

UNIVERSIDADE F
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

ANEIRO

UMA INTERPRETAÇÃO GEOGRÁFICA DO ACESSO
A RECURSOS SOCIAIS: A SAÚDE EM COPACABANA

LEILA CHRISTINA DIAS CARVALHO

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA DA U.F.R.J. COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIA.

Rio de Janeiro
maio - 1980

RES
0375

F I C H A C A T A L O G R Á F I C A

CARVALHO, LEILA CHRISTINA DIAS

Uma Interpretação Geográfica do Acesso a Recursos Sociais: A Saúde em Copacabana [Rio de Janeiro] 1980.

XI , 155p. 29,7 cm (Instituto de Geociências-UFRJ, M.Sc., Programa de Pós-Graduação em Geografia, 1980).

Tese - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Geociências.

1. Estado de saúde da população materno-infantil - Copacabana. 2. Acesso aos serviços de saúde materno-infantil - Copacabana. I - IG/UFRJ II - Título (série).

Ao Marcos,
pelo companheirismo incondicional

A G R A D E C I M E N T O S

À Bertha Koiffmann Becker, orientadora e amiga que sempre estimulou nosso desempenho profissional, agradeço com especial ênfase o apoio recebido para que esta tese chegasse a ser concluída.

Um agradecimento especial à socióloga Celia Bertone, amiga e companheira, pela sua valiosa colaboração prestada em diversas etapas da pesquisa.

À equipe composta pelos ex-alunos e mestrandos Elaine C. Bosco, Elizabeth D. Cardoso, Jorge A. Hemerly, Luís A. Freire, Maria Cristina S. Santos, Ricardo A. Paixão, Rosângela A. Vilela, Tereza C. G. Goes e Washington Abrantes, agradeço a seriedade e eficiência que demonstraram no trabalho de campo.

Agradeço, ainda, a Ana C. Lacorte, Dr. Peter Licornick, Sergio M. de Oliveira e Zilda Elias, que contribuíram em diferentes etapas da pesquisa.

À Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nas pessoas de Eduardo O. M. Fialho, Hélio L. Magalhães e Marilourdes L. Ferreira, agradeço o auxílio inestimável no processamento dos dados.

A todas as famílias que nos permitiram entrar um pouco em suas vidas, obrigada.

R E S U M O

O presente estudo procurou analisar o acesso da população a recursos sociais, tomando como exemplo a saúde materno-infantil e destacando que: a expressão geográfica é reflexo e condicionante do processo social; a diferença entre os grupos sociais corresponde uma diferença na oferta de atendimento médico; saúde e doença não estão primordialmente relacionados a oferta de atenção médica.

Como área de estudo selecionou-se o bairro de Copacabana; localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, o bairro concentra uma população de maior poder aquisitivo constituindo-se, numa área privilegiada em termos de disponibilidade de recursos sociais. Por outro lado, Copacabana acolhe também população de outros grupos sociais apresentando fortes contrastes em espaços limitados, o que facilitou a análise da acessibilidade aos recursos pelas diversas categorias sociais.

Verificou-se que o bairro de Copacabana efetivamente expressa e atua no processo de estratificação social da cidade. O espaço diferenciado, a imbricação entre formas "velhas e novas", expressando o seu processo de formação contribui, na verdade, para a manutenção de um processo de estratificação social interno e que lhe dá individualidade na cidade do Rio de Janeiro.

O nível de renda monetária, expresso fisicamente entre bairros e favela, afeta o estado de saúde da população, quer através das condições de alimentação e de moradia, que se manifesta em tipos próprios de doença, quer através da determinação dos níveis de acesso aos serviços de saúde.

A renda familiar mensal de Cr\$ 25.000,00 em 1979, definia um limiar abaixo do qual a população favelada utiliza o "posto" de saúde próximo ou os hospitais da Previdência Social localizados junto ao centro da cidade; a população dos quarteirões desloca-se a distâncias maiores - o centro de saúde é substituído pelas clínicas populares localizadas nos subúrbios. Rendas familiares aproximadamente, entre Cr\$ 25.000,00 e Cr\$ 88.000,00, relacionam-se a crianças, bem como gestantes e parturientes, que utilizam tanto a assistência particular, como os planos de saúde e a Previdência Social localizados basicamente na zona sul. Finalmente, rendas familiares superiores a Cr\$ 88.000,00 usufruem de serviços particulares especializados, e de grupos médicos por convênio de grandes empresas no próprio bairro de Copacabana.

Í N D I C EPÁG.

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I - UM REFERENCIAL PARA ANÁLISE	09
o A partir da disponibilidade de um recurso social	09
o A partir da saúde	14
o A saúde materno-infantil	21
o As questões decorrentes	25
CAPÍTULO II - O "LUGAR" COPACABANA	34
o A partir de uma perspectiva histórica	34
o Um espaço diferenciado: quarteirões e favela	47
CAPÍTULO III - O ACESSO À SAÚDE EM COPACABANA	70
o A partir do estado de saúde da população	70
o Os serviços de saúde	79
o O acesso aos serviços de saúde	90
CONCLUSÃO	115
BIBLIOGRAFIA	118
APÊNDICES: (1) Procedimento da Pesquisa	128
(2) T a b e l a s	148

<u>L I S T A D E T A B E L A S</u>	<u>PÁG.</u>
1. População residente no Rio de Janeiro e em Copacabana no período de 1920-1960	40
2. Distribuição dos edifícios por quarteirões e por época de construção	48
3. Tempo de residência dos moradores em Copacabana e na atual moradia por local de residência	56
4. Problemas de saúde segundo renda familiar mensal (%) - crianças menores de 5 anos - Quarteirões	73
5. Problemas de saúde segundo renda familiar mensal (%) - crianças menores de 5 anos - Favela	73
6. Problemas de saúde segundo renda familiar mensal (%) - crianças de 5 a 12 anos - Quarteirões	74
7. Problemas de saúde segundo renda familiar mensal (%) - crianças de 5 a 12 anos - Favela	74
8. Problemas de saúde da população infantil segundo deficiências na alimentação (%) - Favela	78
9. Problemas de saúde da população infantil segundo condições de moradia (%)	78
10. Gastos em saúde por Ministérios - Cr\$ 1.000,00	82
11. Leitos hospitalares e habitantes/leito - particulares, públicos e próprios do INAMPS - em duas unidades espaciais - zona sul e suburbana	89
12. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - crianças menores de 05 anos - Favela	100
13. Tipo de assistência médica segundo setor de atividade do chefe da família (%) - crianças menores de 01 anos - Favela	100

PÁG.

14. Tipo de assistência médica segundo local de atendimento (%) - crianças menores de 05 anos - Favela	101
15. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - mulheres - parto - Favela	102
16. Tipo de assistência médica segundo setor de atividade do chefe da família (%) - mulheres - parto - Favela	102
17. Tipo de assistência médica segundo local de atendimento (%) - mulheres - parto - Favela	103
18. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - crianças menores de 05 anos - Quarteirões	104
19. Tipo de assistência médica segundo setor de atividade do chefe da família (%) - crianças menores de 05 anos - Quarteirões	104
20. Tipo de assistência médica segundo local de atendimento (%) - crianças menores de 05 anos - Quarteirões	105
21. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - mulheres - parto - Quarteirões	106
22. Tipo de assistência médica segundo setor de atividade do chefe da família (%) - mulheres - parto - Quarteirões	106
23. Tipo de assistência médica segundo local de atendimento (%) - mulheres - parto - Quarteirões	107
24. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - crianças de 05 a 12 anos - Favela	148

25. Tipo de assistência médica segundo setor de ati <u>vi</u> vidade do chefe da família (%) - crianças de 05 a 12 anos - Favela	148
26. Tipo de assistência médica segundo local de aten <u>ti</u> vimento (%) - crianças de 05 a 12 anos - Favela	149
27. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - mulheres - pré-natal - Favela	149
28. Tipo de assistência médica segundo setor de ati <u>vi</u> dade do chefe da família (%) - mulheres - pré-na- tal - Favela	150
29. Tipo de assistência médica segundo local de aten <u>ti</u> vimento (%) - mulheres - pré-natal - Favela	150
30. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - crianças de 05 a 12 anos - Quarteirões..	151
31. Tipo de assistência médica segundo setor de ati <u>vi</u> dade do chefe da família (%) - crianças de 05 a 12 anos - Quarteirões	151
32. Tipo de assistência médica segundo local de aten <u>ti</u> vimento (%) - crianças de 05 a 12 anos - Quarteirões.	152
33. Tipo de assistência médica segundo renda familiar mensal (%) - mulheres - pré-natal - Quarteirões	152
34. Tipo de assistência médica segundo setor de ati <u>vi</u> dade do chefe da família (%) - mulheres - pré-na- tal - Quarteirões	153
35. Tipo de assistência médica segundo local de aten <u>ti</u> vimento (%) - mulheres - pré-natal - Quarteirões	153
36. Tipo de assistência médica por razão da escolha (%) - crianças menores de 05 anos	154

37. Tipo de assistência médica por razão da escolha(%)
 · crianças entre 05 e 12 anos 154
38. Tipo de assistência médica por razão da escolha(%)
 mulheres - pré-natal 155
39. Tipo de assistência médica por razão da escolha(%)
 - mulheres - parto 155

<u>L I S T A D E F I G U R A S</u>	<u>PÁG.</u>
1. Área de estudo	29
2. Contribuição percentual dos componentes da taxa de crescimento demográfico da cidade do Rio de Janeiro (período 1920-1965)	39
3. Favela do Pavão - Pavãozinho	52
4. Local de nascimento dos chefes de família por zona urbana e rural	58
5. Origem da população migrante	59
6. Mobilidade residencial da população	63
7. Local de atendimento - consulta ao pediatra - crianças menores de 5 anos	108
8. Local de atendimento - consulta ao pediatra - crianças entre 5 e 12 anos	109
9. Local de atendimento - pré-natal	110
10. Local de atendimento - parto	111

I N T R O D U Ç Ã O

Acredito que uma introdução adequada a esta tese, seja aquela que procure reproduzir sua trajetória. Tornar explícitos os caminhos percorridos, as opções abandonadas, é para mim de grande importância, visto ser esta pesquisa fruto do engajamento num novo campo de estudo. Por um lado, se o contato com o novo é sempre muito atrativo, é também cheio de dificuldades e incertezas. E é assim, que tentarei expor a escolha do caminho trilhado, ainda que as razões do abandono de certas posições teóricas e metodológicas nem sempre possam ser, no momento atual, corretamente justificadas.

Como tentativa inicial de definir um tema para estudo, optei pela chamada Geografia do bem-estar social, mais especificamente pela Geografia urbana e social.

• Contido nesta opção, havia todo um interesse voltado para os crescentes problemas urbanos que afetam diretamente milhões de seres humanos nas grandes cidades brasileiras. Problemas que se agravam, inclusive, pelo fato de que na alocação de recursos, o "social" torna-se instrumento dos imperativos econômicos. Assim, segundo Lucio Kowarick :

"não se pensa em educação ou em sistema previdenciário, em função de benefícios sociais, como também não se equaciona a política salarial em função das necessidades do bem-estar da população"¹.

Nas grandes cidades concentra-se a riqueza produzida no país; nas grandes cidades cada vez mais se concentra a população, atraída pela oportunidade de empregos e multiplicidade de serviços que elas oferecem; paradoxalmente, nas grandes cidades se concentram surtos epidêmicos indicadores de condições de vida insatisfatórias para a população. Em que medida a população das metrópoles usufrui igualmente dos serviços aí implantados? Em que medida varia o seu estado de saúde?

Tais são os tipos de questões que se considera relevantes para estudo, especialmente num país como o Brasil cuja população cresce a taxas elevadas e não usufrui com equidade dos frutos do crescimento econômico.

Para tanto, contudo, deparou-se com a dificuldade de encontrar, na Geografia, uma base teórica adequada para análise. A adoção dos conceitos relacionados à Geografia do bem-estar social, parecia, à primeira vista, ser capaz de gerar um maior conhecimento sobre as condições em que vivem nossas populações.

Conceitua-se usualmente bem-estar social por critérios ou componentes básicos. Segundo o Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social (UNRISD) são eles: nutrição, moradia, saúde, educação, lazer, segurança, estabilidade, meio físico e renda excedente. Uma outra relação, proposta por Smith, a partir de uma revisão da literatura so-

bre indicadores e problemas sociais, coincide com a das Nações Unidas nos itens moradia, saúde, educação, renda e lazer e introduz outros critérios tais como emprego, ordem social e participação social².

Na medida em que esses critérios relacionam-se ao atendimento das necessidades básicas da população sugerem uma alternativa de conduzir o estudo, permitindo uma abordagem geral do problema a partir da compreensão das relações entre os diversos componentes da realidade.

Associado ao conceito de bem-estar social, encontra-se a concepção de alguns autores de que a Geografia deve ligar-se a desigualdades, desde que desigualdade representa diferença, e o foco da Geografia é certamente a diferenciação espacial³. Nesta lógica, seleciona-se um certo número de indicadores a partir dos quais se torna possível a mensuração quantitativa da variação espacial do bem-estar social.

Verifica-se, assim, que o objetivo de grande parte dos estudos efetuados no campo da Geografia Social, é estabelecer uma definição operacional do bem-estar social, copilar os dados necessários para determinar o grau e a regularidade das variações espaciais e colocar essas observações sob forma numérica e cartográfica, seja a nível internacional, intra-nacional ou intra-urbano. A resultante de tal procedimento é, via de regra, uma análise descritiva de indicadores territoriais sociais⁴.

Em estudo recente sobre a questão educacional Fred Gray critica este enfoque afirmando ser ele ;

"essencialmente descritivo e, por sua própria natureza, trabalha somente com os resultados superficiais de processos estruturais mais profundos"⁵.

Nesta linha crítica outros trabalhos vêm demonstrando a limitação dos indicadores sociais. Como reconhecem Ana Clara Ribeiro e Isabel Picaluga,

"a limitação diz respeito muito mais à incapacidade de, através de indicadores descortinar-se a estrutura social de qualquer formação social. Os indicadores sociais não permitem que se visualize a estrutura de classes e a relação existente entre elas; não permitem a compreensão de que essa estrutura e essas relações de classes significam o próprio modo de produção capitalista, e que sua manutenção enquanto tal é imprescindível à sua reprodução"⁶.

Desta forma, bem-estar social deve ser entendido como um termo bastante ambíguo que, ao conter vários outros (nível de vida, qualidade de vida, satisfação social e padrão-de-vida) pretende congrega todas as coisas que contribuem para a qualidade da existência humana. A adoção deste enfoque certamente obscurece mais do que elucida a compreensão da realidade, impedindo que se questionem os agentes geradores das desigualdades sociais.

Em contraposição a este tipo de abordagem, Harvey não se limita aos tradicionais indicadores do bem-estar, e aponta a necessidade de conhecer os mecanismos geradores de desigualdades entre diferentes grupos sociais que constituem uma sociedade, identificando "o comando dos indivíduos sobre os recursos escassos da sociedade" como base desse mecanismo.

O autor considera a cidade, como um sistema gigantesco de recursos, a maioria dos quais construídos pelo homem. Este sistema, por sua vez, está localizado territorialmente no sentido de que a maioria dos recursos que se pode utilizar num sistema urbano, não se encontra em todas as partes e, por conseguinte sua disponibilidade depende da acessibilidade e da proximidade ao usuário⁷.

objetivo

É nesta concepção que se insere a proposta central deste estudo, qual seja, a de analisar o acesso da população aos serviços de saúde, tomando como exemplo a categoria mater-no-infantil, categoria das mais expressivas das condições de vida de uma população.

área de estudo

Como área de estudo selecionou-se o bairro de Copacabana; localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, o bairro concentra uma população de maior poder aquisitivo constituindo-se, numa área privilegiada em termos de disponibilidade de recursos sociais. Por outro lado, Copacabana acolhe também população de outros grupos sociais apresentando fortes contrastes em espaços limitados, o que facilita a análise da acessibilidade aos recursos pelas diversas categorias sociais.

O Capítulo I apresenta o referencial teórico e a definição e formulação das principais questões do estudo, ao lado de aspectos do procedimento da análise.

O Capítulo II, trata especificamente da área de estudo, focalizando o processo histórico que originou o atual espaço diferenciado, expressão da heterogeneidade social ali contida.

No Capítulo III, identifica-se o estado de saúde da população, a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde.

Finalmente, uma conclusão sumariza os resultados do estudo e indica caminhos para o seu aprofundamento. Com o objetivo de não quebrar o ritmo da exposição, colocaram-se em anexo, os detalhes do procedimento da pesquisa, o questionário e tabelas.

N O T A S

- 01 - KOWARICK, Lucio. Estratégias do Planejamento Social no Brasil. Cadernos CEBRAP nº 2, São Paulo, 1976, p.28.
- 02 - Ambas as relações estão citadas em COATES, B. E. et alii. Geography and Inequality. Oxford University Press, 1977, p. 9 - 17.
- 03 - IBID, p.6.
- 04 - Exemplo típico desta abordagem é encontrado em CANT, R. G. Territorial indicators and national planning: a report on country studies in Thailand and the Philippines. Economic bulletin Asia and the Pacific. Vol. XXVII, nº 2, dec. 1976.
- 05 - GRAY, Fred. Radical Geography and the study of education. Antípode. A Radical Journal of Geography vol.8, nº 1, March 1976, p. 39.
- 06 - RIBEIRO, Ana Clara Torres e PICALUGA, Isabel Fontenelle. Algumas reflexões críticas sobre a questão dos indicadores sociais. Centro de Estudos e Ação Social. Salvador, junho/1976 (mimeo).

CAPÍTULO I

A PARTIR DA DISPONIBILIDADE DE UM RECURSO SOCIAL

Admitir que as formas espaciais só podem ser adequadamente interpretadas à luz do funcionamento da sociedade, rompe definitivamente com explicações geográficas tradicionais restritas a descrição do espaço, que não conseguem evidenciar que a expressão geográfica é basicamente reflexo e condicionante do processo social. Esta expressão geográfica, ou o espaço, se define, segundo Milton Santos:

"como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções" (1).

Nesta perspectiva, a cidade surge como expressão espacial das Instituições Sociais de serviços essenciais à vida da população, por ex., escolas ou hospitais. E, se ao nível dessas instituições persistem as desigualdades distributivas de educação ou saúde, a resultante é também uma desigualdade na produção desses serviços no espaço urbano. Ora, se a distribuição espacial desses serviços é desigual, eles não

serão igualmente usufruídos pelo conjunto da população. Daí, ter Harvey conceituado tais serviços vitais à população, como recursos da sociedade. Diz ele:

"Existe uma profusão de razões teóricas pa-
esperar um desequilíbrio considerável na a-
cessibilidade aos recursos num sistema urba-
no. Existem também boas razões teóricas pa-
ra antecipar que este desequilíbrio frequen-
temente agirá em favor do rico e em detri-
mento do pobre"(2).

O comando dos indivíduos sobre os recursos escassos da sociedade representa a sua renda real, e tem como determi-
nantes: (1) a acessibilidade às oportunidades de emprego e aos serviços; (2) a proximidade às externalidades negativas.

Tal concepção, atribue significado totalmente diver-
so ao que vem sendo dado à disponibilidade de recursos.

De uma maneira geral, os trabalhos geográficos que versam sobre a disponibilidade dos serviços num sistema urbano o fazem, predominantemente pela ótica da oferta. A questão que norteia tais estudos é: como localizar os serviços afim de maximizar seu uso e minimizar os custos?

A ênfase principal tem sido dirigida para os concei-
tos de eficiência e equidade. Eficiência locacional é frequen-
temente conceituada nos termos ótimos de Pareto. Assim, um con-
junto de localizações é dito como eficiente, se nenhuma adapta-
ção adicional ao conjunto possa ser feita, que torne qualquer

uma melhor, sem tornar qualquer outra pior. Já a definição de equidade é mais difícil de ser encontrada na literatura uma vez que requer julgamentos subjetivos com respeito a um sistema de valor moral, não obstante alguns modelos normativos considerarem-na como implícita³.

Verifica-se assim que os critérios utilizados para a distribuição dos recursos estão muitas vezes apoiados em análises do tipo custo-benefício, "pairando no ar" uma preocupação pelo bem estar da população. Contudo se o objetivo central fosse o dos direitos mínimos do ser humano, o critério seria sem dúvida, a "necessidade", o que na prática não ocorre. Além disso, conforme salienta Anne Buttimer,

"Este procedimento só seria justificável se: a) cada indivíduo tivesse liberdade de escolha (i.e., nenhuma restrição de custo, preferência, etc.); b) cada indivíduo escolhesse de acordo com normas "racionais" do Homo Economicus; c) o "sistema" potencialmente provísse uma ampla gama de serviços necessários à população urbana"⁽⁴⁾.

Desta forma, ao se pensar na questão dos serviços de saúde, é importante romper com uma perspectiva que privilegia a ótica da oferta e analisar a questão também sob a ótica da demanda.

Nesse sentido é relevante citar, a título de exemplo, a orientação de três trabalhos que versam sobre a localização dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que procuram analisar a acessibilidade da população a tais serviços:

"a) hierarquização dos centros com base no equipamento existente nos hospitais; b) a-

valiação da capacidade potencial de atendimento dos centros hospitalares, através da relação habitantes por leito"⁵.

