer ao Poder Público uma série de incumbências desde a preservação e restauração das espécies e ecossistemas , preservação da diversidade e integralidade do patrimônio genético com a fiscalização de entidades pesquisadoras , a conservação de espaços territoriais qualitativos , a necessidade de estudo prévio de impacto ambiental quando da instalação de obras ou atividade que possam produzir degradação do meio ambiente. O controle da produção , comercialização e emprego de técnicas , métodos e substâncias que por ventura possam comportar riscos à vida, à qualidade de vida e ao meio ambiente tem de ser permanente com a promoção da educação ambiental e conscientização pública à preservação. Outras atribuições ao Poder Público são a proteção da flora e da fauna, bem como quanto a restauração do meio ambiente (C.F.Art.225 , § 1º, alínea I a VII e § 2º e 3º).

Com certeza pode-se afirmar que a Lei Maior outorga ao Poder Municipal a inclusão de políticas ambientais que possam pelo menos constituir um modelo de desenvolvimento urbano e social mais equitativo, ecologicamente sustentável , com aceitabilidade cultural e distribuição espacial equilibrada das atividades e assentamentos humanos(Menezes ¹⁶,1996).

Outros temas como o patrimônio cultural, o patrimônio histórico, o patrimônio nacional e suas respectivas preservações e as devidas competências dos poderes públicos estão obrigados na C.F. (Art.23), e muito vão interessar ao estudo do urbano-sanitário. Por isso serão vistos no transcorrer do presente tema.

Por questão metodológica , antes de analisar o conteúdo da Lei Orgânica Municipal de Florianópolis, verificar-se-á primeiro o da Constituição Estadual (C.E.). A C. E. de Santa Catarina, ao tratar da ordem econômica, vem afirmar a

obediência aos princípios da C.F., ao primado do trabalho e a existência digna com justiça social (C.E.,art.134). Apresenta o capítulo do Desenvolvimento Regional e Urbano com a seção da Política de Desenvolvimento Urbano, também composta por dois artigos . O primeiro reafirma em redação própria e adaptada o conteúdo respectivo do artigo 182 e seu primeiro parágrafo da C.F. Ficam excluídos os demais parágrafos nesse artigo, justamente os que tratam da função social da propriedade urbana, desapropriações de imóveis e o que facultava ao Poder Público Municipal o parcelamento ou edificação compulsória e o imposto progressivo no tempo, entre outros (C.E.,art.140,§ único). Todavia, avança em relação à C.F. ao apresentar as diretrizes e normas ao desenvolvimento urbano para o Estado e municípios. A colocação de que o Estado e o Município assegurarão uma política de uso e ocupação do solo para garantir o controle da expansão urbana ;dos vazios urbanos;da proteção e recuperação do ambiente cultural e a manutenção de características do ambiente natural (C.E.,art.141,I). O mesmo artigo trata ainda da criação de áreas especiais - de interesse social , ambiental , turístico ou de utilização pública - e prevê a participação de entidades comunitárias na elaboração e implementação de planos, programas e projetos e encaminhamentos de soluções aos problemas urbanos. Coloca ainda a eliminação de obstáculos arquitetônicos para as pessoas portadoras de deficiência. Por fim trata dos problemas decorrentes das áreas ocupadas por população de baixa renda (C.E., art. 141, II,III, IV e V).

De todo o artigo 183 da C.F. apenas foi transposto apenas a última alínea para a C.E. ao art. 141, referindo sobre a ocupação de área urbana por pessoas carentes. A C.E. apesar de destacar algumas diretrizes básicas à política urbana, por sua vez condensa e exclui alguns conteúdos do texto federal.

A União reserva exclusivamente para si a competência para “instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos”(C.F., art.21,XX). Legislar de forma concorrente sobre “direito urbanístico” é competência da União, dos Estados e do Distrito Federal (C.F.,art.24,I). O município é a esfera central dos poderes públicos na execução das políticas de desenvolvimento social de acordo com as diretrizes gerais formulados em Lei pela União (C.F.,art.182). A C.F. ainda prevê como competência do município, em matéria urbana, a promoção do ordenamento adequado do território “mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano”(C.F.,art.30,VIII), e a C.E. estabelece aos municípios “promover, no que couber, adequado ordenamento territorial...”Coloca ainda como competência do município, respeitado os termos da Constituição e legislação federal, a adequação e aproveitamento do solo urbano. Uma transposição do que é o quarto parágrafo do art. 182 da C.F.

A Lei Orgânica Municipal, no título da Ordem Econômica, capítulo do Desenvolvimento Municipal traz a seção sobre a Política de Desenvolvimento Urbano com a abrangência de quatro artigos. O primeiro artigo é uma mera transposição do artigo 140 da C.E., apenas com as modificações devidas e próprias (L.O.M.,art.100 § único). Há aqui, a continuação do caráter conservador em omitir o assunto da função social e disciplinamento da propriedade privada, que consta no Art. 182 da C.F..

O artigo sobre as normas e diretrizes a exemplo da C.E.(art.141) a L.O.M. assegura o mesmo conteúdo com algumas nuances redacionais, mas amplia as garantias na política de uso e de ocupação do solo com as seguintes alegações: “integração regional; livre e franco acesso ao mar, rios e lagoas; proteção e/ou recuperação da diversidade e identidades urbanas; correlação entre a densidade de

habitantes e equipamentos urbanos e comunitários. Acrescenta neste mesmo artigo, mais duas alíneas: “execução, pelos interessados, das obras de melhoria urbana necessárias em função de seus investimentos”; e mais a “justa distribuição dos benefícios e ônus decorrentes do processo de urbanização”. (L.O.M.,art.101,Ia,VII).

O artigo seguinte da L.O.M. trata sobre o que compreende ser a legislação de desenvolvimento urbano: plano diretor, plano de transportes urbanos, lei de parcelamento do solo, código de obras e edificações, código de postura. O primeiro parágrafo do presente artigo versa sobre os **componentes do Plano Diretor da cidade**. Assim o mesmo disporá sobre:

- desenvolvimento e expansão urbana,
- zoneamento,
- áreas de especial interesse,
- ocupação dos imóveis ,
- paisagem e estéticas urbanas,
- proteção ao ambiente natural e construído ,
- equipamentos urbanos e comunitários,
- parâmetros urbanísticos,
- infra - estrutura viária ,
- critérios para permuta de usos ou índices e
- outras limitações administrativas para a ordenação da cidade.

O segundo parágrafo trata que a Lei de Parcelamento do Solo irá definir as normas quanto a parcelamento, desmembramento ou remembramento para fins urbanos. O parágrafo terceiro diz que o território rural, as vilas e sedes distritais serão objeto de legislação urbanística; enquanto o último parágrafo refere mais

uma vez sobre o Plano Diretor do Município, dizendo que o mesmo poderá ser elaborado em etapas sucessivas e parciais, respeitando a unidade e integração (L.O.M., art.102, I a V, §1º,2º,3º e 4º). A L.O.M. concebe mais um artigo, tratando que o direito de propriedade territorial urbana não confere o direito de construir, deverá haver autorizações para tal procedimento segundo os critérios estabelecidos em Lei Municipal (L.O.M., art.103).

A C.E. transpõe da C.F. as matérias sobre o meio ambiente, política habitacional, patrimônio cultural, artístico e natural. A questão ambiental é reproduzida na íntegra, havendo novas colocações positivas como a participação voluntária dos cidadãos em programas e projetos de fiscalização ambiental. Concebe a instituição de polícia florestal e trata sobre as áreas florestadas e das que são objeto de reflorestamento e das áreas de interesse ecológico na preservação de seus atributos especiais-a Mata Atlântica, a Serra do Mar, a Serra Geral, a Serra Costeira, as faixas de proteção de água superficial e as encostas passíveis de deslizamentos (C.E.,art.181 a 185).

Igual procedimento houve por parte dos constituintes municipais ao abrigar na L.O.M. os assuntos referentes às questões do meio ambiente (L.O.M., art. 133 a 137). A incumbência ao Poder Público Municipal apresenta significativas ampliações de conteúdo, com novos incisos como o que trata sobre a necessidade de informar sistematicamente dos níveis de poluição, a qualidade do meio ambiente, e situações de risco à saúde. Ídem a pretensão de integração com universidades, centros de pesquisas e associações civis no sentido de aprimoramento ao controle de poluição, incluindo o ambiente de trabalho. Enfatiza a pesquisa, o desenvolvimento e utilização de fontes de energia alternativa não poluente e a implementação de uma política setorial para os

resíduos urbanos destacando o emprego de processos de reciclagem (L.O.M.,art.134,IX,XI,XII e XIV).

O Poder Público Municipal há que incentivar e apoiar a criação de parques ecológicos, jardins botânicos, hortos e pomares comunitários (L.O.M.,art.135).

A poluição atmosférica , visual, sonora ao ambiente prejudicial, à saúde e ao bem-estar da população serão coibidos por lei. O depósito de lixo radiativo de qualquer espécie está expressamente proibido no território florianopolitano (L.O.M.,art.136 e 137).

A contingência de uma **política habitacional**, para corresponder o direito à moradia, é imperiosa a qualquer pretensão de desenvolvimento urbano.

A C.F. estabelece que as diretrizes para o desenvolvimento habitacional é incumbência da União (C.F. ,art.21,XX) e que é competência comum da União, dos Estados, do D.F. e dos municípios promoverem programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico. (C.F.,art.23,IX)

A C.E. confere a competência comum com a União e os municípios. (C.E.,art.9º,IX) Apresenta , no capítulo do Desenvolvimento Regional e Urbano, a seção sobre Política Habitacional, dizendo que a mesma atenderá as diretrizes dos planos de desenvolvimento para garantir habitação a todas as famílias e que as de baixa renda com problemas de subabitação terão tratamento prioritário e programas de loteamentos urbanizados (C.E., art. 142 e 143). O Estado com os municípios apoiarão e estimularão pesquisas que visem a melhoria das condições habitacionais (Art.143 § único). A L.O.M. apresenta o mesmo conteúdo que está na C.E. com redação própria na seção “Da Política Habitacional” (L.O.M., art. 104 e 105 e respectivos § Únicos).

Os assuntos referentes à cultura, ao patrimônio cultural, aos espaços públicos, ao turismo, ao lazer, ao patrimônio artístico, ao patrimônio ecológico, ao patrimônio natural; a L.O.M. soube respaldar as Constituições superiores a respeito das suas promoções, proteções e recuperações ou restaurações, conforme o caso.

A L.O.M. muito bem destaca a proteção e restauração da diversidade e da integridade do patrimônio genético, biológico, ecológico, paisagístico, histórico, paleontológico e arquitetônico; entre tantas outras medidas para resguardar e garantir o meio ambiente equilibrado, o uso comum e a qualidade da vida (L.O.M.,art.134,II).

O modo como a cidade está implementando os direitos e preceitos constitucionais na produção social de seu espaço urbano e sanitário como prática concreta serão vistos agora com a análise do terceiro Plano Diretor da cidade. Este, apesar de sua formulação ter iniciado em 1977, não logrou a aprovação do legislativo e com isso foi retomado pelos governos pós-nova Lei Orgânica.

TERCEIRO PLANO DIRETOR

“As constituições feitas para não serem cumpridas, as leis existentes para serem violadas, tudo em proveito de indivíduos e oligarquias são fenômenos correntes em toda a história da América do Sul (Holanda apud Maricato ¹⁴,1996).

Uma das justificativas quando da criação do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF) em 1977 seria elaborar estudos para a implantação do novo Plano Diretor da cidade. A razão maior e contingencial era a

falta de unidade e a complexidade que apresentava o antigo plano de 1976 que no transcorrer dos anos sofrera grandes transformações e transgressões por sucessivas emendas legislativas, que em grande parte foram para contemplar interesses escusos de corporações imobiliárias (Rizzo²³,1993).

Em 1985 fora aprovado o Plano Diretor dos Balneários, ficando para depois o da região central da cidade.

Em 1994 após 17 anos foi encaminhado pelo poder Executivo à Câmara Municipal, agora pela terceira vez, uma nova proposta (formulada pelo IPUF) como **“Projeto de Lei”**. Em 1996, o projeto de **“Plano Diretor de Florianópolis-Uso e Ocupação do Solo-Distrito-Sede”** recebeu da Comissão de Obras e Viação da Câmara Municipal, quando de sua tramitação, um **“substitutivo global”** ao projeto do executivo. Professores de várias áreas da UFSC (arquitetura, urbanismo, economia, sociologia, geografia) procederam uma análise de ambos os projetos dando parecer sobre as propostas de Plano Diretor. É com base em autores deste documento que se busca uma reunião de informações para dimensionar o cumprimento legal das cartas constitucionais e em especial a Lei Orgânica do município.

“A propriedade urbana cumpre sua função social quando atende as exigências fundamentais de ordenação da cidade expressas no plano diretor.”(C.F. Art.182,§ 2º). No entanto a proposta de ordenação da cidade, expressa no projeto de plano diretor e seu substitutivo, não cogita desempenhar a “função social” pois não trabalha com o conceito de “propriedade social” e respectivos instrumentos ou mecanismos previstos para a utilização social da propriedade (Peres¹⁸,1996).

O mecanismo de **“solo criado”** instaurado na legislação municipal em Florianópolis em 1989, como importante instrumento do poder público e da comunidade para conter a expansão urbana no sentido de assegurar um mínimo de

qualidade de vida, onde é cobrado taxas adicionais quando os limites dos índices de aproveitamento do solo são ultrapassados e com isso resultando em adensamento do espaço urbano. As atuais propostas de Plano Diretor conservam a proposição de “solo criado”, mas as taxas de remuneração estabelecidas são irrisórias, bem como a modalidade de cálculo. Fica um “faz de conta” a ponto que o “solo criado” como instrumento de reversão ao poder público da renda da terra gerada socialmente vem a perder sua função; isso desde da criação em 1989 à proposta dos planos (Pimenta & Pimenta¹⁹,1996).

Os vereadores da atual Câmara Municipal ousaram impedir que constassem mecanismos de participação da cidadania, na gestão e controle do Plano Diretor, previstos no documento do Executivo e na própria Lei Orgânica do Município como “participação de entidades técnicas, comunitárias e representativas de classe na elaboração e implementação de planos, programas e projetos e no encaminhamento de soluções para os problemas urbanos (LOM, art. 101, § III).

Outra questão nodal de caráter geral não contemplado nos dois documentos são segundo Peres¹⁸ (1996) a articulação de um sistema de transporte de massa. O Plano Diretor assenta-se em um modelo de transporte individual. Neste particular é previsto a redução do déficit atual de 17.000 vagas de garagens na área central da cidade, com o incentivo à construção de garagens em edifícios específicos e nos primeiros pisos dos prédios.

Como pontos positivos ou avanços formulados no Plano Diretor original do IPUF e também mantidos no Substitutivo , de acordo com a análise de Peres ¹⁸ (1996) podem ser citados alguns:

- a□□ Para preservar o ambiente natural e cultural são introduzidos dispositivos em diversas áreas o que atendem os preceitos constitucionais e internacionais;

- b□□O Plano Diretor do Executivo tem a preocupação de manter e criar referenciais urbanos para atender e enfatizar valores históricos, culturais e paisagísticos da cidade, mas o substitutivo devido as alterações sugeridas compromete tal diretriz ;
- c□□O de enfatizar a descentralização com a criação de centros nos vários bairros da cidade ;
- d□□Amplia e flexibiliza o sistema de usos ou diversidade das funções , no entanto, conserva a especificidade das diversas zonas urbanas;
- e□□Busca salvaguardar espaços para o assentamento da população de baixa renda sem considerar o universo de mais de quarenta áreas carentes e de ocupação precária no que diz a respeito de equipamentos e serviços urbanos;
- f□□A modalidade do planejamento participativo é introduzida pelo Executivo / IPUF no plano original segundo três modalidades : consulta direta às associações de moradores, participação em Sessão Pública e representação no Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano (CMDU) . No entretanto o substitutivo dos senhores vereadores eliminou estes artigos como já foi referido anteriormente;
- g□□Procura estimular e induzir a diversidade e distribuição das atividades econômicas com a ênfase em “indústrias de alta tecnologia” como os polos (tecnópolis) de informática, consideradas não poluentes. Há ressalvas a se fazer neste particular, pois as mesmas não estão isentas de lixo industrial e fatores de riscos;
- h□□Proposição do “imposto progressivo” pelo Plano Diretor do executivo, no entanto, foi suprimido pelo substitutivo.

Havendo sido relacionados os referenciais positivos, resta ver os **pontos críticos** que nas suas aplicabilidades vão prejudicar a equidade do direito à cidade, ou noutros termos, não vão conferir a função social da cidade, por se tratar simplesmente de uma produção de espaço abstrato.

A concepção , a forma ,a direção, os objetivos dos planos diretores não apontam a construção de alternativas à cidade na perspectiva de realizar o desenvolvimento social, a cidade saudável com a combinação da paisagem histórica e natural e garantia da qualidade de vida cotidiana.

O Plano Diretor do Executivo e Substitutivo estruturalmente propõem um plano de forma fragmentada desde a separação do distrito sede do município com os demais; não se integra e compõe um plano global sobre a região metropolitana, há muito concebida. É enfim um plano de ocupação do solo urbano e não um plano diretor que se aprofunda em diretrizes de desenvolvimento como um todo – um Plano de Desenvolvimento Urbano – chegando ao ponto de não tratar e prever os equipamentos e infra-estrutura de serviços básicos como os sistemas de abastecimento de energia , água e sistemas de saneamento pluvial e de esgoto (Peres¹⁸, Pimenta & Pimenta¹⁹).

A proposta que mais chama a atenção é a verticalização da área central , que conduzirá ao adensamento, formulada para atender os interesses da indústria da construção civil e da especulação imobiliária. O adensamento será conseqüente a elevação do gabarito de 12 para 18 pavimentos nas Áreas Mistas Centrais, Áreas Residenciais Predominantes e Áreas Turísticas Residenciais. Permite edificações de 24 pavimentos a “título de incentivo à transferência de índices nos casos de abertura ou alargamento viário, instalação de equipamentos urbanos e comunitários e preservação do patrimônio histórico , artístico e natural”. Além de

admitir edifícios de 27 pavimentos no caso de hotéis , desde que haja inclusão de sala de convenções ou restaurante panorâmico (Pimenta et al ¹⁹,1996)

A ampliação do espaço construído com a respectiva queda na qualidade estética da paisagem urbana e da qualidade de vida será a consequência da execução de tal política urbana. Os estudos de Avaliação de Impacto Ambiental que devem preceder tais ampliações, não foram realizados, assim como a necessidade de infra estrutura, de equipamentos e de serviços urbanos para acompanhar tal projeção de crescimento e adensamento. O futuro compromete os “ares , águas e lugares” da cidade de Florianópolis .

O parecer de professores da UFSC, os autores são unânimes que as duas propostas irão modificar de forma significativa o perfil da cidade e a qualidade de vida da população .Por incentivar a tipificação de formas arquitetônicas pelo escalonamento e repetições, que formam os paredões de pavimentos e dão continuidade aos procedimentos urbanísticos do Plano Diretor vigente, desde de 1976, com as emendas casuísticas e sucessivas transgressões . Prosseguem com a redução das áreas verdes de lazer e públicas, com novos aterros de mangue, de baía e parques.Sintetizam uma produção de espaço prejudicial a sustentabilidade ecológica.

“Observamos em todo o mundo , e também no Brasil a tendência de grandes edificações públicas e grandes áreas institucionais, quando desincumbidas de suas funções, transformarem-se em áreas públicas para uso das comunidades, tendo seus edifícios reciclados e utilizados para usos coletivos de que as cidades são carentes” (Pimenta & Pimenta ¹⁹,1996).

Florianópolis poderia ser contemplada pelo novo Plano Diretor com uma definição como a acima referida a respeito de uma ampla área que hoje é a Penitenciária Estadual, limítrofe do Centro Integrado de Cultura (CIC) e separado por uma rua. Mas os planos projetam a área que será desativada , para edificação de 24 pavimentos, loteamentos de alta densidade. A ideologia do crescimento perpassa esses planos.

A impossibilidade de mudança para viabilizar melhores condições ao “mundo da vida”. A capital catarinense é sabidamente carente de parques, praças, espaços para atividades de lazer, culturais e comunitárias, mas não está premiada nos referidos documentos, em que o processo de ocupação proposto esquece a importância dos espaços públicos na qualidade de vida urbana. “Áreas privilegiadas de relação entre o homem e a natureza, que já pertencem à memória da apropriação coletiva dos espaços públicos estão sendo privatizados rapidamente”(Pimenta & Pimenta¹⁹,1996).

Os planos , principalmente o substitutivo da Comissão de Obras e Viação da Câmara Municipal continua a visão funcionalista e normativa e atende a um modelo de cidade concebido para o automóvel, para a verticalização, expansão e crescimento urbano,uma formulação incentivadora e comprometida com o capital imobiliário. Não compõe na totalidade um plano de desenvolvimento urbano, logo a fragmentação e abstração no que será o espaço produzido. Sem haver previsão de RIMA (Relatório de Impacto sobre o Meio Ambiente) e demais concepções adequadas às particularidades geofísicas , biológicas, etno-ecológicas da região insular, o resultado será o comprometimento da sustentabilidade ambiental. Outro ponto negativo é também o não estabelecimento de referências mínimas de qualidade arquitetônica para a cidade. O urbano como forma e função artística não faz parte conceitual de tais planos.

A tramitação na Câmara muito durou, só no final de 1996, o documento chegou à redação final, sendo encaminhado à aprovação ou vetos pelo novo prefeito eleito. Houve muita contestação, protestos por parte de segmentos organizados da população, não a ponto de dar novo direcionamento, mas de fazer valer alguns pontos do documento original como o da coletividade participar na gestão e avaliação do Plano Diretor.

O resultado obtido nas eleições de 1996, para o executivo e legislativo, garante a continuidade e assegura o conservadorismo e seu sustentáculo neoliberal. Com o novo governo o Plano retornou à Câmara com novos vetos. O surpreendente é que todo o ano de 1997 não foi suficiente para a aprovação final do terceiro Plano Diretor.

A cidade continua regida pelo antigo Plano Diretor de 1976, devido os bloqueios e as intransigências, procedidos no sentido de inviabilizar as poucas conquistas e os avanços constitucionais. Com isso: “O futuro leva muito tempo”.

Para Lefebvre, o Estado é a estrutura de um poder que toma decisões à uma estrutura espacial na reprodução das relações sociais. A essência do urbano é ser uma forma espacial que sustenta o processo de reprodução do capital. Os planos, as leis, as emendas, as intervenções enfim são para produzir o espaço abstrato com a destruição do espaço social e da função social da cidade, logo está aliado contra a classe trabalhadora e o mundo do trabalho e a vida cotidiana na totalidade. Há que se questionar o planejamento e o urbanismo sob o capital. O planejamento urbano torna-se a contradição e o “pior inimigo do urbano” no sentido do homem social e de uma harmoniosa relação homem-natureza (Gottdiener¹⁰,1993).

6.2.3.2- O Direito à Saúde na Lei Orgânica do Município de Florianópolis.A Municipalização da Saúde

De acordo com Dallari ⁷(1995) a Constituição Federal de 1988 formulou “critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto”. A realização da saúde, desde da promoção, da proteção e da recuperação fica vinculada às políticas sociais e econômicas. Traz a garantia do acesso universal e igualitário a todos os serviços e ações de saúde (C.F.art.196). A definição e opção pelo Estado Democrático de Direito com os fundamentos de uma sociedade livre, justa e solidária, com a erradicação da pobreza e marginalização, superando as desigualdades sociais e regionais, são destaques constitucionais (C.F. ,art. I e II). O Estado democrático a ser instituído será para “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça...”(C.F.,preâmbulo) Outros princípios como a obrigação de que toda propriedade tenha de atender a sua função social , a dignidade da pessoa humana, bem como a imediata aplicação dos direitos e garantias são assegurados e muito interessam a compreensão do direito à saúde, como um direito social .

A Constituição Federal de 1988 traz o encargo da cidadania –“ constituição-cidadã” – e apresenta o perfil de um “Estado de Bem-Estar” com funções sociais típicas do Estado contemporâneo . No entanto, os preceitos sociais-democráticos vem sofrendo profundas deformações devido aos ajustes neoliberais e às políticas públicas implementadas pelos últimos governos.

A saúde é apresentada como direito social de todos e como um dever do Estado, havendo para cada nível de governo as competências respectivas. Concorrem competências comuns e concorrentes entre as esferas de poder político. Competência concorrente será quando ocorrer “um critério de primazia anteriormente definido”, o estabelecimento de prioridade de uma tarefa que será

exercida por mais de uma unidade federativa. Competência comum já é quando não há primazia estabelecida entre as esferas de poder, prevalece a igualdade frente ao “agir em conjunto”, sem exclusão de parte alguma dos níveis de governo”(Dallari⁷,1995).

Na Constituição Federal de 1988 fica esclarecido “o critério hierárquico” subjacente às competências concorrentes, cabendo a União estabelecer as normas gerais que podem ser suplementadas pelos estados. Aos municípios cabe “suplementar a legislação federal e estadual no que couber”.(C.F., art.30,II). No tocante às competências são responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, promover, proteger e recuperar a saúde. O município, desta forma, “está duplamente titulado para legislar sobre a proteção e defesa da saúde”. Primeiramente possui a competência para suplementar a legislação federal e estadual ; segundo , de forma prioritária ao que são “assuntos de interesse local” no tocante ao que possa abranger sobre a proteção e defesa da saúde da população (C.F.,art.30,I e II) (Dallari ⁸,1991).

Verificar-se-á , na Constituição Estadual de Santa Catarina e na Lei Orgânica do Município de Florianópolis , como se apresenta a matéria sobre o **o direito à saúde** para depois analisá-la no atual estágio da municipalização. O assunto será visto primeiro na Constituição Federal , seguindo-se a Constituição Estadual e finalmente a Lei Orgânica do Município .

A Lei Maior da República ao definir os critérios para que a saúde fosse de forma corretamente determinada no texto vinculou a realização da saúde às políticas econômicas e sociais, a garantia do acesso universal e igualitário à qualquer ação e serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde (C.F.,art.196). Esses critérios e vinculação da saúde foram devidamente repetidos na Constituição de Santa Catarina. (C.E., art.153) .A Lei Orgânica Municipal

apenas se refere sobre a garantia do acesso sem discriminar as ações e serviços. Não estabelece nenhuma vinculação às políticas econômicas e sociais (L.O.M.,art.117).

Quanto ao Estado Democrático assegurar o exercício dos direitos sociais, o bem-estar, a igualdade ... conforme o preâmbulo da C.F., a C.E. não apresenta igual conteúdo, diferindo totalmente. No tocante ao referendado no artigo primeiro da C.F. quanto à caracterização do Brasil como Estado Democrático de Direito, fundado na dignidade da pessoa humana , cujos objetivos incluem a redução das desigualdades sociais e promover o bem de todos”; a C.E. e a L.O.M. reproduzem os fundamentos do artigo primeiro da C.F., no entanto não acontece o mesmo com o terceiro artigo a respeito dos objetivos fundamentais .

A referência que toda propriedade deva atender a função social (C.F. Art. V, XXIII) não é tratada nos dois documentos em estudo .

O direito à saúde, definido como um direito social conforme o artigo sexto da C.F., a C.E. não apresenta nada semelhante, apenas no artigo quatro diz que “os direitos e garantias individuais e coletivos, sociais e políticos previstos na Constituição Federal ...” estão assegurados ao território catarinense. A L.O.M. procede da mesma forma .

Da interpretação dos princípios busca-se averiguar **as diretrizes** definidoras de uma operacionalidade. A Constituição Federal determina os objetivos relativos à saúde , à previdência e à assistência social , como um conjunto integrado de ações e com base na “universalidade da cobertura e do atendimento ... e ... do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa , com a participação da comunidade” (C.F., art. 194 § único, I e VII) (Dallari ⁷,1995).

O conceito de saúde segundo “o caráter de regra jurídica” vai determinar a organização das ações e serviços públicos para garantia do direito com igualdade para todos, o cumprimento das diretrizes da descentralização, integração da atenção e a participação da comunidade (C.F.,art.198,I,II e III). A C.E. catarinense no seu capítulo sobre a seguridade social assegura a gestão democrática com a descentralização das ações e a participação da sociedade civil organizada (C.E.,art.153 §3º). A L.O.M. quando expõe sobre o desenvolvimento social e econômico confirma que “as ações públicas municipais ...respeitarão o princípio democrático...a participação dos setores interessados”(L.O.M., art.116). Observa-se aqui uma redução de conteúdo e a não referência a todas diretrizes enfatizadas na C.F.

Quanto à saúde a C.E. confere o exposto da C.F. e amplia com mais uma diretriz : “universalização da assistência de igual qualidade dos serviços... à população urbana e rural”. O paradoxo gritante é a total **ausência** na L.O.M. dessas diretrizes.

As Constituições Estaduais, segundo Dallari⁷(1995), promulgadas para atender à determinação da C.F. vão destinar um espaço maior ao tratamento das questões sanitárias. Nelas vão predominar as seções á saúde nos capítulos da seguridade social junto aos títulos da ordem social, havendo uma média de seis artigos e que também é comum repetirem as normas federais e até mesmo conservarem igual redação.

As cartas catarinenses não fazem a regra geral , pois em vez de aumentarem o espaço à saúde, reduzem o número de artigos e a reserva ao assunto sanitário.. A C.E. aparece com quatro artigos e a L.O.M. com apenas dois. Na ordenação formal a C.E. segue a mesma da C.F., a diversificação ocorre na L.O.M. onde o capítulo da saúde situa-se junto ao título da política social e econômica .Quanto à

redação ambos apresentam forma própria na quase totalidade. O conteúdo da definição de saúde apresentado na C.E. e L.O.M. em relação a C.F. segue a característica do “tratamento desordenado do direito à saúde” das demais constituições dos Estados. Na C.E. os conteúdos conceituais são encontrados nos capítulos do desenvolvimento rural, da educação, do meio ambiente, da criança e do adolescente, e da pessoa portadora de deficiência. Na L.O.M. é encontrado apenas nos do meio ambiente e da educação.