"estimativa da média de população servida por médicos a partir da divisão do número de clínicos cujos consultórios estavam localizados dentro de um raio de uma milha do centro da área considerada pela população residente na área"⁶.

"estudo do relacionamento entre hospitais e uma dada população a partir da computação da distância entre as residências de consumidores potenciais e o provedor mais próximo de um determinado nível de serviço"⁷.

O primeiro ponto em comum nesses três trabalhos é o fato de lidarem com estimativas, com consumidores em potencial e não com a população que efetivamente utiliza os serviços de saúde. A partir de uma análise quantitativa (quantas pessoas podem teoricamente utilizar os serviços), esses trabalhos voltam-se mais uma vez para o grau de eficiência na distribuição espacial desses serviços, com a preocupação central de viabilizá-los economicamente.

Da mesma forma, pressupõem que a população escolha seus serviços uniformemente, não fornecendo nenhuma indicação sobre as razões que podem levá-las a escolher um ou outro serviço. Parece claro que as variações de desejos, aspirações e necessidades da população, não são enquadradas dentro de modelos dedutivos ou ajustadas a comprometer os custos econômicos.

Além disso, parecem esquecer que a questão do acesso das populações aos serviços de saúde no interior de uma mes

ma sociedade, depende da estrutura de grupos sociais aí existentes. Segundo Michael Dear:

"é necessário abandonar as análises de padrões de equilíbrio e a elegância confortável dos modelos de programação. Ao invés disso, devemos dirigir nossa atenção para o impacto humano da localização do serviço - quem obtém o que, e como?"⁸.

Trata-se, agora, de distinguir dois tipos de acesso. Acesso espacial e acesso social. O primeiro tipo refere-se à distância da população que demanda o atendimento médico. Esta distância pode ser medida tanto em termos físicos (distância em km) como em termos relativos (tempo de viagem). Acesso social refere-se a possibilidade de acesso da população aos serviços sob o ponto de vista da sua estratificação em grupos sociais, interferindo aí, o custo do atendimento (serviço público x serviço privado) e do tipo de cobertura institucional da população (Previdência Social, planos de saúde).

Fica, assim, evidente a necessidade de considerar os dois tipos de acesso, porque em outras palavras, de que adianta a um indivíduo estar fisicamente próximo de um hospital com a presença de pessoal bem qualificado se está ao mesmo tempo impedido de utilizá-lo por não ter como arcar com os custos do atendimento ou não ser portador de um seguro de saúde.

Propõe-se, pois uma abordagem que considere não uma população ideal, mas sim a que realmente utiliza o serviço, entendendo que este acesso não deve ser somente visto na sua dimensão física, mas também e principalmente na sua estratificação pelos diferentes grupos que constituem uma sociedade. Signi

fica que se deseja considerar não apenas o acesso no sentido locacional, mas sim no sentido social, contribuindo para o conhecimento do modo pelo qual a população comanda os recursos escassos da sociedade.

Em outras palavras, tenta-se romper com a visão locacional, que se considera estreita, substituindo-a por uma visão que encara o espaço em seu conteúdo social.

A PARTIR DA SAÚDE

A maneira como se define ou se explica a saúde de uma população tem variado historicamente e espacialmente. Depende de uma visão teórica do que seja a saúde e a doença e seu significado a nível individual e coletivo.

Já no início da era cristã (150 D.C.) Galeno definia saúde como:

"a condição de perfeito equilíbrio e perfeita harmonia do ser humano"⁹.

Para a Organização Mundial de Saúde (1946) o conceito refere-se a:

"um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença"¹⁰.

Ambas as conceituações parecem criar dificuldades na medida em que: (1) abordam o indivíduo isoladamente e não como membro de uma sociedade; (2) esquecem as especificidades

de certos lugares e de certas épocas, e (3) na definição da OMS aparece o termo "bem-estar", cuja ambiguidade, objeto de discussão anterior, obscurece mais do que elucida a compreensão de qualquer campo da realidade.

Na tentativa de encontrar uma definição mais adequada, que esclareça a problemática a que se refere o termo, depara-se com a seguinte argumentação de George Rosen:

"O termo saúde, quer se refira à boa ou a má, designa um estado dinâmico de um organismo resultante da interação de fatores internos e ambientais que se dá em um cenário espaço-temporal"¹¹.

Nesta definição são encontradas três noções fundamentais para a compreensão do fenômeno saúde. A primeira mostra a relação das doenças com o mundo que nos cerca.

"Nosssas doenças e acidentes refletem de várias formas o mundo em que vivemos, o que fazemos nele e com ele"¹².

A doença surge como fenômeno social, fenômeno específico que possui determinadas etiologia, incidência e prevalência que devem ser estudadas de acordo com idade, sexo, profissão e outros fatores ligados à estrutura de uma sociedade.

Espaço e tempo são noções igualmente importantes. A inciência e prevalência das doenças não são aespaciais nem a-temporais, mas veriam de época para época e de lugar para lugar.

Tais concepções não são novas, mas só aparecem claramente articuladas no século XVIII. Um breve referencial histórico auxilia a tarefa de romper com um tipo de enfoque que considera o homem e seus problemas fora do contexto social.

Assim, observa-se que na sociedade medieval, os cuidados com a saúde, ao lado de outros cuidados de cunho assistencial (órfãos, viúvas, desocupados), estavam restritos no âmbito da Igreja.

"Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão... E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna"¹³.

O hospital não representava a possibilidade da cura das doenças, mas sim o abrigo para os mais necessitados. Ao mesmo tempo, protegia a sociedade de uma população pobre, portadora de doenças e por isso mesmo considerada como perigosas.

É a partir do início da Idade Moderna que o Estado começa, paulatinamente, a se envolver na responsabilidade de manter e recuperar a saúde das populações. Este crescente envolvimento estatal pode ser explicado pelo surgimento do capitalismo comercial, que ao destituir a ordem feudal ampliou consideravelmente o número de necessitados¹⁴.

É, entretanto, a partir da revolução industrial que se intensifica a participação do Estado nos custos relativos a manutenção da saúde da população.

"Os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas o proletariado mas também as classes dominantes. Em primeiro lugar, elas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais. Em segundo lugar, as más condições de vida e de saúde deveriam reduzir significativamente a produtividade do trabalho. E, em terceiro lugar, a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem constituída"¹⁵.

Surge, então, no final do século XVII o hospital como instrumento terapêutico¹⁶. Não representava mais um lugar onde os pobres iam para morrer mas sim um lugar onde os doentes podiam se curar.

Aparece neste momento a clara consciência de que o estado de saúde é também dependente das relações do homem com o meio social. Uma série de relatórios sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Inglaterra confirmavam que a pobreza e a enfermidade formam um círculo vicioso; que homens e mulheres adoeciam porque eram pobres, ficavam mais pobres porque estavam doentes e mais doentes porque eram mais pobres. Sugeriam assim, que as condições sociais e econômicas exerciam um efeito importante sobre a saúde e a doença¹⁷.

Tais idéias foram cristalizadas em 1848 quando da concepção da medicina como ciência social, e estavam apoiadas em três princípios:

"1) A saúde de um povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social... 2) As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica... 3) Devem ser to

mas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas"18.

Não está excluída nesta concepção, a valiosa contribuição das novas descobertas no campo das doenças infecciosas e dos processos bacteriológicos tais como: as descobertas de Pasteur e Koch no campo da medicina bacteriana, as de Ross na etiologia da malária, as de Reed sobre a febre amarela. Se por um lado, essas descobertas tiveram um papel de destaque por acenarem com uma perspectiva de cura das doenças, por outro lado, permitiram que se associasse, cada vez mais, fatores exógenos ao estado de saúde das populações.

Não é, portanto, recente, a concepção de que a saúde e a doença são fenômenos causados em grande parte pela forma como se dá a inserção dos indivíduos na sociedade. Tal postura é entretanto oposta àquela da Organização Mundial de Saúde, formalizada na teoria do "círculo vicioso" entre saúde, trabalho, alimentação, instrução e saúde. Para tal agência, é inverso o ponto de partida - a má saúde é que traz o subdesenvolvimento:

"Há muitas provas para confirmar que o subdesenvolvimento econômico é, em grande medida, consequência do predomínio, em muitas partes do mundo, de doenças que podem ser prevenidas. Esta é a razão porque o caminho direto para a melhoria da vida dos homens é o da atividade no campo da proteção da saúde pública"19.

Esta argumentação sugere que, para o rompimento do círculo, seriam suficientes medidas voltadas para a profilaxia das doenças. Esquece um dado histórico importante, qual

seja o de que na Europa do século XIX a diminuição da mortalidade dependeu mais da melhoria das condições de vida do que dos progressos da ciência médica. E o que é mais grave, como afirma Giovani Berlinguer em relação ao Terceiro Mundo:

"... esquece as causas comuns quer das deficiências sanitárias, quer do subdesenvolvimento, isto é, a dependência material e cultural do estrangeiro, os sistemas injustos e arcaicos de propriedade da terra, o atraso na instrução e a distribuição desigual das riquezas e das possibilidades de saúde e de bem-estar..."²⁰.

A partir desta citação pode-se dizer, que a supervalorização de soluções puramente sanitárias obscurece mais do que elucida a verdadeira compreensão do estado de saúde de uma população. Considerar, por exemplo, que a atenção médica esteja igualmente disponível para qualquer grupo social, é uma abstração teórica capaz de gerar graves erros de interpretação. Conforme salienta George Rosen:

"A doença não somente tem uma relação causal com a situação econômica e social dos membros de uma determinada população, como os cuidados médicos oferecidos também refletem a estrutura de uma sociedade, em particular suas estratificações e divisões de classe"²¹.

Assim, desde a antiguidade até os dias atuais, certos grupos sociais tem seus privilégios em relação à doença e à saúde, confirmando que a diferença entre os diferentes grupos corresponde uma diferença na definição e oferta de atenção médica.

Ainda que sob outro ângulo, esta atenção médica é também objeto de análise por parte de Ivan Illich. Ao introdu

zir o conceito de medicalização, o autor questiona a verdadeira importância da medicina contemporânea sem prevenir e curar enfermidades. Esta medicalização, consiste na absorção pela medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual, desde os recém-nascidos até a velhice, independentemente de existirem ou não sintomas de doenças²².

Quando introduz a questão da igualdade de acesso aos serviços de saúde, Illich argumenta que a busca da igualdade significaria somente igualar o acesso às ilusões geradas pelos profissionais de saúde. Contudo quando se refere aos países subdesenvolvidos, admite uma preocupação pela igualdade de acesso nas seguintes bases:

"Afim de prover uma igualdade de acesso a uma medicina de qualidade uniforme nos países pobres, há que se interromper a maioria das formas de ensino e de exercício da profissão médica.... Se a prioridade fosse voltada para a equidade nos países pobres e os serviços restritos a uma medicina simples e efetiva, as populações seriam encorajadas a participar da desmedicalização do moderno cuidado a saúde e a desenvolver práticas de auto-cuidado para proteger seus países da iatrogênese social"²³.

Ainda que Ivan Illich possa ter levado longe demais sua crítica, seu trabalho recoloca mais uma vez a questão da contribuição dos serviços de saúde para a melhoria da saúde da população.

Conclui-se assim, que um estudo do acesso das populações aos serviços de saúde não pode prescindir de uma análise que considere: (1) saúde e doença como fenômenos determinados socialmente; (2) a disponibilidade ou não de serviços de

saúde adequados aos diversos Grupos de população; (3) a influência dos serviços de saúde nas condições de saúde da população.

A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Na seção anterior procurou-se discutir a questão da saúde de uma maneira global. No entanto é consenso que, na atualidade, a atenção médica apresenta-se subdividida em especialidades e compartimentada por cuidados específicos a certos grupos populacionais. Como prioritário surge o grupo "materno-infantil", fenômeno que vem ocorrendo em nível internacional e nacional, certamente pela importância que possui como base da reprodução da força de trabalho.

Acresce o fato de que o estado de saúde da população infantil constitui, sem dúvida, um termômetro para avaliar as reais condições de vida de uma população. Pelo seu caráter prioritário nas políticas governamentais de saúde, a população materno-infantil — base da reprodução da força de trabalho — representa também um termômetro para a análise do "que" e "como" o Estado provê os serviços de saúde. No caso de Copacabana, estas medidas são ainda mais expressivas, considerando a sua situação privilegiada em relação a cidade e ao país.

Ao lado da malária, da tuberculose e das doenças venéreas, a saúde materno-infantil aparece como prioritária nos programas da Organização Mundial de Saúde²⁴. A nível nacional verifica-se que:

"Considerado em seu sentido mais amplo, o grupo materno-infantil (mulher em idade fértil, gestante, parturiente, criança e adolescente) abrange cerca de 70% da população total do país. A importância biológica e sócio-econômica do grupo em pauta levou o Ministério da Saúde a destacá-lo como de prioridade para efeito das ações integradas de saúde de interesse coletivo"²⁵.

Emerge daí um privilegiamento a partir de três ordens de fatores: o tamanho da população envolvida, sua importância biológica e sócio-econômica. Torna-se necessário aqui, explicitar o que se entende por saúde materno-infantil.

"Os serviços de saúde materno-infantil devem vincular-se ao cuidado da criança, a cada aspecto da existência infantil, e a todas as coisas que dizem respeito à criança incluindo a família e especialmente a mãe. Devem ser tanto curativo como preventivo; devem cuidar do bem-estar físico, mental e social; e devem incluir nutrição, planejamento familiar e educação no seu sentido mais amplo"²⁶.

A partir desta definição, evidencia-se a abrangência deste campo de estudo que, ao incluir aspectos biológicos, sociais e psicológicos, apresenta-os de maneira um tanto vaga e imprecisa. Mais uma vez, consideram-se pessoas isoladas e não como membros de uma sociedade, não são sugeridas distinções entre lugares e entre épocas e continua-se privilegiando a noção de bem-estar.

Entretanto, colocando o problema numa outra perspectiva, George Rosen argumenta que:

"... a ênfase dada por uma determinada sociedade a um estágio particular do desenvolvimento biológico no que diz respeito à saúde depende de fatores sociais e cultu-

rais atuantes em uma determinada época. Na Europa medieval, a infância terminava mais ou menos entre seis e sete anos e o indivíduo era então considerado adulto. A concepção de infância emergiu gradualmente durante os séculos XVII e XVIII²⁷.

Desta forma, a exclusão de uma perspectiva espaço-temporal cria as mesmas dificuldades anteriormente discutidas na parte referente à saúde. É não reconhecer, que a atenção médica, enquanto atividade social, entrelaça-se, de formas e graus diversos, com a estrutura da vida comunitária de que faz parte²⁸.

Mais uma vez transfere-se para o âmbito materno-infantil aquela teoria do "círculo vicioso" tão enfatizada pela Organização Mundial de Saúde. Assim, encontram-se argumentações como esta:

"... muitos casos de desnutrição infantil se poderiam evitar se as mães soubessem como utilizar seus poucos recursos alimentares e se dessem ao luxo de implantar um pouco mais de higiene no ambiente doméstico"²⁹.

É assim, que por um lado, insiste-se em romper o círculo no nível sanitário, e por outro lado, atribui-se ao comportamento dos mais pobres a causa da sua própria condição de pobreza.

Este tipo de enfoque, ou seja, de que a transformação que deve ocorrer é a dos comportamentos, das atitudes, não é recente. Boltanski, ao analisar o nascimento da puericultura, ocorrido no final do século passado na Europa, observa que

assim como a difusão do pensamento sobre a instituição escolar e a instituição médica, o pensamento sobre a puericultura:

"... é solidário a toda uma ideologia da ordem e da desordem, da civilização e da selvageria e por isso mesmo, uma representação particular das classes populares e seu destino"³⁰.

Marília Marques ao comentar Boltanski destaca que:

"o comportamento civilizado é o da regularidade, da ordem, da disciplina; ...da correta utilização dos poucos recursos financeiros; da disciplina na reprodução biológica. O comportamento selvagem, é marcado pela desordem, pela irregularidade, pela indisciplina; ...predomina a decadência moral e física..."³¹.

Assim, o que a autora ressalta, é a atualidade desta ideologia reformadora apregoada pelas primeiras obras de divulgação da puericultura, e apresentada até hoje pela literatura especializada. Isto contudo não a impede de considerar o papel extremamente importante das conquistas científicas a favor da proteção materno-infantil e a utilidade dos serviços médicos à saúde deste grupo. O que está em jogo é a relação entre a atenção médica e as reais necessidades da população³².

O tipo de análise sugerido, então, para o caso do estudo do acesso das populações aos serviços de saúde, parece também adequado à categoria materno-infantil, ou seja o do acesso ao recurso.

AS QUESTÕES DECORRENTES

As considerações efetuadas até agora atuaram como diretrizes para este estudo, na medida em que demonstraram a relevância ou não de certas orientações teóricas. Ao mesmo tempo, suscitaram algumas indagações, que apontam para a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o acesso da população materno-infantil aos serviços de saúde.

Alguns pressupostos básicos, extraídos do referencial teórico, deram portanto origem a um grupo de questões que nortearão o presente trabalho.

O primeiro pressuposto é que a expressão geográfica é reflexo e condicionante do processo social. A partir desta concepção do que seja o espaço, coloca-se a primeira questão: Em que medida Copacabana expressa e influe no processo de estratificação social da cidade do Rio de Janeiro?

No que se refere à saúde propriamente dita, pressupõe-se que saúde e doença são fenômenos determinados socialmente, havendo uma relação causal com a situação econômica e social dos membros de uma população. A partir daí origina-se a seguinte questão: Como se relaciona o estado de saúde da população com as condições de renda das famílias?

Pressupõe-se que a oferta de atenção médica não se dá igualmente para todos os grupos sociais: a diferença entre

os grupos sociais corresponde uma diferença na oferta de atendimento médico. Assim, a terceira questão refere-se a: A que grupos sociais correspondem os diferentes tipos de assistência médica?

Finalmente, pressupõe-se que saúde e doença não estão primordialmente relacionados a oferta de atenção médica, o que oriunda a última indagação: Em que medida o acesso aos serviços de saúde influi nas condições de saúde da população materno-infantil?

A par destas indagações, com o objetivo de concretizar uma análise sobre o acesso aos serviços de saúde, deveria ainda ser decidido que segmento do espaço urbano e que procedimentos seriam adotados para estudo.

O segmento escolhido foi o bairro de Copacabana, localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. Tal escolha deveu-se a duas ordens de razão: a primeira diz respeito ao fato de que grande parte dos recursos sociais que se pode utilizar na cidade do Rio de Janeiro, estão aí localizados ou próximos ao bairro. Como afirma Gilberto Velho.

"Copacabana... de lugar relativamente isolado, passou a ser uma espécie de outro "centro" da cidade, onde todas as pessoas vão para fazer compras, "divertir-se" e, cada vez mais, trabalhar. Muitos profissionais transferiram seus escritórios, consultórios etc. do centro da cidade para ali"³³.

É de se supor, então, que a Copacabana constitua para seus moradores, uma área privilegiada no que se refere a

disponibilidade e portanto à acessibilidade espacial aos recursos sociais.

Ao admitir que o acesso não deve ser somente visto na sua dimensão física, mas também e principalmente na sua estratificação pelos diferentes grupos sociais, uma segunda razão para a escolha de Copacabana era a necessidade de se buscar uma área heterogênea em relação ao seu conteúdo social.

Ao lado dos apartamentos de "luxo", dos apartamentos pequenos e de quarto e sala, ainda encontram-se na Copacabana cerca de 2.900 barracos distribuídos entre 5 favelas³⁴.

Tendo Copacabana preenchido os requisitos considerados básicos para a concretização do estudo, tornava-se necessário optar por procedimentos que possibilitassem por um lado, a análise da oferta dos serviços de saúde e por outro lado a demanda a partir da população que realmente utiliza esses serviços.

Para tanto decidiu-se combinar dados de diversas naturezas: (1) qualitativos, oriundos de depoimentos de médicos ligados ao setor materno-infantil; (2) secundários, provenientes da Secretaria Municipal de Saúde para verificar os tipos e a distribuição dos serviços; (3) primários, obtidos em pesquisa de campo, relativos às características sócio-econômicas, o estado de saúde e o acesso da população aos serviços de saúde.

A pesquisa de campo foi sem dúvida um instrumento valioso para este estudo. Em primeiro lugar possibilitou uma análise a partir da população que efetivamente utiliza os servi

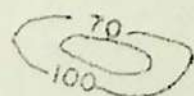
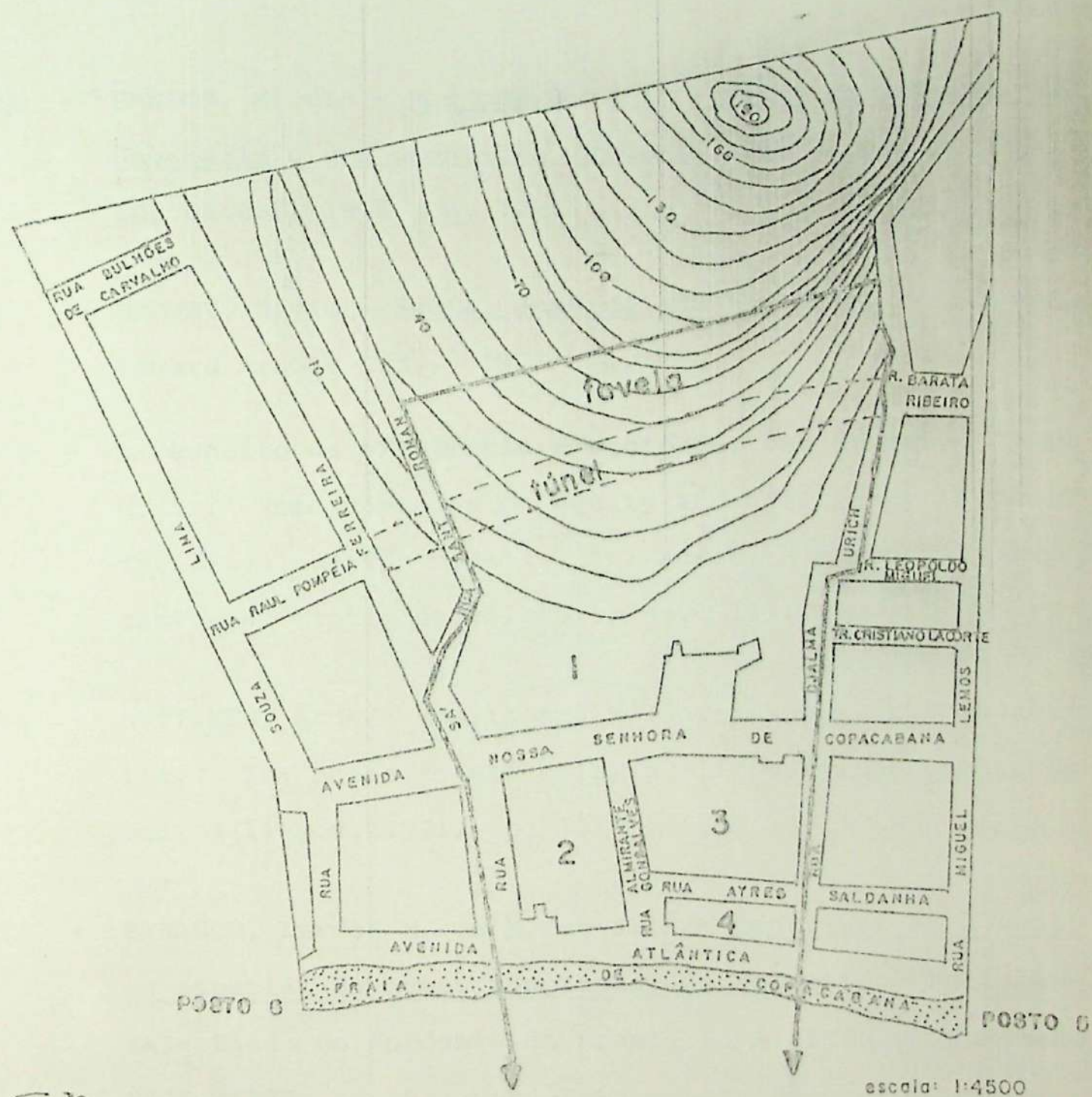
ços, analisando o comando de recursos por grupos sociais. Em segundo lugar, permitiu um aprofundamento, em questões que muitas vezes não são consideradas por falta de informações disponíveis ou então o são de maneira um tanto superficial a partir de dados secundários.

Tendo a escolha recaído facilmente sobre Copacabana "uma cidade dentro da cidade"³⁵, com uma população de 239.256 habitantes em 1970, restava decidir que trecho seria selecionado para a pesquisa de campo, considerando a impossibilidade de se cobrir, num estudo de detalhe, todo o bairro.

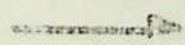
Depois de algumas visitas a Copacabana e combinando observações com a literatura existente sobre a área, foi selecionado para estudo um segmento, que inclui no sentido longitudinal desde a Av. Atlântica, na orla marítima, trechos das ruas Aires Saldanha, Av. Nossa Senhora de Copacabana, até as favelas do Pavão e Pavãozinho, situadas na encosta montanhosa, e no sentido latitudinal, trechos das ruas Djalma Ulrich, Almirante Gonçalves e São Ferreira (Figura 1).

No apêndice deste trabalho são apresentadas uma descrição detalhada dos procedimentos ligados à pesquisa de campo e o questionário utilizado.

FIGURA 1 AREA DE ESTUDO
COPACABANA POSTO 5,5



CURVAS DE NÍVEL



DELIMITAÇÃO DA ÁREA ESTUDADA

2

NUMERAÇÃO DOS QUARTERÕES

N O T A S

- 01 - SANTOS, Milton - Por uma Geografia Nova: da Crítica da Geografia a uma Geografia Crítica. São Paulo, HUCITEC, Ed. da USP, 1978 - p. 122.
- 02 - HARVEY, David - Social Justice and the city - London, Edward Arnold Ltd., 1973 - p. 71.
- 03 - A respeito da eficiência e equidade, ver SYMONS, John G. Jr. Some comments on equity and efficiency in public facility location models. In: Acess to essencial public services. Antipode vol. 3(1) nov. 1971.
- 04 - BUTTIMER, Anne - Health and Welfore: Whose responsibility? In: Acess to essencial public services. Antipode vol. 3(1) nov. 1971, p. 33.
- 05 - STRAUCH, Lurdes M. de M. et alii - Contribuição à análise espacial do setor hospitalar do Nordeste. Fortaleza - Banco do Nordeste do Brasil S. A. ETENG, Fundação IBGE, 1977, p. 9.
- 06 - BARNETT, J. R. Race and physician location: trends in two New Zealand urban areas. New Zealand Geographer, vol. 34(1), 1978. p. 2.

- 07 - SHANNON, G. W. et alii. A method for evaluating the geographic accessibility of health services. The Professional Geographer, Vol. XXVII, number 1, 1975, p.30.
- 08 - DEAR, Michael J. - A paradigm for public facility location theory. Antipode, vol. 6(1), 1974, p. 50.
- 09 - Citado em MELLO, Carlos G. de - Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo - CEBES - HUCITEC, 1977, p. 16.
- 10 - IBID, p. 16.
- 11 - ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro. Edição Graal, 1979. p. 47.
- 12 - IBID, p. 50.
- 13 - FOUCAULT Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro - Edições Graal, 1979. p. 101-102.
- 14 - SINGER, Paul et alii. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1978. p. 17.
- 15 - IBID, p. 21.
- 16 - FOUCAULT Michel - op. cit. p. 99.
- 17 - Os relatórios de CHADWICK e NEUMANN são os citados por MELLO, Carlos G. de - op. cit. p. 14 e 15.

- 18 - ROSEN, George - op. cit. p. 81 - 85.
- 19 - L. SCHEEL, presidente da IV Assembléia Nacional de Saúde, citado por BERLINGUER, Giovanni. Medicina e Política. CERES-HUCITEC, 1978 - p. 91.
- 20 - BERLINGUER, Giovanni - op. cit. p. 96.
- 21 - ROSEN, George - op. cit. p. 55.
- 22 - ILLICH, Ivan. Medical Nemesis. The Expropriation of Health. Pantheon Books, a division of Random House Inc., New York, 1976.
- 23 - IBID, p. 240.
- Iatrogenese social refere-se a prática médica que encoraja as pessoas a se tornarem consumidoras da medicina curativa, preventiva e industrial.
- 24 - Citado em WILLIAMS, Cicely D. e JELLIFFE, Derrick B., Mother and child health, delivering the services. London, Oxford University Press - Toronto, New York, 1972, p. 22.
- 25 - Anais da V Conferência Nacional de Saúde, 1975 - citado em MARQUES, Marília B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: Saúde e Medicina no Brasil; contribuição para um debate - Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978 - p. 121.
- 26 - WILLIAMS, Cicely D. e JELLIFFE, Derrick B. - op. cit. p. 74:

- 27 - ROSEN, George - op. cit. p. 58.
- 28 - IBID, p. 58.
- 29 - F. Lobato citado por MARQUES, Marília B.; op. cit. p. 141.
- 30 - L. Boltanski, IBID, p. 140
- 31 - IBID, p. 141.
- 32 - IBID, p. 141 - 142.
- 33 - VELHO, Gilberto - A utopia urbana. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1973, p. 27 - 28.
- 34 - Informação da V Região Administrativa - Serviço Social Regional.
- 35 - GEIGER, Pedro P. - Evolução da Rede Urbana Brasileira, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, Rio de Janeiro, 1963 - p. 175.

... O ...

CAPÍTULO II

A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

"Copacabana, princezinha do mar". É assim, como na letra de uma canção popular, que o bairro de Copacabana foi e continua a ser "vendido" à população carioca, brasileira e até mesmo estrangeira.

Na promoção da "venda" desta estreita faixa de terra de 5,2 km², localizada na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, foram utilizados, ao longo do tempo, tanto elementos concretos do quadro natural, quanto elementos simbólicos, que iam desde o da "felicidade" até o mais recente símbolo de "status".

Já em 1894, um relatório da Cia. Jardim Botânico, que estendia suas linhas de bonde até Copacabana, descrevia a área da seguinte forma:

"É incontestável que as duas praias de Copacabana e Arpoador são dotadas de um clima esplêndido e salubre, beijadas constantemente pelas frescas brisas do oceano Dentro de um lustro, aqueles desertos do Saara - como o qualificaram, se converterão em grandes povoações, para onde afluirá, de preferência a população desta cidade" ¹.

É predominantemente a partir da década de 40, que o bairro é "vendido" nos suplementos de imóveis dos jornais nos seguintes moldes:

"Paraíso a beira-mar", "Seja feliz em Copacabana", "More como gente bem - em Copacabana", "Não negue a sua família o direito de morar em Copacabana" etc" 2.

Essas potencialidades naturais ou simbólicas, tão enfatizadas em diferentes momentos do tempo, têm como pano de fundo uma dada situação sócio-histórica. É assim que Copacabana deve ser analisada: um lugar, resultado de ações do presente e do passado, locais e extralocais³.

Não se almeja aqui, apreender todas as ações que possam ter contribuído para a atual estruturação espacial do bairro. Pretende-se, apenas, buscar compreender a produção do espaço de Copacabana, expresso pela quantidade e diversidade dos recursos sociais aí existentes e pela heterogeneidade social da população que aí reside. Na medida em que recursos e população não existem independentemente, esta tarefa auxilia, assim, a análise do acesso desta população aos serviços de saúde.

A ocupação de Copacabana é bem recente e tem como marco a inauguração do Túnel Alaor Prata, em 06 de julho de 1892, perfurado no Morro do Barroso que ligava o bairro de Botafogo a Copacabana.

Neste momento (final do século XIX), assiste-se a uma grande ampliação do espaço urbano carioca, ampliação esta condicionada, por um lado, pela função de capital política exercida pelo Rio desde 1763, mais tarde fortalecida como capital de um país independente, e por outro lado pela função de capital econômica da mais rica região agrícola do país, base de sua economia exportadora, constituída pelo Vale do Paraíba e a

Zona da Mata Mineira. Acrescente-se aí uma terceira função, qual seja a portuária, fortalecida quando o porto do Rio passa a escoar o café produzido no Estado do Rio, em Minas e no sul do Espírito Santo, áreas estas que se ligavam à cidade graças ao advento das ferrovias.

A modificação do espaço urbano neste período, acompanhou a expansão capitalista que se processava no Brasil em geral. Na cidade, tal expansão expressava-se: pelo fortalecimento da atividade comercial; pelo desenvolvimento de novas técnicas (abertura de túneis), possibilitando a incorporação de novos sítios e pelo privilegiamento de certas áreas, no que se referia a aplicação de um capital nacional ou estrangeiro. Desta forma,

"O capital nacional, proveniente de grande parte dos lucros da aristocracia cafeeira, dos comerciantes, industriais e financistas, passou a ser aplicado em propriedades imóveis, nas áreas servidas pelas linhas de bonde. Já o capital estrangeiro, teve condições de se multiplicar, pois controlava as decisões sobre que áreas seriam servidas por bondes e onde deveriam ser criados novos bairros (neste caso em associação com empresas nacionais), além de ser responsável pela provisão de infra-estrutura urbana" ⁴.

É assim que tem início o "fenômeno" Copacabana, cujo espaço, marcado por uma ocupação primordialmente elitista, espelhava a coadunação de interesses nacionais e estrangeiros. A primeira linha de bonde inaugurada em 1892 pela Cia. Jardim Botânico (empresa americana), que se estendia até a atual rua Siqueira Campos foi estendida dois anos depois em direção ao Leme e ao Posto Seis, favorecendo a integração de Copacabana ao espaço urbano carioca.

Este processo de possibilitar ou facilitar a ocupação de Copacabana pelas classes mais abastadas, estimulado pelo capital imobiliário, financeiro e comercial, prossegue no século XX através da inauguração do Túnel do Leme (atual Túnel Novo), da construção e pavimentação da Avenida Atlântica e da dotação quer pelas empresas concessionárias de serviços públicos quer pelo próprio poder público, de obras de infra-estrutura, saneamento e embelezamento. Tal situação é oposta àquela existente nas áreas suburbanas, onde coube ao capital industrial a dotação de infra-estrutura e a criação de novas áreas industriais⁵.

"A evolução da forma urbana carioca no decorrer do período 1906-1930 reflete em grande parte, as contradições existentes no sistema político-econômico do país àquela época. De um lado, os Governos da União e do Distrito Federal, representando os interesses e a ideologia da oligarquia cafeeira, tentam dar continuidade ao processo de ocupação da zona sul e de embelezamento das 'áreas nobres' da cidade Por outro lado, e sem qualquer apoio oficial, as indústrias se multiplicam no centro e em São Cristóvão e começam a se expandir em direção aos subúrbios, criando novas áreas" ⁶.

Assim é que, em contraposição ao que ocorria na zona sul da cidade,

"O espetáculo dos arredores suburbanos é... caso para decepção. Aí... não existem pre-
paros, tudo é deitado à rua por falta de es-
gotos" ⁷.

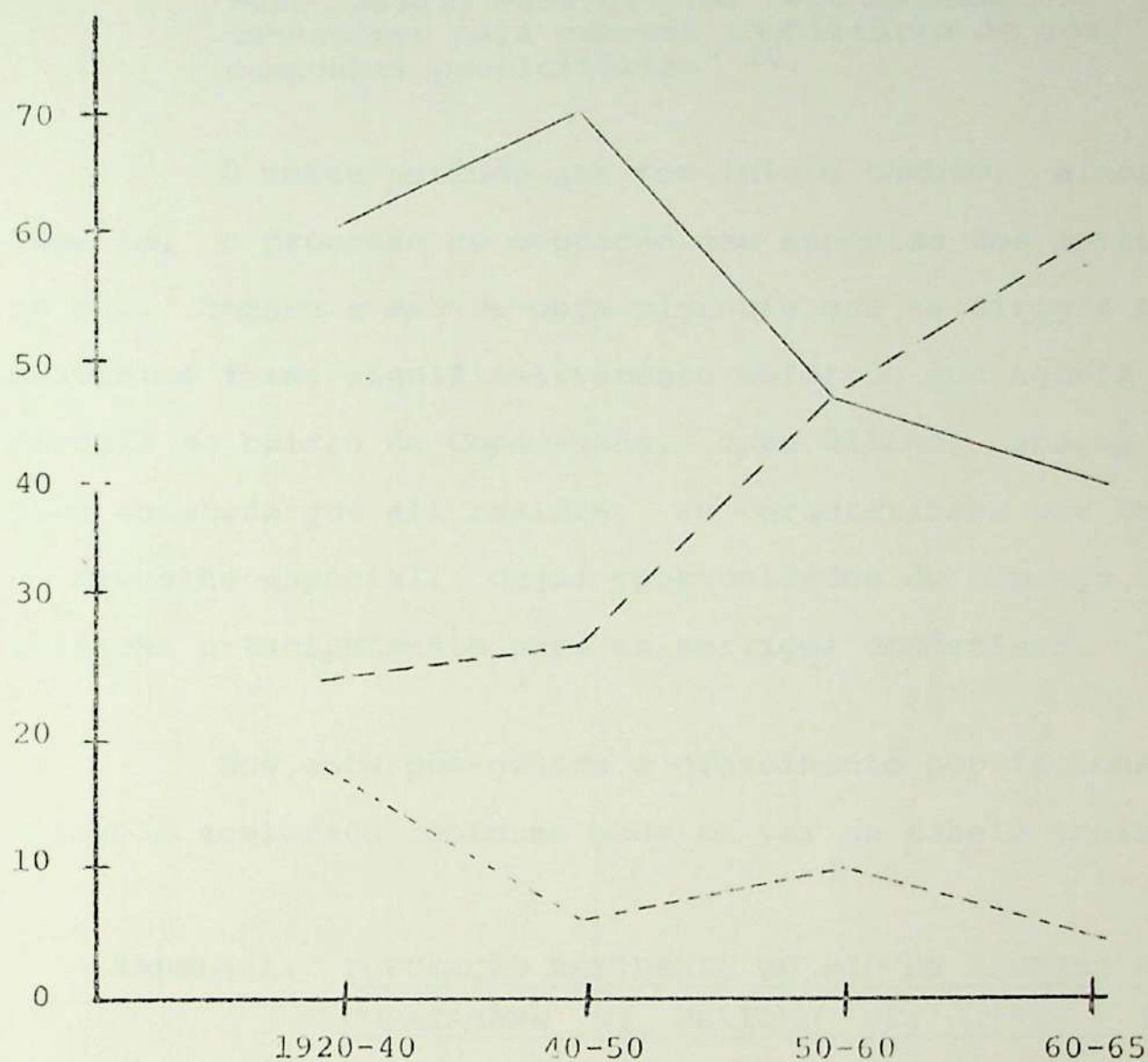
O crescimento do Rio de Janeiro, não dissociado da sociedade nacional, espelhava portanto importantes transformações econômicas, sociais e políticas que vinham ocorrendo no país.

É a partir de 1930, com a derrubada da oligarquia cafeeira do poder e o consequente fortalecimento da burguesia industrial, auxiliado pela crise do capitalismo mundial em 1929, que a urbanização se acelera na metrópole carioca, atingindo a Zona Sul, os subúrbios e os municípios da Baixada Fluminense.

Para tanto, contribuiu também - fruto da ascensão de uma burguesia industrial, que tinha por necessidade admitir a existência da classe operária⁸ - a criação de uma legislação trabalhista aplicável às áreas urbanas, predominantemente às maiores cidades, que proporcionava aos assalariados urbanos um padrão de vida superior aos das massas rurais, atraindo uma parcela crescente dos trabalhadores rurais às cidades. Acrescente-se aí a construção de uma rede de rodovias, que ao interligar o Rio de Janeiro às principais regiões do país (construção da rodovia Rio-Bahia na década de 40), possibilitou um aumento das migrações internas.

Desta forma, o elevado crescimento demográfico da cidade do Rio de Janeiro nos anos pós-1930, resultou em grande parte de movimentos migratórios, conforme evidencia a figura 1. Enquanto os subúrbios atraíam primordialmente esta mão-de-obra migrante, quer para as atividades industriais, quer para outros setores que apoiavam este crescimento industrial, a Zona Sul e especialmente Copacabana atraía população de outros bairros da cidade. Tem início então, o processo de crescimento vertical de Copacabana, propulsionado pela decretação de um novo código de obras em 1937, que permitia a construção de edifícios de 4 ou 5 andares⁹. Além disso,

Figura 2 - Contribuição Percentual dos Componentes da Taxa de Crescimento Demográfico da cidade do Rio de Janeiro (Período 1920 - 1965).



Legenda:

- Migração interna
- - - Crescimento Natural
- Imigração estrangeira

Fonte: MARTINE, George. Migration, Natural Increase and City Growth: The Case of Rio de Janeiro, International Migration Review 6, 1972, p.206. Citado em:

ABREU, Maurício de A. e BRONSTEIN, Olga. Políticas Públicas, estrutura urbana e distribuição de população de baixa renda na área metropolitana do Rio de Janeiro, Inédito, 1978. p. 163.

"O concreto armado, por diminuir o custo unitário da habitação, permitiu, ademais, que parte da classe média carioca, ainda presa aos bairros da Zona Norte, mas desejava de se localizar junto às classes de alta renda, pudesse se transferir para a Zona Sul, desejo esse que foi capitalizado intensamente pela empresa imobiliária em suas campanhas publicitárias" ¹⁰.

É neste período que tem início também, ainda que lentamente, o processo de ocupação das encostas dos morros da Zona Sul. Embora a mão-de-obra migrante que se dirigia para os subúrbios fosse significativamente maior do que aquela que se dirigia ao bairro de Copacabana, este último, graças à sociedade abastada que ali residia, se caracterizava por um mercado de trabalho especial, cujas oportunidades de emprego estavam voltadas principalmente para os serviços domésticos.