A Constituição catarinense destaca os seguintes princípios fundamentais na definição de saúde: “trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer” enfatizando a importância da “informação sobre o risco de doença e morte, bem como a promoção e recuperação da saúde”(C.E. ,art. 53 , § Único, I e II). Esse parágrafo revela um ponto positivo da C.E. pois amplia as funções do Estado. É importante notar que a C.E. transpõe na íntegra o conceito fundamental do direito à saúde da C.F. Há , no entanto, uma alteração , pois a C.F. assim expõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, **garantido** mediante políticas ...”, enquanto a C.E. transpõe , mas altera o verbo: “A saúde é..., **garantida**...”(grifo nosso). Do ponto de vista da hermenêutica, acredita-se que o correto é a Constituição Federal, pois é o conceito de direito à saúde que compõe a matéria dos referidos artigos, logo, é o direito a ser garantido.

A L.O.M. caracteriza-se por acentuada redução de conteúdo de lei sanitária , apenas refere “garantir acesso a todos os seus habitantes , às ações e serviços de saúde sem qualquer discriminação” (L.O.M. , art. 117) .Essa Lei Orgânica omite , portanto, uma conceituação formal do direito à saúde.

As Constituições Estaduais buscaram a ampliaçãoe do conceito de saúde por meio de complementos ou de novas diretrizes . Inovaram com dispositivos

previstos na Constituição Federal, criando assim diretrizes estaduais (Dallari⁷,1995). A C.E. de Santa Catarina, ao tratar das diretrizes sobre o Sistema Único de Saúde do Estado, praticamente transpõe a C.F. com alguns complementos. Assim especifica que a descentralização será: “política, administrativa e financeira” (C.E.,art.155,I) . A diretriz que trata do “atendimento integral” sofre alteração e acréscimo de termos: “com prioridade para as atividades preventivas e coletivas, adequadas à realidade epidemiológica, sem prejuízo das assistenciais e individuais”(C.E.art.155,II) .

A terceira diretriz da C.F. que trata da “participação da comunidade” é transferida na íntegra (C.E.,art.155, IV). A novidade , na Constituição Catarinense, está em acrescentar uma diretriz objetivando a equidade do rural com o urbano e um parágrafo único com assunto diferenciado ao da C.F. que versa sobre a questão do financiamento. Desta forma: “ a universalização da assistência de igual qualidade dos serviços de saúde à população urbana e rural” (C.E.,art.155,III). O parágrafo estabelece que: “As ações e serviços de saúde serão planejados, executados avaliados através de equipes interdisciplinares” (C.E.art.155, § Único).

A L.O.M. não apresenta formalmente um artigo sobre as diretrizes. Apenas no seu segundo artigo sobre “As ações e serviços municipais de saúde” que na realidade é um condensado do que trata os artigos 198 e 199 da C.F. vai expor o seguinte:“...direção única”, “... ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas”, que “serão organizadas de forma descentralizada... os sistemas locais de saúde” (L.O.M.,art. 118, I,II e IV) . Chama a atenção o fato de não haver referência sobre a participação da comunidade na totalidade da matéria sobre a saúde.

É interessante observar tanto na C.E., como na L.O.M. a ausência do artigo 200 da C.F., o que produz um imenso prejuízo para essas cartas constitucionais .A maioria dos Estados ampliou a competência de seus sistemas de saúde, havendo alguns que deram destaque às ações sobre as realidades regionais como foi observado por Dallari ⁷(1995). Esse, no entanto, não foi o procedimento dos constituintes catarinenses.

O assunto sobre a iniciativa privada está contemplado na C.F. ao estabelecer que: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (C.F.,art.199). Os limites a essa liberdade mercadológica estão definidos em quatro parágrafos . A Constituição catarinense reduziu aqui também o conteúdo da matéria desse artigo . Repete apenas o primeiro parágrafo com nuança própria - “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que pode participar ...”. Depois apresenta um parágrafo único que na íntegra confere o parágrafo segundo do artigo da C.F. (C.E.,art. 156, § Único). A L.O.M., em síntese, transpõe a C.E., apenas acrescentando a condição “desde que aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde”(L.O.M.,art.118,IV).

As cartas catarinenses deixam de tratar assuntos importantes como as questões das empresas ou capitais estrangeiros na assistência sanitária e de reafirmar as condições e requisitos à remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas - assuntos concernentes ao terceiro e quarto parágrafos do artigo 199 da C.F. A ausência de matérias tão significativas acaba reduzindo e limitando os dois textos constitucionais.De acordo com Dallari ⁷(1995) certas categorias de pessoas obtiveram atenção especial quanto aos cuidados de saúde, a exemplo da própria Constituição Federal. Essas referências são tratadas em outros capítulos e seções que não o da saúde . Assim , na C.E. será competência do Estado “cuidar da saúde ... das pessoas portadoras de deficiência”(art.9º ,II), “... saúde para o produtor rural” (art. 144, IV) , programas de “assistência à saúde” ao educando

(Art. 163, VII) , “atendimento médico e psicológico ...” à criança e ao adolescente (Art. 187,IV), “assistência ... de saúde” às comunidades indígenas (Art.192,§Único). Quanto à L.O.M. também trata da saúde às pessoas portadoras de deficiência (Art.120, II); programas que assegurem à gestante, o atendimento pré, peri e pós-natal ...”,(Art.141, III) ; “saúde na assistência materno - infantil” com ênfase à criança de 0 a 6 anos (Art. 143, IV,III) . Interessante é observar que tanto na C.E., como na L.O.M. nas seções sobre a assistência social do idoso, a saúde não é mencionada . O planejamento familiar ,que tradicionalmente faz parte da saúde, na C.F. foi inserido no capítulo referente à família, a C.E. e a L.O.M. mantiveram o mesmo procedimento. (C.E.art.186, § Único ,I) e (L.O.M.art.141 , II).

A respeito da matéria sobre o meio ambiente tanto a C.E. como a L.O.M. referem sobre a necessidade de informar a população sobre os riscos à saúde decorrente da presença de substâncias nocivas na água, no ar, no solo e nos alimentos. O mesmo deve ser feito quanto aos níveis de poluição e à qualidade do meio ambiente(C.E., art. 182, VIII) e (L.O.M., art. 134, VI,IX,XI).

A proteção, a defesa e o cuidado à saúde são pela C.F. de 1988, responsabilidade das três esferas governamentais , com direção única em cada uma delas, o que determina a formalização do sistema sanitário estadual e municipal. Torna-se fundamental considerar o poder político do município em matéria sanitária.

A formalização dos sistemas estadual e municipal de saúde será de acordo com as diretrizes que organizam o SUS – Sistema Único de Saúde: descentralização, integração e participação da comunidade (C.F.,art.198). O financiamento será com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados e do Município, além de outras fontes (C.F.,art. 189). Pode-se dizer que a

C.E. reproduziu literalmente os dispositivos da Lei Magna da República, quanto às competências comuns do Estado com a União e os Municípios (C.E., art. 9º, I a XII). O mesmo procedimento é constatado a respeito das competências municipais, onde todas as atribuições relatadas na C.F. são referidas na C.E., no entanto, com a ampliação de mais duas competências, uma que trata sobre a criação de guarda municipal e a outra de matéria super relevante à questão urbana, ou seja, o adequado aproveitamento do solo urbano (C.E. art. 112, I a XI).

A L.O.M. por sua vez apresenta o capítulo “Da Competência Municipal” que apenas trata - com algumas pequenas modificações de redação - a transposição das competências previstas na C.F. (art. 30) e por sua vez da C.E. (art. 112).

Segundo a autora em referência a “enumeração constitucional de competências implica a responsabilidade de realizar essas tarefas”. No entanto, também lembra que a não estadualização e por sua vez a não municipalização da normatização da Lei Maior da União, em hipótese alguma, **a falta de referência vá significar ausência da aplicabilidade dos mandamentos constitucionais.** Portanto, será mais prático, aos administradores, legisladores e demais responsáveis por funções do Estado ou da capital catarinense, bem como para qualquer cidadão, recorrer ao texto constitucional federal do que aos estadual e municipal na matéria referente a saúde.

A C.E., assim como a L.O.M., formalizam a descentralização das ações e serviços de saúde. A L.O.M. declara que o município integra o Sistema Único de Saúde junto com o Estado e a União, resultando dessa forma o sistema municipal de saúde. Municipalização que está caracterizada pela descentralização através de “Sistemas Locais de Saúde” por distritos ou bairros; é também enfatizada a integração das ações com prioridade às atividades preventivas e a direção única.

No entanto ,como já foi visto, não assume a participação popular no seu sistema ,não seguindo desta forma a C.F. e a C.E. (L.O.M.,art.117e art.118).

“Respeitar o poder político municipal e assumir a participação popular no sistema de saúde são comportamentos aos quais os constituintes , os legisladores em geral , os administradores públicos e os aplicadores do Direito não estavam habituados no Brasil” (Dallari ⁷,1995).

A participação da comunidade seria “uma decorrência natural da diretriz federal”. Discreta foi a C.E. ao referir o assunto da participação e omissa a L.O.M., onde levemente faz referência a existência do Conselho Municipal de Saúde , ao tratar sobre a realização das ações de saúde que além de serem pelo Poder Público poderão , em caráter complementar , por instituições privadas , no entanto ,exige que tenha a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (L.O.M.,art.118,IV).

Em relação ao financiamento , a C.E. não tratou na parte da saúde e sim na seção da “disposição geral” da Seguridade Social , reafirmando a contrapartida da União e dos Municípios (C.E. art. 152 , §2º). A L.O.M. no artigo referente às ações e serviços municipais de saúde diz que estes “serão custeados com recursos dos orçamentos municipal , estadual e federal...” (L.O.M.,art.118,V).

A formalização conceitual do direito à saúde na reafirmação que as ações e serviços de saúde são de “relevância pública”, dispõe que é ao Poder Público em cada esfera de governo que cabe a sua “regulamentação, fiscalização e controle” (C.F.,art.197). A C.E. repõe na íntegra o referido artigo, já a L.O.M. simplesmente não coloca este artigo que traz o reconhecimento do poder público federal, estadual e municipal.

A co - participação com o setor privado , em que é enunciada a liberdade da “iniciativa privada” e a respectiva forma de relacionamento com o Poder Público, vem referendada em dois artigos na Lei Maior da União (C.F.,art.197e199). A Constituição Estadual partiu para uma redação própria originando um artigo via condensação do *caput* com o primeiro parágrafo do artigo 199 da C.F. . Acrescenta um parágrafo único resultante da pura transposição do segundo parágrafo da C.F.. Há depois a ausência do terceiro e quarto parágrafos , produzindo outra falha na formalização do artigo constitucional (C.E.,art.156,§ Único). Quanto ao artigo 197 da C.F. que expressa que a execução das ações e serviços podem ser “através de terceiros e , também por pessoa física ou jurídica de direito privado” é na íntegra reposto à C.E. (art.154). Maior omissão ficou por conta da L.O.M. que não fez constar o artigo 197 da C.F. ou 154 da C.E.. Já o Art. 199 houve apenas a transposição com redação própria do parágrafo primeiro e a transposição direta do segundo parágrafo do mesmo artigo da C.F., que fica como parágrafo único do artigo 118 da L.O.M.

Analisando os conteúdos suprimidos dos artigos da C.F. que estabelecem o relacionamento com o setor privado , fica evidenciada a influência da “ideologia neoliberal” nos legisladores constitucionais catarinenses. Os parágrafos suprimidos são justamente aqueles que estabelecem limites à liberdade da iniciativa privada.

A Constituição Federal de 1988 introduz a normatização da **ética sanitária**. De acordo com Dallari⁷ (1995) houve “a introdução do postulado moral do valor prioritário do interesse geral em matéria de saúde pública”. O direito de todos ao acesso universal e igualitário à atenção à saúde será questão básica da justiça social. Outro postulado ético trazido pela Constituição trata “que a dignidade do ser humano é inseparável da sua integridade corporal”. Para assegurar a integridade física e moral é vedado a mercantilização do corpo , seja na sua totalidade ou

órgãos, tecidos e substâncias humanas . Ao poder público obriga a preservação da diversidade e integridade do patrimônio genético e consequente fiscalização das instituições de pesquisa , o que requer “estrita regulamentação da pesquisa em seres humanos”. A matéria constitucional na Lei Maior está referida em vários pontos a exemplo dos artigos (C.F.art.1º,III c.c. art.5º, III , XLVI e XLIX, art. 199, §4º, art. 225, §1º, II). Desses artigos foram transferidos ou reproduzidos na C.E. apenas os que tratam da incumbência do Estado na preservação da diversidade e da integridade do patrimônio genético, somando a fiscalização às entidades que se dedicam à pesquisa e manipulação de material genético (C.E.,art.182, II), da mesma forma quando da ciência e da tecnologia ao estabelecer que a política científica e tecnológica terá como um dos princípios “o respeito à vida, à saúde humana e ambiental e aos valores culturais do povo”(C.E.,art.177,I). Esses artigos também desabrocham na L.O.M. a exemplo da incumbência do Poder Público Municipal em “proteger e restaurar a diversidade e a integridade do patrimônio genético ...” (L.O.M.,art.134,II).

“O mesmo respeito pela dignidade da pessoa humana impede que a ética sanitária se submeta a constrangimentos econômicos”(Dallari⁷,1995).

O município , com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, é a esfera do poder político portadora da maior responsabilidade pela execução das ações e serviços de promoção, proteção e restauração da saúde. Em nível do município torna-se imprescindível a organização estrutural e funcional de um sistema de saúde cujos equipamentos e recursos sejam capazes de garantir a eficiência e a eficácia administrativas capacitando assim o sistema municipal de saúde a atender na totalidade as necessidades básicas e gerais da realidade local. A

responsabilidade formal pela fiscalização do cumprimento dos preceitos constitucionais do direito universal e igualitário à saúde, será o **controle popular** da Administração e a viabilização de formas de acesso à garantia judicial. Cada cidadão, partido ou sindicato, enfim, organizações da sociedade civil podem impetrar o mandado de segurança à proteção do direito quando este não for respeitado, como também utilizar o *habeas data* para obter acesso à informação, recorrer à Defensoria Pública para usufruir de orientação jurídica e ter a defesa do direito ultrajado. Importa saber que o Ministério Público “tem o dever de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e das ações e serviços de saúde aos direitos constitucionalmente assegurados , promovendo as medidas necessárias à sua garantia...”(Dallari⁷,1995).

Necessário é uma ação educativa e comunicativa permanente junto ao povo para este venha concretamente assumir seu próprio governo. A presença do “advogado da saúde” ou intelectual engajado do povo aqui é contingencial à igualdade e à liberdade.

Retomando a matéria em foco do processo de municipalização em saúde nos dois eventos ou etapas principais, sucedidas na Secretaria Municipal de Saúde, conforme exposição de Anjos¹ (1996), aqui também é adotada.

Os anos noventa serão os anos da consolidação do SUS constitucional ou o definhamento, a desfiguração , “paixão e morte” – conforme expressão metafórica de Carlos Gentile de Mello. O aparato jurídico legal muito se desenvolveu; à Constituição foram acrescidas as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990) .Por outro lado o neoliberalismo com toda sua força e vitalidade avassala os países da América Latina nas áreas das políticas públicas e sociais.

“A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” terá que ter efetividade senão o mais provável é que se concretizem as palavras do Príncipe de Lampedusa em “O Leopardo”:

“Ora! Negociações ao ritmo de descargas inofensivas. Depois tudo ficará na mesma, embora tudo tenha mudado”(O Leopardo).

O SUS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – Para a concretização do SUS o Ministério da Saúde elaborou a primeira Norma Operacional Básica (NOB 01/91). A sua aplicação fez com que a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social do Município (SSDS) tivesse a incorporação dos serviços de saúde da capital ao Sistema Único de Saúde.

Houve treinamento da força de trabalho municipal no sentido da interação aos objetivos, princípios e diretrizes do SUS e desta forma passar a construir o novo modelo assistencial de saúde. No final do período (e governo)-1992, a conclusão de ANJOS é que não houve realmente alteração na forma de organização da secretaria municipal, persistiram as mesmas estruturas, coordenações e modalidade gerencial. Não faltaram os tantos entraves e fatores inibidores a qualquer iniciativa de inovação do sistema como a carência de recursos humanos. A simples transferência de pessoal das outras esferas (federal, estadual) não atendeu as necessidades básicas. Uma política de pessoal norteada por Plano de Carreiras, Cargos e Salários, uma exigência da lei 8142, não foi efetivada, continuou a diferenciação, a falta de isonomia e motivação.

“Tudo isso não devia durar; mas vai durar...”(O Leopardo).

O ano é 1993 e novas normas reguladoras desenharam uma estratégia e reorientaram o processo de implantação do SUS, a exemplo da Norma Operacional Básica - (NOB/SUS 01/93). A expectativa é que essas novas normas e regulações do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde contribuam ao **terceiro momento** da descentralização na capital catarinense. Além disso uma nova conjuntura política se desenha, resultante da eleição do Prefeito de Florianópolis pela “Frente Popular” , uma coligação de centro-

esquerda que agrega o apoio dos elementos do movimento sanitário local e tem em seu programa o compromisso com a reforma sanitária.

Houve a elaboração para o respectivo período de governo (1993-97) do **Plano Municipal de Saúde**. O objetivo geral do Plano é cumprir os dispositivos legais (Leis 8080/90 e 8142/90) e executar uma gestão municipal fiel aos princípios e diretrizes do SUS e com isso construir um **novo Modelo Assistencial** qualitativo na prestação de serviços públicos de saúde no Município. O mesmo na sua estrutura apresenta um diagnóstico da situação demográfica, epidemiológica e organizacional dos serviços de saúde. Relaciona os princípios e diretrizes que orientam o Plano e respectivos compromissos, ordens de prioridade da gestão e a devida programação e estimativa de custo aos serviços e ações de saúde da rede, isto para o ano de 1993, já que o propósito é de avaliação e programação anual. As proposições e prioridades para o novo modelo são: formação de sistema local (SILOS), distrito sanitário, consórcio com os municípios da Grande Florianópolis, uma reforma administrativa para superar as já tantas estruturas informais da própria secretaria, modelo gerencial descentralizado, implantação de um sistema de bancos de dados e de um sistema de informação, novo sistema assistencial com base na vigilância à saúde com promoção da atenção integral, implantação da infra-estrutura de apoio diagnóstico na rede básica, instituição de mais um tipo de centro de saúde (CS III) para as sedes dos cinco módulos assistenciais previstos , buscando assegurar apoio técnico e administrativo às demais unidades da área (CSI e CSII); integração docente-assistencial e capacitação de pessoal, adequação e valorização dos recursos humanos, democratização da gestão com a participação popular e do Conselho Municipal de Saúde, adequação da estrutura organizacional e gerencial da SSDS para comportar com eficiência os três níveis - central, regional e local (P.M./Fpolis²⁰, 1993).

As características do “novo modelo” apontavam a oferta de serviços fundamentados nas necessidades constatadas através de estudos sócio-epidemiológicos local, com a organização dos serviços por problemas em base territorial, por mecanismos de oficinas de descentralização – prática de vigilância à saúde e planejamento participativo loco-regional – e respectiva construção de um sistema local de informação capaz de dar suporte. Era também previsto a flexibilidade administrativa e uma real descentralização no âmbito das decisões junto às unidades de saúde e seus conjuntos regionais (P.M.²⁰,1993).

A concepção do plano atende os moldes do planejamento tradicional ou normativo de saúde, não apresentando estruturas de plano e estratégia nos moldes de Carlos Matus e Mario Testa, apesar de constar as diferentes etapas e estratégias quando da implantação do novo modelo gerencial e assistencial da Saúde Municipal de Florianópolis.

De 7 a 9 de abril de 1995, houve a primeira **Conferência Municipal de Saúde**⁵ para marcar o SUS no município e repensar a saúde. Com base no documento final da Conferência já é possível avaliar o realizado do plano plurianual de saúde e dimensionar em que nível se encontra o “novo Modelo” de saúde do município. A Conferência procurou avaliar o andamento da gestão municipal e reprogramar o biênio restante do governo para 1995/96. O debate no transcorrer da Conferência tratou também do “controle social e participação popular, funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.” O documento resultante depois foi referendado à **Conferência Estadual de Saúde** preparatória da 10ª Conferência Nacional.

De imediato, partindo que a Secretaria Municipal de Saúde apresenta-se na condição de **gestão parcial** (NOB/SUS 01/93) é fácil concluir que muito pouco foi realizado em relação ao Plano de Saúde 93-97; já que 50% do tempo de gestão

de governo foi consumido. O próprio documento da Conferência afirma que para a SSDS possa ingressar na etapa de gestão semi-plena da implantação do SUS, muito terá que se estruturar para ser responsável pelo controle, avaliação e pagamento de todos e/ou quase todos os serviços da rede pública e conveniada.

Entre as proposições e prioridades concretizadas neste período destacam-se as “oficinas de territorialização” que estão se processando, o Conselho Municipal em funcionamento, pois a própria Conferência foi iniciativa do mesmo, no entanto, não houve a formação dos pretendidos conselhos locais de saúde. Por outro lado a nova estrutura organizacional da SSDS que havia sido prevista não ocorreu e nem está em cogitação nenhuma reforma administrativa, permanecendo a estrutura antiga da secretaria constituída por dois departamentos. Assim a Saúde divide com outro setor, o de Desenvolvimento Social, o seu órgão de primeiro escalão. O programado novo tipo de Centro de Saúde, mais complexo e abrangente (CS III), previsto já para 1993, ainda não se materializou. Os dois tipos de centros de saúde existentes configuram-se a partir dos serviços organizados (clínica médica, pediatria, atendimento básico de enfermagem) muito mais como **“ambulatórios médicos”** do que centro de saúde ou unidade sanitária de saúde. Esta forma de “centro” estava prevista sua superação no novo modelo assistencial, concebido no Plano. Outro grande fator limitante e não superado é a carência de recursos humanos, principalmente de nível médio.

Quanto aos recursos financeiros provenientes do Fundo Municipal (SIA/SUS) e repassados pela Secretaria Estadual de Saúde, mais o orçamento municipal que em 1995 chegou a 5,16% do orçamento global, constituindo o repasse para saúde, além de outras fontes (projetos específicos, entidades nacionais e/ou internacionais) são os recursos que vão formar o orçamento total da saúde, para o nível municipal, considerado insuficiente pelos gestores na

Conferência Municipal de Saúde. Recursos escassos e ainda mal gerenciados conforme relatório da mesma Conferência. Há baixa produtividade da força de trabalho, em que, a maioria dos profissionais médicos e dentistas chegam apenas a 50 ou 60% de seu potencial de carga horária contratada. Somam-se o absenteísmo, o não cumprimento de horário, o precário atendimento à população. Fatores como o baixo salário, ausência de política e plano de carreira, cargo, salário, a falta de isonomia são fatores que contribuem para tal resultado. Mais de 33% do pessoal são cedidos pelas outras instituições, decorrente do processo de municipalização do SUS, trazendo problemas de adaptações devido a culturas profissionais diferenciadas, entre outros. O resultado é a demanda reprimida, subatendida, serviços desqualificados comprometendo qualquer gestão de governo.

A unidade sanitária como espaço produzido não é concebido como verdadeiro espaço social e sim a reprodução teratológica de um serviço de quinta categoria para pobres. Que conclusão tirar da continuidade desta “saúde vulgar”? Tirar dela ou fora dela a explicação deste mecanismo perverso de exclusão social e de abstração em saúde mesmo sob a égide de um governo definido como popular, que portava metas de igualdade e de participação coletiva. A confirmação do distanciamento e do deslocamento entre o discurso e a prática dos setores sociais envolvidos nesta jornada de gestão sanitária, não deixa a menor sombra de dúvida, pelo menos até este meio período de governo.

Os resultados discutidos na Conferência Municipal não mudam ou pouco se alteram em outros momentos de avaliação do SUS/Florianópolis como na fase da Conferência Estadual de Saúde (1996) preparatória à 10ª Conferência Nacional. O mesmo verifica-se na avaliação definida como “terceiro momento de

descentralização – 1993-1995” processada com levantamento de dados e informações internas à Secretaria da Saúde (Anjos¹,1996).

Os destaques deste período (1993 – 97) na área da saúde foram a realização das oficinas de territorialização numa primeira fase ou módulo e oficinas de planejamento e programação local numa segunda fase complementar. O primeiro grupo procurou definir as áreas de abrangência de cada unidade de saúde, para na etapa seguinte chegar à definição de prioridades e programação de atividades. Ao todo foram realizados, no período da gestão, 74 módulos de oficinas e com isso atingiu a quase totalidade das unidades de saúde em alguma etapa do processo. Sem dúvida um trabalho significativo, que se espera continuidade para haver a consolidação do processo inovador.

A pretendida gestão democrática e participativa viabilizou no primeiro ano de governo a criação a nível central de um “colegiado de gestão” sem, no entretanto, chegar a funcionar de forma consistente devido a rotatividade dos membros e que no fim do primeiro semestre de 1994 foi dissolvido pelo novo secretário de saúde nomeado(Anjos¹,1996).

O planejamento em saúde instituído com a criação de um núcleo (informal) a nível central em 1993 , não ultrapassou o ano da criação, situação que permaneceu até o final do governo. Outra proposição era a efetividade do Centro de Informação em Saúde – CIS, que, no entanto, não obteve a devida prioridade e investimentos para chegar a se constituir em instrumento auxiliar ao planejamento e administração, do que seria o novo modelo de “gestão participativa”. O CIS continuou com sua equipe reduzida e gerando os dados rotineiros que subsidiavam os outros centros de informação (Secretaria Estadual). A inovação foi o surgimento do jornalzinho “**Saúde para Todos**”, editado mensalmente a partir de março de 1994. Houve a criação também informal do órgão (núcleo) de Recursos

Humanos da Secretaria com a finalidade de desenvolver uma identidade institucional de compromisso dos trabalhadores, realizar investimentos em capacitação e treinamento de recursos humanos, objetivos realizados em parte, pois não houve sequer a concretização do Plano de Carreiras, Cargos e Salários. Continuaram os baixíssimos salários, fator determinante da alta rotatividade de pessoal. O núcleo continuou como apêndice dependente da Secretaria de Administração da própria Prefeitura. Não houve a criação dos consórcios, centros de saúde tipo III, nem do distrito de saúde. A divisão também informal de cinco módulos ou regionais não se consolidou no transcorrer da administração. O referente ao “controle social,” o que houve foi uma atuação do Conselho Municipal de forma parcial, sem chegar a um controle efetivo sobre o comando central, apesar de algum desempenho em relação ao orçamento, aprovação do Plano Municipal, portarias, realização de seminários e da Conferência de Saúde. Não ousou a uma inserção junto à população, portanto funcionou de forma incipiente (Anjos ¹,1996).

A Conferência Estadual de Saúde (agosto de 1996) apelou para que o Estado e sua Secretaria de Saúde empenhem-se na descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. É necessário haver uma política no sentido de auxiliar e potencializar os municípios nesta tarefa.

É fundamental chegar a maior descentralização dos recursos e das ações previstas para os municípios , mas ainda retidas na esfera estadual; disponibilizar os centros de especialidades regionalizados; apoiar as ações integrais à saúde e viabilizar a criação dos consórcios intermunicipais (X CNS ⁶,1996).

O Sistema Municipal de Saúde é uma construção que não se esgota e efetiva de fato, dentro de determinados momentos de governos, mas do ponto de vista estratégico a ação política requer “saltos” ou “dividendos” positivos de uma

gestão comprometida. A competência política e respectiva capacidade administrativa dos gestores pró-SUS , quando obtiveram o poder municipal foi relativa e pouco significativa no sentido de transformação efetiva e concreta dentro dos propósitos de governo. A constatação em 1995 feita por Anjos ¹(1996) é que persistirá até o final do governo de que :

“O Plano Municipal de Saúde elaborado em 1993 apenas cumpriu uma exigência legal, não teve ampla participação dos setores da Secretaria, não é utilizado e para alguns gerentes é desconhecido , não havendo iniciativas para confecção de um novo plano adequado à realidade”.

“Não há dúvida; tudo ficou como dantes, melhor mesmo”(O Leopardo).

6.2.4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ANJOS, M. D. dos. O processo de descentralização da gestão do Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis. Rio de Janeiro, 1996 [Dissertação de Mestrado-Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz]
- 2-BRASIL. Constituição 1988. Constituição República Federativa do Brasil . Brasília, Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.
- 3-CAVALIERI, P. F. Plano Diretor de 1992 da cidade do Rio de Janeiro: Possibilidades e limites da reforma urbana. In: Ribeiro ,L. C. de Q. & SANTOS, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- 4-COELHO, A. R. Contribuição para o estudo dos Serviços Estaduais de Saúde Pública de Santa Catarina (1973 - 1979). São Paulo, 1980 [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 5-I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Saúde para todos, Florianópolis, nov. 1995 (Edição esp. do relatório).
- 6-X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Coleção de Relatórios sumários das Conferências Estaduais de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, agosto de 1996.
- 7-DALLARI, S. G. Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde. São Paulo, Hucitec, 1995.
- 8-DALLARI,S.G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. Rev. Saúde Públ., S.Paulo, 25 (5): 401-5, 1991.