Nos anos pós-guerra o crescimento populacional do bairro é acelerado conforme pode se ver na tabela abaixo:

TABELA 1: POPULAÇÃO RESIDENTE NO RIO DE JANEIRO E EM COPACABANA NO PERÍODO DE: 1920 - 1960

LOCAL	1920	1940	1950	1960
Rio de Janeiro	1.157.873	1.764.141	2.335.931	3.139.858
Copacabana	17.823	74.133	129.249	165.986

Fonte: Censos Demográficos, FIBGE.

Em 1930 não houve censo. Representando cerca de 1,5% da população da cidade em 1920, Copacabana passa a representar 5,3% em 1960. Enquanto o crescimento demográfico na cidade foi de 32% no período 40/50, Copacabana atingiu um crescimento de

74%. Para tanto, parece ter contribuído mais uma vez o capital imobiliário, favorecido em 1943 pela ampliação do Túnel do Leme, facilitando ainda mais as comunicações entre o Centro e Copacabana, e a seguir em 1946, impulsionado por um novo código de obras, liberando os gabaritos dos prédios de 8 a 12 andares conforme a localização ¹¹.

Ao mesmo tempo, a contribuição do movimento migratório para o crescimento demográfico da cidade, que no período 1920/1940 representava cerca de 60%, é ampliado para 70% no período 1940/50 (Figura 2). Mais uma vez, as favelas da Zona Sul ofereciam à mão-de-obra migrante, a dupla vantagem de não cobrarem aluguel e de serem bem localizadas. Em 1950 os favelados representavam 8,5% da população carioca e quase 11% da população residente em Copacabana ¹².

Na primeira metade do século XX, Copacabana se caracterizava pois, como um bairro essencialmente residencial, reduzido inicialmente de uma classe privilegiada, posteriormente a crescido de uma "classe média" oriunda de outros bairros da cidade, notadamente da Zona Norte, e de uma população pobre, que se instalava nas encostas dos morros. Tanto a perda da função exclusivamente residencial, quanto a configuração da atual heterogeneidade social do bairro, são processos que se iniciaram na década de 50 e foram cada vez mais impulsionados nas décadas seguintes, em decorrência do próprio tipo de povoamento do bairro.

"Copacabana começou a desenvolver-se como centro escolar e a multiplicar e especializar o seu comércio, que tinha na crescente população do bairro e dos bairros vizinhos a clientela certa... Ao mesmo tempo, profis-

sionais de todas as classes, desde o médico ao sapateiro, aí se instalavam por ter uma clientela numerosa às portas. Finalmente, o acesso a Copacabana de todas as classes, tornou-se possível através dos apartamentos pequenos e de quarto e sala, que por razões especulativas, passaram a predominar nas construções novas" 13.

Ao lado da manutenção de algumas construções, que no entanto mudaram a sua função para atender a novas necessidades, assistiu-se a uma substituição em larga escala de construções que datavam no máximo de 30 anos, dotando assim o bairro de Copacabana de uma nova feição espacial.

"As possibilidades de lucros são tão tentadoras que aventureiros formam 'companhias' e começam a construir prédios que muitas vezes terão suas obras paralisadas, levando às vezes mais de dez anos para serem contruídos... Apesar deste quadro, milhares de pessoas se arriscaram a comprar e outras se dispuseram a alugar mais caro do que em outros bairros" 14.

Para atender à sua população, recursos sociais foram localizados em grande quantidade em Copacabana, sejam eles diversões, serviços, comércio ou transportes. Em contrapartida, esses recursos atraíam cada vez mais uma população socialmente heterogênea que passa a aí trabalhar e mesmo habitar. Desta forma, renova-se a população do bairro. Enquanto parte da população rica começava a se deslocar para os bairros de Ipanema e Leblon, outra parcela de população igualmente rica se destinava ao bairro, quer proveniente de outros bairros, quer de outros estados do país, quer de outros países, caso em que a população estrangeira chegando a cidade para um período mais longo de trabalho, procurava aí fixar residência. Ao mesmo tempo,

"Elementos mais modestos da classe média se multiplicaram no bairro de Copacabana, aceitando estreitos apartamentos pequenos em troca das comodidades dos serviços, da melhor condução, das diversões, da praia e, também, da fama" 15.

Acrescente-se às comodidades oferecidas, o fato de que muitas vezes esta população mais modesta já trabalhava no comércio e nos serviços do bairro 16. É, contudo, junto à população mais pobre que vinha se instalando nas favelas do bairro, que as novas oportunidades de emprego vão atuar mais fortemente como razão de atração. Assim, se por um lado multiplicaram-se os serviços domésticos, por outro lado surgiram oportunidades de emprego junto aos serviços de alimentação, notadamente as lanchonetes e restaurantes.

Um intenso fluxo diário de pessoas no bairro, também passa a se dirigir ao trabalho no comércio, nas construções, etc. Além disso, Copacabana vinha se constituindo num ponto turístico, consolidado em grande parte pelo desenvolvimento de uma rede de hotéis de luxo, para onde afluíam turistas nacionais e estrangeiros.

O permanente movimento de pessoas e de veículos, requeria portanto, novas soluções viárias. Com a finalidade de descongestionar o trânsito no bairro, dois novos túneis foram abertos: o Túnel São Freire Alvim (1960) ligando as ruas Barata Ribeiro e Raul Pompéia e o Túnel Major Vaz (1962) unindo as ruas Toneleiros e Pompeu Loureiro.

A configuração da atual heterogeneidade social do bairro, já referida anteriormente como um processo iniciado na década

da de 50, assume contudo, novas feições nos anos pós-1964, vinculadas à nova política de distribuição de renda e resultante no fortalecimento das classes médias urbanas, como bem caracterizou Maria da C. Tavares:

"A política do novo governo militar criou condições para uma reorganização do esquema distributivo 'conveniente' ao sistema, começando por redistribuir a renda em favor dos setores das classes médias urbanas e contra as classes populares assalariadas... A concentração na cúpula continuou e ainda com mais vigor..."¹⁷.

Em Copacabana, estes novos grupos médios emergentes apontados por Tavares, ocupam os espaços mais valorizados, deixando para trás por uma parcela da classe mais rica que se dirige para os novos espaços produzidos pelo capital imobiliário, como por exemplo a Barra da Tijuca. As classes populares assalariadas que já residiam no bairro ou que para ali se dirigiam e que têm seus salários minados a partir de 1961 com a aceleração inflacionária, procuram meios de contornar esta perda de poder aquisitivo e ao mesmo tempo continuar a residir no bairro. Para tanto, as estratégias iam desde o aluguel de quartos nas suas próprias residências, até aumentos de renda a partir do exercício de uma segunda ocupação, que muitas vezes também se davam no próprio local de residência.

Por seu turno, a população favelada residente no bairro, passa a viver sob a ameaça da remoção com a criação do Banco Nacional de Habitação em 1964. Se a erradicação de favelas não era uma idéia recente,

"mesmo no Governo Vargas, o antigo defensor dos oprimidos, havia uma ordem oficial, para erradicar as favelas no Código de Obras de 1937"¹⁸,

o BNH torna-se a partir de então, o canal através do qual o Governo passa a dispor do poder, da centralização e dos recursos para uma erradicação total. Contudo, se até o final de 1973 a Coordenação da Habitação de Interesse Social da Área Metropolitana do Grande Rio (CHISAM) erradicara, total ou parcialmente, 62 favelas, inclusive a vizinha favela da Catacumba, quase nada se modificou em relação as favelas de Copacabana.¹⁹ Com exceção da favela da Babilônia, parcialmente removida, as outras quatro favelas do bairro - Chapéu Mangueira, Cantagalo, Euclides da Rocha e Pavão-Pavãozinho, não foram objeto de políticas de remoção.

Não se pretende aqui analisar a política de remoção de favelas mas apenas buscar compreender o porque da não inserção de Copacabana nesta política. Sem dúvida, uma das razões mais fortes para a remoção é a liberação das áreas para usos mais "lucrativos", como por exemplo a construção de prédios de apartamentos. Uma das possíveis explicações pode, então, estar voltada para a dificuldade de construção naquelas áreas de Copacabana, que pela inclinação do terreno, não interessariam à construção civil, mesmo tendo em vista as modernas técnicas de engenharia. Uma outra ordem de razão poderia estar de acordo com a seguinte lógica: se existem novos espaços para onde as classes ricas, por opção, podem se deslocar, se as formas espaciais já estão de tal maneira cristalizadas em Copacabana, dificultando portanto qualquer tentativa no sentido de um "planejamento urbano racional", porque não deixar no bairro uma população favelada, que além do mais constitui um "manancial" de mão-de-obra, quer para as diversas atividades econômicas - serviços, comércio e pequenas indústrias de confecções - quer para as ati

vidades domésticas. Tais idéias devem ser consideradas como pressupostos e não como questões solucionadas, e como tal poderiam ser alvo de análises mais detalhadas.

Visando a consecução do "planejamento urbano racional" apontado acima, uma proposta foi elaborada para Copacabana por Doxiadis, o urbanista grego, que fez em 1965, um plano para o desenvolvimento urbano da Guanabara.

"Seu plano propôs que, inicialmente, tudo o que o pedestre usa e que atualmente fica nos andares térreos dos prédios de Copacabana ... sejam transferidos para o andar de cima ... à medida que essas mudanças fossem feitas, iria sendo construída, ao nível dos primeiros andares, uma plataforma de uso exclusivo dos pedestres. Essa plataforma se estenderia por todo o bairro ... Enquanto isso, os andares térreos dos prédios seriam transformados em estacionamentos de automóveis"²⁰.

A sugestão de Doxiadis, que não foi concretizada, procurava, a partir da aparência, solucionar a questão da deterioração da "qualidade de vida" nas grandes cidades.²¹

Todo esse processo de povoamento, se manifesta no espaço pela forte concentração demográfica e pela estrutura espacial do bairro. No início da década de 70 viviam em Copacabana 239.256 pessoas na maior concentração populacional do país (31.000 hab/km²).²²

A estrutura espacial do bairro, resultante de um processo de estratificação social que se concretizou na década de 50, e adquiriu novas feições após 1964, fruto também de seu sítio - planície litorânea situada longitudinalmente entre a

montanha íngreme e o mar - caracteriza-se por fortes diferenciações em pequenas áreas. Tal estrutura espacial, por sua vez, atua também no processo social. Tudo leva a crer, que as formas espaciais ali existentes, tendam cada vez mais a institucionalizar a diferenciação entre os grupos sociais.

UM ESPAÇO DIFERENCIADO: QUARTEIRÕES E FAVELA

A atual estruturação espacial da Copacabana apresenta importantes diferenças, fruto da combinação de formas e funções em determinados momentos do tempo. Usualmente estas diferenças são reconhecidas tendo como referência os postos de salvamento localizados na orla marítima.

É assim que se distingue uma área de ocupação mais antiga situada nas proximidades da Praça do Lido (Posto 2), onde surgiram, ao lado de um intenso comércio, os primeiros edifícios de conjugados e onde proliferaram os bares, boites e os chamados "infernhinhos". Uma outra área, constituída pelos postos 4 e 5, manteve-se exclusivamente residencial até meados da década de 50, quando então as últimas casas foram sendo substituídas por grandes prédios residenciais e comerciais. Finalmente o Posto 6, considerado como zona de transição entre Copacabana e Ipanema, distingue-se das áreas anteriores pela substituição mais tardia das casas pelos edifícios e pela manutenção portanto de um caráter mais residencial.

Contudo, as distinções não se dão somente ao longo de Copacabana, mas também e principalmente entre a orla marítima

e o interior do bairro. Neste sentido, uma pequena área situada no posto 5, caracteriza-se por apresentar uma estrutura bastante diferenciada num espaço restrito, sendo por essa razão selecionada para análise. Compreende no sentido longitudinal desde a Av. Atlântica na orla marítima, trechos da rua Aires Saldanha, Av. Nossa Senhora de Copacabana, até a favela do Pavão-Pavãozinho, situada na encosta montanhosa. E no sentido latitudinal trechos das ruas Djalma Ulrich, Almirante Gonçalves e São Ferreira (Figura 1).

As atuais formas espaciais dos quatro quarteirões datam de períodos diversos, o que pode ser observado na tabela abaixo:

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS EDIFÍCIOS POR QUARTEIRÕES E POR ÉPOCA DE CONSTRUÇÃO *

Quarteirão	ÉPOCA DE CONSTRUÇÃO					
	1930/50		1951/1964		1965/76	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	8	67	5	31	2	39
2	-	-	6	38	4	57
3	4	33	3	19	1	14
4	-	-	2	12	-	-
T O T A L	12	100	16	100	7	100

Fonte: Pesquisa de Campo: 1979

(*) Estes dados referem-se a 75% dos prédios existentes nos 4 quarteirões

O primeiro quarteirão (Figura 1) é o mais antigo, principalmente na Av. Nossa Senhora de Copacabana, onde se concentram os edifícios construídos no período 1930/50.

Contudo, diferentemente do que foi visto em relação ao bairro, aí surgia já em 1935 um grande edifício de kitchenettes (sala com cozinha improvisada, quarto e banheiro) - o edifício Andraus. A explicação dada por uma antiga moradora de um edifício próximo construído no mesmo período, mas com apartamentos bem mais espaçosos foi a seguinte:

"Os responsáveis pela construção do Andraus pretendiam erguer um edifício 'suntuoso', utilizando até material importado. Por falta de dinheiro a obra foi paralisada. A sua conclusão só foi possível após a alteração do projeto inicial, o que diminuiu o tamanho dos apartamentos".

Verifica-se, pois, que a lógica imobiliária" dos anos 50, ou seja, maiores possibilidades de lucros através da construção de grandes edifícios com pequenos apartamentos, já era instituída nesta área com uma antecipação de aproximadamente quinze anos e desconsiderando o código de obras vigente, uma vez que o edifício tinha treze andares. O restante do quarteirão (ruas Djalma Ulrich e São Ferreira) caracteriza-se por apartamentos de dois ou três quartos construídos ao longo do período 1930/76.

A configuração da atual heterogeneidade social do bairro, iniciada na década de 50 tem como exemplo o segundo quarteirão (Figura 1). De um lado, a Av. Nossa Senhora de Copacabana com três grandes edifícios de Kitchenettes, totalizando quase duzentas unidades residenciais, construídos nos anos 50. De

outro lado, a Av. Atlântica com dois "modernos" edifícios que totalizam menos de quarenta amplos apartamentos, construídos na década de 70. É ao mesmo tempo o mais novo quarteirão e onde se encontra forte diferenciação social em relação ao seu conteúdo populacional.

O quarteirão seguinte tem em comum com o primeiro, a antiguidade maior das construções apresentando no entanto, um conteúdo diferente. Mesmo na Av. Nossa Senhora de Copacabana, encontram-se apartamentos melhores de dois ou três quartos, mas é próximo a praia (R. Aires Saldanha) que estão situadas as melhores residências.

O quarto e último quarteirão, além de ocupar um espaço menor, abriga também poucas construções, uma vez que os edifícios da Av. Atlântica dão aí fundos para a rua Aires Saldanha. Os edifícios localizados na Av. Atlântica, tem em comum com os seus vizinhos do segundo quarteirão a metragem dos apartamentos, contendo em média treze cômodos. No entanto, diferem quanto a época de construção e ao conteúdo. Aqui os edifícios são mais antigos, ocupados por uma população também mais antiga no bairro, cujo poder aquisitivo é relativamente menor do que os seus vizinhos do outro quarteirão. Assim, enquanto a renda média das famílias aí residentes é de Cr\$ 127.000,00, nos apartamentos mais novos ela alcança Cr\$ 213.000,00.

A análise, ainda que breve, desses quatro quarteirões, demonstra, que enquanto os edifícios com apartamentos de dois, três ou quatro quartos foram sendo construídos ao longo do período 1930/76, aqueles que abrigavam os Kitchenettes têm como

marco final o ano de 1960. A partir de então, o local onde eram levantados, Av. Nossa Senhora de Copacabana, passou a abrigar cada vez mais edifícios comerciais ao lado de serviços de hospedagem e de alimentação, como por exemplo uma grande churrascaria, a Copacabana, para atendimento dessa população numerosa e diversificada.

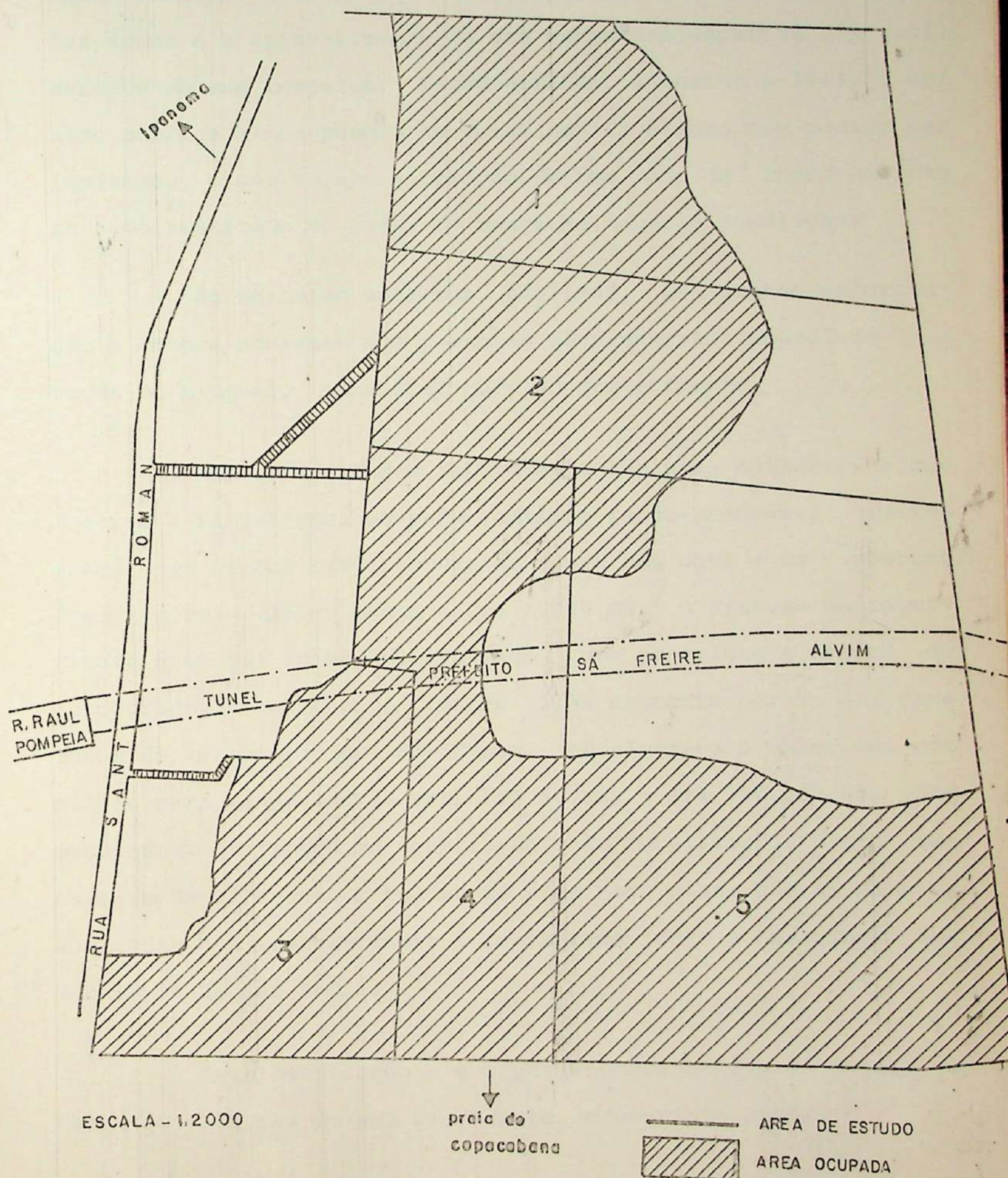
Junto a este espaço tão diferenciado está a favela do Pavão-Pavãozinho, que contribui ainda mais para esta diferenciação.

Embora não exista uma nítida divisão entre o Pavão e o Pavãozinho, uma vez, que segundo alguns moradores a manutenção dos dois nomes deve-se a uma questão de tradição, as sub-áreas 1 e 2 da Figura 3, correspondem ao Pavãozinho e as sub-áreas 3, 4 e 5 ao Pavão.

Aí a ocupação é tão antiga quanto a dos quarteirões abaixo. Segundo um antigo morador, a primeira construção data de 1930 no Pavãozinho, e até 1940 ainda se contava com facilidade as moradias da favela. Daí em diante, ocupou-se também o Pavão, onde nas sub-áreas 4 e 5, os barracos mais antigos visitados datam respectivamente de 1949 e 1959. Assim, ao lado de uma expansão horizontal (Pavãozinho - Pavão) assistiu-se também a uma expansão vertical (da parte mais plana para o alto).

O ano de 1963 é um marco na história da favela, quando no governo de Carlos Lacerda é instalada a rede de água, luz e esgoto. Enquanto as duas primeiras abrangem toda a favela, a última se estende pelo Pavãozinho e parte do Pavão.