- 9-FLORIANÓPOLIS. Lei Orgânica do Município de Florianópolis. Florianópolis, Câmara Municipal de Florianópolis, 1990.
- 10-GOTTDIENER, M. A produção social do espaço urbano; trad. Geraldo G. de Souza. São Paulo, ed. USP, 1993.
- 11-HEIMANN, L. S. et al. O município e a Saúde. São Paulo, ed. Hucitec, 1992.
- 12-IANNI, O. Teorias da Globalização. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1995.
- 13-MARICATO, E. Reforma Urbana: Limites e possibilidades. Uma trajetória incompleta. In: Ribeiro, L. C. de Q. & Santos Júnior, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- 14-_____ Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 15-MENDES, E. V. et al. Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1993.
- 16-MENEZES, L. C. Desenvolvimento urbano e meio ambiente: A experiência de Curitiba. Campinas, SP; Papirus, 1996.
- 17-NAÇÕES UNIDAS. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito, 1944. (Relatório).
- 18-PERES, L. F. B. Parecer sobre o Projeto substitutivo do Plano Diretor 1996, Florianópolis, UFSC, 1996. (xerografado).

- 19-PIMENTA, L. F. & PIMENTA, M. de C. A. Parecer sobre as propostas de Plano Diretor para o Distrito-Sede do Município de Florianópolis, Florianópolis, UFSC, 1996 (xerografado).
- 20-PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Plano Municipal de Saúde 1993-1997. Florianópolis, 1993. (xerografado).
- 21-RIBEIRO, L. C. de Q. Reforma Urbana na Cidade da Crise: balanço teórico e desafios. In: Ribeiro, L. C. de Q. & Santos Júnior, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- 22-RIBEIRO, L. C. de Q & CARDOSO, A. L. Da cidade à nação: gênese e evolução do urbanismo no Brasil. In: RIBEIRO, L. C. de & PECHMAN, R. Org. Cidade, povo e nação: Gênese do urbanismo moderno. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1996.
- 23-RIZZO, P. M. B. Do urbanismo ao planejamento urbano: utopia e ideologia: caso de Florianópolis de 1950 a 1990. Florianópolis, 1993. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Santa Catarina].
- 24-ROLNIK, R. Planejamento Urbano nos anos 90: Novas perspectivas para velhos temas. In : Ribeiro , L. C. de Q. & Santos Júnior, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- 25-SANTA CATARINA (Estado). Constituição do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Assembléia Legislativa/IOESC, 1989.

6.3. FLORIANÓPOLIS CONTEMPORÂNEA: ASPECTOS SÓCIO-URBANO-SANITÁRIOS.

“Mendigos! Ah! São mendigos
que voltam de vãos caminhos,
que atravessam perigos,
urzes, pântanos, espinhos.”
(Cruz e Souza - Mendigos)

No presente capítulo o propósito é enfocar a cidade de Florianópolis com alguns dados estatísticos e informações complementares sobre, os aspectos gerais de sua situação econômico-social, demográfica e epidemiológica, urbana e sanitária. O objetivo é visualizar o globalismo neste local-cidade de Florianópolis. Verificar, na Florianópolis contemporânea, se estão presentes a produção e reprodução do espaço e da saúde abstratos, as marcas e as características da “cidade partida”, as mazelas do desenvolvimento desigual e insustentável. Os aspectos sócio-econômicos, urbano-sanitários, “os ares, águas e lugares” da cidade, darão os indícios capazes de caracterizar essa Florianópolis global pois a forma, o mapa espacial da cidade, refletem as determinações da sua ordem econômica e social.

6.3.1. Aspectos da Situação Econômico-Social

Dentro das peculiaridades da formação sócio-econômica e urbana desde a antiga Desterro à republicana Florianópolis, a capital da Província e depois do Estado, nunca apresentou um desenvolvimento econômico significativo. Florianópolis cumpre ao longo do tempo sua principal função que é político-administrativa.

Hoje os destaques econômicos estão no comércio, no turismo e na administração pública. Nas últimas décadas, houve incentivo ao setor industrial –

“indústrias não poluentes” – centrada na informática e no vestuário. O projetado retorno do porto para torná-la cidade marítima e comercial não foi além dos Planos Diretores. Desde a década de sessenta, a capital de Santa Catarina vem se afirmando como cidade de serviços ou terciária.

Florianópolis, assim como o Estado e o País, sofreu os reflexos da denominada “década perdida” – dos anos 80 ao início dos 90 – em que as altas taxas de inflação e a recessão econômica determinaram a redução do ritmo de crescimento, retração das empresas públicas e privadas, produzindo reflexos sociais como o desemprego e o subemprego. No espaço da cidade o resultado foi o aumento da deterioração urbana, o surgimento de elevado número de áreas carentes, o crescimento da economia informal com absoluta precariedade do trabalho e do emprego somando-se as migrações, a violência e a defasagem dos equipamentos urbanos públicos (SC/SDM²⁵, 1996)

O setor econômico do município de Florianópolis está assim caracterizado:

a) Setor Primário : No campo da economia formal o setor primário é pouco significativo para o município. Historicamente sempre esteve assentado na combinação entre a pesca artesanal e as pequenas propriedades rurais, uma atividade de sobrevivência das populações locais do interior e das conservadas freguesias.

Hoje a fragmentação da pequena propriedade rural é acentuada, devido o parcelamento para criação de lotes residenciais, dada a grande expansão urbana em toda a área do município. A consequência é a transformação sócio-cultural do tradicional “modo de vida ilhéu”, centrado na policultura e na pesca, pecuária rudimentar e múltiplas produções artesanais, que vão desde a arte naval (pequenos barcos, canoas) renda e tecelagem, alambiques, engenhos, cerâmica e olaria, cujos resquícios ainda estão presentes. A novidade neste setor é a maricultura, contribuição de pesquisadores da Universidade Federal, em atividades de extensão

e apoio aos pequenos pescadores, quanto ao cultivo de moluscos – ostras e mexilhões – e “engorda” de crustáceos no litoral de Florianópolis e municípios vizinhos da região (CECA⁶,1996)

b)Setor Secundário: O setor industrial é absolutamente inexpressivo na capital catarinense e é formado por empresas de pequeno porte que absorvem pouca mão-de-obra. Os gêneros industriais de maior expressão são o da indústria de vestuário e artefatos de tecido, indústria de mobiliário e de metalúrgica, de produtos alimentares, gráfica e editorial, material elétrico e de comunicação. O crescimento urbano e turístico garante a expansão e relativo incremento da indústria da construção civil.

Florianópolis assiste desde os anos setenta o que seria para Vieira³³(1996) a sua segunda fase de industrialização com a instalação de um indústria de alta tecnologia, favorecida , na época ,anos sessenta , pelas políticas governamentais de substituição de importações e de reserva de mercado na área da informática.

A primeira etapa industrial da cidade fora no fim do século XIX e início do atual, com a instalação de um estaleiro para reparos de barcos, fábrica de pregos e de renda e bordados. A reindustrialização de Florianópolis é consequente à expansão industrial do estado catarinense , que favoreceu e determinou o processo de sua urbanização , por sediar o governo estadual e grandes empresas estatais – ELETROSUL,CELESC (Central Elétrica de SC) TELESC (Telecomunicações de SC). Laboratórios de pesquisas foram instalados nestas empresas e na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)- curso de Engenharia Mecânica - que deram como resultado a criação do Centro Regional de Tecnologia em Informática (CERTI) em 1984. Os incentivos governamentais viabilizaram a formação de mão-de-obra a ponto de chegar a grandes sucessos, como o de dispensar o País de importar tecnologia nesta área e de chegar a invenções , consolidando uma indústria na área de eletrônica, informática e mecânica de

precisão. O Estado e a sua capital ingressavam desta forma ,na chamada terceira Revolução Industrial ou Informacional , a ponto de construir a sua “Tecnópolis – Polo Tecnológico da Grande Florianópolis”, para abrigar projetos nas áreas de informática, telemática, eletrônica , automação e cerâmica fina (Vieira ³³,1996).

O alinhamento do Brasil, nestes anos noventa, aos planos de ajuste econômico de cunho neoliberal – global, com a liberação de importações, privatização de empresas estatais, desregulamentação, concessão de serviços-terceirização, vem estrangulando e prejudicando a indústria nacional e seus projetos de envergadura como o da Tecnópolis(Vieira ³³,1996).

A referência do presente caso é para mostrar a interferência em qualquer local pelo capital global. O condomínio Industrial de Informática e sua indústria de alta tecnologia de ponta no espaço urbano da Grande Florianópolis , sofre neste tempo as conseqüências da globalização no que constitui a “mundialização do capital”.

c) Setor Terciário: Florianópolis é uma cidade terciária, é o setor de serviços que emprega a maior parte da população economicamente ativa, em torno de 76%. Começa com os serviços da burocracia governamental, por agregar a maioria das sedes dos órgãos públicos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Há as instituições públicas que comportam grande número de funcionários como a Universidade Federal, a Eletrosul e a TELESC. Seguem-se o comércio, os serviços bancários e, também em franca ascensão, os serviços de turismo e hotelaria. A cidade se concentra na atividade turística cada vez mais, ambiciona tornar-se a “capital turística” do Mercosul. Logo não faltam planos, seminários, debates, conclamações ao setor público e empresarial no sentido do investimento e preparo da cidade para a atividade turística. Essa movimentação, invariavelmente, acaba na Câmara Municipal ,concretizada em propostas de alterações do Plano Diretor .Mudanças estas cada vez mais permissivas e que provocam mudanças e substituições pontuais no plano e votadas para favorecer o

canibalismo da especulação imobiliária . O discurso é o do progresso, da geração de empregos e do desenvolvimento do turismo. Há , assim, que superar a sazonalidade e realizar a integração da região do turismo da faixa litorânea aos vales, serras, águas termais, campos e fazendas, construir centros de convenções para viabilizar um turismo de eventos e de compras (cerâmica, calçados, vinhos, malhas, artesanatos). Constata-se, ao final, a falta de melhor organização profissional no setor , assim como a necessidade de superar o amadorismo.

O turismo traz os prós e os contras, somando a contribuição econômica à degradação ambiental e a violação cultural, desrespeitando os princípios de preservação e sustentabilidade.

POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA – A Tabela 8 (próxima página) apresenta os dados do Censo de 1980 , da distribuição da população economicamente ativa e da não ativa, segundo os setores de atividades do município de Florianópolis em conjunto com a da micro-região (GRANDFPOLIS) e do próprio Estado. Constata-se , para Florianópolis, a predominância do setor terciário (76,13%) na economia , enquanto o setor secundário apresenta uma baixa contribuição (18,19%) , seguido do inexpressivo setor primário (2,62%) . A região da grande Florianópolis , embora com números e percentagens diferentes, segue a mesma ordem e predominância , enquanto que o Estado apresenta um relativo equilíbrio entre os setores. A capital já contava, na época , com um número percentualmente maior de pessoas desempregadas (3,07%) , quando comparada com a grande Florianópolis e o Estado.

Tabela 8 – Distribuição da PEA, por setores econômicos, município de Florianópolis região da GRANDFPOLIS e de Santa Catarina, 1980.

DISCRIMINAÇÃO		FPOLIS	GRANFPOLIS	SC
POPULAÇÃO OCUPADA				
Setor Primário	%	2,62	15,91	30,84
	Número de Pessoas	c	26587	418249
Setor Secundário	%	18,19	23,14	31,59
	Número de Pessoas	12985	38667	428392
Setor Terciário	%	76,13	58,34	35,70
	Número de Pessoas	54360	97477	484161
PROCURANDO EMPREGO	%	3,07	2,60	1,87
	Número de Pessoas	2191	4340	25384
TOTAL	%	100	100	100
	Número de Pessoas	71405	167071	1356186

Fonte: Censos Demográficos de SC, 1980 e 1981-IBGE Apud Refer.Bibliogr. N°24.

O DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL do Estado de Santa Catarina, de acordo com o relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil 1996 (PNUD/IPEA) , apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de 0,842, ocupando a quarta posição no contexto do País e compõe a área de maior desenvolvimento conforme já foi descrito na Figura 2 e na Tabela 2. A composição do índice com os parâmetros para o Estado catarinense foi elaborado pela Gerência de Estatística e Informática – GEINF²⁶(1996) da Secretaria da Saúde do Estado de acordo com o relatório nacional. A Tabela 9, na próxima página, mostra o IDH do Estado em comparação com o do País.

Tabela 9 - Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Regiões, Estados da Região Sul (SC). 1996.

	Esperança de vida ao nascer em anos	Taxa de alfabe - tização de adultos %	Taxa combinada de matrícula nos 3 níveis de ensino %	PIB <i>per</i> <i>capita</i> PPC \$	Índice de Esperança de Vida	Índice de Educação	Índice do PIB	ID
Ano	1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991	19
Brasil	66.3	79.9	68	5240	0.69	0.76	0.94	0.7
Norte	68.4	75.4	63	3747	0.72	0.71	0.68	0.7
Nordeste	59.1	62.4	60	2559	0.57	0.62	0.46	0.5
Centro Oeste	69.1	83.3	73	5440	0.74	0.80	0.95	0.8
Sudeste	68.8	87.7	73	7212	0.73	0.83	0.96	0.8
Sul	70.9	88.2	71	5388	0.77	0.82	0.94	0.8
Paraná	69.1	85.1	71	5205	0.73	0.81	0.94	0.8
Santa	70.8	90.1	67	5114	0.76	0.82	0.94	0.8
Catarina								
Rio G.Sul	74.6	89.9	72	5693	0.83	0.84	0.95	0.8
PAÍSES, SEGUNDO O GRAU DE DESENVOLVIMENTO HUMANO								
Ano	1992	1992	1992	1992	1992	1992	1992	19
Alto D.H.	72,9	95.8	68	13605	...	...	...	0.8
Médio D.H.	66.8	79.3	63	2631	...	...	...	0.6
Baixo D.H.	55.8	48.3	35	1299	...	...	...	0.4

Notas: Coluna 2 : Referente à população com 15 anos ou mais; Coluna 3 : Percentagem da população de 7 a 22 anos.

Fonte: Coluna 1: Carvalho e Pinheiro 1986; Coluna 2: IBGE/Censo 1991; Coluna 3: MEC 1991 e IBGE/Censo 1991; Coluna 4: Silva e Considera 1995. Apud Refer. Bibliogr. Nº 25.

Não há calculado um IDH para o município de Florianópolis ,mas fortes indícios indicam que a capital, provavelmente, apresentaria um índice um pouco inferior ao do conjunto do Estado, talvez porque o Produto Interno Bruto seja bem menor que o estadual.

Em nível do Governo estadual foi elaborado um outro índice com parâmetros semelhantes: o **Índice do Desenvolvimento Social – IDS**, pela Secretaria do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente – SDM²⁸,1997. Apresenta a avaliação

sócio-econômicos de 160 municípios catarinenses , por meio da construção do índice, onde foram selecionados sete indicadores.

De acordo com o “**Mapa da qualidade de vida no Estado**” – Figura 14, com a distribuição do IDS . O Estado apresenta-se classificado em três níveis:

- a) bom – IDS de 1,00 a 0,69 ;
- b) médio – IDS de 0,68 a 0,50 ;
- c) baixo – IDS de 0,49 a 0,0 .

Figura 14 - Mapa da qualidade de vida (IDS). Estado de Santa Catarina, 1997.

Fonte: SEDUMA - SC .Apud Refer. Bibliogr. Nº 28

Florianópolis apresenta um IDS de 0,62 o que significa uma “**condição de eficiência**” média. A seguir são descritos os 7 componentes estruturais da composição do IDS da capital do Estado.

O primeiro componente – **Receita municipal per capita** (1990-95) – que são os recursos financeiros em relação à população total, que a administração municipal vai dispor para realizar a sua gestão. A média dos cinco anos da receita para Florianópolis foi R\$ 278,91 (R\$ 1,00/hab – preços de 1995). Isso significou a condição de eficiência da capital no contexto dos municípios ser nível **baixo**. O primeiro município, Lajeado Grande, apresentou R\$685,70; Florianópolis ficou em 87º lugar dos 260 municípios de SC.

O segundo componente – **Condição de sobrevivência das crianças de 0 a 6 anos** (1991) – que compreende as condições de renda e de instrução dos chefes de domicílio, onde habitam as crianças desta faixa etária. Foram vistos quatro tópicos:

- a) o percentual de domicílios cujo chefe tem renda de até 1 (um) salário mínimo. Florianópolis teve um percentual de 11,3, o que confere um índice de condição de eficiência neste item de 0,90;
- b) o percentual de domicílios com chefe homem com menos de 1 (um) ano de estudo. Florianópolis apresentou 6,0 % e um índice de condição de eficiência de 0,83;
- c) o percentual de domicílios cujo chefe é mulher e tem menos de 1 (um) ano de estudo. A capital teve 1,5 % e índice de 0,68;
- d) o percentual de domicílios com abastecimento inadequado de água. O caso de Florianópolis foi de 10,9% e índice de condição de eficiência de 0,86.

A média destes índices foi de 0,82, logo um nível bom, ficando na posição de 63º lugar no Estado. A primeira posição (Pomerode) obteve a média de 0,95.

O Terceiro componente – **PIB municipal** (1990 -95) , é o valor aproximado da renda per capita, fundamentado no valor adicionado do produto de arrecadação do ICMS . A média de tal valor nos cinco anos é para Florianópolis R\$ 2.804 (R\$ 1,00/hab.) .Este resultado é um índice de condição de eficiência igual a 0,17 , logo nível baixo, ocupando o 158º lugar entre os 260 municípios. O município de maior renda (Vargem Bonita) obteve a média R\$ 14.766 e o Estado R\$ 5.058. Florianópolis no período (1991 a 1995) apresentou uma taxa de crescimento ao ano de 22,25%.

O quarto componente – **o percentual de pessoas analfabetas de 11 a 14 anos e de 15 anos ou mais** . A capital apresentou 2,3% de pessoas da faixa de 11 a 14 anos que deu o índice de 0,87 e analfabetos de 15 anos e mais , o percentual de 6,1 % e índice de 0,83 . O resultado final deste componente foi um índice de condição de eficiência de 0,85, nível bom , Florianópolis colocou - se em 29º lugar. O primeiro município (Pomerode) atingiu o índice de 0,99.

O quinto componente – **Índice de Desenvolvimento do Ensino de 1º grau (Aprovação e Evasão)** (1994) . A evasão e a aprovação são calculados por fórmulas definidas e simples tanto para as escolas estaduais como municipais , urbanas ou rurais. Florianópolis apresentou os seguintes **índices de aprovação** :

a)	Escolas estaduais urbanas	- 0,37
b)	Escolas estaduais rurais	- 0,40
c)	Escolas municipais urbanas	- 0,22
d)	Escolas municipais rurais	- 0,23

Para o **índice de evasão** os resultados foram:

a)	Escolas estaduais urbanas	- 0,37
b)	Escolas estaduais rurais	- 0,32
c)	Escolas municipais urbanas	- 0,74
d)	Escolas municipais rurais	- 0,69

No geral um índice de 0,42 , nível baixo, o município ficou em 235º lugar. O primeiro colocado (Antonio Carlos) o índice de eficiência foi 0,77.

O sexto componente – **Índice de saneamento básico dos domicílios** (1991)

– corresponde a participação relativa (%) de domicílios urbanos com : abastecimento de água inadequado ; com esgotamento sanitário inadequado e com tratamento inadequado de lixo. Florianópolis teve o seguinte resultado, quanto aos seus domicílios urbanos:

	%	Índice
a)Abastecimento de água inadequado	6,8	0,81
b)Esgotamento sanitário inadequado	39,0	0,64
c.)Tratamento inadequado ao lixo	0,8	0,98

O índice de eficiência de Florianópolis , no geral , em relação a esse componente foi bom , ficando 0,81 e ficando em 30 ° lugar.

O sétimo componente – **Coefficiente de Mortalidade Infantil** (1980 e 1991–95) . Florianópolis teve a média de sua taxa de mortalidade infantil igual a 18,34 mortes por mil nascidos vivos, obtendo no contexto geral dos municípios, um índice de condição de eficiência de 0,69, nível classificado como bom, ocupando o centésimo quadragésimo nono (149º) lugar. O melhor índice foi de 1,00 e coube a Nova Itaberaba.

Na determinação do Índice de Desenvolvimento Social (IDS) são agrupados os indicadores utilizando a ponderação peso 1 (um) para os indicadores dos ítems 1,2,3 e 4 e peso 2 (dois) para os indicadores dos ítems 5,6,e 7.

A capital catarinense com seu IDS de 0,62 apresenta nível de condição de eficiência como desenvolvimento social como médio e ocupa a 56ª posição entre os demais municípios do Estado(SC/IDS²⁸,1997).

DISTRIBUIÇÃO DA RENDA – O município de Florianópolis apresenta , segundo o Censo Demográfico do IBGE (1991) um **Índice de Gini** igual a 0,5571, enquanto o do Estado foi de 0,5650 . O Brasil ,segundo dado de 1989,apresentou 0,634 como índice, o que em comparação a Florianópolis revela uma melhor justiça distributiva de renda.. A Tabela 10 apresenta o percentual de **rendimento médio mensal** por chefe de domicílio segundo diferentes níveis de salário, com base no mesmo Censo(IBGE¹⁰,1961)

Tabela 10 - Distribuição percentual do rendimento médio mensal, por chefe de domicílio, Florianópolis e Santa Catarina, 1991.

DISCRIMINAÇÃO	FPOLIS	SC
Até 2 SM	28,60	49,39
De 2 a 10 SM.	48,26	41,70
De 10 a 20 SM	13,74	4,19
Mais de 20 SMs	5,95	1,60
Sem rendimento	3,11	2,95
Sem declaração	0,32	0,16

Fonte: IBGE - Censo Demográfico / SC/1991.

Nota.: SM- Salário Mínimo

Há confirmação de haver maior concentração de renda no Estado do que na sua capital. Mas , aproximadamente , um terço da classe trabalhadora , em Florianópolis , ganha até dois (2) salários mínimos e dois terços conseguem um rendimento mensal máximo de dez salários mínimos.

6.3.2 - ASPECTOS DO SITUACIONAL DEMOGRÁFICO

Florianópolis, a exemplo do País e do Estado, nas últimas décadas, apresentou transformações significativas na sua estrutura e dinâmica populacional. Atualmente a população é predominantemente urbana com alta taxa de urbanização e formação de conurbação com outros municípios da microrregião. Florianópolis, embora seja a capital, não é a maior cidade do Estado, Joinville, situada no norte do Estado, é a primeira em população com 347 154 habitantes (1991). No entanto, o aglomerado urbano de Florianópolis (Florianópolis, Biguaçu, Palhoça e São José) totaliza 497.376 habitantes (Cons. Nac.⁸,1994).

Tabela 11-População dos municípios do aglomerado urbano de Florianópolis, 1991.

MUNICIPIO	POPULAÇÃO DOS CENSOS		
	1970	1980	1991
BIGUAÇU	15.337	21.434	34.063
FLORIANÓPOLIS	138.337	187.871	255.390
PALHOÇA	20.652	38.031	68.430
SÃO JOSÉ	42.535	87.817	139.493
TOTAL	216.861	335.153	497.376

Fonte: IBGE , Censos demográficos / SC de 1970 , 1980 e 1991 (1970 e 1980 Apud Refer. Bibliogr.Nº 8 , 1991 Nº 10).

Atualmente, Santa Catarina é composta por 260 municípios agrupados em 18(dezoito) Associações de Municípios, criados a partir das microregiões de acordo como as características geo-econômicas do estado. Florianópolis é a cidade polo da 18ª Região denominada Região Metropolitana da Grande Florianópolis - GRANFPOLIS, formada por 21 municípios. A população desta região é de

628.238 habitantes em 1991 (IBGE) , abriga 13,84 % da população do Estado e detem a mais alta taxa de urbanização, já que aproximadamente 84% . da sua população vive nas cidades.(SC/SDM²⁵,1996).

Desenvolver e consolidar o planejamento metropolitano é uma contingência vital para a capital, pois esta depende dos municípios vizinhos , em relação à infra- estrutura. Esta dependência é principalmente relativa a água, localização , tratamento e destino final dos dejetos sólidos, transporte e sistema viário, entre outras. Ver as Figuras 15 , 16 e 17.

Figura 15 - Mapa da Região da Grande Florianópolis – GRANDFPOLIS , 1989.

fonte: SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E FAZENDA

Apud. Refer. Bibliogr. Nº 24.

Figura 16 - Divisão Político Administrativa da Região da Grande Florianópolis - GRANFPOLIS - SC ,1989.

Fonte: IBGE Apud Refer. Bibliogr. N°24.

CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO – O fenômeno da urbanização é recente no Brasil, Santos³⁰ (1993) considera que a, “verdadeira inversão quanto ao lugar de residência da população brasileira”, processa-se entre 1940 e 1980; pois há meio século (1940) a taxa de urbanização era de 26,35 % , quando triplicou a população total , enquanto a urbana se elevou sete vezes e meia. Em 1970, o

Brasil era de predominância urbana com um índice de urbanização de 56,80 % , em 1991 (último censo) atingiu 77,13 %.

Tabela 12 - População Total, População Urbana e Índice de Urbanização, Brasil , 1940 a 1991.

Ano	TOTAL	URBANA	ÍNDICE DE URBANIZAÇÃO (%)
1940	41.326 000	10.891.000	26,35
1950	51.944.000	18.783.000	36,16
1960	70.191.000	31.956.000	45,52
1970	93.139.000	31.956.000	56,80
1980	119.099.000	82.013,000	68,86
1991	150.400.000	82.013,000	77,13

Fonte: SANTOS, M. Apud Refer. Bibliogr. Nº30.

O processo de urbanização do estado catarinense é pouco mais retrógrado em relação ao país. Verifica-se que em 1970 o número índice de urbanização chega a 43,23 %. De 1960 a 1970 a urbanização se intensifica e segundo Peluso Jr.²³(1991) em 1973, provavelmente , já se igualavam a população urbana com a rural conforme demonstra a Tabela 13.

Tabela 13 - População Total, População Urbana e Índice de Urbanização, Santa Catarina , 1940 a 1991.

ANO	TOTAL	URBANA	ÍNDICE DE URBANIZAÇÃO (%)
1940	1.178.340	253.717	21,53
1950	1.560.502	362.717	23,24
1960	2.146.909	695,347	32,38
1970	2.930.411	1.266.709	43,23
1980	3.627.933	2.154.238	59,37
1991	4.541.994	3.208.537	70,64

Fonte: LAGO, P.F. e IBGE/SC. Apud Refer. Bibliogr. Nºs 13 e 10.

Por outro lado ,o processo de urbanização da capital catarinense ,a partir dos anos sessenta, sofre um certo grau de aceleração, conseqüente aos eventos da implantação da BR - 101 (conexão norte -sul : Paraná e Rio Grande do Sul,pela faixa litorânea) e da fundação da Universidade Federal de Santa Catarina. Outro acontecimento significativo foi a transferência da Eletrosul - empresa estatal federal - TELEBRÁS - de grande vulto. Estes fatores contribuíram, fortemente, na mudança do perfil sócio-econômico da cidade, além de acelerar o crescimento urbano.

No Censo de 1970 a população do município já apresentava uma população de predominância urbana com um **índice de urbanização** de 83,50%.Este crescimento não parou, tendo chegado a 93,97 % segundo o Censo de 1991. Com isso a cidade tem hoje uma **densidade demográfica** em torno de 565 habitantes por Km² . De 1980 a 1991 a **taxa média de crescimento** total do município foi de 2,81% e enquanto a urbana atingiu 3,63%, a rural ficou negativa na ordem de - 4,70% , enquanto o Estado obteve uma taxa de crescimento de 2,06 da sua população e o Brasil de 1,93 . Logo , Florianópolis encontra-se em pleno crescimento demográfico e de urbanização , assim como apresenta um significativo êxodo rural conforme Tabela 14.

Tabela 14- População Total, População Urbana, Índice de Urbanização, Taxa Média de Crescimento Anual e Densidade Demográfica, município de Florianópolis, 1960, 1970, 1980 e 1991.

DISCRIMINAÇÃO	1960	1970	1980	1991
População Total	97.827	138.337	187.871	255.390
População Urbana	40.963	115.547	161.773	239.996
População Rural	56.864	22.790	26.098	15.394
Índice de Urbanização	41.87	83.52	86.10	93.97
Taxa Média Crescimento Anual				
Urbana	...	11,00	3,00	3,63
Rural	...	9,00	0,40	-4,70
Total	...	3,53	3,11	2,81
Densidade Demográfica (Hab/ Km ²)	221	312	425	565

Fonte: IBGE/CENSOS DEMOGRÁFICOS. Apud. Refer. Bibliogr. Nº 8 e 10

Outra característica demográfica interessante diz a respeito da **razão de masculinidade** de Santa Catarina, bem superior a do país. O mesmo já não acontece com a capital, conforme pode-se verificar na Tabela 15.

Tabela 15 – População Total, Feminina e Masculina e Razão de Masculinidade no Brasil, Santa Catarina e Florianópolis, 1991.

LOCAL	População Total	População Feminina		População Masculina		Razão de Masculinidade
		Nº	%	Nº	%	
BR*	146.917.749	73.983.337	50,4	72.171.165	49,1	976
S C	4.538.248	2.264.616	49,9	2.273.632	50,1	1.004
FPOLIS	255.390	131.846	51,6	123.544	48,4	937

* - Dados preliminares.

Fonte : IBGE - CENSO DEMOGRÁFICO DE 1991.Refer.Bibliogr. Nº 10.

A **esperança de vida ao nascer** do censo demográfico de 1980 para o de 1991 aumentou tanto para o País como para o Estado e Município. Florianópolis apresenta uma expectativa um pouco maior em relação ao estado.