FIGURA 3 FAVELA DO PAVÃO - PAVÃOZINHO



FONTE: SERVIÇO DE COLETA DA GB - DOCUMENTAÇÃO TERRITORIAL
RECENSEAMENTO DE 1970

Às duas tentativas anteriores de explicação do fenômeno de manutenção de favelas em Copacabana, e neste caso até de melhoramentos, quais sejam, a dificuldade de construção em certas áreas e a cristalização de uma estrutura espacial desigual, acresce-se uma terceira. Neste período, anterior a 1964, a opinião pública tinha peso e os votos dos favelados não podiam ser ignorados, o que sugere a dotação de uma rede de infra-estrutura como resultado do poder de barganha daquela população.

As moradias sofreram, pós-1963, uma grande valorização e embora houvesse uma portaria governamental impedindo a venda ou aluguel, esta logo caiu no esquecimento.

Muitos moradores ampliaram então suas moradias, e começaram a alugar quartos para famílias recém-chegadas, quartos estes cujo espaço comporta via de regra uma cama e um pequeno fogão, e cujo aluguel chega a Cr\$ 1.500,00. O sistema de inquilinato é de tal forma desenvolvido, que já existe a figura do "procurador de barraco", função aliás exercida por um dos diretores da Associação dos Moradores. Atualmente, o valor das moradias para venda oscila entre Cr\$ 40.000 e Cr\$ 300.000,00, dependendo da qualidade da construção e da localização, visto que as casas de alvenaria situadas na área mais plana são as mais valorizadas. A transferência é registrada junto a Associação dos Moradores de São Pedro.

Esta Associação é o órgão representativo da favela e tem, nas palavras do seu presidente, o seguinte papel:

"Administrar a favela, fazer a conservação daquilo que o Estado fez e deixou entregue à Associação. De um modo geral, trabalhar pelo bem-estar do morador".

Para tanto, é cobrada aos moradores uma taxa mensal de conservação no valor de Cr\$ 85,00, que é incluída na conta da luz.²³ O papel da Associação, "trabalhar pelo bem-estar do morador", resume-se, na verdade, a cobranças, não proporcionando aos moradores nenhum tipo de benefício.

Finalmente, observa-se uma diferenciação espacial marcante entre a área mais plana e o alto do morro. A primeira área caracteriza-se por um frequente movimento de pessoas e pela coexistência de construções de alvenaria e de tábua (madeira de fusu). O alto do morro apresenta uma situação distinta. Ao lado da dificuldade de acesso, uma vez que os caminhos vão se tornando cada vez mais íngremes e de pior qualidade (terra ou pedra escarpada), vivencia-se uma estranha sensação de isolamento, visto que muitas vezes percorre-se a área sem encontrar uma única pessoa, seja nos caminhos ou mesmo nas janelas das moradias, fato bastante incomum na área plana. Além disso, as moradias, de qualidade inferior, são quase sempre de tábua ou material aproveitado, e sua fragilidade torna-se visível em épocas de chuvas intensas. O último temporal, anterior a época da pesquisa de campo (julho de 1979), havia deixado um saldo de três desabamentos e muitos "estragos". Contudo, esta ameaça não é exclusiva aos moradores dos piores barracos, mas também aos instalados nas áreas mais planas que, em épocas de chuvas, ficam sempre receiosos do que possa vir "de cima" do morro.

A análise efetuada até aqui sobre os quarteirões e a favela, demonstra que apesar de próximos fisicamente, estes apresentam-se estruturados de maneira bastante desigual. Na medida, contudo, em que são decorrentes de um mesmo processo, es-

tas estruturas não se contrapõem e muito pelo contrário se combinam. Um dado interessante sobre o local de trabalho dos chefes de família demonstra, que enquanto nos quarteirões somente 31% dos chefes trabalham na Zona Sul, na favela este número sobe para 75%. Confirma-se, portanto, a idéia de que esta população representa um "manancial" de mão-de-obra, principalmente para serviços de consumo individual que empregam 75% dos chefes que aí trabalham.

Assim, as diferenças das formas e das funções parecem compor um todo harmônico, como uma orquestra regida por um maestro que consegue extrair uma sinfonia afinada, ainda que cada instrumento seja distinto morfológica e funcionalmente.

Cabe agora explicitar, que do mesmo modo que as construções se caracterizam por idades diferentes, o conteúdo populacional que dá vida a este espaço, aí chegou em épocas e de lugares igualmente diferentes. A tabela três(03) mostra a chegada da população à Copacabana e à atual moradia.

TABELA 3: TEMPO DE RESIDÊNCIA DOS MORADORES EM COPACABANA E NA ATUAL MORADIA POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

TEMPO DE RESIDÊNCIA	C O P A C A B A N A				ATUAL MORADIA			
	QUARTEIRÕES		FAVELA		QUARTEIRÕES		FAVELA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anterior a 1950	9	8	6	17	--	--	--	--
1950/56	14	13	6	17	5	4	3	11
1957/63	16	15	3	9	1	1	2	6
1964/69	13	12	4	11	11	10	6	17
1970/74	25	23	6	17	28	26	7	20
1975/79	32	29	10	29	64	59	13	37
T O T A L	109	100	35	100	109	100	35	100

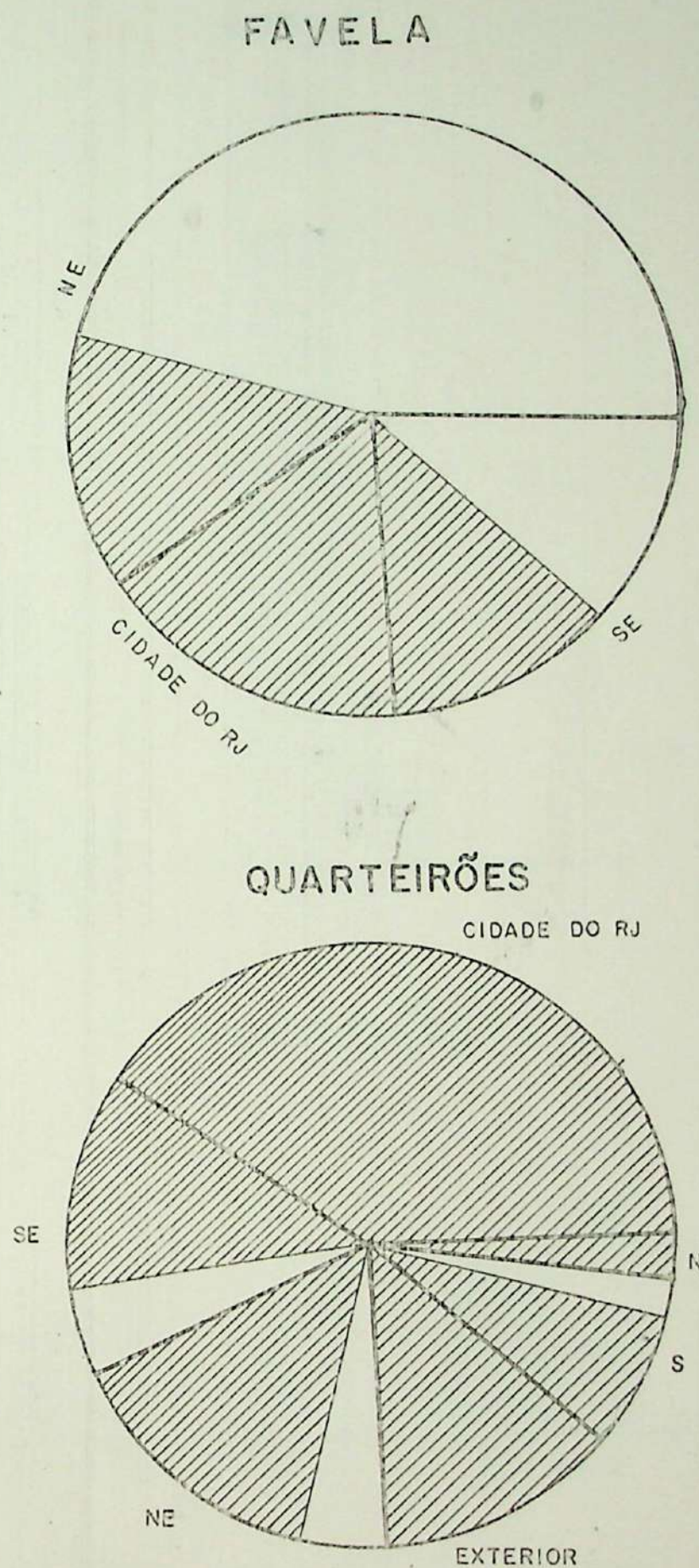
Fonte: Pesquisa de Campo, 1979.

Assim, observa-se que a população residente nos quarteirões ocupou seus atuais apartamentos predominantemente nos anos de 70 (85%), dirigindo-se, via de regra, para os edifícios mais antigos, uma vez que menos de 20% dos edifícios construídos datam do período 1970/76 (Tabela 2). Em contraposição, os moradores da favela apresentam uma antiguidade maior de ocupação de suas atuais moradias, visto que quase 1/3 deles aí se fixaram até 1963.

A tentativa de explicar esta diferença de comportamento pela história da ocupação destas duas áreas não procede, visto que tanto quarteirões como favela foram ocupados após 1930. A explicação mais correta é a de que tal distinção é fruto de uma menor mobilidade da população favelada. Assim, enquanto 43% dos moradores mudaram de moradia dentro da própria favela, nos quarteirões, os deslocamentos intra-bairro foram realizados por 69% dos moradores. Além disso, uma análise mais detalhada da tabela 3, demonstra que nos quarteirões 59% dos moradores instalaram-se em suas atuais residências no período 1975/79, embora neste mesmo período só houvessem chegado a Copacabana 29% dos moradores. Desta forma, 30% dos moradores certamente efetuaram pelo menos um deslocamento dentro do bairro. Para o mesmo período, a mobilidade da população favelada foi de apenas 8%, o que vem demonstrar, que apesar da mobilidade ser comum às duas áreas, ela é bem menor na favela, além de se dar num espaço muito mais restrito.

Quanto à origem desta população, observa-se nas Figuras 4 e 5, que, no caso da favela, ela é predominantemente nordestina com um passado rural, e que para alcançar o seu destino, o processo migratório é, via de regra, direto.

FIGURA 4 LOCAL DE NASCIMENTO DOS CHEFES DE FAMILIA POR ZONA URBANA E RURAL



FONTE: PESQUISA DE CAMPO

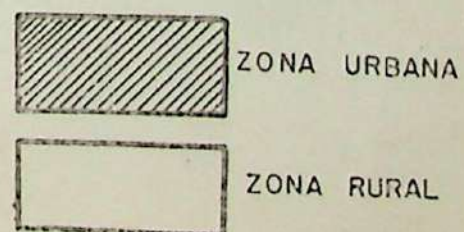
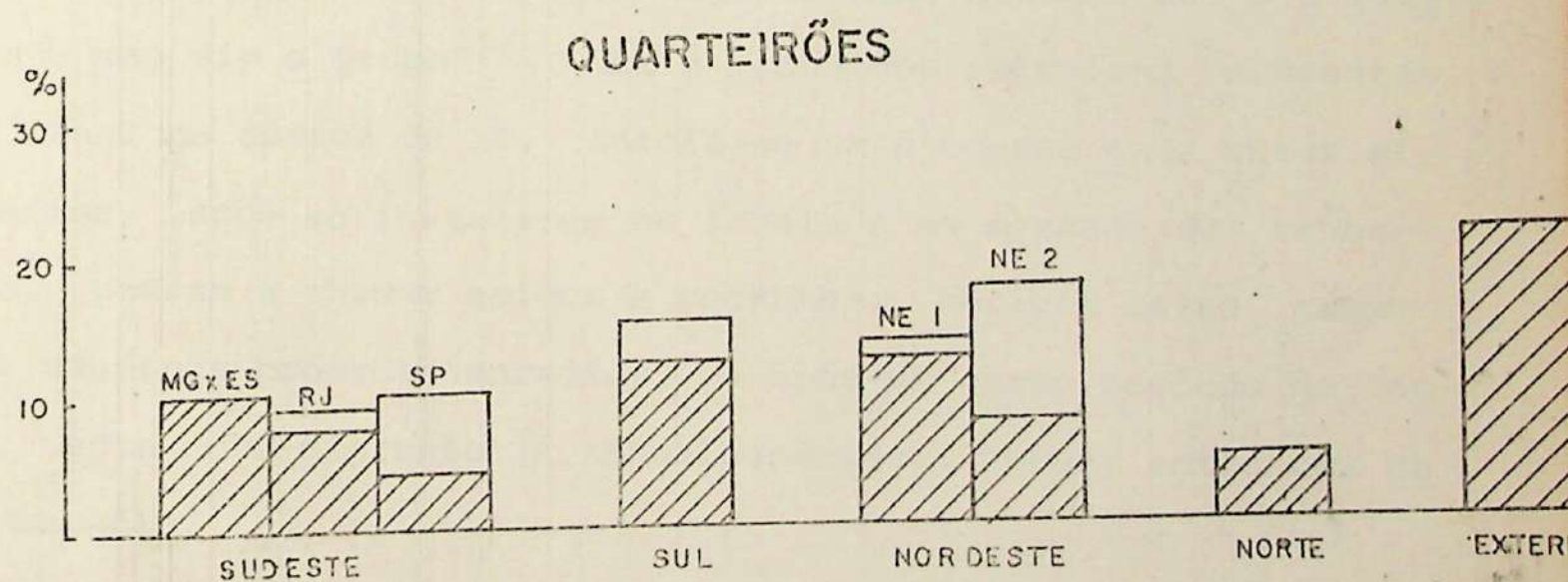
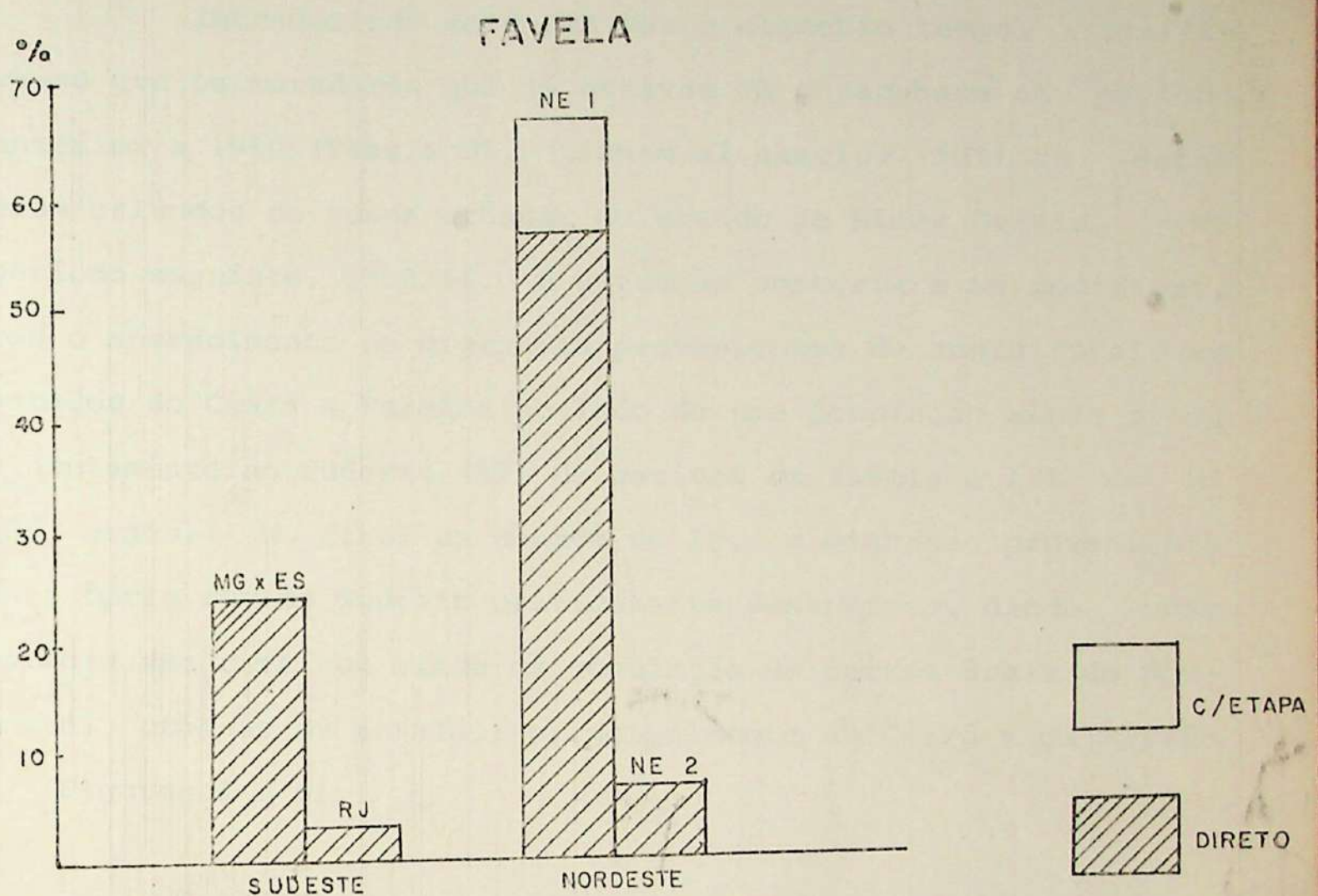


FIGURA 5 ORIGEM DA POPULAÇÃO MIGRANTE*



FONTE: PESQUISA DE CAMPO

* NE 1 engloba MA, PI, CE, RN e PB

NE 2 engloba PE, AL, SE, e BA

Contudo, até que ponto é possível generalizar esta asseção para todo o período 1930/79?

Introduzindo mais uma vez o elemento tempo, verifica-se que os moradores que já estavam em Copacabana no período anterior a 1950 (Tabela 3), tinham aí nascido (50%) ou então eram oriundos de zonas urbanas do estado de Minas Gerais. No período seguinte, 1950/56, a situação começava a se modificar, com o aparecimento de migrantes provenientes de zonas rurais dos estados do Ceará e Paraíba ao lado de uma população ainda predominantemente do Sudeste (50% de nativos da favela e 17% de Minas Gerais). No final da década de 50, a migração proveniente da própria região Sudeste praticamente desaparece, dando lugar então a uma contínua vinda de população de certas áreas do Nordeste, urbanas ou rurais, principalmente do Ceará e da Paraíba (Figuras 4 e 5).

Tal fato parece confirmar o pressuposto, de que a migração é um processo social, "cuja unidade atuante não é o indivíduo mas sim o grupo"²⁴. Com a vinda dos primeiros migrantes no final da década de 50, inicia-se um processo onde estes migrantes, após se instalarem na favela e no mercado de trabalho, passam a chamar amigos e parentes. Abrigam estes parentes nas suas próprias moradias, e após um curto período de tempo, este novo migrante já trabalhando, vai ocupar então uma nova moradia.

Contudo, mais recentemente, o rebaixamento do nível dos salários reais, ao lado de um "encarecimento" da vida na favela,²⁵ atuam no sentido de propiciar a permanência do novo migrante naquela que seria a sua moradia provisória. Assiste-se

a um aumento considerável no tamanho das famílias, que se antes eram compostas por exemplo, por pai, mãe e filhos, agora são acrescidos de irmãos, noras, sobrinhos, etc... Verifica-se, assim, na favela como um todo, a existência de fortes laços sociais entre migrantes novos e antigos.

A origem da população não favelada, residente nos quarteirões, além de apresentar maior participação de cariocas (39% dos moradores), apresenta também uma participação mais igualitária entre a população natural das diferentes regiões do país (exceto a Região Norte) e até do exterior. Ao contrário ainda da favela, a população aí tem como origem outras cidades, via de regra as capitais ou cidades mais importantes de outros estados (Figura 4).

A população carioca é a mais antiga no bairro, porém diferentemente da favela onde predominavam os nascidos em Copacabana, aí 72% dos moradores veio, ainda criança de bairros da Zona Norte e Suburbana. O primeiro deslocamento, no caso Vila Isabel - Copacabana data de 1933, quando o atual morador, na época com 11 anos de idade, mudou-se com seus pais.

No período seguinte, 1950/56 (Tabela 2) assiste-se já a chegada de população proveniente de outras regiões do país (Sudeste e Nordeste) e do exterior (Espanha). Este processo prossegue até 1974, quando então se dirigem para o bairro, 57% dos imigrantes aí residentes. Esta população estrangeira é bastante diferenciada, encontrando-se desde profissionais bem remunerados, empregados em indústrias de capital estrangeiro, até uma população, que para aqui veio "tentar a sorte", como por exemplo um cineasta alemão, que atualmente trabalha como guia

de turismo, o que segundo ele é um emprego bastante instável e mal remunerado. De maneira geral, os estrangeiros afirmam preferir morar em Copacabana pela "beleza do quadro natural".

As etapas cumpridas pelos migrantes dos bairros não tem, normalmente, o mesmo significado do que aquele dado para a população mais pobre da favela (Figura 5). Embora a mudança tenha sempre como motivação melhores condições de trabalho, este trabalho já está, quase sempre, garantido, seja pela simples transferência de filiais ou até mesmo de empresas, seja pelo retorno de um período de estudo ou de trabalho no exterior.

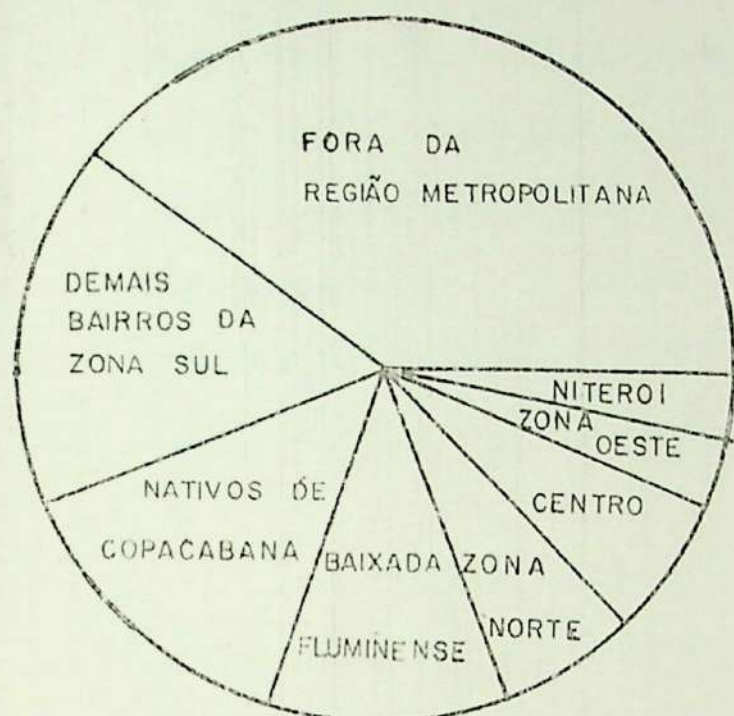
Uma tentativa desenvolvida, ainda, para analisar esta pequena área de Copacabana e seu conteúdo populacional, foi a de identificar a mobilidade residencial da população, através de informações relativas à chegada dos atuais moradores (local de residência imediatamente anterior a Copacabana) e ao destino dos antigos (local de residência da família que anteriormente ocupava a moradia)²⁶.

A população favelada vêm, predominantemente, de fora da região metropolitana, dos demais bairros da Zona Sul e da Baixada Fluminense (Figura 6). Em relação aos moradores oriundos da Zona Sul, cumpre destacar que 60% deles residiam no local de trabalho (obras da construção civil), o que remeteria a mobilidade estritamente residencial a uma situação semelhante a da Zona Norte. Assim, o grande peso passa a ser daqueles migrantes que vêm diretamente de suas áreas de origem ao núcleo, no caso Copacabana.

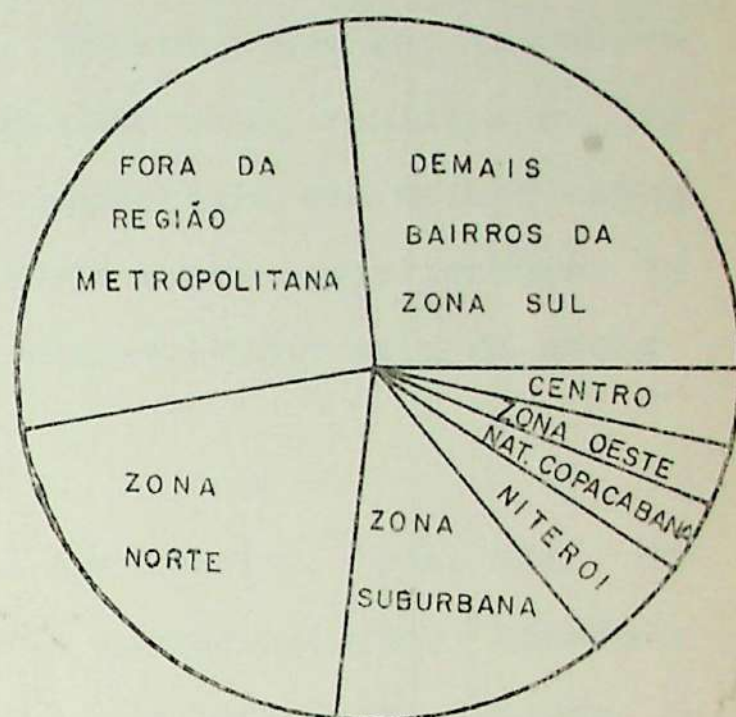
FIGURA 6 MOBILIDADE RESIDENCIAL
DA POPULAÇÃO

ATUAIS MORADORES

FAVELA

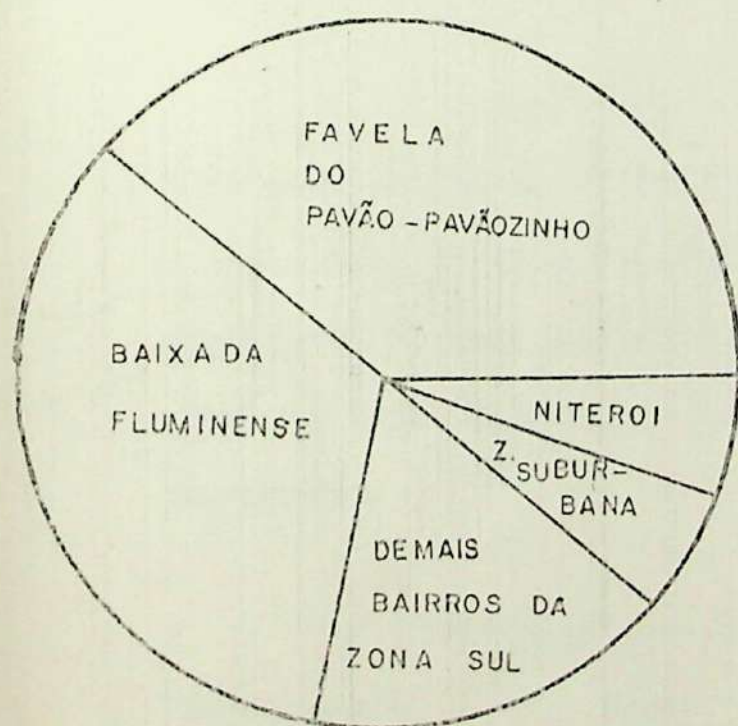


QUARTEIRÕES

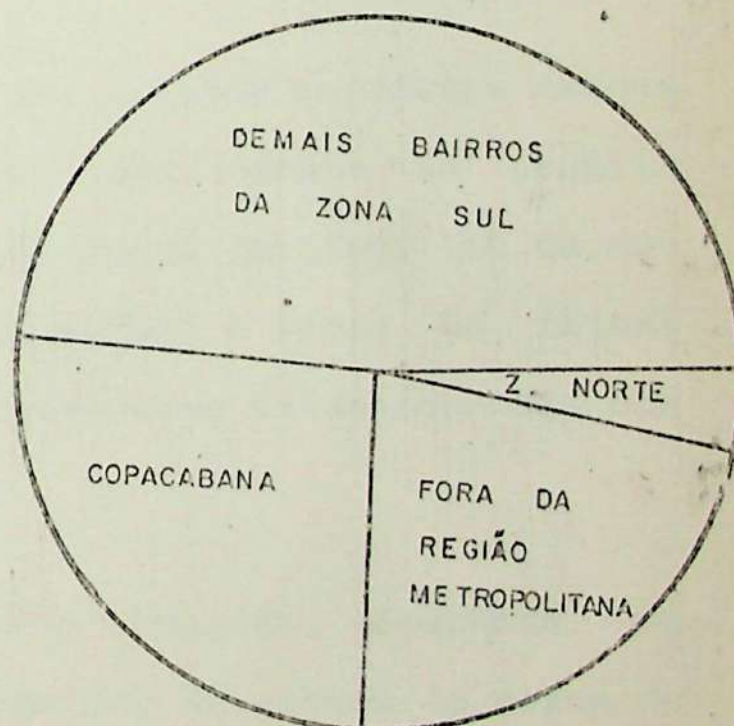


ANTIGOS MORADORES

FAVELA



QUARTEIRÕES



Os antigos moradores, por seu turno, continuaram na própria favela, apesar da mudança de moradia, ou então deslocaram-se em direção à Baixada Fluminense. Segundo alguns residentes da favela, a população que permaneceu no Pavão - Pavãozinho divide-se em duas: "a que 'melhorou de vida' desceu o morro, enquanto a de 'menor sorte' subiu". Quanto a que se locomoveu em direção à Baixada, conseguiu, segundo eles, realizar o "sonho da casa própria", uma vez que apresentava uma melhor situação econômica. É assim, que trabalhos sobre a periferização da população de baixa renda devem ser desenvolvidos afim de esclarecer melhor tais controvérsias.

A população residente nos bairros, vem, via de regra, dos demais bairros da Zona Sul (principalmente Botafogo), de fora da região metropolitana, da Zona Norte (Tijuca e Vila Isabel) e da Zona Suburbana (principalmente Méier). A população proveniente das Zonas Norte e Suburbana é, quase sempre, carioca, enquanto que aquela oriunda da Zona Sul é, na sua maioria, natural de outros estados.

A mobilidade residencial dos antigos moradores demonstra que estes se locomoveram, via de regra, dentro da própria Zona Sul, só que não mais para o bairro de Botafogo (5% da mobilidade), mas principalmente para Ipanema e Barra da Tijuca (58% da mobilidade), enquanto em Copacabana permanecem 37% dos moradores.

Verifica-se, ainda, que no conjunto, enquanto as Zonas Norte e Suburbana contêm os bairros de origem de cerca de 33% dos atuais moradores, somente 6% dos antigos moradores para lá se dirigem ao saírem de Copacabana.

Assim, o mecanismo capaz de explicar a mobilidade residencial dos atuais e antigos moradores, parece ser o mesmo que propulsionou o crescimento de Copacabana e a expansão da cidade em direção a Ipanema e Barra da Tijuca.

Ao lado de uma crescente transferência de população de outros bairros da cidade e de outros Estados do país, assistia-se também a um intenso crescimento vertical. Este crescimento, contudo, parece ter atingido um limite, expresso pelas formas espaciais aí existentes. É neste momento, que parte da população desloca-se para outras áreas, que vinham sendo cada vez mais "vendidas" pelo capital imobiliário.

Enquanto isso, as formas espaciais na favela, limitando igualmente seu crescimento, geram aí uma situação diferente. Tanto a maior mobilidade dos antigos moradores no interior da favela, superior àquela dos apartamentos, em Copacabana, quanto a inacessibilidade à habitação em qualquer outro espaço, atuam para que esta população se torne cada vez mais imóvel.

Assim, a Copacabana de hoje é a expressão espacial de inúmeras ações que foram sendo realizadas em diferentes momentos do tempo e que se concretizam e se individualizam aí, por um agregado populacional socialmente heterogêneo, que representa nada mais do que a diversidade dos grupos que constituem a sociedade em geral. Na medida, ainda, em que este espaço não contém somente a população, mas também recursos dos mais diferentes tipos, resta compreender como estes grupos sociais, tão próximos fisicamente, usufruem deste recursos, no caso os serviços de saúde materno-infantil.

N O T A S

- 01 - Excerto do Relatório do diretores da Cia. Jardim Botânico datado de 25/08/1894. Citado em ABREU, Maurício de A. e BRONSTEIN, Olga. Políticas públicas, estrutura urbana e distribuição de população de baixa renda na área metropolitana do Rio de Janeiro. Inédito - 1978, p. 71.
- 02 - VELHO, Gilberto - A utopia urbana. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1973, p. 24.
- 03 - Ver a respeito das noções de tempo e lugar, SANTOS, Milton. Por uma Geografia Nova: da Crítica da Geografia a uma Geografia Crítica. São Paulo, HUCITEC, Ed. da USP, 1978 Capítulo XVIII.
- 04 - ABREU, Maurício de A. e BRONSTEIN, Olga. op. cit. p.64.
- 05 - IBID, p. 113.
- 06 - IBID, p. 113.
- 07 - PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, Cidade do Rio de Janeiro: Remodelação, Extensão e Embelezamento, 1926-1930, Paris, Foyer Brésilien, 1930, p. 240. Citado em ABREU, Maurício de A. e BRONSTEIN, Olga - op. cit. p. 139.

- 08 - OLIVEIRA, Chico de - Acumulação monopolista. Estado e Urbanização: A Nova Qualidade do Conflito de Classes. Cadernos de Debate 3 - São Paulo, Editora Brasiliense, 1976, p. 63.
- 09 - ABREU, Maurício de A. e BRONSTEIN, Olga. op. cit. p. 189.
- 10 - IBID, p. 189.
- 11 - IBID, p. 221.
- 12 - IBID, p. 178.
- 13 - SOARES, Maria Therezinha de S. - Fisionomia e Estrutura do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Geografia, Ano XXVII (3), julho/setembro, 1965 - p. 357.
- 14 - VELHO, Gilberto - op. cit. p. 25, 26.
- 15 - GEIGER, Pedro P. - Evolução da rede urbana brasileira, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, Rio de Janeiro, 1963 - p. 175.
- 16 - SOARES, Maria Therezinha de S. op. cit. p. 357.
- 17 - TAVARES, Maria da Conceição - Da substituição de importações ao capitalismo financeiro, Rio de Janeiro, ZAHAR Editora, 1978 - p. 201.
- 18 - PERLMAN, Janice E. - O mito da Marginalidade: Favelas e Política no Rio de Janeiro - Paz e Terra, 1977 - p. 240.

- 19 - IBID, pág. 242.
- 20 - Citado em Realidade: Nossas Cidades. Editora Abril, maio de 1972 - p. 159.
- 21 - Ver a respeito da qualidade da vida urbana, MADEIRA, João Lyra. A qualidade da vida urbana - um problema do passado, ou do futuro? In: Estudos de demografia urbana. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1975.
- 22 - Os dados relativos a 1970 superestimam a população do bairro na medida em que são fornecidos por Região Administrativa. Assim, a V R.A. inclui além de Copacabana, o Leme, Urca e Praia Vermelha.
- 23 - A questão da luz é nitidamente ponto de discórdia entre a maioria dos moradores e a Associação, que em 1963 instalou medidores em todas as moradias e efetua mensalmente a leitura, calculando o consumo segundo o mesmo sistema da Light. Os moradores sentem-se explorados no fornecimento de eletricidade e apontam o alto valor das contas, que, sem dúvida, eram no momento da pesquisa de campo, superiores às pagas em apartamento de igual tamanho situados nos quarteirões abaixo.
- 24 - SINGER, Paul - Economia Política da Urbanização. São Paulo, Editora Brasiliense, 1973. p. 51.
- 25 - Uma família recém-chegada da Paraíba (pai, mãe e filho), que no entanto não tinha laços familiares na favela, tinha uma renda mensal de Cr\$ 2.600,00 (salário mínimo ga-

nho pelo pai) e pagava Cr\$ 1.500,00 pelo aluguel de um pequeno quarto.

- 26 . Cerca de 1/3 dos atuais moradores soube informar para onde haviam se mudado as famílias que anteriormente residiam naquele domicílio.

... O ...

CAPÍTULO III

A PARTIR DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

É importante retornar, aqui, à maneira como foi anteriormente entendido o termo saúde, ou seja, como um fenômeno que designa um estado dinâmico de um organismo, resultante da interação de fatores internos e ambientais.

Tendo em vista tal conceituação, evidencia-se que o estado de saúde não será o mesmo para a totalidade da população infantil integrante de núcleos familiares cujo acesso e participação na riqueza nacional são desiguais. E é a partir desta desigualdade básica, que não se pode designar doenças típicas de uma nação, como se ela fosse composta por um todo homogêneo mas sim doenças específicas de "várias populações".

Nesta perspectiva, saúde e doença na faixa infantil, podem ser analisadas segundo suas relações, quer diretamente com a renda monetária das respectivas famílias, quer através das diferentes formas pelas quais esta renda se concretiza em benefícios para aquela faixa, como por exemplo, melhores condições de moradia e de alimentação. Nas palavras de Chico de Oliveira:

"O fato bastante simples, para nós mais afortunados, de se ter água potável, tratada e encanada, pode erradicar de forma surpreendente quase todos os tipos de doenças gastrointestinais, quase sempre fatais nos primeiros anos de vida... Uma correta alimentação na primeira infância pode eliminar para sempre o desperdício de vidas humanas..."¹.

Tal ponto de vista é oposto ao da teoria do "círculo vicioso" entre saúde, trabalho, alimentação, instrução e saúde, preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Demonstra, de maneira clara, o quanto a desigual repartição de riqueza de uma nação, entre afortunados e menos afortunados contribui para a manutenção de doenças cujas causas são perfeitamente evitáveis.

Assim, a análise do estado de saúde da população infantil em Copacabana busca, inicialmente, compreender distinções existentes nos quadros nosológicos entre diferentes níveis de renda familiar, entre bairros e favela. Além disso, a persistência, nas grandes cidades, de altas taxas de mortalidade em crianças de tenra idade, aponta para a necessidade de distinguir problemas inerentes a faixas etárias específicas - crianças menores de 5 anos e crianças de 5 a 12 anos (tabelas 4, 5, 6 e 7).

De um total de 242 crianças que compõem o universo infantil desta pesquisa, 171 delas (70%) não apresentam nenhum problema frequente de saúde. Este dado, contudo, se altera quando visto no espaço diferenciado: o percentual cresce para 83% nos bairros e decresce para 50% na favela.

No caso das crianças menores de 5 anos, observa-se, nas tabelas 4 e 5, que os problemas relativos à saúde, além de apresentarem uma estreita relação com a renda familiar, variam também em termos de etiologia e incidência. A alergia respiratória, representada basicamente pelas bronquites, incide praticamente em todas as faixas de renda, exceção feita às crianças cujas famílias percebem uma renda mensal superior a

TABELA 4 : PROBLEMAS DE SAÚDE SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

Q U A R T E I R Õ E S

RENDA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	DE SAÚDE							TOTAL		
	Nº	Tem	Anomalias Congênicas	Alergia Cutânea	Alergia Respiratória	Doenças Carenciais	Doenças das Vias Aéreas Superiores	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Nº	%
6.805 a 15.876	0,9				9,1				11	100,0
15.877 a 24.948	11,7						8,3		12	100,0
24.949 a 34.020	63,6	18,2			9,1		9,1		11	100,0
34.021 a 52.164	76,4			5,9	5,9		5,9	5,9	17	100,0
52.165 a 70.308	50,1	7,1	14,3		21,4		7,1		14	100,0
70.309 a 88.452	33,4						66,6		03	100,0
88.453 a 124.740	100,0								03	100,0
124.741 a 197.317	100,0								04	100,0
+ de 197.317	100,0								02	100,0

TABELA 5 : PROBLEMAS DE SAÚDE SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

F A V E L A

RENDA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	PROBLEMAS DE SAÚDE							TOTAL	
	Não Tem	Anomalias Congênicas	Alergia Cutânea	Alergia Respiratória	Doenças Carenciais	Doenças das Vias Aéreas Superiores	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Nº	%
2.269 a 6.804	37,4	4,2		45,8	4,2	4,2	4,2	24	100,0
6.805 a 15.876	50,0	6,3	6,3	18,6	6,3	12,5		16	100,0
15.877 a 24.948	66,7					33,3		03	100,0

Q U A R T E I R Õ E S

Renda Familiar Mensal (Cr\$)	PROBLEMAS DE SAÚDE							TOTAL	
	Não Tem	Anomalias Congênitas	Doenças Neurológicas	Alergia Cutânea	Alergia Respiratória	Doenças Carentiais	Doenças das Vias Aéreas Superiores	Nº	%
2.269 a 6.804	100,0							01	100,0
6.805 a 15.876	90,0		10,0					10	100,0
15.877 a 24.948	92,9				7,1			14	100,0
24.949 a 34.020	85,8		7,1	7,1				14	100,0
34.021 a 52.164	86,5		4,5	4,5			4,5	22	100,0
52.165 a 70.308	66,7				33,3			03	100,0
70.309 a 88.452	75,0		25,0					04	100,0
88.453 a 124.740	100,0							02	100,0
124.741 a 197.317	80,0		20,0					05	100,0
+ de 197.317	100,0							01	100,0

F A V E L A

[illegible]

Cr\$ 70.309,00, ou seja acima de 31 salários mínimos². Predomina, no entanto, nas crianças faveladas de famílias de baixa renda, que são também aquelas portadoras de doenças carenciais, expressas através das anemias e avitaminoses.

O estado de saúde das crianças entre 5 e 12 anos, apresenta um quadro um pouco distinto, representado pela menor vulnerabilidade às doenças e pelo aparecimento de outras etiologias. Assim, enquanto no grupo etário anterior, 36% das crianças apresentam problemas frequentes de saúde, no grupo 5-12 anos este valor decresce para 23%. Reduz-se a incidência das alergias respiratórias e das doenças carenciais nas crianças mais pobres. Em contrapartida nesse grupo etário surgem as doenças neurológicas (tabelas 6 e 7), que incidem praticamente em todos os níveis de renda. Tal incidência sugere a possibilidade de duas explicações: a primeira seria que, ao contrário das doenças anteriores cujas causas são ditas exógenas, as neurológicas nem sempre dependem do meio social, não sendo portanto plenamente redutíveis; a segunda seria que o meio social influe, e a população favelada, vulnerável a várias outras doenças, não consegue perceber as principais razões de sua debilidade física, explicando-a muitas vezes por causas secundárias.