Tabela 16 - Esperança de Vida ao Nascer, Brasil, Santa Catarina e Florianópolis -1980 e 1991.

ANO	1980	1991
BRASIL	60,08	66,30
SANTA CATARINA	66,78	70,80
FLORIANÓPOLIS	69,00	75,00

Fonte: ABEP/FNUAP e SSDS - FPOLIS. Apud. Refer. Bibliogr. N° 2 e 7.

Quanto aos níveis de **natalidade** e de **fecundidade**, Florianópolis vem apresentando coeficiente decrescente, a exemplo do país e do estado. O **coeficiente geral de natalidade** para 1980, 1991 a 1995 é superior ao do estado. Já o coeficiente de fecundidade só foi superior em 1980, ficando abaixo nos anos 90 ,Tabela 17. Não se encontraram estimativas da **taxa de fecundidade total** para Florianópolis, apenas para o estado, cujas estimativas para 1980 e 1990 apresentam taxa inferior ao país (SC-3,8 e 2,4%,BR-4,3 e 2,9 % respectivamente) (SC/GEINF²⁷,1996).

Tabela 17 - Coeficiente de Natalidade, Santa Catarina e Florianópolis, 1944 a 1995.

COEF / 1000 Nascidos Vivos			COEF. / 1000 Nascidos Vivos		
ANO	SC	FPOLIS	ANO	SC	FPOLIS
1944	25,88	29,14	1972	...	...
1945	26,02	31,45	1973	...	...
1946	27,25	31,51	1974	35,08	35,17
1947	27,75	32,34	1975	31,72	35,94
1948	28,97	33,90	1976	35,19	34,57
1949	29,55	32,88	1977	30,60	35,33
1950	29,97	34,61	1978	32,19	...
1951	27,81	34,55	1979	...	...
1952	29,90	34,98	1980	26,30	34,00
1953	30,83	36,80	1981	26,90	...
1954	32,16	38,46	1982	27,40	...
1955	31,21	35,25	1983	25,10	...
1956	31,22	35,54	1984	23,70	...
1957	31,72	36,39	1985	23,90	...
1958	31,05	34,52	1986	23,30	...
1959	31,75	36,89	1987	23,90	...
1960	32,20	37,68	1988	23,50	...
1961	31,92	35,40	1989	22,20	...
1962	31,35	33,27	1990	20,90	...
1963	31,11	32,99	1991	20,50	20,02
1964	31,29	33,19	1992	19,20	19,60
1965	30,86	33,11	1993	19,20	19,00
1966	28,40	30,15	1994	19,40	18,50
1967	26,98	31,83	1995	19,00	18,00
1968	25,52	28,69			
1969	25,27	27,74			
1970	24,93	28,64			
1971	23,96	29,80			

Fonte: DEE - até 1971,UDIS/SES até 1980 . Apud Refer.Bibliogr. Nº 4. GEINF/SES após 1980 - Apud Refer. Bibliogr. Nº 27.

O processo de mudança demográfica ocorrido no Brasil nas últimas décadas, vem confirmar o aumento das populações de adultos e de idosos ,conforme demonstra a configuração das pirâmides etárias Devido ao declínio da mortalidade, e posteriormente o da fecundidade, é possível até mesmo mostrar a tendência para os próximos decênios que deverá ser de crescimento nulo ou negativo para as faixas etárias mais novas , crescimento decrescente para as

idades adultas , mas com altas taxas de crescimento de idosos (terceira idade) segundo indica o cenário projetivo desta transição demográfica (Monteiro²²,1995).

Ao lado da transição demográfica, vem ocorrendo a transição epidemiológica, com redução relativa da mortalidade infantil, queda das doenças transmissíveis, aumento das doenças crônicas e degenerativas resultando assim um outro quadro epidemiológico no país e, conseqüentemente, resultando num novo padrão de demanda de políticas sociais e sanitárias (Monteiro²²,1995).

Analisando as pirâmides para o Brasil e Santa Catarina relativas a 1980 e 1991 (ABEP²,1996), constata-se a transição demográfica em processo. De acordo com Laurenti et al¹⁴ (1985), ao tratar dos diferentes tipos de pirâmides etárias na apreciação do significado de cada grupo etário e sexo, o Brasil (como Santa Catarina) estaria transitando do tipo dois (base larga, ápice afilado, representativo de países com um crescimento rápido como consequência da redução da mortalidade infantil) para o tipo três (pirâmide em forma de barril ou colméia, representativa de países com baixos coeficientes de mortalidade e de natalidade (base estreita) . Quanto ao município de Florianópolis se dispõe de pirâmide que compara a composição etária da sua população para os anos de 1970 e 1995. A pirâmide relativa a 1995 apresenta distribuição segundo o sexo. A configuração assemelha-se a tendência do Estado, mostrando um processo de envelhecimento de sua população, visualizado pela retangularização da pirâmide populacional e uma tendência de maior sobrevivência na população feminina (ICMS⁷,1996).Como pode-se observar nas Figuras 17 e 18.

**Figura 17 - Distribuição percentual da população por sexo e faixa etária.
Brasil e Santa Catarina, 1980 e 1991.**

Fonte: ABEP/FNUAP - 1996. Apud refer. Bibliogr. Nº 2. Apud Refer. Bibliogr. Nº 21.

**Figura 18 - Distribuição percentual da população por faixa etária e ,1970
e 1995 e por faixa etária e sexo, 1995, Florianópolis.**

Fonte: IBGE. Apud Refer. Bibliogr. Nº 7.

6.3.3 -ASPECTOS DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

MORBIDADE DO MUNICÍPIO – Em 1993 foram realizadas 260.193 consultas médicas nos Centros de Saúde da rede municipal. O centro de saúde funcionou praticamente como simples ambulatório médico, realizando o atendimento a uma demanda de pacientes que vem à unidade de saúde. Os principais diagnósticos e motivos de procura estão ordenados na Tabela 18 a seguir:

TABELA 18 – Morbidade Ambulatorial, Rede Básica Municipal, segundo o percentual de casos, por grupo CID, Florianópolis, 1993.

GRUPO CID	DOENÇAS	PARTICIPAÇÃO %
VIII	Aparelho respiratório	19,6
X	Aparelho. Genito urinário	13,6
XVI	Sintomas e sinais mal definidos	13,4
I	Infecciosas e parasitárias	11,5
VII	Aparelho Circulatório	6,8
VI	Sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	6,5
XVIII	Sistema osteomusculares	6,3
—	Demais doenças	22,3

Fonte: CIS / SSDS. Apud Ref. Bibliogr. Nº 7.

Segundo a própria Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS), a primeira causa de consulta: doenças do aparelho respiratório tratam-se de doenças infecciosas agudas (gripes, resfriados, bronquites) acometendo principalmente as crianças. A segunda causa: doenças do aparelho genito-urinário atinge grande demanda feminina, o que vem a confirmar a importância do serviço e

programação da Saúde da Mulher. Inaceitável na realidade ambulatorial brasileira, no caso florianopolitano ,é a alta prevalência de “causas, sintomas e sinais mal definidos”, considerando o modelo de prática e raciocínio clínico centrado no diagnóstico diferencial e conclusivo, simplesmente tais resultados denotam uma prática limitada e desqualificada. Outro fato que chama a atenção na relação é a alta presença das doenças infecciosas e parasitárias, o que significa as infidelidades ou agravos do meio ambiente sem ter o saneamento básico. Segue as doenças crônico-degenerativas ou não-transmissíveis, conferindo o perfil demográfico e epidemiológico da realidade brasileira.

Em relação a distribuição da morbidade como causa das **internações hospitalares** em Florianópolis em 1992, conforme relação da SSDS do município, obedeceram a seguinte ordem:

- 1) Gravidez , parto e puerpério (31%)
- 2) Doenças mentais (8%)
- 3)Doenças do aparelho circulatório (6%)
- 4)Doenças do aparelho respiratório (6%)
- 5)Tumores (6%)
- 6)Causas externas (3%) , (ICMS)

Comparando com a Tabela 19 que trata das principais causas de internação hospitalar em todo o Estado de Santa Catarina (1992) verifica-se não haver a mesma uniformidade e ordenação. Coincide a primeira causa de internação em que as causas obstétricas de fato, como na maioria dos Estados e do País, são as maiores causas participantes.

Tabela 19 – Principais causas de internação hospitalar, segundo distribuição por grandes causas, (CID-17/5), SantaCatarina, 1992.

CAUSAS	NÚMERO	%
01 - Complicações, gravidez , parto e puerpério	107.485	21,99
02 - Doenças aparelho respiratório	93.050	19,03
03 - Doenças aparelho circulatório	58.417	11,95
04 - Doenças aparelho digestivo	38.012	7,39
05 - Doenças aparelho genito-urinário	34.645	7,10
06 - Doenças infecciosas e parasitárias	45.901	9,39
07 - Causas externas	26.118	5,34
08 - Doenças Sist. Osteom. e tecido conjuntivo	14.147	2,87
09 - Doenças.Sist.Nerv. e órgãos dos sentidos	13.554	2,77
10 - Neoplasmas	13.391	2,73
11 - Afecções mal definidas	10.717	2,19
12 -D.Gland.End. Nut. Mat. e Transt. Imuno	10.529	2,15
13 - Transtornos mentais	9.777	1,99
14 - Afecções perinatais	4.956	1,01
15 - Doenças. Pele tec. celular subcutâneo	3.719	0,76
16 - D. sangue e órgãos hematopoiéticos	1.921	0,39
17 - Anomalias congênitas	1.662	0,33
18 - Demais doenças	861	0,18
TOTAL	488.862	999,7

FONTE: Informe Epidemiológico do SUS , Ano 1, nº 1 , 1992 Apud Refer. Bibliogr. 24.

Retomando a verificação para o ano de 1996, das causas de internações no município de Florianópolis, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS/MS¹⁹,1996) verifica-se que as causas obstétricas ficam em primeiro lugar, segue as internações por neoplasmas em segundo e como terceira aparecem as doenças do aparelho respiratório, conforme a Tabela 20 .

Em relação a média de permanência das internações (Capítulo CID) em Florianópolis no ano de 1996 com dados da mesma fonte antecedente (SIH/SUS/MS¹⁹,1996) conforme a Tabela 21, o grupo de doenças de maior média foram em primeiro, as doenças das Glândulas endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunitários, segue em segundo , em permanência hospitalar as por transtornos mentais, ficando em terceiro as por neoplasmas.

A Tabela 22 mostra os grupos de doenças (Capítulo CID) de maiores gastos por internação, durante o ano de 1996, sendo em primeiro, as doenças do aparelho circulatório, em segundo os neoplasmas e em terceiro as do aparelho respiratório, segundo dados do SIH/SUS/MS. Vendo a Tabela 23 que traz o valor medio AIH por grupos de doenças (Capítulo CID) 1996, em primeiro são as doenças do aparelho circulatório, em segundo ficam as anomalias congênitas e em terceiro os neoplasmas. Os dados tem a mesma procedência (SIH/SUS/MS¹⁹,1996). Verificando a taxa de mortalidade em relação a internação para o município de Florianópolis, ano de 1996, segundo a Tabela 24, constata-se que o grupo das doenças do aparelho circulatório, apresenta a maior taxa, seguido do grupo das doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias como as responsáveis por mortalidade de pacientes internados. Em terceiro ficam os neoplasmas. Isso segundo os dados do SIH/SUS.

A série de Tabelas de números 20 ,21,22,23 e24 expostas nas páginas a seguir, demonstram as grandes causas da morbidade hospitalar em Florianópolis. É importante verificar que esses dados, acima referidos , acompanham a morbidade hospitalar das áreas grandemente urbanizadas e polos regionais.

Tabela 20 - Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo distribuição por grandes causas, (CID-17/05), por população total, masculina e feminina, Florianópolis, 1996.

Capítulo CID		Masc	Fem	Total	%
I.	Doenças infecciosas e parasitárias	745	393	1.138	4,1
II.	Neoplasmas	1.437	1.719	3.156	11,5 ^(2º)
III.	Glând endócr, nutriç, metab e transt. Imunit.	566	431	997	3,6
IV.	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoétic.	121	91	212	0,8
V.	Transtornos mentais	32	25	57	0,2
VI.	Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	610	470	1.080	3,9
VII.	Doenças do aparelho circulatório	1.339	1.166	2.505	9,1
VIII.	Doenças do aparelho respiratório	1.688	1.325	3.013	10,9 ^(3º)
IX.	Doenças do aparelho digestivo	1.505	974	2.479	9,0
X.	Doenças do aparelho geniturinário	814	1.210	2.024	7,3
XI.	Complicações da gravidez, parto e puerpério	0	6.150	6.150	22,3 ^(1º)
XII.	Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	210	177	387	1,4
XIII.	Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	413	299	712	2,6
XIV.	Anomalias congênitas	128	124	252	0,9
XV.	Algumas afecções origin. no período perinatal	275	518	793	2,9
XVI.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	431	403	834	3,0
XVII.	Causas externas	1.206	484	1.690	6,1
Fat q.	exerc infl s/est saúde e oport de contato	38	24	62	0,2
TOTAL		11.558	15.983	27.541	

Fonte: MS/ S14/ SUS. Apud Refer. Bibliogr., Nº 19

Tabela 21 - Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo distribuição por grandes causas(CID) por média de permanência, Florianópolis, 1996.

	Capítulo CID	Média permanência
I.	Doenças infecciosas e parasitárias	10,7
II.	Neoplasmas	15,7
III.	Glând endócr, nutriç, metab e transt. Imunit.	18,8
IV.	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoétic.	12,6
V.	Transtornos mentais	17,8
VI.	Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	8,6
VII.	Doenças do aparelho circulatório	10,8
VIII.	Doenças do aparelho respiratório	10,2
IX.	Doenças do aparelho digestivo	8,6
X.	Doenças do aparelho geniturinário	6,3
XI.	Complicações da gravidez, parto e puerpério	2,6
XII.	Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	7,4
XIII.	Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	8,5
XIV.	Anomalias congênitas	6,6
XV.	Algumas afecções origin. no período perinatal	11,2
XVI.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	3,9
XVII.	Causas externas	8,3
Fat q.	Exerc infl s/est saúde e oport de contato	4,8
	TOTAL	8,7

Fonte: MS/ SIH/ SUS. Apud Refer. Bibliogr. Nº 19.

Tabela 22 - Principais causas de internação hospitalar (SUS), por grandes causas (CID), segundo o valor total, Florianópolis, 1996.

	Capítulo CID	Valor Total
I.	Doenças infecciosas e parasitárias	337.530,68
II.	Neoplasmas	1.804.988,00
III.	Glând endócr, nutriç, metab e transt. Imunit.	367.872,27
IV.	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoétic.	99.913,58
V.	Transtornos mentais	19.314,55
VI.	Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	408.106,02
VII.	Doenças do aparelho circulatório	1.900.379,16
VIII.	Doenças do aparelho respiratório	1.079.953,13
IX.	Doenças do aparelho digestivo	949.882,23
X.	Doenças do aparelho geniturinário	440.389,85
XI.	Complicações da gravidez, parto e puerpério	1.019.397,68
XII.	Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	78.872,68
XIII.	Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	325.314,69
XIV.	Anomalias congênitas	150.074,04
XV.	Algumas afecções origin. no período perinatal	498.677,26
XVI.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	126.350,27
XVII.	Causas externas	723.435,94
Fat q.	exerc infl s/est saúde e oport de contato	13.424,40
	TOTAL	10.343.876,43

Fonte: MS/ SIH/ SUS. Apud Refer. Bibliogr. Nº 19.

Tabela 23 - Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo o valor médio AIH (R\$ 1,00) , por capítulo CID, Florianópolis, 1996.

	Capítulo CID	Valor Médio AIH
I.	Doenças infecciosas e parasitárias	296,60
II.	Neoplasmas	571,92
III.	Glând endócr, nutriç, metab e transt. Imunit.	368,98
IV.	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoétic.	471,29
V.	Transtornos mentais	338,85
VI.	Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	377,88
VII.	Doenças do aparelho circulatório	758,63
VIII.	Doenças do aparelho respiratório	358,43
IX.	Doenças do aparelho digestivo	383,17
X.	Doenças do aparelho geniturinário	217,58
XI.	Complicações da gravidez, parto e puerpério	165,76
XII.	Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	203,81
XIII.	Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	456,90
XIV.	Anomalias congênitas	595,53
XV.	Algumas afecções origin. no período perinatal	628,85
XVI.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	151,50
XVII.	Causas externas	428,07
Fat q	exerc infl s/est saúde e oport de contato	216,52
	TOTAL	375,58

Fonte: MS/ SIH/ SUS. Apud Refer. Bibliogr. Nº 19.

Tabela 24 - Principais causas de internação hospitalar (SUS), segundo taxa de mortalidade por capítulo CID, Florianópolis, 1996.

	Capítulo CID	Taxa Mortalidade
I.	Doenças infecciosas e parasitárias	9,14
II.	Neoplasmas	9,89
III.	Glând endócr, nutriç, metab e transt. Imunit.	10,53
IV.	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoétic.	6,13
VI.	Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	3,24
VII.	Doenças do aparelho circulatório	11,30
VIII.	Doenças do aparelho respiratório	7,04
IX.	Doenças do aparelho digestivo	3,67
X.	Doenças do aparelho geniturinário	1,98
XI.	Complicações da gravidez, parto e puerpério	0,03
XII.	Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	1,29
XIII.	Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1,12
XIV.	Anomalias congênitas	3,57
XV.	Algumas afecções origin. no período perinatal	7,31
XVI.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	3,36
XVII.	Causas externas	4,14
Fat q	exerc infl s/est saúde e oport de contato	1,61
	TOTAL	5,00

Fonte: MS/ SIH/ SUS. Apud Refer. Bibliogr. Nº 19.

A Tabela 25 traz a situação das **doenças preveníveis por imunizantes** numa série de 1981 a 1992 com a taxa de incidência (por 100.000 habitantes) no município de Florianópolis. Pode-se constatar a não ocorrência da poliomielite, o declínio do tétano, a baixa incidência da difteria. A presença um tanto significativa da tuberculose que acompanha e chega a superar a taxa de incidência do País, que em 1981 foi de 63,4 e 1991 de 58,8 por 100 mil habitantes (CENEPI/MS¹⁸,1993).

Tabela 25 – Doenças preveníveis por imunização. Taxa de incidência (p/ 100.000 hab). Florianópolis, 1981 a 1992.

DOENÇAS	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Poliomelite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo	148,2	26,0	17,4	39,3	76,4	21,8	106,4	15,2	3,8	3,8	19,4	9,0
Tuberculose	80,5	46,5	66,0	69,6	47,4	70,2	54,7	40,4	37,8	48,5	38,8	59,8
Difteria	9,8	17,5	5,8	2,8	3,6	37,2	8,4	7,8	5,5	1,6	1,3	0,3
Coqueluche	142,0	130,2	44,2	26,5	90,2	28,7	4,8	11,7	38,2	12,4	4,0	5,1
Tétano N.N.	-	0,5	0,4	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-
Tétano Acidental	4,1	3,0	1,9	2,8	3,2	2,2	1,3	1,7	2,5	1,2	1,3	0,6

Fonte: Boletim Epidemiológico Semanal, DVE, SES. Apud Ref. Bibliográfica. Nº29

A situação de outras **doenças de notificação compulsória** está apresentada na Tabela 26 e também é referente ao mesmo período da tabela anterior e que muito bem caracteriza a prevalência das doenças transmissíveis no quadro epidemiológico da capital catarinense. A hanseníase, considerando o ano de 1992 em que o País apresentou um coeficiente de detecção de 19,8 e o Estado 5,3 por 100.000 habitantes, Florianópolis com 9,0 fica em situação superior ao Estado e abaixo ao País (CENEPI/MS¹⁸,1993).

É assustador o número de mordeduras suspeitas na cidade, onde os cães vivem soltos pelas ruas. A realidade convence da necessidade de uma ação educativa e preventiva.

Tabela 26 – Outras Doenças de Notificação Compulsória segundo Taxa de Incidência por 1000 habitantes, Florianópolis, 1981 a 1992

DOENÇAS	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Hanseníase	4,1	7,0	8,2	4,7	7,8	8,6	1,7	10,0	13,1	14,5	11,5	9,0
D. Meningocócica	4,6	2,5	4,9	7,6	7,4	11,9	15,1	7,8	11,1	9,1	6,8	2,8
Outras Meningites	18,1	20,0	44,2	40,3	27,2	29,6	27,2	29,2	77,8	38,2	28,3	23,4
Febre Tifóide	3,6	2,5	2,4	4,7	1,8	1,8	2,6	4,3	3,4	...	0,3	0,6
Mordeduras Susp.	232,4	203,4	192,3	185,3	221,1	163,2	146,0	210,6	149,6	156,5	128,5	137,6
Hepatite	...	2,0	68,9	100,5	98,1	62,4	45,4	32,6	66,3	51,9	47,4	75,8
Leptospirose	...	1,0	1,4	4,2	0,9	1,3	2,6	3,0	4,6	4,5	14,6	10,9
AIDS	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	30,3	44,6
Sífilis Congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	1,2

Fonte: Boletim Epidemiológico Semanal, DEV/SES. Apud Refer. Bibliogr. N° 29

Em relação à AIDS, Santa Catarina figura no cenário nacional com as cidades de Itajaí e Balneário de Camboriú com as maiores incidências e Florianópolis sendo a sétima cidade com situação séria em relação a AIDS e HIV , conforme demonstra a Tabela 27.

Tabela 27 – Distribuição das incidências (taxa por 100.000 mil hab.), segundo os municípios com maiores números de casos de AIDS e período de diagnóstico, Brasil, 1980/1997 e 1996/1997

MUNICÍPIOS	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA	
	1980/97	1996/97
Itajaí(SC)	666,3	119,9
Balneário Camboriú (SC)	599,1	131,7
Santos (SP)	526,3	53,0
Ribeirão Preto	447,9	66,4
Bebedouro (SP)	439,6	48,3
São José do Rio Preto (SP)	435,5	39,7
Florianópolis (SC)	416,9	54,5
Catanduva (SP)	371,8	44,9
Barretos (SP)	342,4	31,8

Nota: O boletim registra os dados consolidados até o dia 31/05/97.

Fonte : Boletim Epidemiol. de AIDS Coord. Nac. de DST e AIDS M.S. Data 30/7/97. Apud Ref. Bibliogr.Nº21.

MORTALIDADE DO MUNICÍPIO

a) Mortalidade Geral - A evolução do coeficiente geral de mortalidade do município de Florianópolis em comparação com o do Estado, numa série histórica (de 1944 a 1995 com algumas interrupções) demonstra conforme a Tabela 28 que a capital só a partir dos anos oitenta e recentemente é que se aproxima da taxa do estado, pois no restante sempre teve o coeficiente de mortalidade geral muito superior.

**Tabela 28 – Coeficiente de Mortalidade Geral , Santa Catarina e Florianópolis
1944 a 1995.**

ANO	COEF/1000 HAB.		ANO	COEF/1000 HAB.	
	SC	FPOLIS		SC	FPOLIS
1944	9,66	25,93	1970	5,76	9,77
1945	9,76	25,10	1971	5,73	10,15
1946	8,94	21,57	...	...	...
1947	8,93	21,56	1974	6,3	10,66
1948	8,53	18,09	1975	5,9	10,68
1949	7,51	15,06	1976	6,1	10,36
1950	7,03	15,97	1977	5,6	10,15
1951	7,30	15,20	1978	5,5	...
1952	7,43	14,44	1979	...	...
1953	7,21	12,64	1980	5,4	5,9
1954	7,11	13,84	1981	5,1	4,9
1955	7,18	12,72	1982	4,9	5,0
1956	6,83	11,61	1983	5,2	5,4
1957	7,11	13,29	1984	5,2	5,4
1958	6,99	11,84	1985	5,0	4,9
1959	7,01	13,78	1986	5,2	5,4
1960	6,43	11,44	1987	5,2	5,2
1961	6,37	11,27	1988	5,5	...
1962	5,98	10,19	1989	5,2	...
1963	6,25	9,80	1990	5,1	...
1964	6,03	9,79	1991	4,9	4,4
1965	5,76	8,95	1992	5,0	5,1
1966	5,86	8,71	1993	5,2	5,3
1967	5,66	9,23	1994	5,1	5,6
1968	5,40	8,68	1995	5,3	5,8
1969	5,74	10,08			

Fonte : DEE - até 1971, UDIS/SES até 1980 - Apud Refer. Bibliogr. N°4. GEINF/SES após 1980 - Apud Refer. Bibliogr. N°27.

b) Mortalidade Proporcional por Faixa Etária - Na análise da mortalidade proporcional (%) por faixa etária há o destaque para os grupos relativos aos menores de um ano. Os dados são muito positivos tanto para o Estado como para o município . Constata-se a redução da proporção da mortalidade e também para os grupos relativos a 50 anos e mais (Swaroop e Uemura) , principalmente. Este coeficiente revela para Florianópolis uma relativa elevação da faixa , além de ser uma proporção que aponta um nível razoável de sobrevida (um nível 2º, com

valor entre 50 a 74%) (Laurenti et al¹⁴,1985). As Tabelas 29 e 30 sobre Mortalidade Proporcional (%) segundo grupos ou faixas etárias, Estado de Santa Catarina e Florianópolis, 1980 e 1991-5, respectivamente, demonstram estes dados.

Tabela 29 – Mortalidade Proporcional (participação percentual) por faixa etária, Santa Catarina, 1980 e 1991/1995.

FAIXA ETÁRIA	1980	1991	1992	1993	1994	1995
Menor de 1 ano	19,1	8,7	7,4	7,2	7,5	7,0
1 a 4 anos	3,2	1,5	1,4	1,3	1,4	1,3
5 a 19 anos	4,8	3,7	3,4	3,6	3,6	3,6
20 a 49 anos	16,6	19,5	18,7	19,3	19,6	20,1
50 anos e mais*	55,2	66,2	68,7	68,6	67,7	67,7
Ignorado	1,0	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte : GEINF / SES / SC , 1996. Apud Refer. Bibliogr. N° 27.

*-Índice de Swaroop e Uemura

Tabela 30 – Mortalidade Proporcional (%)por faixa etária , Florianópolis,1980 e 1991 /1995 .

FAIXA ETÁRIA	1980	1991	1992	1993	1994	1995
Menor de 1 ano	15,6	7,2	7,4	6,5	6,4	5,9
1 a 4 anos	2,4	1,6	1,0	1,2	1,2	1,3
5 a 19 anos	3,2	3,9	2,7	3,4	3,8	2,4
20 a 49 anos	16,4	19,2	20,0	22,1	24,1	22,4
50 anos e + *	61,6	67,9	68,6	66,7	64,5	68,0
Ignorado	0,4	0,2	0,3	0,1	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: GEINF /SES/SC , 1996. Apud Refer. Bibliogr. N° 27. - *-Índice de Swaroop Uemura

c) Mortalidade Geral Proporcional segundo Grupos de Causas - A importância em medir a percentagem das mortes que são consequentes a determinada causa, em relação ao total de mortes, serve para dimensionar o perfil da mortalidade de determinada área no período referido e também para indicar a importância de determinada causa ou grupo de causas além de fornecer subsídios para o delineamento de prioridades à política de saúde (Laurenti et al ¹⁴,1985).

Florianópolis como o Estado apresentam o quadro que também é conferido ao Brasil como um todo, ou seja, como consequência do envelhecimento populacional, há a proporcionalidade maior pelas doenças crônicas ou degenerativas, aparecendo em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, em segundo as neoplasias. Em terceiro lugar, representando as maiores proporções, aparece para o Estado as causas externas, enquanto para Florianópolis concorre com as doenças do aparelho respiratório. A nítida retração das doenças infecciosas e parasitárias é observada.

Florianópolis como toda a região sul já tem as doenças do aparelho circulatório (doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular) como responsáveis praticamente por um terço dos óbitos. O surgimento como terceira/quarta causa das doenças externas (mortes violentas) revela deterioração grave em termos de condições de vida, quebra da urbanidade com o agravamento da falta de segurança aos cidadãos.

É importante notar que comumente cerca de 20% das mortes estão rotuladas como “sinais e sintomas mal-definidos” e englobam os casos não possíveis de se conseguir um diagnóstico devido a precariedade de informação e concisão no preenchimento do atestado de óbito, somando aqueles que não houveram assistência médica. Enfim reforça a situação de atraso ou de subdesenvolvimento do país. Florianópolis no contexto nacional e estadual apresenta um percentual bastante tolerável, em torno de 3% nos dados apresentados. As Tabelas 31 e 32

trazem a mortalidade proporcional por grupos de causas para Santa Catarina e Florianópolis, segundo dados fornecidos pela Gerência de Estatística e Informática – GEINF – da Secretaria da Saúde do Estado.

TABELA 31 – Mortalidade Geral Proporcional por grupos de causas (CID), Santa Catarina, 1980 e 1991/1995.

GRUPOS DE CAUSAS	1980	1991	1992	1993	1994	1995
Doenças do Aparelho Circulatório	27,3	29,7	31,1	29,5	28,7	28,4
Neoplasias	9,4	13,5	14,5	13,4	14,2	13,8
Causas Externas	10,9	13,3	12,4	12,7	12,9	13,6
Doenças do Aparelho Respiratório	8,9	8,4	9,5	10,8	9,9	10,3
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6,5	2,9	2,4	2,6	2,6	2,4
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Doenças Gland. End. Nut. Metab. e Transt. Imunitários	2,1	3,1	3,5	3,8	4,3	4,3
Doenças do Aparelho Digestivo	3,2	4,1	3,9	4,5	4,1	4,2
Mal Definidas	21,0	16,1	14,7	15,0	15,1	15,4
Demais causas	9,5	7,7	6,8	6,5	7,0	6,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: GEINF/SES/SC. Apud Refer. Bibliogr. Nº 27.

Tabela 32 – Mortalidade geral proporcional por grupos de causas (CID Florianópolis, 1980 e 1991/1995.

GRUPOS DE CAUSAS	1980	1991	1992	1993	1994	1995
Doenças do Aparelho Circulatório	32,5	30,9	34,0	29,6	29,8	30,7
Neoplasias	13,9	19,7	21,0	18,5	16,4	18,4
Causas Externas	12,9	13,4	10,3	13,2	13,4	12,2
Doenças do Aparelho Respiratório	11,5	12,5	12,6	14,1	12,5	13,8
Doenças Infecciosas e Parasitárias	4,0	2,9	2,2	2,0	2,3	2,3
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	1,2	1,2	1,4	1,4	1,9	1,7
Doenças Gland. End. Nut. Metab. e Transt. Imunitários	2,2	3,8	5,8	7,7	9,3	7,5
Doenças do Aparelho Digestivo	4,3	4,5	3,3	5,0	4,1	4,4
Mal Definidas	4,6	3,6	2,7	2,8	2,9	2,3
Demais causas	12,9	7,4	6,8	5,6	7,4	6,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: GEINF/SES/SC. Apud Refer. Bibliogr. Nº 27.

d) Mortes por Causas Externas – As chamadas “causas externas” ou “causas não naturais” ou ainda “causas violentas” que englobam , segundo a OMS, os acidentes e as violências tanto auto como hetero inflingidas , chamam a atenção por serem atos súbitos e inesperados e por incidirem em população jovem e com isso significar anos potenciais de vida perdidos (APVP). O Brasil em 1991 apresentou um coeficiente de 69,4 mortes por 100 mil habitantes. Estados Unidos (1990) teve 60,0, a França (1991) apresentou o coeficiente de 82,8, Hungria (1992) 126,7, Colômbia (1990) 116,8 mortes por causas externas, todos por 100 mil habitantes. A incidência, indiferentemente, ocorre tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento e quase sempre está entre as dez primeiras causa, quando não já entre as cinco primeiras causas da mortalidade (Mello Jorge & Laurenti ¹⁷,1997).

O Estado de Santa Catarina apresenta comumente a mortalidade por causas externas como terceira causa, já na capital, Florianópolis, fica entre terceira ou quarta causa. Ver Tabelas 31 e 32.

Mello Jorge & cols.¹⁶(1997) realizaram estudo sobre a situação dessas mortes no Brasil e nas capitais, no período de 1977 a 1994 e demonstraram em números absolutos, quase haver duplicação. A capital catarinense acompanhou essa tendência como apresenta a Tabela 33 .

Verifica-se nessa tabela, que o Brasil em 1994 apresentou o coeficiente de 69,8 mortes por 100.000 habitantes, Florianópolis superou neste ano com 77,3 mortes por 100.000 habitantes. Os autores citados concluem que, as capitais dos Estados, a mortalidade por causas externas apresenta valores mais altos que a média brasileira.

No período analisado (18 anos), Florianópolis teve coeficiente superior ao do País na metade dos anos:1978,1980,1982,1983,1986,1987,1989,1993 e 1994.

**Tabela 33 – Óbitos por causas externas (nº e coef./100.000 habitantes).
Brasil e Florianópolis, 1977 a 1994.**

ANO	Nº de Óbitos		Coef. Mortalidade (100.000Hab.)	
	FPOLIS	BRASIL	FPOLIS	BRASIL
1977	82	55.240	48,1	49,9
1978	104	59.683	59,2	52,7
1979	100	65.253	55,2	56,3
1980	142	70.212	75,6	59,0
1981	103	71.833	53,6	59,4
1982	118	73.460	59,7	59,5
1983	136	78.008	66,8	61,9
1984	129	82.386	61,6	64,1
1985	135	85.845	62,7	65,5
1986	181	95.968	89,3	71,8
1987	164	94.421	72,0	69,3
1988	151	96.174	64,5	69,4
1989	194	102.252	80,7	72,4
1990	169	100.656	68,4	70,0
1991	151	102.023	59,1	69,5
1992	147	98.944	56,4	66,5
1993	190	103.751	71,1	68,6
1994	212	107.292	77,3	69,8

Fonte: Tabelas 1 e 7. Apud Refer. Bibliogr. Nº 16.

É possível verificar, também, a distribuição geográfica, pelas capitais brasileiras, assim como a respectiva evolução dos coeficientes de mortalidade, segundo tipo de causa externa na Tabela 34, apresentada na próxima página.

Florianópolis, no período, apresenta em relação ao “acidente de trânsito”, de acordo com a legenda utilizada pelos autores do estudo, um aumento de 50 a 99%; quanto a “demais acidentes” houve uma redução de 10 a 49%; a respeito de “suicídios”, um aumento de 10 a 49%; a causa “homicídios” houve aumento significativo de 100 e mais por cento. No total aparece o aumento de 50 a 99% das causas (Mello Jorge et al¹⁶, 1977).

Tabela 34 - Evolução dos coeficientes de mortalidade segundo tipo de causa externa. Capitais brasileiras, 1977 e 1994.

Capitais/Região	Ac. Trâns.	Demais ac.	Suicídios	Homic.	Total
Norte					
Porto Velho	→	↑	↑	↑↑↑	→
Rio Branco	↑↑↑	→	↑↑↑	↑↑↑	↑
Manaus	↑↑↑	→	↑↑	↑↑↑	↑
Boa Vista	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑
Belém	↑↑	→	↑↑↑	↑↑	↓↓
Macapá	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
Nordeste					
São Luís	↓	↑	↑	↑↑↑	→
Teresina	↓	↓	↑	→	↓
Fortaleza	→	↓	↑	↑	→
Natal	↑↑	↓	↑↑↑	↑	↑
João Pessoa	↓	...	↓	→	→
Recife	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Maceió	...	→	↑↑↑	↑↑	↑
Aracaju	↑↑	↓	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
Salvador	↓↓	...	...	↑↑↑	↑
Sudeste					
Belo Horizonte	→	↓	↓	→	→
Vitória	↑	↑	...	↑↑↑	↑↑↑
Rio de Janeiro	↓↓	↓	...	↑↑	↑
São Paulo	↓	↑	→	↑↑↑	↑↑
Sul					
Curitiba	→	→	→	↑↑	→
Florianópolis	↑↑	↓	↑	↑↑↑	↑↑
Porto Alegre	→	↑↑	↓	↑↑	→
Reg. C. Oeste					
Campo Grande	↑↑↑	...	↓	...	↑
Cuiabá	...	...	...	↑↑↑	↑
Goiânia	↑↑	↓	↓	↑	↑
Distr. Federal	↑↑	↓	↑↑↑	↑↑↑	↑

Legenda:

→ - aumento ou diminuição de até 10%
 ↑ - aumento de 10 a 49%
 ↑↑ - aumento de 50 a 99%
 ↑↑↑ - aumento de 100% e mais

↓ - diminuição de 10 a 49%
 ↓↓ - diminuição de 50 a 99%
 ↓↓↓ - diminuição de 100% e mais

Fonte: Tabela 6 (transposição). Apud.Refer. Bibliogr. N°16.

Analisando então, a evolução da mortalidade por acidentes de trânsito para os anos de 1977, 1984 e 1994, de acordo com a Figura 19, a cidade de Florianópolis tem a seguinte apresentação: no ano de 1977, ocupava a 14ª posição com um coeficiente de 21,7 por cem mil habitantes. Em 1984, subiu para a 6ª colocação,

um coeficiente de 30,1 por 100.000 habitantes; já no ano de 1994, Florianópolis posiciona-se em segundo lugar, com um indicador no valor de 42,6 mortes por 100.000 habitantes. Observa-se portanto um aumento significativo com taxas muito elevadas. Segundo Mello Jorge et al¹⁶(1997) Florianópolis teve um aumento de 96% e com isso atingiu um dos maiores coeficientes entre as capitais brasileiras.

Figura 19 - Mortalidade por acidentes de trânsito (coeficiente/100.000 habitantes) segundo as capitais brasileiras. Brasil, 1977, 1984 e 1994.

Fonte: figura 7 (transposição).Apud Refer.Bibliogr. Nº16.

Quanto às causas de mortalidade por homicídios (coeficiente por 100.000 habitantes) para as capitais do País, nos três momentos – 1977, 1984 e 1994 a Figura 20 demonstra as posições ocupadas por Florianópolis.

Figura 20 - Mortalidade por homicídios (coeficiente/100.000 habitantes) segundo as capitais brasileiras. Brasil, 1977, 1984 e 1994.

Fonte: Figura 8.apud Refer.Bibliogr. N°16.

Florianópolis vai posicionar-se da seguinte maneira: 1977, a cidade teve um coeficiente bem menor em relação ao País, ocupando a 22ª posição, com um coeficiente de 1,8 mortes. No segundo momento, 1984, ocupa a mesma posição com coeficiente de 5,7 mortes e também inferior a média brasileira. No ano de 1994, Florianópolis é a última colocação entre as demais capitais, um coeficiente de 5,1, logo se nota a diminuição em relação ao momento anterior e também o coeficiente é bem menor em relação ao País, que é de 21,1 mortes por 100.000 habitantes. No entanto Florianópolis estando entre as capitais que apresentaram os menores coeficientes, teve aumento de 183,3% o que significa o crescimento acelerado da violência na terra florianopolitana (Mello Jorge et al¹⁶,1997).

e)- Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) - O indicador “Anos Potenciais de Vida Perdidos” é um ordenamento das causas de óbito, que considera o momento em que essas mortes ocorreram, estabelecendo pesos diferentes para cada causa, de acordo com o número de anos potenciais de vida perdidos por suas vítimas. O objetivo do indicador APVP é permitir comparar a importância relativa das diferentes causas de morte para uma determinada população. Consiste na totalização do número de mortes em cada idade no caso entre 7 dias e 70 anos, multiplicado pelos anos remanescentes de vida até a idade de 70 anos. A grande vantagem do indicador é ser mais um instrumento para a definição de prioridades nas ações de saúde, principalmente aquelas que tratam de prevenção.

A Tabela 35 apresenta a ordenação das principais causas de óbito em Florianópolis no ano de 1990, de acordo com os “Anos potenciais de vida perdidos”, comparando com a mortalidade específica por causa e foi utilizado o agrupamento da lista CID BR – 2 que utiliza o critério de evitabilidade na agregação das causas básicas de morte. As dez principais causas de óbitos foram ordenadas segundo os APVP, comparando com o ordenamento das causas de acordo com o critério da magnitude(SSDS/PMS²⁹,1993).

A primeira causa ficou para os acidentes de trânsito de veículo a motor, pois em geral atinge os indivíduos em plena idade produtiva. As mortes de causas externas, muitas como parte da denominada violência urbana, roubam anos potenciais de vida, daí decorre a magnitude de tais danos, além de constituírem uma patologia social - urbana.

Tabela 35 – Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) , de 07 dias a 70 anos, pelas 10 principais causas de óbitos (1) Proporção sobre o total (2). Florianópolis,1990.

POSIÇÃO	CAUSA	APVP	%	APVP P/ ÓBITO	ÓBITOS TOTAIS	
					%	POSIÇÃO
01	Ac. Trânsito de Veículos. a Motor	2441,5	15,1	29,8	7,0	5
02	Neoplasmas Malignos	2264,5	14,0	11,3	17,2	1
03	Infecções Respiratórias. Agudas	1135,0	7,0	17,2	5,7	8
04	Ac. Exceto Trânsito. e Efeitos Adversos	1131,5	7,0	36,5	2,6	11
05	Doença Isquêmica do Coração	995,0	6,2	6,3	0,6	2
06	Homicídios	990,0	6,1	38,1	2,2	12
07	AIDS	869,0	5,3	39,5	1,9	13
08	Doença Cerebro Vascular	755,0	4,7	6,1	10,6	3
09	Dças c/ Ac. Pulm. E outras Formas Dças. Coração	685,0	4,2	6,3	9,3	4
10	Anomalias Congênita	548,5	3,4	45,7	0,8	20
	SUBTOTAL	11814,5	73,1		57,9	
	CAUSAS MAL DEFINIDAS	469,0	2,8	9,0	4,3	
	TODAS AS CAUSAS	16636,5	100,0	13,2	100,0	

1 - Segunda Lista BR2

2 - Excluídas as Mal Definidas

FONTE: Atestados de Óbitos - SES/SC . Apud Ref. Bibliogr. Nº29.

f) - Mortalidade Infantil - A presente série histórica da mortalidade infantil em Santa Catarina e Florianópolis de 1944 a 1995 com algumas interrupções , dimensiona com precisão a situação sócio-econômica e urbana - sanitária da capital catarinense . A inversão observada a partir dos anos setenta, quando houve o processo acelerado de urbanização , o novo plano diretor e a direção modernizante que transformou o entorno como uma nova tecnosfera garantindo melhoria nos serviços e

equipamentos urbanos de infra-estrutura básica como saneamento, transporte, habitação e ampliação do mercado de trabalho. A melhora das condições de vida transforma gradativamente a taxa de mortalidade infantil principalmente na capital onde sempre superou a do Estado, como demonstra a Tabela 36 na próxima página.

Tabela 36 – Coeficiente de Mortalidade Infantil. Santa Catarina e Florianópolis. 1944 a 1995.

ANO	COEF./1000 Nascidos Vivos.		ANO	COEF./1000 Nascidos Vivos.	
	SC	FPOLIS		SC	FPOLIS
1944	114,3	232,9	...	...	...
1945	126,0	235,7	...	...	...
1946	106,6	192,7	1974	...	...
1947	111,4	193,4	1975	52,6	78,6
1948	106,6	170,6	1976	47,5	47,9
1949	87,3	143,4	1977	48,5	43,9
1950	82,6	157,6	1978	44,5	42,0
1951	89,1	142,9	1979	40,9	33,6
1952	92,0	142,9	1980	39,5	27,7
1953	73,7	109,9	1981	35,2	21,3
1954	71,7	109,6	1982	29,5	16,6
1955	74,3	112,7	1983	30,9	22,8
1956	68,4	101,9	1984	31,0	18,4
1957	72,4	130,2	1985	26,6	15,4
1958	75,2	113,9	1986	26,3	24,1
1959	72,3	131,0	1987	25,3	17,6
1960	60,4	98,1	1988	26,2	...
1961	65,2	117,4	1989	24,9	...
1962	55,7	87,8	1990	22,8	...
1963	66,5	102,6	1991	20,8	15,7
1964	62,6	90,8	1992	19,2	19,3
1965	60,1	94,9	1993	19,3	18,1
1966	60,8	75,1	1994	19,7	19,5
1967	61,3	83,4	1995	19,4	19,1
1968	57,8	83,5			
1969	65,0	113,6			
1970	63,1	101,7			
1971	67,8	99,6			

Fonte: DEE até 1971,UDIS/SES até 1980 - Apud Refer. Bibliogr. N°4.GEINF/SES após 1980 - Apud Refer. Bibliogr. N°27.

O coeficiente da Mortalidade Infantil, quando é realmente baixo é quase totalmente representado pela mortalidade neonatal (60 a 80%). Já quando alto sucede o inverso, é na abrangência das causas representadas pela mortalidade infantil tardia. São as causas exógenas como as doenças infecciosas e a desnutrição. Um meio técnico-científico, com base em infra-estrutura urbana e sanitária, adequado para construir uma cidade saudável de bons ares, águas e lugares ou boa salubridade, com desenvolvimento e justiça social, resulta na redução dos componentes causais da mortalidade infantil tardia (28 dias até 1 ano de vida). A taxa de mortalidade infantil fica desta forma composta das causas ligadas a problemas de gestação, parto ou fatores maternos, problemas genéticos e congênitos que na maior parte podem ser reduzidos com ações pré-natais, perinatais e assistência ao parto e pós-natal imediato (Laurenti et al¹⁴,1985).

As formas de organização social na atualidade da capital catarinense, determinando uma infinidade de áreas e bairros carentes com toda sorte de privação de serviços e infra-estrutura urbano-sanitária – os referidos bolsões de pobreza e miséria, começam a fazer refletir na mortalidade infantil. O ideal seria haver as taxas de mortalidade calculadas por regiões ou bairros da cidade, onde as diferenças fariam sobrepor as áreas de primeiro-mundo, outras de terceiro, quarto mundo.

Observa-se na série histórica do coeficiente de mortalidade infantil que em 1995 a taxa foi de 19,1 por mil nascidos vivos, o que está dentro de um padrão razoável. No entanto há constante oscilação para mais ou para menos do indicador. Em 1991 o coeficiente foi de 15,7 já no ano seguinte 19,3. Comparando os componentes: Mortalidade Infantil Neonatal e Mortalidade Infantil Tardia para o Estado e para Florianópolis ,em anos recentes, denota-se que a mortalidade infantil neonatal teve um coeficiente de 16,8 em 1980 e 9,2 quando em 1995 , apesar das oscilações, vem apresentando tendência de redução,persistindo as

causas da mortalidade neonatal precoce, as anomalias congênitas em especial. A mortalidade infantil tardia foi para Florianópolis em 1980 de 10,3 e em 1995 foi 9,8. Observa-se que de 1991 a 1995 vem gradativamente aumentando e isso significa a presença de agravos ambientais e sociais, traduzidos nas causas das infecções respiratórias agudas, doenças infecciosas intestinais, peculiares às áreas carentes. Isso pode ser verificado na série de tabelas a seguir: Tabelas n.º 37, 38 e 39.

Tabela 37 – Coeficiente de Mortalidade Infantil neonatal (1000 nascidos vivos), do estado de Santa Catarina e Município de Florianópolis, referentes aos anos de 1980 e 1991 – 5.

ANO	SC	FPOLIS
1980	17,3	16,8
1981	11,1	8,5
1992	10,3	11,5
1993	10,5	10,0
1994	11,1	11,0
1995	10,7	9,2

Fonte : GEINF/SES/SC , 1996. Apud Refer. Bibliogr. N.º27.

Tabela 38 – Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (1000 nascidos vivos) do Estado de Santa Catarina e município de Florianópolis, 1980 e 1991 – 5.

ANO	SC	FPOLIS
1980	22,3	10,3
1991	9,6	7,2
1992	8,9	7,8
1993	8,8	8,0
1994	8,6	8,5
1995	8,5	9,8

Fonte: GEINF /SES/SC ,1996.Apud refer. Bibliogr. Nº 27.

Tabela 39 – Mortalidade Infantil Proporcional (%) – 17 S.Florianópolis , 1980 e 1991 - 5.

GRUPOS DE CAUSAS	1980	1991	1992	1993	1994	1995
Algumas Afec. Orig. Perinatal	50,3	46,9	45,4	39,1	38,4	39,2
Anomalias congênitas	9,2	16,0	19,2	15,2	24,2	24,7
Doenças aparelho respiratório	16,2	11,1	21,2	20,7	7,1	9,3
Doenças infec. e parasitárias	8,7	12,3	3,0	6,5	9,1	7,2
Mal definidas	5,8	2,5	3,0	2,2	1,0	0,0
Demais causas	9,8	11,1	8,1	16,3	20,2	19,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte : GEINF / SES /SC , 1996 (Dados Preliminares).Apud Refer.Bibliogr.Nº27.

g) Mortalidade Materna – O coeficiente de mortalidade materna aponta o conjunto de mortes devido às complicações de gravidez , parto e puerpério , e abortos. A importância do referido indicador é que ao medir o risco de morte pelas causas referidas vai indicar e avaliar a cobertura e a qualidade da assistência prestada ao gênero feminino. Na mortalidade materna considera-se as causas obstétricas diretas e as indiretas. As primeiras são específicas da gravidez ou do parto, ou do puerpério (a toxemia grávidica , rotura do útero, infecção puerperal), enquanto as indiretas somam as complicações orgânicas no transcorrer dos períodos, a exemplo do diabetes, cardiopatias, nefropatias, etc..A morbimortalidade grávidica é muito grave, pois havendo a vigilância em saúde com o acesso à assistência pré-natal, ao parto e período pós e inter grávidico há praticamente a prevenção de qualquer agravo à saúde da mulher (Laurenti et al¹⁴,1985).

A taxa de mortalidade materna, no Brasil em 1989 era de 124/100.000, região sul 96/100.000, Santa Catarina 66/ 100.000 N.V.(SC/GEINF²⁷,1996). Pode-se

observar na Tabela 40 como vem se comportando o coeficiente na Capital e no Estado catarinense.

Tabela 40 – Coeficientes de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos), no Estado de Santa Catarina e Município de Florianópolis referentes aos anos de 1980 e 1991 - 5.

Anos	SC	FPOLIS
1980	41,9	15,7
1991	45,1	0,0
1992	34,9	0,0
1993	50,8	39,3
1994	33,2	39,3
1995	28,9	19,7

Fonte : GEINF /SES/SC,1996.Apud.Refer.Bibliogr.Nº27.

SOUZA³¹(1982) procedeu estudo em obituário hospitalar sobre a mortalidade materna em Florianópolis no período de 1975 a 1979. Constatou que o coeficiente de mortalidade materna variou entre o valor mínimo de 71,4 /100.000 N.V. em 1976 e o valor máximo de 135,8/100.000 N.V. em 1979. Houve um coeficiente médio de 101,4 / 100.000 N.V. no período e constatou não haver tendência definida para sua redução.

As mortes maternas em sua maior proporção (75,0%) foram determinadas por óbitos obstétricos diretos – a infecção devido , principalmente, ao aborto (54,5%) , hemorragia (30,7%) e toxemia (15,2%). Seguindo as causas indiretas e por último as não relacionadas e não classificadas. A importante constatação pela autora que o Coeficiente de Mortalidade Materna identificado atingia nível superior aos apresentados por registros oficiais, além do preenchimento inadequado dos atestados de óbito, num percentual de 18,2%.

O coeficiente de mortalidade materna, a exemplo da infantil, em Florianópolis, tem variado muito. Em 1980, a taxa foi de 15,7 para cada 100.000 N.V. Em 1991 e 1992 não houve o registro de mortalidade materna, sucedendo 1993 e 1994 o mesmo coeficiente de 39,3 e queda em 1995 para 19,7. Há nesta realidade apresentada a constatação feita por SOUZA³⁰(1982) de sub-registros e o preenchimento incorreto do atestado de óbito.

A situação epidemiológica de Florianópolis de acordo com os padrões de morbi-mortalidade configura a realidade do contexto macro - regional Sul brasileiro. Denota as diferenças interclasses sociais do desenvolvimento desigual como está representado nas 46 áreas de privação ou carência do município já cadastrados. A presença do envelhecimento da população com o quadro das doenças não transmissíveis é fácil de ser verificado, bem como o impacto de certos processos patológicos determinando “anos potenciais de vida perdidos,” no que muito significa as mortes de causas externas e as tragédias das violências urbanas. Pode-se com certeza afirmar que o caso de – Florianópolis como no contexto global , a sua saúde não é universal e isso fica demonstrado pelo seu padrão de morbi-mortalidade ou perfil epidemiológico. Há que se dirigir para a saúde política da produção social da saúde.

6.3.4 – Aspectos da situação da organização de serviços de saúde.

Considerando os dados disponíveis e os levantamentos situacionais da capacidade física instalada no município, tanto da rede básica, quanto da especializada e hospitalar, em termos quantitativos , esta é suficiente para suprir as necessidades de assistência sanitária e médico-hospitalar da população de Florianópolis.

A distribuição das unidades locais de saúde da rede básica é adequada e obedece a uma certa regionalização. Cada localidade dispõe de um Centro de Saúde , tipo CS I ou CS II , de acordo com o grau de complexidade conforme pode-se averiguar na Figura 21 e quadro anexo , sobre a Rede Básica de Saúde – porta de entrada para o SUS. A relação dos 48 centros de saúde, sendo 32 tipo CSI e 15 CS II e mais uma policlínica, que forma a totalidade da rede municipal de saúde, 1996, sobre a administração da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento social – SSDS. O tipo de serviço e programação de saúde previsto por centro de saúde (CSI e CSII) pode-se ver conforme a relação do quadro (resumo) seguinte, nas próximas páginas.

A situação do município, quanto aos ambulatorios de especialidades, nível secundário da complexidade, são apenas duas policlinicas, que funcionam como referências regionais e eram os Postos de Atendimento Médico – PAM do ex-INAMPS.

Figura 21 - Mapa da Rede Básica de Saúde do município de Florianópolis, 1996.

Fonte: Apud refer. Bibliogr. Nº 7.

Relação dos Centros de Saúde e respectivos endereços (complemento do Mapa da Rede pag.328)

1- CSI Alto Ribeirão
Rod. Baldicero Filomeno, s/n°
Fone: 237-6091	17- CSII Estreito
Rua Aracy Vaz Callado, 742
Fone: 244-1200	33- Policlínica II Estreito
Rua Heitor Blum, 521
Fone: 244-2655
2- CSI Armação
Rod. SC 406, 6074
Fone: 237-3191	18- CSI Fazenda do Rio Tavares
Av. Campeche, s/n°	34- CSI Praia
Rua Treze de Maio, 76
Fone: 222-5647
3- CSII Balneário
Avenida Santa Catarina, 1570
Fone: 248-1620	19- CSII Ingleses
Rod. Dom João Becker, 862
Fone: 269-2100	35- CSI Pró-Gente
Rua Antonio Carlos Ferreira, 480
Fone: 233-0284
4- CSI Barra da Lagoa
Rua Altamiro Barcelo Dutra, 1196
Fone: 232-3302	20- CSII Itacorubi
Rod. Amaro Antônio Vieira, 2260
Fone: 233-5555	36- CSI Ratonas
Rua João Januário da Silva, s/n°
Fone: 282-1990
5- CSII Cachoeira do Bom Jesus
Rua Leonel Pereira, 273
Fone: 266-1045	21- CSI Jardim Atlântico
Rua Manoel Pizzolatti, 273
Fone: 240-2168	37- CSII Ribeirão da Ilha
Rod. Baldicero Filomeno, 7792
Fone: 237-6260
6- CSI Cateira da Barra do Sul
Rod. Baldicero Filomeno, 19795
Fone: 237-8351	22- CSI Jurere
Rua Geral de Jurere, 242
Fone: 282-1670	38- CSII Rio Tavares
Rod. Dr. Antônio L. M. Gonzaga, s/n°
Fone: 237-4401
7- CSI Campeche
Av. Pequeno Príncipe, s/n°
Fone: 237-4524	23- CSII Lagoa da Concelção
Rua João Pacheco da Costa, 255
Fone: 232-0639	39- CSI Rio Vermelho
Rod. João Gualberto Soares, 1099
Fone: 269-2200
8- CSI Canasvieiras
Rod. Tertuliano Brito Xavier, s/n°
Fone: 266-1023	24- CSI Monte Cristo
Rua Dois de Julho, s/n°
Fone: 240-6939	40- CSII Saco dos Limões
Rua João Motta Espesim, 783
Fone: 234-2797
9- CSI Canto da Lagoa
Rua Laurindo Januário da Silva, 2507
Fone: 232-1121	25- CSI Monte Serrat
Rua General Vieira da Rosa, s/n°
Fone: 223-7816	41- CSI Saco Grande I
Rua João Paulo, 1268
Fone: 238-0606
10- CSII Capoeiras
Rua Irma Bonavita, 286
Fone: 248-1621	26- CSI Monte Verde
Rua Guaramirim, s/n°
Fone: 238-0608	42- CSII Saco Grande II
Rua Virgílio Varzea, s/n°
Fone: 238-0110
11- CSII Carianos
Rua Vereador Osvaldo Bittencourt, 166
Fone: 236-1118	27- CSI Morro da Caixa
Travessa das Crianças, 145
Fone: 244-8488	43- CSI Santo Antônio de Lisboa
Rua Prof. Osni Barbato, 03
Fone: 235-1176
12- CSII Centro
Avenida Rio Branco, 197
Fone: 222-5691	28- CSI Morro das Pedras
Rod. SC 406, 1685
Fone: 237-9013	44- CSI Sapé
Rua B. esquina com rua E, s/n°
Fone: 240-6602
13- CSII Coloninha
Rua Tenório de Albuquerque, 125
Fone: 244-2891	29- CSI Morro da Penitenciária
Rua Alvaro Ramos, s/n°
Fone: 234-7882	45- CSI Tapera
Rua do Conselho Comunitário, 73
Fone: 237-6289
14- CSI Córrego Grande
Rua João Pio Duarte da Silva, s/n°
Fone: 234-0291	30- CSI Pântano do Sul
Rua Abelardo Otacilio Gomes, s/n°
Fone: 237-7032	46- CSI Vargem Grande
Rua Cristóvão Machado de Campos, 213
Fone: 266-1034
15- CSII Costeira do Pirajubaé
Rua João Cência Jacques, 1461
Fone: 226-3333	31- CSI Pantanal
Rua Dep. Antônio Edu Vieira, 2968
Fone: 234-7880	47- CSI Vargem Pequena
Rod. Manoel Leônico de Souza Brito, s/n°
Fone: 266-0898
16- CSI Costa da Lagoa
Próximo à escola
Fone: 292-2499	32- CSI Ponta das Canas
Av. Luiz Boiteux Piazza, s/n°	48- CSI Vila Aparecida
Rua Fermindo Costa, 284

Quadro síntese do perfil de oferta de serviços nos Centros de Saúde I e II, segundo modelo assistencial proposto em 1991. PMF/SSDS, 1993.