O que se verifica, é que o custo da desigualdade social é pago, principalmente, pelas crianças menores de 5 anos, mais frágeis, que apresentam quadros etiológicos evitáveis, mas que muitas vezes levam à morte. Assim, é que algumas famílias residentes na favela perderam seus filhos, quer por bronquites infecciosas que se transformaram em pneumonias, quer por crises de anemia aguda.

A análise, por sua vez, das deficiências na alimentação e das condições de moradia, vem complementar a caracterização do estado de saúde da população infantil.

A deficiência de alimentação é flagrante na favela. Pelo que foi visto e sentido no momento da pesquisa de campo, algumas famílias residentes nos quarteirões apresentam também deficiências na alimentação; raras foram as vezes contudo, em que tal fato foi por elas aceito, talvez por não querer assumir uma condição que as aproximam mais da favela do que do quarteirão.

Para a favela, então, observa-se na tabela 8, que das famílias que apresentam tais deficiências, fazem parte as crianças menos saudáveis. A desnutrição protéico-calórica, evidenciada por uma dieta alimentar onde raramente aparecem carnes, leites e frutas, é decorrente, segundo a própria população, de seu baixo poder aquisitivo. Em trabalho anterior, sobre o consumo de leite no antigo estado da Guanabara, afirmávamos que:

"... os fracos níveis de consumo de leite na Guanabara e no país refletem uma situação em que os padrões dietéticos são estabelecidos não por conhecimento dos valores nutritivos dos alimentos e sim pelos baixos níveis de renda..."³.

Assim, são as restrições de ordem econômica que respondem mais uma vez por um estado de saúde deficiente, colocação oposta àquelas que designam a "ignorância" e os "tabus" dos grupos mais pobres como os responsáveis pela sua condição de pobreza.

As condições de moradia, por seu turno, expressam-se, aqui, através da existência ou não na moradia, de canalização interna de água, de instalação sanitária e de filtro (tabela 9).

Observa-se, para o conjunto da população infantil de Copacabana, que conforme vão se escasseando estas condições, vão, paralelamente, aumentando os problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados à alergia respiratória, que sucessivamente se amplia até a incidência, em 100%, das crianças que residem nas moradias mais precárias. Estas estão localizadas na parte mais alta da favela e são construídas com materiais aproveitados, como caixotes e grandes latas. A irregularidade do piso, evidenciada por grandes frestas que permitem, inclusive, a entrada de animais de pequeno porte, como ratos, contribui ainda mais para que esta população infantil, ao lado de seus problemas frequentes de saúde, seja via de regra internada por etiologias infecciosas e parasitárias. Acresce que as condições de sítio e de moradia respondem ainda por internações decorrentes de quedas e acidentes.

Verifica-se pois que, mesmo privilegiado em termos de País, o agregado populacional de Copacabana apresenta forte diferenciação econômica que se reflete no estado de saúde da população infantil. Se a incidência de etiologias típicas do grupo infantil, como as relacionadas às vias aéreas superiores (garganta, nariz e ouvido) é comum às crianças de todas as faixas de renda, os benefícios advindos, dessa renda de terminam grande variação no estado de saúde das crianças da favela e dos quarteirões. A incidência de bronquites, caren-

ciais fundamentais, infecções e acidentes são fatos da favela - as crianças dos quarteirões delas estão praticamente isentas, só estando afetadas por distúrbios neurológicos.

Parece importante retornar aqui, a uma citação feita no início do trabalho, qual seja a de que

"nossas doenças e acidentes refletem de várias formas o mundo em que vivemos, o que fazemos nele e com ele"⁴

para concluir que a saúde desta população infantil, espelha o "mundo" que elas compartilham com suas famílias, "mundo" este que as impede, frequentemente de crescerem saudáveis, e por que não dizer, felizes.

Assim, se a saúde surge como fenômeno social, como privilégio de alguns grupos, cumpre agora compreender o significado da oferta e do acesso à atenção médica.

TABELA 8 : PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL SEGUNDO DEFICIÊNCIAS NA ALIMENTAÇÃO (%)

F A V E L A

DEFICIÊNCIAS NA ALIMENTAÇÃO	PROBLEMAS DE SAÚDE								TOTAL	
	Não Apresenta	Anomalias Congênitas	Doenças Neu- rológicas	Alergia Cutânea	Alergia Respiratória	Doenças Carenciais	Doenças das Vias Aéreas Superiores	Doenças In- fecciosas e Parasitárias	Nº	%
N Ã O	88,9			11,1					09	100
S I M	48,7	3,7	5,0		23,8	7,5	10,0	1,3	80	100

TABELA 9 : PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL SEGUNDO CONDIÇÕES DE MORADIA (%)

CONDIÇÕES DE MORADIA	PROBLEMAS DE SAÚDE								TOTAL	
	Não Apresenta	Anomalias Congênitas	Doenças Neu- rológicas	Alergia Cutânea	Alergia Respiratória	Doenças Carenciais	Doenças das Vias Aéreas Superiores	Doenças In- fecciosas e Parasitárias	Nº	%
Água, Instalação Sanitária e filtro	75,7	2,5	4,5	3,0	5,4	2,0	6,4	0,5	202	100
Água e Insta- lação Sanitária	64,3				21,5		7,1	7,1	14	100
Instalação Sanitária	42,9	4,8			38,0	9,5	4,8		21	100
Nenhuma das três					100,0				05	100

OS SERVIÇOS DE SAÚDE

As instituições médicas, como instituições sociais, têm nos serviços de saúde uma parcela de seu objeto de análise. Na concepção de Madel T. Luz tais instituições são conceituadas como:

"todas aquelas que estão vinculadas à organização disciplinar, à conservação e à recuperação dos corpos, entendidas como conservação e recuperação de capacidade de trabalhar. Neste caso, estão incluídas desde as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares até as faculdades de Ciências Médicas".⁵

A par da relevância de uma série de estudos que vem sendo desenvolvidos sobre cada uma das facetas destas instituições⁶, a presente análise constitui somente uma tentativa de caracterizar as diferentes formas pelas quais se dá a atenção médica à população de Copacabana. O privilegiamento desta face ta é fruto das próprias questões formuladas no capítulo I, que por sua vez procuram atuar como guias na compreensão do acesso da população materno-infantil aos serviços de saúde.

Os serviços de saúde que atendem à população de Copacabana, representam quase todas as formas de prestação de assistência médica atualmente existentes no país, quais sejam:

- (a) particular, com pagamento pelo paciente dos serviços prestados e representada pelas casas de saúde e consultórios médicos privados;
- (b) particular, com pagamento mensal pelo paciente, quer através dos planos de saúde do tipo "Golden Cross" e "Senasa" quer através do sistema de "sócios" em clínicas particulares.
- (c) filantrópica, sem finalidade lucrativa, representada pelos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia;
- (d) pública, disponível para a população em geral prestada pelo Ministério e Secretarias de Saúde através de seus hospitais e centros de saúde, pelo Ministério da Educação e Cultura através de seus hospitais-escolas e, pelo Ministério da Previdência Social através da Legião Brasileira de Assistência, fundação de assistência social;
- (e) previdenciária das pensões militares, prestada pelos hospitais do Exército, da Marinha e da Aeronáutica, destinadas portanto, aos integrantes das Forças Armadas e seus dependentes;
- (f) previdenciária estadual, prestada pelo Hospital dos Servidores do Estado e destinada a eles e seus dependentes;
- (g) previdenciária federal, ligada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e disponível para os trabalhadores legalmente matriculados. Este tipo de assistência médica se processa de diversas maneiras:
 - hospitais e postos de saúde próprios do INAMPS;
 - hospitais contratados com pagamento por unidade de serviço;

- convênios com estabelecimentos hospitalares da esfera municipal;
- (h) previdenciária federal, através do estabelecimento de convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e empresas nos diversos setores de produção. Tais empresas, usualmente, contratam os serviços de estabelecimentos médicos conhecidos como "medicina de grupo", que prestam assistência médica a seus empregados e dependentes.

As diversas formas de prestação de assistência médica apresentadas acima, não são igualmente consumidas, em termos quantitativos, pelo conjunto da população. No caso de Copacabana destacam-se a assistência particular, a pública e a previdenciária federal nas suas diferentes modalidades, inclusive através da "medicina de grupo".

A medicina liberal, expressa na primeira forma de prestação de assistência médica, (a particular), destina-se somente aos grupos sociais que podem arcar integralmente com o custo do atendimento. Na medida em que, conforme visto no capítulo anterior, estes grupos vêm se reduzindo relativamente em decorrência de um modelo concentrador de renda hoje existente no país, assiste-se também a uma redução na procura desta forma de assistência. Segundo Carlos G. de Melo;

"... a medicina liberal continua sendo exercida plenamente, restringindo-se, de forma progressiva, como decorrência do custo crescente da produção dos serviços médico-assistenciais ao mesmo tempo em que se reduz o contingente populacional com capacidade para pagar diretamente a assistência recebida"⁷.

Ao lado, então, da redução dos grupos sociais que pode recorrer à casa de saúde e consultórios médicos privados, observa-se um crescente custo na produção dos serviços médico-hospitalares, fruto da introdução de tecnologia moderna, altamente diferenciada nos métodos de diagnóstico e de tratamento⁸.

Quanto às categorias dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, encontram-se a pública, executando medidas preferentemente de alcance coletivo, e a previdenciária federal, cuja ação é voltada para o atendimento médico individualizado. Enquanto, a nível nacional, a primeira tem como fonte principal de recursos o Ministério da Saúde — um dos Ministérios com menor volume de recursos — a segunda conta com recursos do Ministério da Previdência e Assistência Social — o segundo orçamento da nação (Tabela 10).

TABELA 10 - GASTOS EM SAÚDE POR MINISTÉRIOS - Cr\$ 1.000,00

MINISTÉRIOS	A N O				
	1 9 6 9**		1 9 7 9***		1969/1979
	Cr\$	%	Cr\$	%	CRESCIMENTO / %
S A Ú D E	357	19	8.000	12	2.140
PREVIDÊNCIA E* ASSISTÊNCIA SOCIAL	1.494	81	60.000	88	3.916

* Como o Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, o valor de 1969 refere-se ao Instituto Nacional de Previdência Social.

** Dados extraídos de SILVA, Fernando A. R. e MAHAR, Dennis. Saúde e Previdência Social: uma análise econômica. Rio de Janeiro. IPEA/INPES. Relatório de Pesquisa, n.21, 1974, p.42.

*** Dados extraídos do Jornal do Brasil, 04/08/79 - p.16.

Assiste-se, portanto, a um decréscimo em termos relativos dos dispêndios realizados pelo Ministério da Saúde. Acrescente-se a este quadro o decréscimo, em termos reais, da parcela que cabe aos estados e municípios para prestar assistência médica à população indiscriminadamente, parcela esta que representava 38% em 1968, diminuindo para 30% em 1971⁹. Assim, a atenção médica oficial vem paulatinamente se reduzindo para aqueles que, não tendo vínculos empregatícios e não podendo arcar com os custos do atendimento de uma assistência particular, recorrem aos serviços públicos representados, via de regra, pelos hospitais e centros municipais de saúde.

Apesar deste estado de coisas, alguns setores são considerados como prioritários na atual política nacional de saúde. Em recente nota oficial, o ex-ministro da Saúde, Dr. Mário Augusto Castro Lima afirmava que:

"Debruçados sobre os grandes problemas setoriais afetos à competência do Ministério da Saúde, elegemos em pensamento e em nossas ações os programas voltados para a população materno-infantil, menos em termos de etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico, do que em relação à ampla proteção social, como recomendam as diretrizes do atual governo, em consonância com os direitos universais da criança, precisamente neste Ano Internacional que transcorre em sua homenagem"¹⁰.

A ampla proteção social a que se refere o ministro, é dada via Centro Municipal de Saúde, pelo Serviço de Proteção Materno-infantil. No caso da proteção infantil, estes serviços, teoricamente, exercem as funções de: (1) orientação às mães quanto aos cuidados e a alimentação de seus filhos e (2) vacinação. Na prática, no entanto, observa-se um quadro um pouco

distinto. Nas palavras do Dr. Roberto Martins Ferreira, responsável pelo Serviço de Proteção Materno-Infantil do Centro Municipal de Saúde Barros Barreto, localizado em Copacabana:

"O leite é dado de acordo com a disponibilidade. Houve épocas em que eram distribuídas de 3 a 6 latas de leite mensalmente para criança menor de 1 ano... Hoje (ago/79), com a mudança de governo, mudança da direção do Departamento de Saúde Pública e do Departamento de Proteção Materno-Infantil, nós não estamos recebendo leite e, neste período, estamos sem leite para distribuir às mães... E estamos sem saber quando voltaremos a receber".

Acrescente-se a este quadro, as inúmeras críticas que vêm sendo dirigidas, pelo meio médico, ao Programa Nacional de Imunizações. O recente confronto, amplamente noticiado nos jornais, entre o Dr. Albert Sabin e o Ministério da Saúde, veio comprovar que grande parte das crianças brasileiras não está recebendo a vacina anti-pólio no primeiro ano de vida. Além disso, a vacina tríplice, contra difteria, coqueluche e tétano, que no mundo inteiro é aplicada em três doses durante o primeiro ano de vida, só é aplicada em duas doses no Brasil, o que segundo a maioria dos pediatras, não oferece proteção.

Sem entrar no mérito da questão sobre o que significa uma "ampla proteção social", verifica-se que até mesmo o significado que lhe é dado pelo Estado, não vem sendo colocado em prática, confirmando que a população, enquanto não regularmente empregada, vem merecendo cada vez menos atenção médica oficial. Desta forma,

"... no tocante à assistência médica, a tendência é aumentar a parcela que cabe aos previdenciários... as populações urbanas en

quanto tal não são objeto de uma política de saúde"¹¹.

É assim, que os gastos da Previdência Social com assistência médica, atingiu no período 1969/1979 um crescimento de quase 4.000% (Tabela 10).

A Previdência Social brasileira, conforme se configurava hoje, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974, teve início em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões nas estradas de ferro. A partir de 1933, foram instituídos os grandes Institutos, de âmbito nacional, surgindo em ordem cronológica: o dos Marítimos (IAPM) e dos Comerciantes (IAPC), o dos Bancários (IAPB), e dos Industriários (IAPI), o dos Empregados em Transporte e Cargas (IAPETC) e com a fusão das Caixas, o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP). Com o advento da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960 foram padronizados os compromissos e as fontes de receitas dos Institutos. Em 1967, o sistema foi unificado com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social,¹²

Desta forma, o seguro social após 1930, começou a se estender a uma parcela cada vez maior dos assalariados urbanos. Contudo, a organização dos Institutos, não garantia a uniformidade de sua aplicação.

"Configurava-se, portanto, uma situação de desigualdade entre os assalariados no gozo dos direitos sociais legitimados na estrutura previdenciária. O processo, através do qual se sucederam as tentativas de uniformização legislativa e unificação dos Institutos, equivale ao desenvolvimento de reivindicações por 'igualação' e 'extensão' de direitos sociais..."¹³

As expectativas de maior acesso aos serviços de saúde, por parte da população assalariada, resultaram na criação do Instituto Nacional de Previdência Social, atenuando portanto, as tensões resultantes da incapacidade de consumo.

Numa tentativa de aperfeiçoamento, de modernização e de melhoria da estrutura administrativa do sistema de prestação de serviços de saúde, surge, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja forma de prestação de assistência médica é herdada do antigo INPS. Assim, ao lado dos serviços próprios do INAMPS, são mantidas a contratação de hospitais com pagamento por unidade de serviço e os convênios com empresas, deduzindo-se uma parcela mensal por segurado-empregado da contribuição à Previdência.

De um lado, o pagamento por unidade de serviço, parece não estar promovendo, em primeiro lugar, a saúde, mas sim, privilegiando os produtores de serviços da área privada. Nas palavras de Carlos G. de Melo, crítico ferrenho desta forma de prestação de assistência médica:

"A literatura, nacional e estrangeira, registra numerosas situações que demonstrou a relação de causa e efeito existente entre o pagamento por unidade de serviço e o significativo acréscimo de atos médicos na prática do exercício profissional criando clima de sofreguidão"¹⁴.

Da mesma forma, a "medicina de grupo", configurada no contrato "Tripartite" - Governo (através da Previdência Social) - Empresa Privada - Grupo Médico, é também, alvo de severas críticas. Tal sistema, baseia-se na contratação pela empresa privada, de Grupos Médicos para a prestação de assistên-

cia médica a seus empregados e dependentes, com a participação da Previdência Social em seu custeio, mediante a restituição, à empresa, de um valor fixo mensal, por empregado, de 5% do maior salário mínimo vigente no País.

Em recente Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (outubro/1979), um trabalho apresentado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) sobre a evolução deste sistema no país, postulava que:

"A partir de então, pacientes, qualquer que fosse suas posições na estratificação social, passaram a ser atendidos em suas necessidades de assistência médico-cirúrgico-hospitalar sem qualquer restrição imposta por deficiências econômicas"¹⁵.

No entanto, isto representa uma meia-verdade, na medida em que: (1) os convênios são, via de regra, firmados com grandes empresas, onde as camadas de previdenciários apresentam um melhor nível de renda; (2) a assistência médica é prestada de modo desigual, privilegiando aqueles indivíduos que encontram-se melhor posicionados na hierarquia da empresa; (3) a assistência médica privilegia as áreas mais prósperas, comprovando-se, também, uma desigualdade na distribuição geográfica¹⁶. Desta forma, se em 1964 era assinado o primeiro Convênio - Empresa entre uma Empresa Industrial - a Volkswagen do Brasil, o I.A.P.I. e uma organização de Medicina Social Privada -, em 1979 o Estado de São Paulo absorvia 71% dos convênios e 74% do número de assistidos¹⁷.

A análise efetuada até aqui sobre a organização dos serviços de saúde, parece evidenciar, que as suas diferentes nuances nada mais são do que reflexos de uma estrutura social

compartimentada em grupos e que apresentam também uma dimensão espacial.

Retornando, pois, a Copacabana, verifica-se que aí proliferam uma grande quantidade de consultórios médicos particulares, e que na Zona Sul, em geral, encontram-se localizados grande parte dos serviços de saúde da cidade do Rio de Janeiro (Tabela 5).

Assim utilizando o indicador habitantes/leito verifica-se que em relação à Zona Suburbana, a Zona Sul atinge as melhores taxas, seja no que se refere à assistência particular, pública, ou previdenciária¹⁸.

Resta, agora, compreender, como a população tem acesso a esta ampla e variada gama de recursos sociais aí localizados.

TABELA 11 - LEITOS HOSPITALARES* E HABITANTES/LEITO - PARTICULARES, PÚBLICOS E PRÓPRIOS DO INAMPS - EM DUAS UNIDADES ESPACIAIS - ZONA SUL E SUBURBANA

UNIDADE ESPACIAL	POPULAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES				HABITANTES/LEITO			
		PART.	PÚBL.	INAMPS	TOTAL	PART.	PÚBL.	INAMPS	TOTAL
Zona Sul	829.302	889	501	574	2.064	932	1.380	1.444	401
Zona Suburbana	2.382.960	916	859	726	2.501	2.601	2.774	3.282	953

* Não estão incluídas as unidades hospitalares especializadas, como por exemplo, as que prestam atendimento psiquiátrico ou geriátrico, apenas as de caráter geral.

FONTE: SAMPAIO, Selma A. et. alii: Órgãos hospitalares localizados na cidade do Rio de Janeiro. Assessoria de Planejamento da Subsecretaria da Secretaria Municipal de Saúde, 1979.

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

"Quem obtém o que e como?" É procurando responder a esta questão, que se tenta compreender o acesso da população materno-infantil aos serviços de saúde. Para tanto, "o que" representa o tipo de assistência médica para o qual a população tem acesso, "como" leva à explicação deste acesso, quer através de sua dimensão social, quer através de sua dimensão física. Tanto uma quanto outra são analisadas nas suas distinções entre favela e quarteirões. O atendimento ao grupo materno-infantil, ainda que mantido distinto em sua especificidade — crianças menores de 5 anos, crianças entre 5 e 12 anos (idade escolar), gestantes e parturientes — é, para fins de análise, tratado em conjunto, uma vez que mães e filhos integram uma mesma família, fazendo parte, portanto, dos mesmos grupos sociais.

Tendo em vista o grande volume de informações oriundas da pesquisa de campo e o desdobramento dessas informações nas áreas e nos grupos específicos acima citados, decidiu-se privilegiar ao longo da análise, um ou outro grupo. Desta forma, somente estão inseridas no texto as tabelas correspondentes às aquelas situações que estiverem sendo analisadas mais detalhadamente; as restantes encontram-se no apêndice 2.