TIPO DE CENTRO DE SAÚDE	Nº DE UNIDADES	TIPO DE SERVIÇO/PROGRAMAÇÃO
C.S. I	33	Atendimento Básico de Enfermagem Imunização * Clínica Médica Geral Clínica Odontológica Geral Clínica Médica em Pediatria * Marcação de Consultas Especializadas e Exames Especializados Fornecimento de Medicamentos Básicos
C.S. II	15	Atendimento Básico de Enfermagem Imunização Atendimento de Enfermeiro * Clínica em Nutrição * Laboratório ou Coleta Material Exames * Clínica Médica Geral Clínica Médica em Pediatria Clínica Médica em Ginecologia e Obstetrícia * Clínica Odontológica Geral Exame Preventivo do Câncer Ginecológico Planejamento Familiar * Marcação de Consulta e Exames Especializados Fornecimento de Medicamentos Básicos

* Situações inconstantes, por flutuação ou defasagem no quadro de recursos humanos.

Obs.: O modelo de referenciamento prevê que os casos de pediatria e ginecologia quando não resolvidos nos Centros de Saúde I (CS I) sejam encaminhados para os Centros de Saúde II (CS II) e as necessidades nas demais especialidades sejam encaminhadas para atendimento especializado na Policlínica de Referência Regional ou outros Serviços.

Quadro síntese do modelo de referenciamento interno da rede básica de saúde - SUS - PMF/SSDS, Florianópolis, 1997.

REGIONAL	CS II	CS I
CONTINENTE	Balneário	Jardim Atlântico
	Capoeiras	Sapé Morro da Caixa
	Estreito	Coloninha
	Abraão	
		Monte Cristo * Vila Aparecida *
CENTRO	Centro	Praia Pró-Gente Morro da Penitenciária
	Saco dos Limões	Mont Serrat
NORTE	Saco Grande II	Monte Verde Saco Grande I
	Santo Antônio de Lisboa	Vargem Grande Vargem Pequena Ratones
	Cachoeira do Bom Jesus	Cansvieiras Jurerê Rio Vermelho
	Inglese *	
LESTE	Lagoa da Conceição	Barra da Lagoa Canto da Lagoa Costa da Lagoa Rio Tavares
	Itacorubi	Pantanal Córrego Grande
SUL	Ribeirão da Ilha	Caieira da Barra do Sul Alto Ribeirão
	Costeira	Campeche Carianos Morro das Pedras Pântano do Sul Armação Fazenda do Rio Tavares
		Tapera *

*Centros de Saúde com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

A Policlínica I – é gerenciada pela Secretaria de Saúde do Estado, localizada na área central da cidade, com área física de 7.000 m², possui 41 consultórios médicos, 13 equipes odontológicas e um laboratório de análises clínicas de grande porte. É também neste centro que funciona a Central de marcação de Consultas. Grandes adaptações foram realizadas no interior do próprio prédio para dar suporte a programações destinadas a grupos específicos (adolescentes, hipertensos, ostomizados, terapia ocupacional, planejamento familiar).

A outra é a Policlínica II, bem menor, com área total de 2.660 m² e localizada na área continental da cidade. Possui 16 consultórios médicos, 04 equipes odontológicas e 01 laboratório de análises clínicas. Em 1991 com a implantação do SUS, deixou de ser estadual e passou a ser administrada pelo município. No entanto, apesar de municipalizada, a maior percentagem de demanda é originária dos municípios da Grande Florianópolis. Oferece nove especialidades médicas e três odontológicas. (SSDS - PMS.²⁹,1993).

A situação quanto a rede hospitalar (nível secundário e terciário), de acordo com a Tabela 41, constata a peculiaridade do município de Florianópolis, em relação tanto ao País quanto ao Estado e à região Sul; em que a oferta de leitos pelo governo é maior sendo que este detém aproximadamente 80 % dos mesmos. Florianópolis é a única capital do País, em que o setor privado não é majoritário, na assistência médico-hospitalar. No Brasil o quadro é de hegemonia absoluta do setor privado com 76,6. A mesma realidade vai refletir em relação as internações (França⁹,1984).

Tabela 41 – Número de leitos, Internações Hospitalares, Taxas de Cobertura e Produtividade dos Serviços, conforme rede pública e privada, Brasil, Região Sul, Santa Catarina e Florianópolis, 1990.

	Brasil	Região Sul	SC	FPOLIS
LEITOS				
TOTAL	533.558	91.160	16.883	1.176
PÚBLICOS				
Nº	124.815	15.788	4.263	868
%	23,4	17,3	25,3	73,8
PRIVADOS				
Nº	408.743	75.372	12.620	308
%	76,6	82,7	74,7	26,2
INTERNAÇÕES				
TOTAL	19.030.176	3.286.223	659.006	34.872
PÚBLICOS				
Nº	3.809.009	450.235	120.018	24.998
%	20,0	13,7	18,2	71,7
PRIVADOS				
Nº	15.221.167	2.835.988	538.988	9.874
%	80,0	86,3	81,8	28,3
LEITOS/1000 HAB.	3,65	4,13	3,72	4,61
INTERN./100 HAB.	13,02	14,88	14,53	13,68
INTERN./LEITO	36	36	39	30
PÚBLICOS	31	29	28	29
PRIVADOS	37	38	43	32

Fonte: NESCON - DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL - 1993.
Apud Ref. Bibliogr. Nº 9.

A capital catarinense apresenta-se bem posicionada na relação leito por habitante, com 4,61 por 1000 habitantes, sendo superior a do País, do Estado e da própria região Sul.

Chama a atenção no Brasil a baixa produtividade dos serviços hospitalares, especialmente a dos hospitais públicos. Florianópolis não é exceção, a sua relação de internações produzidas por leito é no geral apenas de 30 e menor ainda quando leito público. No caso presente a relação é de 29 internações por leito. Isso é uma característica do setor público a nível nacional e explica-se, pois este é o

responsável pelo maior atendimento de doenças crônicas e pelos leitos de longa permanência, a exemplo das clínicas psiquiátricas. (França⁹,1994).

A seguir a Tabela 42 trata da composição dos estabelecimentos hospitalares públicos e privados , respectivos gestores e a localização na cidade. A Secretaria de Estado da Saúde é a maior detentora de hospitais e leitos dentro da rede localizada no município, aproximadamente 60% dos leitos, entre públicos e privados.O Sistema Único de Saúde – SUS dispõe da maioria dos leitos, num total de 77% com a predominância dos leitos públicos,havendo a totalidade (100%)nos Hospitais Universitário,Celso Ramos e Florianópolis (ex-INAMPS).

Tabela 42 – Relação dos estabelecimentos hospitalares segundo o setor, gestor, Nº de leitos Geral e do SUS, localização; Florianópolis,1993.

Nome do Hospital	Setor	Gestor	NºLeito	NºLeito /SUS	%	Local
H Universitário	PUBL.	UFSC/MEC	145	145	100	Campus
H Gov. Celso Ramos	PUBL.	SES	196	196	100	Centro
H de Florianópolis	PUBL.	SES	76	76	100	Estreito
H Nereu Ramos	PUBL.	SES	66	58	88	Agronômica
H Infantil Joana de Gusmão	PUBL.	SES	155	143	92	Agronômica
H Maternidade Carmela Dutra	PUBL.	SES	92	87	95	Centro
H Guarnição Florianópolis	PUBL.	MIN.EXERC.	64	-	-	Centro
H Lara Ribas	PUBL.	G.EST./ P.M.	34	-	-	Centro
SUB-TOTAL			828	705	85	
Maternidade Carlos Correa	PRIV.		60	-	-	Centro
H Caridade N.S. dos Passos	PRIV.		191	126	66	Centro
Casa de Saúde S.Sebastião	PRIV.		41	30	73	Centro
Otoclínica	PRIV.		20	15	75	Centro
SUB-TOTAL			312	171	55	
TOTAL			1140	876	77	

Fonte:SES/PS-SC, Apud Refer.Bibliogr. Nº 24.

Há dois hospitais do setor governamental que são exclusivos dos militares (exército e polícia militar). Mas mesmo assim a disponibilidade para o SUS atinge a ordem de 85%. Quanto ao setor privado chega a 55% . É fundamental considerar que a oferta de serviços hospitalares e rede ambulatorial especializada não é

exclusiva da população florianopolitana. A grande característica é que o aparato de saúde, além de ser polo regional (GRANDFPOLIS) , é também referência estadual em muitos casos, a exemplo do Hospital Infantil (Joana de Gusmão), Maternidade Carmela Dutra (MCD), Hospital Nereu Ramos (HNR). Além destes hospitais, prestam a finalidade de ser referência estadual e regional, outras organizações do Estado como Laboratório Central (LACEN), o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), entre outros (Pl. Ação/SSDS¹¹,1997).

Chama a atenção que o município não tem nenhum hospital sobre sua administração, há a evidente concentração e centralização na Secretaria Estadual de Saúde. Florianópolis apresenta a classificação (NOB/SUS/93) e condição de gestão parcial, isso a época deste levantamento-1996. A formação de consórcios intermunicipais, formação de distritos sanitários e uma política de descentralização de acordo com os princípios e diretrizes das leis orgânicas da saúde, são necessários para a resolução da assistência médica e sanitária local e regional, já que do ponto quantitativo a rede é mais do que suficiente.

6.3.5 - Aspectos da Situação Urbano-Sanitária : “Ares, Águas e Lugares”

“As casas sumiram, edifícios dominaram tudo, os espaços ficaram caríssimos, devido a intensa especulação imobiliária. Tudo produto da grande locupletação, quando o país foi dividido, retalhado, entregue, vendido, explorado. Tenho medo de pensar nisso.”

“Tudo está planejado.

—Planejado? Eles não contém as imigrações. A saúde pública faliu. Vejo toda hora, na rua, os homens caindo aos pedaços.”

“O que amanhecia de gente morta nos terrenos , nos subúrbios das cidades era inacreditável. Criaram-se patrulhas destinadas a recolher cada manhã os corpos.”

“O horror deixa de ser, quando se transforma em cotidiano”.

(Frases dispersas colhidas do livro escrito em 1981 pelo grande escritor da realidade urbana dos “anos de chumbo” deste país - Ignácio Loyola Brandão, cujo título é por demais sugestivo e atual para a era da desterritorialização: “NÃO VERÁS PAÍS NENHUM”).

Que falem os ares, as águas e os lugares da Ilha de Santa Catarina. A metamorfose contínua destrói, esconde e submerge o passado, violenta e massacra o presente do mundo da vida. Não há Urbanismo e Saúde Pública como filosofia, ciência e arte para resguardar a sustentabilidade ecológica, o lado sanitário e estético, a liberdade e a igualdade da condição humana. Não é tomado o partido estético e da higiene pública para garantir o espaço público e social de modo a proporcionar conforto e bem estar para todos. Nada é prescrito como queria e projetava o brasileiro urbanista-sanitarista Saturnino de Brito:

“Conciliar o passado, através da reconstituição da cidade, com o futuro dado pelo planejamento urbano, era também procurar integrar o belo com o salubre, a arte com a técnica.”

Esta a visão de urbanismo por Brito na descrição de Andrade¹(1992).

A conjugação do urbano-sanitário é pretendida para dimensionar a produção e reprodução do espaço visando a promoção e proteção da saúde. Uma larga história (como foi visto em capítulos precedentes) da formação urbana e sanitária “construiu para a saúde os espaços do público”. Como demonstra Testa³²(1997) essa construção nasceu privilegiada quando da formulação hipocrática sobre “Ares, Águas e Lugares”.

É nesta perspectiva que se busca “um olhar” epidemiológico sobre os ares, as águas e as paisagens e paragens urbanas da cidade estudada.

CLIMA URBANO – Florianópolis já demonstra alteração climática na sua área central, devido ao adensamento, verticalização, escassez de áreas verdes, asfaltamento de ruas, poluição por veículos automotores. Estes fatores dificultam a ventilação, aeração, o resfriamento do ar e o resultado já são as conhecidas **“ilhas de calor”** – áreas de concentração térmica em nível superior às do entorno, observadas em vários pontos da área central. Além de também ocorrer em outras alterações como inversão da direção dos ventos, inversão térmica e haver o risco do fenômeno de “smog”(CECA⁶,1996).

ABASTECIMENTO DE ÁGUA – Nos primórdios, a ilha e seu porto seguro foi “estação de aguada” para os navegadores e exploradores. Eles próprios expressaram como “o mais belo lugar do mundo”, “o bom clima e os **ares salubérrimos**”, “a terra é boa, quem dizer o contrário mente”. Muito depois as coisas mudaram: os ares “miasmáticos” ficaram pestilenciais, as águas escassas e contaminadas e o Rio da Fonte Grande converteu-se em escoadouro de esgotos, os lugares tornaram-se insalubres e fétidos.

A água potável constituiu um dos mais sérios problemas de Desterro. Em 1794 o então governador alertava a Câmara Municipal sobre a carência de água e a urgente necessidade de uma fonte pública. Posturas municipais é que não faltaram para disciplinar a proteção dos mananciais e controlar a escassez. Só os possuidores de chácaras é que desfrutavam em qualidade e quantidade. No ano de 1860 veio o comércio da venda de água a domicílio levada por carros puxados por burros. Em 1880 foi então aventada a possibilidade de encanamento para a distribuição, mas só em 1910 aconteceu a nova era do abastecimento de água para a cidade com a implantação da primeira rede pública (Cabral⁵,1979).

Nos meados do presente século, a solução foi começar a trazer a água do continente para a ilha com o projeto do sistema de Pilões (Rio Vargem do Braço)

e, em 1946, dá-se a inauguração da primeira adutora. Em 1965 foi inaugurada a segunda adutora dos Pilões e a terceira em 1976, enquanto a quarta foi implantada em 1988. Foi uma sucessão de novas adutoras para atender a expansão urbana(Átila³,1991).

Em 1971 é criada pelo governo do Estado o atual órgão regente – Companhia de Água e Saneamento – CASAN , que hoje está na pauta das privatizações ,a exemplo de outras empresas estatais, atendendo a compromissos políticos e econômicos do atual governo. Pela água seria fácil descrever a história da cidade.

A cobertura pelo abastecimento de água à população pelo censo do IBGE (1991) era de 79,07% , enquanto o Estado chegava a 62,28% e o País 70,71 % dos seus domicílios abastecidos por rede. Segundo o relatório da CASAN de 1993, o nível de atendimento já chegava a cifra de 86%. A área central da cidade na Ilha e Continente têm o atendimento universal. Somente as partes altas dos morros, especialmente no verão – época turística é que há privação . Sérios problemas de contaminação e de precariedade de abastecimento são comuns nas localidades do interior da Ilha e nas praias. No verão de 1996 ocorreu um surto de hepatite viral na região Sul da ilha na , localidade de Armação, decorrente de contaminação fecal do sistema local.

O Relatório da “Consulta Nacional sobre a Gestão do Saneamento e do Meio Ambiente Urbano”⁸(1994) enumera os vários problemas referentes ao abastecimento de água, que vão desde a deficiência global no sistema distribuidor, à necessidade de ampliação do sistema, o sistema operando no limite (principalmente durante a “invasão” turística, período em que dobra a população), deficiência e ausência de atendimento nas áreas carentes ou favelas e localidades do interior e praias.

Essa realidade vai conferir a não universalidade da cobertura pelo sistema público estatal de água.

Outro problema colocado diz respeito a qualidade da água , já que devido a bacia hidrográfica que abastece Florianópolis está situada numa área agrícola de hortigrangeiros. Os mananciais sofrem contaminação química, biológica e poluição ambiental causados pelos esgotos domiciliares, resíduos sólidos e o principal problema não solucionado: o uso indiscriminado de agrotóxicos na agricultura. Estes poluem as águas , tanto pelas águas de enxurrada das chuvas como, principalmente, pelas embalagens de agrotóxicos descartadas e lançadas nos rios .

ESGOTOS SANITÁRIOS – A falta de um sistema de esgotamento sanitário adequado à realidade urbana de Florianópolis traz sérios comprometimentos ao meio ambiente , desde os rios, riachos, córregos, mangues , lagoas e baías. O nível de atendimento é de apenas 18% da área conurbada ou aglomerado urbano, enquanto a capital atinge 33% da população, isso com dados que consideram apenas a coleta do esgoto. O sistema completo (coleta, tratamento e destino final) chega atingir a insignificância de apenas 1,3%(Cons.Nac.⁸,1994). É esperado o funcionamento para 1997 da “Estação de Tratamento de Esgoto- ETE” , já em fase experimental. Até hoje é o mar que recebe os dejetos **in natura**, incluindo os de origem hospitalar. Como no passado , há condições ambientais propícias à cadeia de transmissão para doenças como o cólera, febre tifóide, hepatite viral, entre outras.

Os governos do Estado e do Município, desde os anos 80, vêm gradativamente desenvolvendo o novo sistema de esgoto tanto na parte insular, como na continental. As primeiras etapas irão cobrir grande parte da área central da cidade, mas não a sua totalidade, ficando de fora importantes bairros, cujos

esgotos domiciliares estão ligados ao sistema da rede pluvial, o que causa a constante contaminação dos mangues e das baías.

Entre os balneários, apenas Canasvieiras, no norte da Ilha, e a localidade da Lagoa da Conceição, possuem sistema local de esgoto sanitário. Depois há projetos (apenas) para mais oito balnearios. Enquanto dura a espera pela solução definitiva, há a precariedade e o sério comprometimento do próprio lençol freático devido as comuns soluções dos sistemas domésticos de fossas-sumidouros ou lançamento direto na drenagem pluvial. Não existe na Prefeitura Municipal de Florianópolis um setor de controle e fiscalização dos projetos hidro-sanitários dos empreendimentos no tocante a sistemas individuais de coleta, tratamento e destino final dos esgotos (Cons. Nac.⁸,1994).

A Estação de Tratamento do Esgoto insular praticamente pronta para entrar em funcionamento gerou desde sua concepção, em projeto, uma acirrada polêmica na cidade. O órgão responsável pelo projeto e execução – a CASAN, várias vezes tem lançado encartes explicativos nos jornais locais, procurando convencer a população da não existência do risco de emanação de odores que possam afetar “os ares” da região central da cidade. Afirmamos que o tratamento pelo sistema de “lodos ativados” é moderno e seguro , esta a mensagem trazida e defendida junto a população e representação da cidade, a exemplo da Câmara de Vereadores, pelos responsáveis técnicos e de direção da empresa executora.

A polêmica maior consiste na localização indevida da estação de tratamento. A área é no aterro da Baía Sul, junto a cabeceira insular da ponte Pedro Ivo Campos, entrada da cidade. Toda a área havia sido tombada pelo governo do Estado junto ao Município como área verde, de paisagem e lazer. O projeto paisagístico foi realizado por Burle Marx , porém nunca devidamente concluído conforme o projeto original. Interesses excusos desviaram a finalidade da área para comportar equipamentos “nunca dantes imaginados”, ou seja, construção de

estação de tratamento de esgoto a beira-mar, no contorno do vento sul (dominante), “cartão de visita” e porta de entrada da cidade.

A usina terá como resultado do processo três produtos finais:

- a) efluentes líquidos que serão lançados ao mar;
- b) o lodo concentrado na quantidade de 10m³ por dia e por 100mil habitantes , a ser transportado para fora e
- c) gases que tratados em instalação anti-odor e que nunca irão afetar o entorno, segundo a própria CASAN.

A expectativa é que o sistema nunca entre em disfuncionamento ou tenha uma pane por alguma falha , caso contrário a área central de Florianópolis passará a conviver com novos “miasmas”. A cidade aguarda há trinta anos pela solução de seu esgoto , e a expectativa é que sua ativação não resulte em caos urbano.

Florianópolis concretiza e faz novamente uso de seu título, de seu “terra dos casos e ocasos raros”. O jardim de Burle Marx , o aterro da baía sul ,o Parque Municipal Dias Velho foram desviado de finalidade , ou seja , de um projeto paisagístico , nos moldes do aterro do Flamengo, no Rio de Janeiro, de espaço de lazer e convívio da população, foi transformado em uma “refinaria de dejetos humanos”. **“A insídia é grave.”**

SISTEMA DE DRENAGEM – Muitos lugares da cidade são frequentemente afetados quando há grande precipitação pluvial , devido a precariedade do **sistema de drenagem**. A drenagem das águas pluviais é constituída pela rede natural formada de rios, riachos, córregos, a qual requer medidas de desassoreamento e limpeza, decorrentes da erosão do solo, depósito de lixos, etc.Há também a rede artificial que é formada pelo sistema de tubulação coletor das águas e que também exige a manutenção, como limpezas, desentupimentos e as medidas de conservação e reparos. Os canais devido a falta de sistema de esgoto são

indevidente utilizados de forma irregular e irresponsável para ligações e lançamento de esgoto clandestino.

Inundações e alagamentos de ruas e áreas urbanas ganham grandes dimensões com as cheias. A cidade requer um ampliação do sistema de canalização conforme plano diretor elaborado em 1976, pelo órgão de planejamento urbano do município (IPUF) , tanto para corrigir , como para aumentar a macro e microdrenagem. O sistema é subdimensionado e não existe um projeto atualizado e em execução para proteger os “lugares” urbanos e periféricos da cidade (Cons. Nac.⁸,1994).

LIXO – A questão dos resíduos sólidos acompanha a história da cidade e muito marcou presença na configuração e paisagem urbana , ou seja , atingiu os ares, águas e lugares. A devastação e deterioração ambiental e social pela não resolução do problema do lixo tem sido permanente , frente a precariedade dos serviços urbanos; principalmente quanto ao destino final.

O destino do lixo até 1914, mesmo para o coletado, eram as praias mais próximas. Antes, em 1877 houve concessão da Câmara para um serviço de remoção do lixo, águas servidas e materiais fecais, transportado por carroções puxados por burros para o despejo nas praias. Muito antes o carregamento de tais materiais era feito por escravos. No período de 1910 a 1914 foi construído o forno do lixo, sistema este que funcionou por mais de meio século.

Em 1956, o lixo passou a ser depositado a céu aberto às margens do mangue de Itacorubi. Para que em 1958 a solução viesse a ser o aterro sanitário na mesma localidade, de forma precária e comprometedora do mangue e entornos. A continuidade na área, com o crescimento da população do bairro,gerou os diferentes protestos, tanto dos moradores como dos movimentos ecológicos. Sabidamente, o destino final empregado não atendia as normas técnicas de um verdadeiro aterro sanitário. A má disposição dos resíduos poluiu as águas e o ar

além da proliferação de vetores comprometendo a paisagem e gerando riscos à saúde. Outras soluções vieram, mas o problema do lixo até o momento (1996) persiste. O local deixou de ser aterro, mas foi transformado na “Estação de Transbordo e Estação de Triagem”. O lixo é agora transportado para aterro em outros municípios da região. Hoje o destino é o município de Biguaçu, limítrofe de Florianópolis. A população constantemente protesta e acusa a contaminação do local. Uma empresa privada procede o aterro em terreno próprio e realiza o transporte a partir da estação do transbordo de Itacorubi. A coleta na cidade é feita por empresa do Município (Companhia de Melhormanetos da Capital - COMCAP).

O lixo hospitalar, no momento, é levado para aterro em terreno da antiga Colônia de Santa Tereza do Estado (leprosário) no município de São José, limítrofe de Florianópolis, parte do aglomerado urbano.

A abrangência de todo o serviço do lixo chega a uma cobertura de 85,5%, e estima-se que 10% da população receba um serviço precário, e 4% nenhum tipo; logo não há universalidade de atendimento a respeito deste serviço urbano básico; conforme revela a Tabela ³², com dados de 1994.

Tabela 43 – Coleta de lixo nas áreas carentes e áreas não carentes, segundo número e percentual (%) Florianópolis, 1994.

TIPO DE COLETA	ÁREAS CARENTES		ÁREAS NÃO CARENTES		TOTAL	
	Número de pessoas	Participação %	Número de pessoas	Participação %	Número de pessoas	Participação %
Existente	6.543	20,3	211.429	94,9	217.972	85,5
Precária	15.228	47,3	11.310	5,1	26.538	10,4
Inexistente	10.431	32,4	-	-	10.431	4,1
TOTAL	32.202	100,0	222.739	100,0	254.941	100,0

Fonte: IBAM, et al, 1994. Apud Ref. Bibliog. Nº 12.

Observa-se que nas áreas carentes da cidade a coleta do lixo é bastante limitada e de caráter precário.

Em anos recentes, foram utilizadas as usinas de reciclagem e compostagem que depois, por outras administrações do município, acabaram desativadas e o serviço encaminhado então, para a privatização.

Um programa de triagem domiciliar do lixo reciclável de forma ainda incipiente é realizado em áreas da capital.

A situação do Estado é mais grave do que a capital, onde há um percentual de 63,95% de domicílios com coleta e o Brasil (praticamente a mesma realidade) chega a 63,80 %, estes são dados do Censo de 1991 – IBGE.

Há projetos desenvolvidos no sentido de melhor solução, como o do Centro de Ciências Agrárias da UFSC sobre a utilização do lixo orgânico. É o conhecido Programa Beija-Flor de coleta seletiva de lixo com o objetivo de solucionar a destinação final do lixo doméstico no próprio bairro com a participação popular e a educação ambiental das comunidades envolvidas. No entanto, no geral persiste as práticas imediatistas e clientelistas, marcadas por uma visão puramente economicista, enquanto os ares, águas e muitos lugares da cidade continuam prejudicados pelo lixo acumulado e espalhado, agravando o sistema de drenagem e deteriorando o ambiente (CECA⁶, 1996).

HABITAÇÃO E ASSENTAMENTOS HUMANOS – Numa cidade em pleno processo acelerado de urbanização, a situação habitacional é acentuada com sérias privações de ordem qualitativa e quantitativa. Em 1991 o Instituto de Planejamento (IPUF) da capital contabilizou um déficit de 15.817 unidades e nesse mesmo ano a cidade apresentava 38 (trinta e oito) áreas de carência, já no ano seguinte era totalizada e localizada a existência de 46 (quarenta e seis) áreas. (SSDS/PMS²⁹, 1993). O estado pela Companhia de Habitação de SC - COHAB,

apresentava em 1991 um déficit de aproximadamente 250.000 unidades habitacionais (SC-SDM ²⁴,1996).

A Coordenação Habitacional do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis - IPUF elaborou o **“perfil das Áreas Carentes”** de Florianópolis em 1992 tendo sido de 46 áreas , sendo 28 na ilha e 18 no continente, atingindo um contingente populacional de 32.202 habitantes ou 12,63% da população total do município. A população de tais áreas formava um extrato social que vivia à margem das condições condignas de um habitat humano. A maioria não tinha capacitação profissional adequada para sobreviver no meio urbano, pois a maior parte procediam do meio rural .A renda familiar girava em torno de 1 a 3 salários mínimos, as famílias mais jovens eram compostas de 3 a 4 membros, havendo outras com maior número de filhos. A situação de emprego/trabalho estava relacionada ao setor de serviço e na maioria de caráter informal e instável. O nível de escolaridade era baixo , com grande evasão escolar a partir da quarta série do primeiro grau , somado ao elevado índice de repetência entre os escolares. A justificativa maior para a evasão consistia a obrigação do trabalho infantil para ajudar no orçamento da família.

Os migrantes que ocupam estas áreas procedem na maior parte do interior do Estado (Planalto serrano, região Oeste e Sul , região da GrandFpolis) e do próprio interior da Ilha. As áreas ocupadas estão localizadas nos relevos menos favoráveis para a ocupação humana, nas encostas constituindo áreas de risco permanente. Áreas de mangues, margem da Via Expressa (no continente) áreas próximas ao mar, são também ocupadas. Algumas trazem sério prejuízo à deterioração ambiental, comprometendo a preservação dos mananciais e promovendo o desmatamento e a erosão do solo, problemas de drenagem, poluição, etc.

O estudo do IPUF coloca a seguinte caracterização para estas áreas:

- a) precariedade e/ou inexistência de infra-estrutura urbana, particularmente de rede coletora de esgoto;
- b) estão situadas em locais de difícil acesso;
- c) os espaços públicos nas áreas, tanto para áreas verdes como para ruas e servidões são reduzidos. São comuns acessos com apenas 1,00 m de largura;
- d) áreas públicas ou particulares ocupadas de forma ilegal e clandestinamente;
- e) os lotes são de dimensões reduzidas, em média 70 m² e a divisão dos mesmos é quase sempre aleatória;
- f) a organização espacial em tais áreas ocorre de forma diferenciada de acordo com a topografia, tempo de ocupação, grau de organização da comunidade e da forma como ocorreu a ocupação (Cons.Nac.⁸,1994).

As ocupações ilegais em áreas públicas do Estado ou do Município ou em áreas de preservação permanente acabam posteriormente legalizadas em função de leis específicas criadas com o objetivo de regularizar as construções clandestinas e isso atinge mais de 50% , atualmente com situação assim regularizada (Cons.Nac.⁸,1994).

A formação de bolsões de pobreza e marginalização urbana em áreas impróprias por não apresentarem condições naturais ou geotécnicas para assentamento humano não pararam de crescer em função do fluxo migratório. Verdadeiras segregações ambientais que são resultado ou face da exclusão social e da ausência de uma política séria de reforma agrária e urbana. Enfim, é a continuidade acelerada da produção e reprodução abstrata do espaço urbano.

Não serão descritos aqui, especificamente, da feia e horrível arquitetura repetitiva, do trânsito e sistema viário, da poluição sonora e visual (esta

consequente da proliferação estúpida dos painéis) da constante depredação dos patrimônios: naturais, públicos, históricos, culturais e artísticos; das ações absurdas de turismo de enclave e de segregação, da invasão e privatização (moda neoliberal) do tão pouco espaço público e das tantas perversidades e desequilíbrios e doenças. No entanto, acredita-se que o que foi descrito a respeito das questões urbano-sanitárias (lixo , água, esgotamento, assentamento) seja suficiente para caracterizar a produção do espaço abstrato e do globalismo.

“A catástrofe é o progresso, o progresso é a catástrofe” – afirmação de Walter Benjamin (Löwy¹⁵, 1992). Com isso “não verás país nenhum” e nem uma cidade jardim com um desenvolvimento harmonioso e sustentável, tudo com base no valor de uso, com o espaço-tempo livre ao mundo da vida, ambiente saudável e edênico, espaço público de lazer, do encontro (“a vida é a arte do encontro”), da festa , da manifestação religiosa e política (a ágora)... a não ser que haja a quebra, a descontinuidade deste progresso levado por uma razão instrumentalizada e unidimensionada pelo capital da morte. Que praxis sócio-urbano-sanitária é possível pensar e considerar para a transformação da sociedade suicida? É a busca, com algumas considerações e proposições do capítulo final.

6.3.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ANDRADE, C. R. M. de. De Viena a Santos: Camillo Sitte e Saturnino de Brito. In: ANDRADE,C.R.M. de. Org. Camilo Sitte: A construção das cidades segundo seus princípios artísticos. São Paulo, Ática, 1992.
- 2-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS – ABEP. Diversidades brasileiras:um olhar demográfico, FNUAP.São Paulo, 1996.
- 3- ATILA, A. R. Saneamento básico catarinense. Florianópolis, IOESC, 1991.
- 4-BARROS FILHO, M. A. Contribuição ao estudo da mortalidade no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1979. [trabalho apresentado para concurso de Prof. Titular do Departamento de Saúde Pública da UFSC]
- 5-CABRAL, O. R. Nossa Senhora do Desterro, Florianópolis, Lunardelli, 1979.v.1.
- 6-CENTRO DE ESTUDOS, CULTURA E CIDADANIA – CECA Uma cidade numa ilha: relatório sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina. Florianópolis, Ed. Insular, 1996.
- 7-I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Florianópolis, Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social/Saúde para todos, nov.1995, ed. especial.
- 8-CONSULTA NACIONAL: Sobre a gestão do saneamento e do meio ambiente urbano, Florianópolis/SC, jun.-agos. 1994. Relatório. Florianópolis, PMF, 1994.
- 9-FRANÇA,S. B. A assistência médico-hospitalar no Brasil. Rev. Saúde em debate, 44: 14-19, 1994.

- 10-FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico 1991: Resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 1991. Nº 23 Santa Catarina.
- 11-GESTÃO 1997 a 2.000. Plano de Ação da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social-SSDS de Florianópolis. Florianópolis, 1997.
- 12-KUHNEN, A. Reciclando o cotidiano: Representações sociais do lixo. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 1995.
- 13-LAGO, P. F. Santa Catarina: dimensões e perspectivas. Florianópolis, UFSC, 1978.
- 14-LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo, EPU/EDUSP, 1985.
- 15-LÖWY, M. A Escola de frankfurt e a modernidade; trad. Murilo M. de Moura. Rev. Novos estudos-CEBRAP, São Paulo, 32: 119-27, 1992.
- 16-MELLO JORGE, M. H. P. et al. Análise dos dados de mortalidade. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 5-25, 1997.
- 17-MELLO JORGE, M.H.P. & LAURENTI, R. Acidentes e violência no Brasil – Apresentação. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 1-4, 1997.
- 18-MINISTÉRIO DA SAÚDE - INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. Ministério da Saúde – CENEPI, Brasília, 1 : 93, jan/fev. 1993.
- 19-_____ - DATASUS, Morbidade Hospitalar do SUS, Florianópolis/SC. SIH/SUS, 1996.
- 20-_____ - identifica 7,5 mil novos casos de AIDS, Jornal do CONASEMS, Brasília, 34: 8-9, agos. 1997.
- 21-_____ - Saúde no Brasil. Brasília/DF, 1997.

- 22-MONTEIRO, C. A. Org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do País e de suas doenças. São Paulo, Ed. Hucitec/NUPENS/USP, 1995.
- 23-PELUSO JUNIOR, V.A. Estudos de Geografia Urbana de Santa Catarina. Florianópolis, Ed. da UFSC, 1991.
- 24-SANTA CATARINA (ESTADO) .Plano Estadual de Saúde. Florianópolis, Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 1994.
- 25-_____.(Estado) Plano Básico de Desenvolvimento Ecológico-Econômico. Florianópolis, Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente-SDM & Associação dos Municípios da Região da Grande Florianópolis, jun.1996
- 26-_____.Desenvolvimento Humano no Brasil: Parâmetros para o Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Gerência de Estatística e Informática-GEINF, Secret. da Saúde. Florianópolis, 1996.
- 27-_____.Perfil epidemiológico-mortalidade, Estado e Município de Florianópolis, 1980-1991/1995. Gerência de Estatística e Informática (GEINF)-Secret. do Estado da Saúde. Florianópolis, 1996.
- 28-_____.Índice de Desenvolvimento Social dos municípios. Florianópolis, Secretaria do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente-SDM. Florianópolis, 1997.
- 29-SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL–SSDS, Plano Municipal de saúde 1993/1997. Florianópolis, 1993.
- 30-SANTOS, M. A urbanização brasileira.São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

- 31-SOUZA, M. de L. Mortalidade Materna em Florianópolis ,Santa Catarina, 1975 a 1979-Obituário hospitalar. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 32-TESTA, M. Análises de instituições hipercomplexas. In: MERHY,E,E. et al. Org. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires, Hucitec& Lugar editorial, 1997.
- 33-VIEIRA, S. Indústria de alta tecnologia: reflexos da reserva de mercado e do neo-liberalismo em Florianópolis. Florianópolis, Imprensa Universit. da UFSC, 1996.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Há um quadro de Klee intitulado *Angelus Novus*. Nele vê-se um anjo que parece distanciar-se de algo sobre o qual crava o olhar. Tem os olhos arregalados, a boca aberta, as asas estendidas. O anjo da história deve ter este aspecto. Seu rosto está voltado para o passado. Onde nosso olhar parece entrever uma cadeia de acontecimentos, ele vê uma única catástrofe, que acumula incessantemente ruína sobre ruína e as lança a seus pés. Ele gostaria de se debruçar sobre o desastre, cuidar das feridas e ressuscitar os mortos. Mas uma tempestade sopra do paraíso, prende-se em suas asas e ele não consegue mais fechá-las. Esta tempestade o impele irresistivelmente para o futuro, ao qual ele volta as costas, enquanto o acúmulo de ruínas, à sua frente, sobe ao céu. O que chamamos de progresso é esta tempestade”(Tese nº IX - W.Benjamin,¹¹).

A síntese, programada de acordo com os procedimentos metodológicos, que se pretende desenvolver nessas considerações finais tem como ponto de partida o alerta – SOS humanidade. A reflexão se inicia com o famoso quadro de Münch – O Grito, de 1893. É o grito doloroso do conhecimento, do conhecimento da catástrofe próxima e avassaladora que representa a humanidade *in extremis*. Parte-se, também, da alegoria de Benjamin, da Tese número IX – “As Teses sobre a filosofia da história”, redigidas em 1940, a qual pertencem os últimos escritos do autor e que tiveram o título oficial de “Sobre o conceito da história” (Kothe⁹,1985).

A primeira consideração a ser feita é que o futuro não pode ser a continuidade dessa realidade detectada a respeito da urbanização, da cidade global e da Saúde Pública, na presente Era da Globalização.

A crise histórica, econômica e social que é indissociável da crise urbana e sanitária, torna excluídos dois terços da humanidade. São as legiões de desabrigados, desempregados, nômades, famintos – os condenados da ordem econômica mundial. Essa polarização coloca em risco a própria sustentabilidade

do planeta e a sobrevivência da espécie humana. Esse contexto representa uma única catástrofe: o processo do modo de produção capitalista, na sua fase de mundialização. A Conferência Mundial para debater a “Promoção da Saúde”, realizada em Ottawa ¹⁶, em 1986, definiu como pré-requisitos para tal: a paz, alimentação, habitação, educação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Se a geopolítica global do neoliberalismo consiste em centralização, concentração da riqueza, desenvolvimento desigual, desterritorialidade, fragmentação, exclusão, segregação, exploração, alienação, fome e doença, é evidente que os pré-requisitos para a promoção da saúde tornam-se inviáveis logo não há possibilidade de saúde universal, nessa Era Global.

O cenário de uma cidade global, que foi descrito utilizando Los Angeles como modelo, quanto as reestruturações processadas no transcorrer da mundialização do capital, demonstra a precariedade e a perversidade das condições de vida e de sobrevivência para milhões de seus habitantes. O mesmo ocorre com São Paulo e Rio de Janeiro. As cidades marginais, ilegais e carcerárias formadas com as sucessivas estruturações e reestruturações dessas cidades globais, impõem o caos, o ritmo iminente da barbárie, como integrantes da própria vida urbana. O direito universal à cidade (saudável) está fora de cogitação nessa ordem de progresso. A análise detalhada do urbano-sanitário da cidade de Florianópolis, objeto de estudo desta tese, situada na região Sul do Brasil, comprova que dentro das proporções, o global se faz presente aqui. Não existe, ainda, as cidades “de fora” ou marginais, mas não faltam as áreas carentes. Florianópolis apresenta sua tecnópolis, seus guetos e segregações, seu turismo de enclave, suas áreas de condomínios fechados, sua violência urbana. Enfim, sofre do “mal-estar” global. No entanto, as forças sociais de conservação tudo fazem para manter a continuidade do progresso devastador da paisagem natural, urbana e artística da cidade. Durante a formulação do novo Plano Diretor do distrito sede, com propostas de adensamento urbano mediante a ampliação do espaço construído, nenhuma avaliação de impacto ambiental foi efetivado, apesar de ser lei,

referendada na própria Lei Orgânica do Município. As conclusões, em geral, sobre o plano, confirmam as afirmações de Lefebvre que o pior inimigo do urbano é o planejamento, realizado apenas para cumprir uma função ideológica.

A continuidade da presente ordem de progresso e de produção e reprodução abstrata do espaço e da saúde, faz com que o único planejamento concebível seja o estratégico, cujos objetivos são ampliar os espaços de luta e de ação dos sujeitos coletivos, gestando as forças sociais de transformação. Projetar as estratégias para ganhar liberdade de ação e pesquisar para descobrir as determinações reais dos processos transformadores (Testa²¹,1995).

As grandes consequências do desenvolvimento capitalista, em sua fase de globalização ou mundialização, como foi descrito e analisado na presente Tese, escaparam ao seu controle e acabarão engendrando as condições objetivas para a formulação de uma plataforma de ação que leve à ruptura desse modo de produção. A implementação do desenvolvimento sustentável, sua forma e estrutura, não poderá ser regida através do mercado e/ou da produção abstrata do espaço, só será viável mediante um planejamento global com base no valor de uso e na apropriação devida do espaço. Outra consequência é a imensa distância entre países ricos e desenvolvidos que concentram e centralizam a riqueza mundial contrastando com países pobres e subdesenvolvidos. Por fim, não é exagero afirmar, entre as perversas consequências do modo de produção capitalista está a submissão da humanidade à economia, a ponto de impedir a universalização do tempo livre. Soma-se a isso a segmentação social, a fragmentação, a alienação, a segregação, as restrições e limitações da liberdade, da igualdade e da fraternidade ou solidariedade humana – dos próprios objetivos da grande revolução burguesa na França. O capitalismo é nefasto, é patógeno, corrói as relações entre os seres humanos, não pode durar *ad infinitum*, bloqueando o futuro e o processo civilizatório humano. Em síntese, as tres grandes considerações ou conclusões desse estudo sobre o Urbano e Sanitário na Globalização, convergem reafirmando as tres Teses:

Primeiro: *A globalização no mundo contemporâneo , segundo variáveis de natureza econômica , política, social e cultural, **bloqueia a produção social do espaço urbano e da saúde**, quanto aos princípios da universalidade e da igualdade, devido ao neoliberalismo (desenvolvimento desigual), à fragmentação, à desterritorialidade, à hierarquização e à homogeneização.*

Segundo: *O direito universal à cidade e à saúde **exige a superação da produção abstrata do espaço e da saúde** com a concretização do espaço social e da saúde coletiva. Nessa direção a importância de convergir a problemática urbana e a sanitária na viabilização de uma prática social comum ou seja: **uma praxis sócio-espacial-sanitária.***

Terceiro: *A cidade/município de **Florianópolis**, em relação a sua urbanização e saúde pública , sofre as contradições , os antagonismos, as hierarquias , as tensões , as divergências e os conflitos decorrentes do processo de globalização.*

A primeira e maior consideração a fazer-se quanto à convergência dos significados, principalmente, da primeira e segunda teses aqui formuladas, com a nona tese sobre a filosofia da história de Walter Benjamin – uma das mais fascinantes alegorias concebida a partir de observações do autor a respeito de um quadro de Paul Klee, intitulado o *Angelus Novus* como o “anjo da história”. Na descrição do cenário, o anjo permanece estático, de olhos arregalados e com o rosto voltado para o passado. Ruínas e catástrofes sobrepõem aos pés, uma tempestade prende as asas e assim o impede de rumar ao futuro (Löwy¹¹,1992).

O referido quadro representa a repetição, a continuidade, a eternização do presente, resultantes do que é o progresso capitalista a bloquear o futuro, bem como a amarrar a universalização dos direitos e a gerar ruínas e catástrofes e além de acelerar a morte entrópica do planeta. Por isso, ousa-se afirmar que as Teses: primeira e segunda e por extensão a terceira confluem e reforçam o significado da tese benjaminiana a respeito da história presente. A viabilidade de haver produção de um espaço social e de uma saúde coletiva só é possível com a descontinuidade

ou quebra desta ordem de progresso sobre a regulação do modo de produção capitalista.

A globalização ou mundialização do capital é o *continuum* do desenvolvimento humano desigual e insustentável, bem como da produção do espaço e saúde abstratos. “O verdadeiro sujeito não é mais o ser humano, mas o ser - humano - mercadoria...”(Matos¹³,1989). A mercantilização, a troca atinge desde a mercadoria realmente produzida, ao espaço e a própria natureza, não escapa sequer o genoma humano. A plena abstração e alienação da natureza e do que é criado e produzido. A rejeição de Walter Benjamin ao culto do progresso, como bem exprime: **“A catástrofe é o progresso, o progresso é a catástrofe. A catástrofe é o *continuum* da história.”** As catástrofes do progresso estão plenas nesta (pós) modernidade com a exploração destrutiva e mortífera da natureza, com o aperfeiçoamento sem cessar das técnicas de guerra e de destruição, somado ao risco permanente de regressão política e social em áreas do mundo com o surgimento de regimes fascistas. O *continuum* da história é a repetição do passado com novas ruínas e hecatombes devastadoras (Löwy¹¹,1992).

Adorno em **“A educação depois de Auschwitz”** lembra que o horror é a continuação desta pré-história e conseqüentemente , a educação não podia mais ser a mesma:

“Todo debate sobre parâmetros educacionais é nulo e indiferente em face deste que Auschwitz não se repita. Foi a barbárie, à qual toda educação se opõe. Fala-se da eminente recaída na barbárie. Mas ela não é eminente, Auschwitz é a própria recaída; a barbárie subsistirá enquanto as condições que produziram aquela recaída substancialmente perdurarem. Esse é que é o receio todo” (Adorno¹,1986).

Aquelas condições (é bom que se diga) perduram por demais na era global. As multidões de trabalhadores descartados, formando as legiões de nômades, e migrantes, e de condenados ao desespero e desatino; enquanto a ordem os

classifica de supérfluos. A xenofobia, o racismo, o positivismo genético com a expectativa de controle biológico, a violência, a segregação, a fome, a miséria, a poluição e degradação ambiental... trazem a tona o pleno **mal-estar** global. A continuidade deste “horror econômico” e social colocará a humanidade em situação *in extremis* e de loucura. Sem dúvida, só resta um, um alerta ao *continuum* desta “globalização perversa”, um basta à barbárie e ao terror em processo.

Freud⁷ (1978) em anos bem antecedentes a catástrofe da Segunda Guerra Mundial elaborava o seu ensaio denominado: “**O mal-estar na civilização**”. Em 1929, o mundo tomava conhecimento destas palavras que formam o último parágrafo:

“A questão fatídica para a espécie humana parece-me ser saber se, e até que ponto, seu desenvolvimento cultural conseguirá dominar a perturbação de sua vida comunal causada pelo instinto humano de agressão e autodestruição. Talvez, precisamente com relação a isso, a época atual mereça um interesse especial. Os homens adquiriram sobre as forças da natureza um tal controle, que, com sua ajuda, não teriam dificuldades em se exterminarem uns aos outros, até o último homem. Sabem disso, e é daí que provém, grande parte de sua atual inquietação, de sua infelicidade e de sua ansiedade. Agora só nos resta esperar que (...) o eterno Eros, desdobre suas forças para se afirmar na luta com seu não menos imortal adversário. Mas quem pode prever com que sucesso e com que resultado?”

O instinto humano de agressão e auto-destruição percorreu todo o século – “a Era dos Extremos” – e foi pródiga em terror, destruição e morte. A banalização e indiferença aos riscos pôde agora, neste dezembro de 1997, ser presenciado na Cúpula das Nações Unidas em Kyoto onde se realizou a Conferência do Clima. A nação mais poderosa da terra e também a maior responsável pela poluição da emissão de dióxido de carbono (CO₂), na ordem de 1,4 bilhão de toneladas por ano (20% do total de 7,0 bilhões), os Estados Unidos – há também outros países –

resiste a aprovação da medida proposta de haver até o ano 2010 , a redução de 15% dos níveis de emissão do gás em 1990(Tuffani²²,1997). Sem dúvida o resultado mínimo que será aprovado, confirmará mais uma falácia, cujas expectativas serão as ruínas e as catástrofes. O “anjo” não vai se deslocar na ordem deste progresso para a sustentabilidade planetária e sim para a entropia, configurando o “capital da morte” e lembrando Freud , persiste o reino de Tanatos, e logo seremos “náufragos no espaço”. Como também alerta Benjamin (Tese VI): “ também os mortos não estarão em segurança se o inimigo vencer. E esse inimigo não tem cessado de vencer”(Benjamin³,1985).

“Pensa na escravidão e no grande frio

Que reinam nesse vale, onde ecoam lamentos.”

(Brecht, Ópera dos três vinténs)

“Minhas asas estão prontas para o vôo,

Se pudesse , eu retrocederia

Pois eu seria menos feliz

Se permanecesse imerso no tempo vivo.”

(Gerhard Scholem, Saudação do anjo).

Como pensar o futuro e outra era de civilização? Da prisão, Gramsci pode constatar em seus cadernos que:

“A crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo não consegue nascer: nesse interregno uma grande variedade de sistemas mórbidos aparece.”

Uma filosofia de futuro para superar a crise, a repetição, só pode ser concebida como uma filosofia da revolução, cuja praxis revolucionária no interior

desta história é romper a continuidade tanto linear, quanto o ciclo infernal do eterno retorno. A explosão da continuidade catastrófica, “o salto no céu livre da história” ou seja “o salto dialético, a Revolução tal como Marx a concebeu”(Matos¹³,1989).

A filosofia da praxis tem de portar o “**princípio da esperança**”, ser “messiânica”, ter a “categoria da possibilidade”, o “sonhar para adiante”, a antecipação, “a função utópica da consciência antecipadora” como foi prescrito por Ernst Bloch (Münster¹⁷,1993).

O conceito de utopia como o de esperança crítica tem por objetivo negar – “o espírito que nega” (Goette) – todas as relações sociais baseadas na alienação, na dominação e na opressão. Uma revolução ética, uma revolução das estruturas econômicas e da sociedade para garantir os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade com os objetivos da revolução socialista. Utopia como um *topos* da atividade humana orientada para o futuro da emancipação e reconstrução do homem genérico. “Tudo no mundo é movimento e gestação”. O princípio da esperança vai tomar como inventário gigantesco, toda a enorme síntese das imagens do desejo, dos sonhos, das figuras utópicas nascidas em todo o passado da história, da filosofia, da literatura, da arquitetura, da pintura, da música e dos contos de fada”(Münster¹⁷,1993).

A utopia está constante em todos os autores formuladores de praxis revolucionária do presente século. Desta forma, Lefebvre apud Gottdiener⁸,1993 na sua concepção de **praxis-sócio-espacial** (a qual pretende-se ampliar para **sanitária**), propõe dois modos fundamentais de raciocínio: **o utópico e o estratégico**. Importante compreender que não há pensamento sem utopia, sem exploração do possível e do que poderá ser e existir numa sociedade humanista. Também não existe pensamento sem haver referência a uma prática munida de intervenções e estratégias. A atividade radical prende-se a luta de classes que para ser realmente libertadora vai requerer uma praxis espacial para poder destruir o espaço abstrato. O impulso transformacional precisa localizar-se na apropriação

do espaço e apodera-se do valor de uso do espaço social, suprimindo a dominação e alienação concernente ao valor de troca ou mercantilização.

A transformação radical desta ordem capitalista vigente rejeita o gradualismo, o reformismo e concepções dogmáticas. Há de ocorrer o projeto do socialismo revolucionário num episódio histórico de **“transição de paradigma”** que será de abrangência mundial e de longa duração para realizar dupla socialização: tanto do poder político como da estrutura econômica.

Muito importante é a distinção que Mészáros¹⁴ (1995) faz entre capitalismo e capital, ao alertar que o objetivo, o alvo da transformação socialista é a superação do poder do capital. Pode-se suprimir o capitalismo mas continuar a engrenagem do capital, sem haver o fim da divisão social do trabalho, o desmantelamento do estado, da burocracia. Como chegar lá? Boaventura S. Santos²⁰ (1997) em seu livro **“Pela mão de Alice”** procura discutir os desafios perante as tantas perplexidades produzidas frente as desigualdades sociais, a ordem/desordem autoritária, a opressão social, as assimetrias sociais no interior de cada país. Volta a lembrar : “tudo o que é sólido se desfaz no ar” e para quem pensar (como ele) “que estamos a entrar num período de transição paradigmática” não pode esquecer que: “precisamos da utopia como do pão à boca”. Importa saber ler a realidade segundo “uma hermenêutica de suspensão” e é possível chegar a uma “pós-modernidade” de resistência. A exemplo de Walter Benjamin conclui que “ a verdadeira crise é continuar tudo como está”. Resta buscar a descontinuidade com a transformação desta sociedade por inteiro, mediante ação revolucionária.

Em outro ensaio: **“A queda do Angelus Novus”** , o autor acima referido retoma o pensamento benjaminiano, e vem discutir uma teoria para a urgente “mudança paradigmática”. Sua constatação:

“Vivemos num tempo sem fulgurações, um tempo de repetição. O grão de verdade da teoria do fim da história está em que ela é o máximo de consciência possível de uma burguesia internacional que vê finalmente o tempo transformado na

repetição automática e infinita do seu domínio. O longo prazo entra em colapso assim, no curto prazo, e este, que foi sempre a moldura temporal do capitalismo, permite finalmente a burguesia produzir a única teoria da história verdadeiramente burguesa, a teoria do fim da história. O total descrédito desta teoria não interfere em nada no seu sucesso enquanto ideologia espontânea dos vencedores. O outro lado do fim da história é o *slogan* da celebração do presente, tão cara às versões capitulacionistas do pensamento pós-moderno. A idéia de repetição é o que permite ao presente alastrar-se ao passado e ao futuro, canibalizando-os. Estamos perante uma situação nova?”(Souza Santos¹⁹,1997).

O autor citado também discute no texto o que seria “o fragmento de uma teoria da história”, retomando a parábola do Angelus Novus, para pensar a transformação social e a emancipação, reinventando o passado, buscando a capacidade de explosão, fulguração e redenção. Há que superar o apaziguamento intelectual, o conformismo, a passividade. Criar a capacidade de espanto e de indignação, com o aprofundamento das energias emancipatórias para deste modo chegar a uma nova teoria e nova prática inconformistas, desestabilizadoras, logo, rebeldes. A importância de se utilizar o que seriam as “**imagens desestabilizadoras**” arrancadas da realidade atual dos tantos sofrimentos e miséria contemporâneas. A busca destas imagens catadas do mundo seriam perfeitamente as “**situações gnosiológicas**” como são concebidas pelo educador Paulo Freire⁶,1975 para aprofundar a tomada de consciência das pessoas, chegar a consciência em si e para si na defrontação com o mundo, ou seja, com a realidade concreta. Isso vai exigir a inserção crítica (o espanto, a suspeição, a indignação), a reflexão e ações solidárias. O papel aqui do intelectual prático e orgânico e revolucionário no engendramento da praxis social (urbana-sanitária) transformadora.

Voltando a Boaventura Santos¹⁹(1997) outros elementos convincentes são o **partilhamento**, a busca de uma “Teoria da União” (incidida sobre o que pode mais unir do que separar), formando as coligações e alianças em todos os níveis:

local, nacional e transnacional. Espera-se ampliar as forças contra-hegemônicas e chegar a **“globalização contra-hegemônica”** ou **“cosmopolitismo”** assentado **“no caráter global e multidimensional do sofrimento humano”**. Para a exigência de se aprofundar a comunicação e a cumplicidade, sabendo que não há apenas só uma forma de conhecimento, mas a opção sempre será para aquela que cria imagens desestabilizadoras e a atitude do inconformismo. É colocado na ordem do dia a valorização do “conhecimento - emancipação” em detrimento do “conhecimento-regulação”. O que remete à conhecida “Tese sobre Feuerbach”, de Marx, que para chegar a sociedade humana ou humanidade social o que importa é a transformação do mundo pela praxis revolucionária.

“Em face disto, a orientação epistemológica para tornar possíveis a comunicação e a cumplicidade tem de passar pela revalorização da solidariedade como forma de conhecimento e pela revalorização do caos como dimensão da solidariedade” (Souza Santos¹⁹, 1997).

Outro ponto seria a **“hermenêutica dialógica”** proposta por Boaventura , com base na idéia que todas as culturas são incompletas, então o que importa “é maximizar a consciência da incompletude recíproca das culturas”, objetivo hermenêutico para os atores sociais sujeitos históricos. Uma outra orientação no sentido de obter um equilíbrio dinâmico entre as teorias de separação e as teorias de união, é uma orientação política portanto, para conceber o **“governo humano”** para superar as práticas fundamentalistas ou neo-tribais. A imagem desestabilizadora aqui deixada (pelo autor) é a imagem do *apartheid* global, das formas bárbaras de exclusão e de destituição, dos guetos e das segregações. Tal imagem daria a energia orientadora ao governo humano contra a vilania das correntes colonialistas e fascistas. Mais uma orientação é sugerida pelo autor para a guerra contra as desigualdades abissais, ao colapso ecológico, ao colonialismo do mundo da vida e tudo o mais, que será apoiar-se na doutrina do **“patrimônio comum da humanidade”** para se contrapor e lutar aos dois critérios básicos de

separação desta modernidade: “ a propriedade, em que se assenta o capitalismo mundial, e a soberania, em que se assenta o sistema interestatal”Souza Santos¹⁹(1997).

A idéia do patrimônio comum da humanidade reforça a dimensão utópica , messiânica e são arquétipos que reforçam as teorias de união para se fazer a travessia à terra dos homens sociais.

Acredita-se haver atingido os propósitos da Tese, quando nestas considerações finais chega-se aos elementos formadores de uma práxis sócio-espacial-sanitária. Delineia-se ,desta forma, que o projeto de cidade saudável será baseado na concretude da produção do espaço social e da produção da saúde coletiva.

Considerações estas que são dirigidas aos atores sociais ,visando reforçar e estimular o pensamento estratégico nas atividades dos serviços urbanos e sanitários. Retomar assim o sentido etmológico de saúde – *salute* – que é **salvação e conservação da vida**, mas para tal viabilidade, urgente e fundamental é processar a “transformação paradigmática”; a superação do reformismo e conservação da ordem do “capital patógeno” para um novo estágio civilizatório, que só pode ser o socialismo para consolidar concretamente a produção e reprodução do espaço social e da saúde coletiva.

“Existirá um critério enquanto houver – e não podemos negar que haja – , na Itália e no resto do mundo, opressores e oprimidos; prepotentes e impotentes, os demasiados fortes e os demasiados fracos, os que têm e os que não têm, os que se diferenciam e os que são ‘mais iguais’ aos outros, os discriminadores e os discriminados, os causadores de fome e os famintos, aqueles que se armam até os dentes e os indefesos, os causadores de terror (que não são somente os terroristas) e os aterrorizados.

Para sobreviver e olhar o futuro com confiança, um partido socialista precisa de grandes idéias. Mas não é necessário inventar nada de novo. Basta permanecer fiel à própria história” (Bobbio⁵,1987)

A superação das imensas disparidades sociais e como questão de sobrevivência e futuro terá de ocorrer a descontinuidade do sistema, o que faz o socialismo entrar na ordem do dia, e ter atualidade histórica e contingencial.

Se a palavra de ordem é a revolução social, a revolução como causa e como efeito, como se vai contribuir para a reforma sanitária ou para a reforma urbana sem cair no reformismo e conservação da ordem iníqua?

Henri Lefebvre¹⁰(1991) ao preconizar um “rumo à revolução cultural permanente”, vem afirmar que é a revolução que fará o “urbano” e não o contrário, porém na vida urbana, na luta pela cidade – sua conservação e renovação– para se fazer o universal ao direito à cidade, esses procedimentos é que irão oferecer condições e objetivos, saber prático, virtualidade e possibilidade a mais de uma ação revolucionária. A reforma como campo preliminar a prática social , ao agir coletivo ou à praxis transformadora. Aqui também se coloca a mesma discussão já realizada por Testa²¹(1995) ao traçar um “pensamento estratégico” aos grupos partidários da transformação social. Qual estratégia “para favorecer o acesso ao poder das forças sociais partidária da transformação social ou da saúde”? Será a tomada do poder ou a guerra de trincheira, noutras palavras o enfrentamento global ou aliança entre grupos e agentes da transformação. A saída está pelo uso alternativo de dupla estratégia conforme o momento e a situação histórica. É importante referenciar que ninguém vai “assaltar o palácio” – o poder, sem ter forças sociais formadas, ou seja, convertido os sujeitos históricos em atores históricos.

Nesta lógica a unidade local de saúde ou qualquer organização sanitária terá por objetivo a sua inovação e transformação:

Deve-se, isto sim, procurar definir uma organização que reconheça e incorpore um processo permanente de mudanças, com o objetivo de realizar os ajustes de estrutura, de acordo com as responsabilidades que o nível estadual vá assumindo na construção do SUS”(Sá¹⁸,1993).

Seja qualquer nível de governo ou construção de qualquer sistema, o que importa é ser uma autêntica organização comprometida com o processo de transformação social para:

“Transformar a saúde de um negócio particular em um problema público; enriquecer o ato médico, ou seja, a relação bilateral entre doente e terapeuta, com todas as implicações sociais e políticas ; reconhecer na doença, além do sofrimento pessoal e do desvio bio-social, o sinal de um conflito histórico entre homem,natureza e sociedade; intervir para resolver o caso clínico, mas também o fenômeno sanitário total... (Berlinguer⁴, 1983).

É claro que neste tipo de unidade de saúde, o seu corpo técnico sabe que falar de saúde -doença é uma forma que a população tem de expressar sua condição de vida, sua situação sócio-espacial, e também de compreender e constatar pela mediação do seu intelectual orgânico, que saúde-doença expressa as contradições vividas, que espelha as relações indivíduo-sociedade e que significa expressão de resistência de classe (Minayo¹⁵,1989).

Nesta unidade de saúde são vivenciadas as “imagens desestabilizadoras” trazidas das cenas corriqueiras do cotidiano das populações. A possibilidade de então elevar a indignação, a suspeição, pois:”Na dor do corpo o grito da vida”¹⁵. As imagens engendradas do sofrimento humano para ser colocado a esperança (princípio) , a utopia, a boa nova de um renascimento à emancipação humana e assim agilizar a formação de novos grupos de atores sociais à causa.

A emancipação da classe trabalhadora terá que ser processada e conquistada por ela próprio. É importante ela compreender que o direito à cidade , à saúde , enfim qualquer direito à uma digna condição humana :**“não pode ser nunca superior a estrutura econômica nem ao desenvolvimento cultural da sociedade por ela condicionado”**(Marx ¹²).

O sistema de saúde único, universal e igualitário como traz a atual Constituição Brasileira, o direito à cidade como está concebido por Lefebvre e que

serviu a abertura da introdução desta Tese (vide p. 1) estão muito acima, são superiores às condições de produção e reprodução do capital na sua fase de mundialização ou desta era do globalismo. Portanto só um novo começo.

“O começo, antes de tornar-se evento histórico, é a suprema capacidade do homem; politicamente, equivale à liberdade do homem. **Initium ut esset homo creatus est...**”(ARENDT², 1989).

7.1.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ADORNO, T. W. Educação após Auschwitz; trad. Aldo Anesti. In: COHN, G. Org. Sociologia. São Paulo, Ática, 1986.
- 2-ARENDT, H. Origens do totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo; trad. Roberto Raposo. São Paulo, Cia. das Letras, 1989.
- 3-BENJAMIN, W. Sobre o conceito da história. Trad. Sergio P. Rouanet. In: Obras Escolhidas: Magia e técnica, arte e política. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- 4-BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas; trad. Hanna A. Roterschild. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1983.
- 5-BOBBIO, N. Reformismo, socialismo e igualdade; trad. Rodrigo Naves. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 19: 12-25, 1987.
- 6-FREIRE, P. Extensão ou Comunicação? Trad. Rosiska D. de Oliveira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- 7-FREUD,S. O mal-estar na civilização;trad. José O. De aguiar Abreu. In: Os Pensadores. São Paulo, Abril Cultural, 1978.
- 8-GOTTDIENER, M. A produção social do espaço urbano. Trad. Geraldo G. de Souza. São Paulo, EDUSP, 1993.
- 9-KOTHE, F. R. Org. Walter Benjamin(Textos);trad. Flávio R. Kothe. São Paulo, Ática, 1985.
- 10-LEFEBVRE, H. A vida cotidiana no mundo moderno; trad. Alcides João de Barros. São Paulo, Ática, 1991.
- 11-LÖWY, M. A. Escola de Frankfurt e a modernidade; trad. Murilo M. de Moura. Rev. Novos estudos/CEBRAP, São Paulo, 32: 119-27, 1992.
- 12-MARX, K. Crítica ao Programa de Gotta. In: MARX, K.& ENGELS, F. Obras escolhidas. São Paulo,Ed. Alfa-Omega,s.d.v.2.

- 13-MATOS, O. C. F. Os arcanos do inteiramente outro: A Escola de Frankfurt, a melancolia e a revolução. São Paulo, Brasiliense, 1989.
- 14-MÉSZAROS, I. O marxismo hoje. Trad. João R. Martins Filho. Crítica Marxista, São Paulo, Brasiliense, 2: 129-37, 1995.
- 15-MINAYO, M. C. de S. & SOUZA, H. de O. Na dor do corpo , o grito da vida. In : COSTA, N. do R. et al. Demandas populares,políticas públicas e saúde. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1989. v.2.
- 16-MINISTÉRIO DA SAÚDE . Promoção da Saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.
- 17- MÜNSTER, A. Ernst Bloch: Filosofia da praxis e utopia concreta. São Paulo, Ed. UNESP,1993.
- 18-SÁ E. N. de C. & DIMITROV, P. Funções da Secretaria de Estado da Saúde no Sistema de Saúde (SUS) de São Paulo . Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, 02 (02): 3-20, 1993.
- 19-SOUSA SANTOS, B. de. A queda do Angelus Novus: para além da equação moderna entre raízes e opções. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 47: 103-24, 1997.
- 20-_____. Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade.2ª ed. São Paulo, Cortez, 1996.
- 21-TESTA, M. Pensamento Estratégico e lógica de programação: o caso da saúde; trad. Angela Maria Tigiwa. São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995.
- 22-TUFFANI, M. Conferência fixa meta contra aquecimento. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 nov. 1997. p.30

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, T. W. Educação após Auschwitz; trad. Aldo Anesti. In: COHN, G.

Org. Sociologia. São Paulo, Ática, 1986.

A EVOLUÇÃO do salário mínimo no Brasil. Folha de São Paulo, São

Paulo, 01 Mai.1996. 1,1.

AGUDELO, S. F. Saúde e imperialismo: a ação antimalárica na América

Latina; trad. Eliana Sabino. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO,

1984 (Textos de Apoio – Ciências Sociais,2).

AGUIRRE, L .P. O ano se foi e a pobreza ficou. In: Observatório da

cidadania: monitorando o desenvolvimento.Montevideu-Urugui,

Instituto de Tercer Mundo, 1997.

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80 : uma análise

crítica. Saúde e Sociedade , São Paulo, 5(1): 3-53, 1996.

ANDRADE, C. R. M. de. De Viena a Santos: Camillo Sitte e Saturnino de

Brito. In: ANDRADE, C. R. M. de. Org. Camilo Sitte: A construção

das cidades segundo seus princípios artísticos. São Paulo, Ática,

1992.

ANDRADE, M. C. Territorialidades, desterritorialidades, novas

territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local. In:

Santos, M. et al. Org. Território, globalização e fragmentação. São

Paulo, Hucitec/ANPUR, 1994.

ANJOS, M. D. dos . O processo de descentralização da gestão do Sistema

Municipal de Saúde de Florianópolis. Rio de Janeiro, 1996

[Dissertação de Mestrado-Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz]

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a

centralidade do mundo do trabalho. 2ª ed. São Paulo, Cortez ed.,

1995.

ARANTES, O. Urbanismo em fim de linha. A Folha de São Paulo, São Paulo, 05 set. 1993. 6,10.

_____ O lugar da Arquitetura depois dos modernos. São Paulo, EDUSP/Studio Nobel, 1993.

ARAÚJO, H. R. de A invenção do litoral: Reformas urbanas e reajustamento social em Florianópolis na Primeira República. São Paulo, 1989. (Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro/São Paulo, Forense/Salamandra, Ed.USP, 1981.

_____ Origens do totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo; trad. Roberto Raposo. São Paulo, Cia. das Letras, 1989.

A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL 1993. New York/USA, FNUAP, 1993.

AS MEGACIDADES e seus problemas. Folha de São Paulo, São Paulo, 04 fev. 1996. 3,2.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS – ABEP. Diversidades brasileiras:um olhar demográfico, FNUAP. São Paulo, 1996.

ATILA, A. R. Saneamento básico catarinense. Florianópolis, IOESC, 1991

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1993.

_____ Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1995. O trabalhador e o processo de integração mundial. Washington, D.C., 1995.

-
- Relatório sobre o desenvolvimento mundial.1996. Do plano ao mercado. Washington, D.C., 1996.
- BARROS FILHO, M. A. Contribuição ao estudo da mortalidade no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1979. [trabalho apresentado para concurso de Prof. Titular do Departamento de Saúde Pública da UFSC].
- BENJAMIN, W. Sobre o conceito da história. Trad. Sergio P. Rouanet. In: Obras Escolhidas: Magia e técnica, arte e política. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas; trad. Hanna A. Roterschild. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1983.
-
- O direito à vida e a ética da saúde; trad. Cláudio G. Couto. Rev. Lua Nova, São Paulo, 30: 121-43, 1993.
- BERLINGUER ,G. & GARRAFA, V. O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo; trad. Isabel R. Augusto. Brasília, Ed. UnB, 1996.
- BOBBIO, N. Reformismo, socialismo e igualdade; trad. Rodrigo Naves. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 19: 12-25, 1987.
-
- O futuro da Democracia: uma defesa das regras do jogo; trad. Marco Aurélio Nogueira. 6ªed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.
- BRAGA, J. C. de & PAULA, S. G. de Saúde e Previdência: estudos de Política Social. São Paulo, CEBES-Hucitec, 1981.
- BRASIL. Constituição 1988. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

- BUSS, P. M. & LABRA, M. E. Org. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 1995.
- CABRAL, O. R. Nossa Senhora do Desterro, Florianópolis, Lunardelli, 1979. v.1.
- _____ Medicina, médicos e charlatões do passado. Arq. Cat. Med., Florianópolis, 1977. (Edição Cultural, Nº1).
- _____ História de Santa Catarina. 3ª ed. Florianópolis, Ed. Lunardelli, 1987.
- CALDEIRA, T. P. do R. Enclaves fortificados: a nova segregação urbana. Rev. Novos Estudos-CEBRAP, S. Paulo, 47: 155-76, 1997.
- CANO, W. Notas sobre o imperialismo hoje. Crítica Marxista, São Paulo, Brasiliense, 1 (3) : 132-5, 1996.
- CARDOSO, F. H. & IANNI, O. Cor e mobilidade social em Florianópolis: Aspectos das relações entre negros e brancos numa comunidade do Brasil Meridional. São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1960.
- CARLOS, A. F. A natureza do espaço fragmentado. In: Santos, M. et. al. Org. Território, globalização e fragmentação. São Paulo, Ed. Hucitec/ANPUR, 1994.
- CARTA DA TERRA: da agenda à ação - Rio+5. Boletim da Rede de Defesa da Espécie Humana, 15 : 12, 1997.
- CASANOVA, P.G. O colonialismo global e a democracia; trad. Márcia C. Cavalcanti. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.
- CAVALIERI, P. F. Plano Diretor de 1992 da cidade do Rio de Janeiro: Possibilidades e limites da reforma urbana. In: Ribeiro, L. C. de O. & SANTOS, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.

CENTRO DE ESTUDOS , CULTURA E CIDADANIA – CECA Uma cidade numa ilha: relatório sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina. Florianópolis, Ed. Insular, 1996.

CHAUÍ, M. Ética e Universidade. Rev. Universidade e Sociedade, São Paulo, 8:82-7, 1995.

CHESNAIS , F. A mundialização do capital; trad. Silvana F. Foá. São Paulo, Xamã, 1996.

_____ Capitalismo de fim de século. In: Coggiola, O. Org. Globalização e socialismo. São Paulo, Xamã, 1997.

CHOMSKY, N. & DIETERICH, H. Los vencedores: una ironia de la História. México, Ed. Joaquín Moritz, 1996.

COELHO, A. R. Contribuição para o estudo dos Serviços Estaduais de Saúde Pública de Santa Catarina (1973-1979). São Paulo, 1980 [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

COGGIOLA, O. Org. Globalização e socialismo, São Paulo, Xamã, 1997.

I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Florianópolis, Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social. Saúde para todos, nov.1995, ed. especial.

X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Coleção de Relatórios sumários das Conferências Estaduais de Saúde. Brasília , Ministério da Saúde, agosto de 1996.

CONSULTA NACIONAL: Sobre a gestão do saneamento e do meio ambiente urbano, Florianópolis/SC, jun.-agos. 1994 Relatório. Florianópolis, PMF, 1994.

CORBIN , A. Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX; trad. Ligia Watanabe. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

- COSTA, N. do R. Lutas Urbanas e controle sanitário:origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis,Vozes/ABRASCO,1985.
- CRESCE exército de desempregados. Folha de São Paulo, São Paulo, 03 mai. 1996. 2,1.
- CRIANÇAS trabalhando. Folha de São Paulo, São Paulo, 28 out. 1997. 1,17.
- DALLARI, S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. Rev. Saúde Públ., S.Paulo, 25 (5): 401-05, 1991.
- _____. Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde. São Paulo, Hucitec , 1995.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia; trad. Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1996. v.3.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. Rev. USP, São Paulo, 17: 87-101, 1993.
- EVOLUÇÃO do rendimento mensal do brasileiro. Folha de São Paulo, São Paulo, 06 Out. 1996.
- FIORI, J. L. As palavras e as coisas. In: Os moedeiros falsos. 3ª ed. Petrópolis, R.J., Vozes, 1997.
- _____. A governabilidade democrática na nova ordem econômica. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 43: 157-72, 1995.
- FLORIANÓPOLIS. Lei Orgânica do Município de Florianópolis. Florianópolis, Câmara Municipal de Florianópolis, 1990.
- FORRESTER, V. O horror econômico. Trad. Álvaro Lorencini. São Paulo, ed. UNESP, 1997.

- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder ; trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- FRANÇA, S. B. A assistência médico-hospitalar no Brasil. Rev. Saúde em debate, 44: 140-19, 1994.
- FREIRE , P. Extensão ou Comunicação? Trad. Rosiska D. de Oliveira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização;trad. José O. de Aguiar Abreu. In: Os Pensadores. São Paulo, Abril Cultural, 1978.
- FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Carta de conjuntura. Rio Grande do Sul, jun. 1997. n 9.
- FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico 1991: Resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 1991. Nº 23, Santa Catarina.
- GARCIA, J.C. Estado e políticas de saúde na América Latina; trad. Eliana Sabino. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984.
- GESTÃO 1997 a 2.000. Plano de Ação da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social-SSDS de Florianópolis. Florianópolis, 1997.
- GOTTDIENER, M. A produção social do espaço urbano; trad. Geraldo G. de Souza. São Paulo. EDUSP, 1993.
- GUATTARI, F. Práticas ecosóficas e restauração da cidade subjetiva. Tempo Brasileiro, 116: 9-25, 1994.
- HARVEY, D. Condição pós-moderna. 2ª ed.; trad. Adail U. Sobral & Maria S. Gonçalves. São Paulo, Ed. Loyola, 1992.
- HEIMANN, L. S. et al. O município e a Saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.
- HOBBSAWM, E. Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991; Trad. Marcos Santarrita. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

- IANNI, O. A sociedade global. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1992.
- _____. Teorias da globalização. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.
- ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 jun. 1997. 1,14.
- JACCARD, R. As rapsódias do eu. In: O indivíduo-Entrevistas do Le Monde; trad. Sérgio Flaksman. São Paulo, Ática, 1989
- JAMESON, F. O pós-modernismo e a sociedade de consumo. In KAPLAN, E.A. Org. O mal-estar no Pós-modernismo: teorias e práticas; trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993.
- KALINA, E. & KOVADLOFF, S. As ciladas da cidade. São Paulo, Brasiliense, 1978.
- KOTHE, F. R. Org. Walter Benjamin (Textos); trad. Flávio R. Kothe. São Paulo, Ática, 1985.
- KUHNEN, A. Reciclando o cotidiano: Representações sociais do lixo. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 1995.
- LAGO, P. F. Santa Catarina: dimensões e perspectivas. Florianópolis, UFSC, 1978.
- LAURELL, A. C. Org. Estado e políticas sociais no neoliberalismo; trad. Rodrigo L. Contrera. São Paulo, Cortez, 1995.
- LAURELL, A. C. & ARELLANO, O. L. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal, for health. International Journal of Health Services, 26 (1): 1-18, 1996.
- LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo, EPU/EDUSP, 1985.
- LEFEBVRE, H. O Direito à Cidade; trad. Rubens E. Dias. São Paulo, Ed. Moraes, 1991.

- _____ De lo rural a lo urbano; trad. De J. G. Pueyo. 4ª Ed. Barcelona, ed. Península, 1978.
- _____ A vida cotidiana no mundo moderno; trad. Alcides João de Barros. São Paulo, Ática, 1991.
- LOJKINE, J. A revolução informacional; trad. José Paulo Neto. São Paulo, Cortez, 1995.
- LÖWY, M. A Escola de Frankfurt e a modernidade; trad. Murilo M. de Moura. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 32: 119-27, 1992.
- MACHADO, R. et al. Danação da norma: Medicina social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARICATO, E. Reforma Urbana: Limites e possibilidades. Uma trajetória incompleta. In: Ribeiro, L. C. de O. & Santos Júnior, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- _____ Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência. São Paulo, Hucitec, 1996.
- MARQUES, R. M. Globalização e Estados Nacionais. Rev. Crítica Marxista, São Paulo, 1 (3): 136-39, 1996.
- MARTINS, J. de S. A reprodução do capital na frente pioneira e o renascimento da escravidão no Brasil. Tempo Social, 6 (1-2): 1-25, 1994.
- _____ Org. Henry Lefebvre e o retorno à dialética. São Paulo, Hucitec, 1996.
- MARX, K. Crítica ao Programa de Gotta. In: MARX, K. & ENGELS, F. Obras escolhidas. São Paulo, ed. Alfa-Omega, s.d.v.2.

- MASCARENHAS, R. dos S. et al. Introdução a Administração Sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972. (mimeografado)
- MATOS, O. C. F. Os arcanos do inteiramente outro: A Escola de Frankfurt, a melancolia e a revolução. São Paulo, Brasiliense, 1989.
- MELLO JORGE, M. H. P. et al. Análise dos dados de mortalidade. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 5-25, 1997.
- MELLO JORGE, M. H. P. & LAURENTI, R. Acidentes e violência no Brasil—Apresentação. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 1–4, 1997.
- MENDES, E. V. et al. Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1993.
- MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Hucitec, 1996.
- MENEZES, L. C. Desenvolvimento urbano e meio ambiente: A experiência de Curitiba. Campinas, SP; Papirus, 1996.
- MÉSZAROS, I. A obra de Sartre: busca da liberdade; trad. L. Lourenço de Oliveira. São Paulo, ed. Ensaio, 1991.
- _____. O marxismo hoje. Trad. João R. Martins Filho. Crítica Marxista, São Paulo, Brasiliense, 2:129-37, 1995.
- MIGLIOLI, J. Globalização: uma nova fase do capitalismo? Rev. Crítica Marxista, São Paulo, 1 (3): 140-42, 1996.
- MINAYO, M.C. de S. & SOUZA, H. de O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. do R. et al. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1989. v.2.
- MINAYO, M. C. de S. et al. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.

- _____. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl.1): 07-18, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1996.
- _____. Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI, Brasília, 1: 93, jan/fev. 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, Morbidade Hospitalar do SUS, Florianópolis/SC. SIH/SUS, 1996.
- _____. identifica 7,5 mil novos casos de AIDS, Jornal do CONASEMS, Brasília, 34 : 8 - 9, agos. 1997.
- _____. Saúde no Brasil. Brasília/DF, 1997.
- MONTEIRO, C. A. Org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do País e de suas doenças. São Paulo, Ed. Hucitec/NUPENS/USP, 1995.
- MORAES, J. L. S. de O direito da saúde. Saúde em Debate, Londrina, PR, 51: 22-29, 1996.
- MÜNSTER, A. Ernst Bloch: Filosofia da práxis e utopia concreta. São Paulo, ed. UNESP, 1993.
- NACIONES UNIDAS: Informe de la Conferência de las Naciones Unidas sobre el medio ambiente y el desarrollo-Rio de Janeiro, 3-14 de Junio de 1992.
- NAÇÕES UNIDAS. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito, 1944. (Relatório).
- NAVARRO, V. Lucha de classes, Estado y Medicina; trad. Lucia Rayas. México, Ed. Nueva Imagen, 1984.
- _____. La Medicina bajo el capitalismo; trad. Jordi Beltran. Barcelona, Ed. Crítica-Grijalbo, 1979.

- NETTO, J. P. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo, Cortez, 1993.
- NORONHA, J. C. de & UGÁ, M. A. D. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, P. M. & LABRA, M. E. Org. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 1995.
- NUNES, E. D. Org. Juan César Garcia : pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez - Abrasco, 1989.
- OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA: monitorando o desenvolvimento. Montevideu-Uruguai, Instituto del Tercer Mundo, 1977.
- O DESEMPREGO no mundo. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 nov. 1996. 2,1.
- O MAPA DA FOME. DADOS. Programa RADIS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16, jul/agos. 1993.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La situación sanitária mundial: Informe sobre la salud en el mundo, 1995: reducir las desigualdades. Foro Mundial de la Salud, Ginebra, 1995. V.16, p.430-40.
-
- _____. Documento de consulta. Renovação da estratégia de Saúde para todos: elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde. OMS/OPS-Brasil e Fundação Oswaldo Cruz. Brasília/Rio de Janeiro, 1996.
- PASOLD, C. L. Estudo evolutivo da legislação sanitária catarinense e suas repercussões na estrutura dos serviços de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina: Período Republicano (até março/1975). São Paulo, 1978 [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- PELUSO JUNIOR, V. A. Estudos de Geografia Urbana de Santa Catarina. Florianópolis, Ed. da UFSC, 1991.

- PERES, L. F. B. Parecer sobre o Projeto substitutivo do Plano Diretor 1996, Florianópolis, UFSC, 1996. (xerografado).
- PESSOA, S. B. Sobre o estado sanitário dos habitantes dos distritos rurais da Ilha de Santa Catarina e algumas sugestões para sua melhoria. (Relatório apresentado à Câmara Júnior de Florianópolis, Florianópolis, 1961).
- PIMENTA, L. F. & PIMENTA, M. de C. A. Parecer sobre as propostas de Plano Diretor para o Distrito-Sede do Município de Florianópolis, Florianópolis, UFSC, 1996 (xerografado).
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Plano Municipal de Saúde 1993-1997. Florianópolis, 1993. (xerografado).
- RATTNER, D. Programa Nacional de Saúde da American Public Health Association (APHA) para os Estados Unidos (Guia da APHA para o debate da reforma da assistência à saúde. Saúde em Debate, Londrina - PR, 40: 54-9, 1993.
- RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Cairo, set. de 1994.
- RELATÓRIO SOBRE O DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Rio de Janeiro/Brasília, IPEA-PNUD, 1996.
- RIBEIRO, L. C. de Q. Reforma Urbana na Cidade da Crise: balanço teórico e desafios. In: Ribeiro, L. C. de O. & Santos Júnior, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- _____. Rio de Janeiro: cidade partida. Rev. Novos Estudos-CEBRAP, S. Paulo, 45: 167-82, 1996.
- RIBEIRO, L. C. de Q. & CARDOSO, A. L. Da cidade à nação: gênese e evolução do urbanismo no Brasil. In: RIBEIRO, L. C. de &

- PECHMAN, R. Org. Cidade, povo e nação: Gênese do urbanismo moderno. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1996.
- RIZZO, P. M. B. Do urbanismo ao planejamento urbano: utopia e ideologia: caso de Florianópolis de 1950 a 1990. Florianópolis, 1993. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Santa Catarina].
- RODRIGUES, B. de A. Fundamentos de Administração Sanitárias. 2ª ed. Brasília, Centro Gráf. Senado Federal, 1979.
- ROLNIK, R. Planejamento Urbano nos anos 90: Novas perspectivas para velhos temas. In: Ribeiro, L. C. de O. & Santos Júnior, O. A. dos. Org. Globalização, fragmentação e reforma urbana. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1994.
- ROLNIK, R. & SAULE JÚNIOR, N. Habitat II-assentamentos humanos como tema global. In: Bonduki, N. Org. Habitat: as práticas bem-sucedidas em habitação, meio ambiente e gestão urbana nas cidades brasileiras. São Paulo, Studio Nobel, 1996.
- ROSEN, G. A evolução da Medicina Social; trad. Everaldo D. Nunes. In: NUNES, E. D. Org. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
- _____. Uma História da Saúde Pública; trad. Marcos F. da Silva Moreira. São Paulo, Ed. UNESP, Hucitec e Abrasco, 1994.
- SACHS, I. Desafios urbanos do século XXI: a cidade, os cidadãos e o ecodesenvolvimento. Tempo Brasileiro, 116:71-84, 1994.
- SADER, E. & GENTILI, P. Org. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.
- SÁ E. N. de C. & DIMITROV, P. Funções da Secretaria de Estado da Saúde no Sistema de Saúde (SUS) de São Paulo. Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, 02 (02): 3-20, 1993.

SANTA CATARINA (Estado). Constituição do Estado de Santa Catarina.

Florianópolis, Assembléia Legislativa/IOESC, 1989.

_____. Plano Estadual de Saúde. Florianópolis,

Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 1994.

SANTA CATARINA (Estado). Plano Básico de Desenvolvimento

Ecológico-Econômico. Florianópolis, Secretaria de Estado do

Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente – SDM & Associação

dos Municípios da Região da Grande Florianópolis, jun.1996

_____.Desenvolvimento Humano no Brasil:

Parâmetros para o Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Gerência

de Estatística e Informática (GEINF) - Secret. da Saúde.

Florianópolis, 1996.

_____.Perfil epidemiológico–mortalidade,

1980-1995. Gerência de Estatística e Informática (GEINF) - Secret.

do Estado da Saúde. Florianópolis, 1996.

_____.Índice de Desenvolvimento Social dos

municípios. Florianópolis, Secretaria do Desenvolvimento Urbano e

Meio Ambiente-SDM. Florianópolis, 1997.

SANTOS, M. Espaço e sociedade . Petrópolis , Vozes, 1979.

_____. A urbanização brasileira. São Paulo , Hucitec, 1993.

_____. Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-

científico-informacional. São Paulo, Hucitec, 1994.

_____. Por uma Economia Política da cidade: O caso de São

Paulo. São Paulo, Hucitec/Educ., 1994.

_____. A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção.

São Paulo, Hucitec, 1996.

SANTOS, S. C. dos. Nova História de Santa Catarina. 3ª ed.

Florianópolis, Ed. Terceiro Milênio, 1995.

- SÃO THIAGO, P. E. de Promovendo Saúde & Ensino: A medicina que aprendi, exerci e ensinei. Florianópolis, Ed. da UFSC, 1996.
- SARTRE, J. P. Em defesa dos intelectuais; trad. Sérgio G. de Paula. São Paulo, Ática, 1994.
- SARTRE, J. P. O engajamento da beleza; trad. Maria de Lourdes Porto. s.n.t.
- SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SSDS, Plano Municipal de Saúde 1993/1997. Florianópolis, 1993.
- SINGER, P. Um mapa da exclusão social no Brasil. In : Passetti, E. et al. Modernidade, globalização e exclusão. São Paulo, Ed. Imaginário, 1996. p. 75-9.
- SOJA, E. W. Geografias Pós-Modernas: A Reafirmação do Espaço na Teoria Social Crítica; trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993.
- _____. O desenvolvimento metropolitano pós-moderno nos EUA: virando Los Angeles pelo avesso; trad. Antonio de Padua Danesi. In: SANTOS, M. et al. Território, globalização e Fragmentação. São Paulo, Hucitec, 1994.
- SOUSA SANTOS, B. de. A queda do Angelus Novus: para além da equação moderna entre raízes e opções. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 47: 103-24, 1997.
- _____. Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1996.
- SOUZA, M. de L. Mortalidade Materna em Florianópolis, Santa Catarina, 1975 a 1979-Obituário hospitalar. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- SPOSATI, A. Desejo de São Paulo. Rev. Novos Estudos/CEBRAP, São Paulo, 45: 183-208, 1996.

- STYCER, M. As principais decisões da Habitat 2. Folha de São Paulo, São Paulo, 15 jun. 1996. 3,5
- TERRIS, M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo Veintiuno ed., 1980.
- TESTA, M. Pensamento Estratégico e lógica de programação: o caso da saúde; trad. Angela Maria Tigiwa. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995.
- _____. Análises de instituições hipercomplexas. In: MERHY, E, E. et al. Org. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires, Hucitec & Lugar editorial, 1997.
- THE WHITE HOUSE DOMESTIC POLICY COUNCIL. The President's Health Security Plan, New York, Times Books, 1993.
- TRABALHO SEM FUTURO, futuro sem trabalho. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 de nov. 1997. P. 30.
- TUFFANI, M. Conferência fixa meta contra aquecimento. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 nov. 1997. p.30
- VEIGA, E. V. da Florianópolis: Memória urbana. Florianópolis, Ed. da UFSC e Fund. F. Cascaes, 1993.
- VIEIRA, S. Indústria de alta tecnologia: reflexos da reserva de mercado e do neo-liberalismo em Florianópolis. Florianópolis, Imprensa Universit. da UFSC, 1996.