Feita esta ressalva e retornando à análise efetuada na seção anterior, verifica-se que os tipos de assistência

mais utilizados pela população de Copacabana correspondem à particular, à pública e a previdenciária federal. É a relação desta assistência com os vários níveis de renda familiar e com a estrutura de emprego, expressa pela absorção dos chefes de família nos diversos setores da produção, o caminho para a compreensão do acesso em sua dimensão social.

FAVELA

A análise dos tipos de assistência médica para a população materno-infantil da favela, indica que por ela são utilizadas a assistência pública e a previdenciária federal. No entanto, às diferenças dos grupos populacionais específicos e por conseguinte da especialização dos serviços, corresponde também uma variação no grau de utilização dos mesmos — no caso das crianças, frequentam elas basicamente os serviços públicos enquanto que as parturientes utilizam igualmente os serviços públicos e os de previdência federal.

Assim, de acordo com as tabelas 12 e 13, verifica-se que a assistência pediátrica às crianças menores de 5 anos é, via de regra, pública, representada pelo Centro Municipal de Saúde: o "Posto". A maioria das mães, quando questionada sobre as razões da escolha daquele serviço, apontava a proximidade e a gratuidade. Além disso, afirmava que:

"o "posto" é para medir, pesar, vacinar e às vezes receber leite".

Ao que parece, soma-se, assim, às razões apontadas, a necessidade de vacinação, cujo atestado é exigido para

renovação do salário-família¹⁹, e, eventualmente, a obtenção mesmo de alimento.

Considerando, conforme visto anteriormente, e com provado pelas cadernetas de vacinação das crianças apresentadas pelas mães, que a imunização não é completa e considerando que a suplementação alimentar é irregular, o papel do Centro de Saúde reduz-se a uma consulta bastante rápida, onde a quantidade de crianças a serem atendidas face ao pequeno número de médicos e enfermeiros — chegando ao Centro às 7 horas muitas mães não conseguem mais fichas, e quando chegam mais cedo, só voltam para casa ao meio-dia — parece se constituir num obstáculo à qualidade do atendimento, evidenciado por uma conduta médica onde não são elaboradas histórias clínicas completas e nem requisitados exames de laboratório, mesmo para aquelas crianças portadoras de doenças.

Observa-se, ainda, nas tabelas 12 e 13, que não existe uma nítida relação entre níveis de renda familiar, setores de atividades dos chefes de família e tipo de assistência médica às crianças menores de 5 anos na favela. Assim, a assistência previdenciária, direito de muitas das famílias, cujos chefes tem suas carteiras assinadas, neste caso, não é utilizada, via de regra, pela relativamente maior facilidade encontrada no atendimento do Centro de Saúde no que tange à obtenção simultânea de parques benefícios em local próximo (tabela 14).

O fato de parte das crianças da favela não receberem assistência médica (13% do total de crianças menores de 5 anos) parece independender da variação da renda familiar (tabela 12). As explicações comuns às famílias referem-se a questões tais como:

"Lavo roupa prá fora, não posso perder meio dia no posto", "não tenho tempo e ela (a criança) não é doente", "cheguei há 6 meses da Paraíba, ainda não tive tempo de saber onde fica o posto".

Tal estado de coisas parece indicar que para esta população, o acesso aos serviços de saúde não é diferenciado nem pela renda, nem pelo emprego, nem pelo tempo de residência na cidade e muito menos pela qualidade dos serviços de saúde. Sugere, portanto, que para esta população, ainda que diferenciada, não parece haver muita escolha, quer pelas limitações do que lhe é concedido pelo Estado, quer por sua própria condição frente a um sistema político-econômico concentrador de riquezas, onde o "tempo" é trabalho, e "ganhar a sobrevivência" é mais premente do que levar seus filhos ao médico.

Tais razões são as mesmas apontadas pelas mães que não tiveram assistência pré-natal; e que correspondem a 20% do total analisado. Sua situação, aliás, é muito similar àquela das crianças menores de 5 anos. Para aquelas que tiveram acesso aos serviços de saúde, a "escolha" também se refere, em sua grande maioria, à proximidade e à gratuidade. Além disso, também não se distinguem relações entre renda, emprego e tipo de assistência.

Tal quadro, se modifica um pouco em relação ao tipo de assistência médica no parto (tabelas 15 e 16). Verifica-se, aí que a assistência previdenciária federal é também utilizada, em igual proporção à pública, pelo conjunto das mães da favela. Observa-se, no entanto, que mesmo algumas parturientes cujos maridos estão regularmente empregados, seja nos serviços de alojamento e alimentação, seja nos serviços governa-

menais, e que portanto teriam direito a terem seus filhos na rede hospitalar previdenciária, preferem utilizar os hospitais públicos, apresentando como motivação, quase sempre a proximidade e experiências anteriores satisfatórias.

Mais uma vez, não parece ser a renda, nem o emprego que determinam a "variabilidade" de acesso desta população materna aos serviços de saúde. A par do restrito leque de opções que lhe é destinado pelo Estado, a questão do "tempo perdido" ou da "proximidade" é sempre recolocada, o que vem reforçar a explicação anterior relativa à sua condição social, e introduz uma outra explicação, onde emerge, claramente, a dimensão espacial do acesso aos serviços de saúde.

A oferta de atenção médica às parturientes é ao mesmo tempo mais especializada e mais escassa. Contudo, foi visto na seção anterior, que em relação a esta oferta, a Zona Sul encontra-se em situação privilegiada quando comparada com outras áreas da cidade. Paradoxalmente, observa-se na tabela 17, que aquelas mães que mais se deslocaram espacialmente, tiveram assistência médica previdenciária — tais deslocamentos foram decorrentes da falta de vagas em unidades hospitalares mais próximas a seus locais de residência.

Desta forma, embora a "escolha" dos serviços por parte da população favelada, tenha como determinantes a gratuidade e a proximidade física — em virtude do valor do tempo — o sistema previdenciário disponível nas proximidades é insuficiente para atender sua demanda; a localização dessa população num espaço privilegiado não parece pois influir no seu comando sobre os recursos escassos, e sim a sua localização na ~~estrutura~~ ^{estrutura} social, expressa fisicamente na favela.

O acesso espacial está, por conseguinte, relacionado ao espaço social, onde as distâncias físicas entre os lugares, são diferenciadas para as pessoas, pessoas essas que usufruem mais ou menos da riqueza produzida.

QUARTEIRÕES

O acesso aos serviços de saúde pela população residente nos quarteirões apresenta situação bastante diversa, decorrente por um lado, da ampla gama de serviços utilizados pela população e, por outro lado, da grande variação na renda familiar e no emprego do chefe da família. A união destes dois elementos leva à distinção, por conseguinte, de "várias populações" e não mais somente de uma população.

Para as crianças dos quarteirões, menores de 5 anos, o atendimento pediátrico se dá, através de diferentes formas — elas não frequentam o Posto. Nas tabelas 18 e 19 observa-se que a assistência particular, embora presente em todas as faixas de renda, predomina nas famílias mais ricas cujos chefes exercem atividades nos serviços de consumo individual (profissionais liberais, proprietários de serviços de alimentação) e nos serviços de consumo coletivo (funcionários no setor governamental); a assistência previdenciária federal, através da "medicina de grupo", beneficia aquelas crianças cujos pais estão empregados, via de regra, no setor industrial com uma renda familiar que oscila em torno de Cr\$ 40.000,00; a assistência particular (planos de saúde) representada aqui por contribuições mensais a clínicas particulares e para onde se dirigem

crianças oriundas de famílias com rendimento inferior a Cr\$ 25.000,00, cujos chefes são principalmente bancários.

Ao lado da diversidade de tipos de assistência, esses mesmos grupos sociais apontam, razões distintas para justificar suas escolhas. Assim, a "qualidade do atendimento" e a "indicação de parentes e amigos" são razões apontadas pelos que usufruem de uma assistência médica particular. A escolha da assistência previdenciária federal, configurada pela "medicina de grupo", bem como da assistência particular a partir de contribuições mensais, pelo contrário deriva de uma condição de direito.

Desta forma, a grupos distintos quanto às condições de renda e de emprego, correspondem acesso a serviços igualmente diversos. Cumpre destacar, ainda, que o acesso a serviços públicos, ainda que inexpressivo nos quarteirões, corresponde a uma população que apresenta condições econômicas similares àquelas encontradas na favela, isto é, com renda inferior ao limiar de Cr\$ 25.000,00

A análise do local de atendimento das crianças menores de 5 anos, pode ser observado na tabela 20, e evidencia que os deslocamentos predominam dentro do próprio bairro ou na Zona Sul como um todo. As maiores distâncias são percorridas por aquela população, contribuinte de clínicas particulares. Tal fato sugere que, não tendo como arcar com os custos do atendimento particular no próprio bairro de Copacabana e, não querendo se dirigir para os serviços públicos considerados de má qualidade, esta população encontra como alternativa tais clínicas, que parecem, cada vez mais, proliferar nas áreas suburbanas.

A população materna, por seu turno, usufrui dos mesmos tipos de assistência médica prestados à população infantil, acrescentando-se, neste grupo, a assistência filantrópica.

No entanto, a comparação entre os tipos de assistência, durante o pré-natal e no momento do parto, demonstra algumas variações (tabelas 21 e 22). Com exceção das famílias, cuja renda mensal é superior a Cr\$ 88.000,00, e onde tanto no pré-natal quanto no parto a assistência recebida é a particular, observa-se, com o decréscimo da renda, uma tendência a um decréscimo deste tipo de assistência nos serviços ligados ao parto, e um aumento da participação da assistência previdenciária federal. As próprias mães muitas vezes afirmavam que, embora tivessem frequentado regularmente consultórios médicos privados, o alto custo do parto se constituía num obstáculo para a continuidade daquele tipo de assistência. Na medida, então, em que tinham direito à assistência previdenciária federal, buscaram-na, encontrando-a em grande parte nos hospitais da Zona Sul, onde passam a competir, com a população favelada que é, então, deslocada para hospitais distantes.

De um modo geral, para as parturientes, a assistência particular e aquela referente aos convênios - Empresa - Previdência Social e Grupo Médico - é usufruída na própria Zona Sul (Tabela 23). Tal fato vem, assim, confirmar o privilégio de certos grupos sociais, segurados da Previdência Social frente ao sistema previdenciário como um todo, grupos estes que chegam mesmo a perceberem rendas superiores a Cr\$ 100.000,00. A assistência filantrópica, onde são pagas pequenas taxas, é prestada, via de regra, em lugares mais distantes.

Para o conjunto da população estudada — favela e quarteirões — verifica-se que predominam os deslocamentos na própria zona sul (Figuras 7, 8, 9 e 10). Como visto, as crianças são atendidas principalmente em Copacabana, enquanto em Botafogo organiza-se um centro médico especializado, que atende às mães, quer em hospitais do INAMPS, quer em casas de saúde particulares. A maior distância no atendimento aos partos revela, contudo que, para assistência mais prolongada, que requer internações, parte da população não encontra atendimento na Zona Sul.

Emergem, portanto, da análise, limiares de renda que definem grupos com graus diversos de comando aos recursos essenciais da sociedade; a variação de acesso, por seu turno, influe na renda real desses mesmos grupos.

A renda familiar mensal de Cr\$ 25.000,00 em 1979, definia um limiar abaixo do qual a população tem acesso aos serviços médicos menos qualificados. Trata-se quer da população favelada como um todo, quer de uma pequena parcela da população dos quarteirões. No caso dos favelados, utilizam eles o "posto" de saúde próximo ou os hospitais da Previdência Social localizados junto ao centro da cidade. A população dos quarteirões desloca-se a distâncias maiores — o centro de saúde é substituído pelas clínicas populares localizadas nos subúrbios para o atendimento infantil, enquanto que o atendimento nos partos é similar ao da população favelada.

Rendas familiares aproximadamente, entre Cr\$ 25.000,00 e Cr\$ 88.000,00, relacionam-se ao uso de serviços mais qualificados. Crianças, bem como gestantes e parturientes, utili-

zam tanto a assistência particular, como os planos de saúde e a previdência federal localizados basicamente na Zona Sul.

Finalmente, rendas familiares superiores a Cr\$ 88.000,00 usufruem de serviços particulares especializados, e de grupos médicos por convênio de grandes empresas no próprio bairro de Copacabana.

TABELA 12: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

F A V E L A

RENDAS FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Particular	Nº	%
2.169 a 6.304	5,0	25,0					70,0		20	100,0
6.805 a 15.876	18,8	6,2			6,2		68,8		16	100,0
15.877 a 24.948	33,3						66,7		03	100,0

TABELA 13: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

F A V E L A

SETOR DE ATIVIDADE	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								Nº
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Previdenciária (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Particular	
Ind. transformação e construção							100,0		03
Serviços reparação	20,0						80,0		05
Com. de mercadorias		33,3					66,7		06
Seguradora, comércio de imóveis, financiamento crédito, transportes e comunicações									
Serviços pessoais	14,3	14,3			14,3		57,1		07
Profissionais liberais									
Serviços de alojamento e alimentação	14,3	14,3					71,4		14
Serviços de rádio difusão e televisão									
Serviços Governamentais							100,0		02
Inativos	50,0	50,0							02

TABELA 14: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO LOCAL DE ATENDIMENTO (%)
CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

FAVELA

LOCAL DE ATENDIMENTO	TIPO DE ASSISTÊNCIA							TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Particular	Nº	%
CENTRO	100,0							02	100,0
RIO COMPRIDO									
BOTAFOGO	100,0							03	100,0
COPACABANA						100,0		16	100,0
LAGOA	8,3					91,7		12	100,0
TIJUCA									
MEIER									
JACAREPAGUÁ									
NITERÓI				100,0				01	100,0

TABELA 18: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

Q U A R T E I R Õ E S

RENDA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Particular	Nº	%
6.805 a	10,0			10,0	30,0		20,0	30,0	10	100,0
15.876 a			8,3	16,7	16,7	8,3		50,0	12	100,0
24.948 a				10,0				90,0	10	100,0
34.020 a										
34.021 a		17,6		35,3				47,1	17	100,0
52.164 a				16,7				83,3	12	100,0
52.165 a								100,0	02	100,0
70.308 a										
70.309 a						66,7		33,3	03	100,0
88.452 a										
88.453 a				25,0				75,0	04	100,0
124.740 a								100,0	02	100,0
124.741 a										
197.317 + de										
197.317										

TABELA 19: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

Q U A R T E I R Õ E S

SETOR DE ATIVIDADE	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Previdenciária (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Particular	Nº	%
Ind. transformação e construção		16,7		27,7				55,6	18	
Serviços reparação										
Com. de mercadorias				40,0	20,0			40,0	05	
Seguradora, comércio de Imóveis, financiamento crédito, transportes e comunicações	6,7		6,7	20,0	26,6			40,0	15	
Serviços pessoais								100,0	1	
Profissionais liberais								100,0	03	
Serviços de alojamento e alimentação							33,3	66,7	03	
Serviço de rádio difusão - televisão				75,0				25,0	4	
Serviços ornamentais						18,2		81,8	11	
Inativos						14,3	14,3	71,4	07	

TABELA 21: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

MULHERES - PARTO

QUARTEIROS

RENTA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filan- trópica	Particular	Nº	%
6.806 a 15.876	33,3					33,3	11,1	22,2	09	100,0
15.877 a 24.948	18,2	9,1	18,2		9,1		45,4		11	100,0
24.949 a 34.020	37,5		25,0				12,5	25,0	08	100,0
34.021 a 52.164	18,2		9,1	9,1			9,1	54,5	11	100,0
52.165 a 70.308	10,0	10,0	10,0	30,0			10,0	30,0	10	100,0
70.309 a 88.452			50,0				50,0		02	100,0
88.453 a 124.740								100,0	01	100,0
124.741 a 197.317			33,3					66,7	03	100,0
+ de 197.317								100,0	01	100,0

TABELA 22: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (%)

MULHERES - PARTO

QUARTEIROS

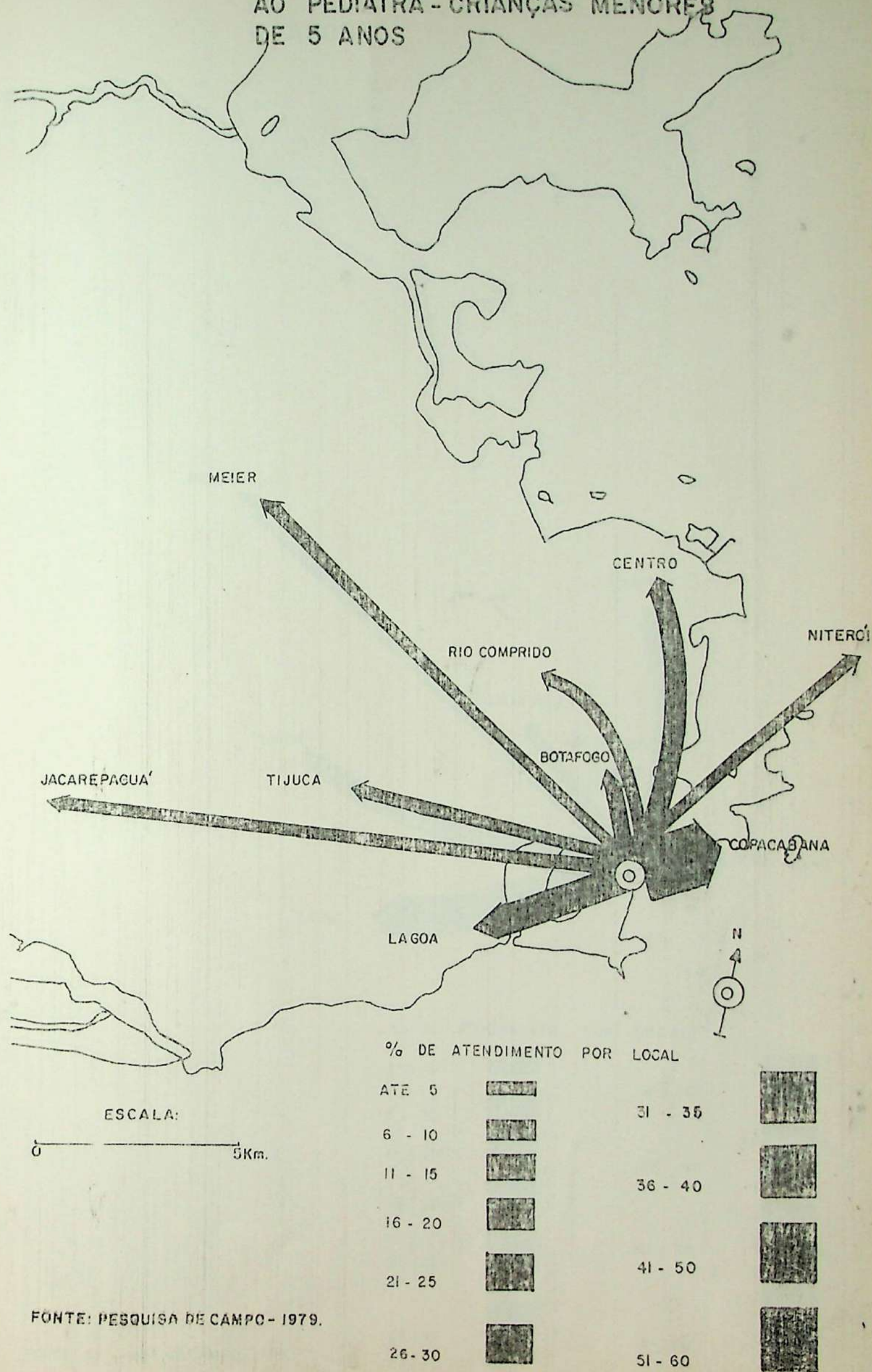
SETOR DE ATIVIDADE	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filan- trópica	Particular	Nº	%
Ind. transformação e construção	36,4		18,2	9,0				36,4	11	100,0
Serviços reparação										
Com. de Mercadorias	40,0						40,0	20,0	05	100,0
Seguradoras, Comércio de im- pulsos, financiamento e crédito, transportes e comunicações	28,6	7,1	7,1	7,1		7,1	28,6	21,4	14	100,0
Serviços pessoais										
Profissionais liberais							33,3	66,7	06	100,0
Serviços de alojamento e alimentação			33,3	33,3		33,3			03	100,0
Serviços de rádio difusão e televisão			75,0					25,0	04	100,0
Serviços Governamentais	12,5	12,5	12,5	12,5			12,5	37,5	08	100,0
Inativos	20,0				20,0	20,0	20,0	20,0	05	100,0

TABELA 23: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO LOCAL DE ATENDIMENTO (%)

MULHERES - PARTO

QUARTEIÕES

LOCAL DE ATENDIMENTO	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Portuária		50,0					50,0		02	100,0
Centro	40,0	20,0					40,0		05	100,0
Rio Comprido							50,0	50,0	02	100,0
Botafogo	20,6		17,7	8,8		5,9	8,8	38,2	34	100,0
Copacabana			100,0						01	100,0
Lagoa						50,0		50,0	02	100,0
São Cristóvão	50,0				50,0				02	100,0
Tijuca				33,3				66,7	03	100,0
Méier										
Engenho Novo	33,3						66,7		03	100,0
Irajá							100,0		01	100,0
Santa Tereza			100,0						01	100,0



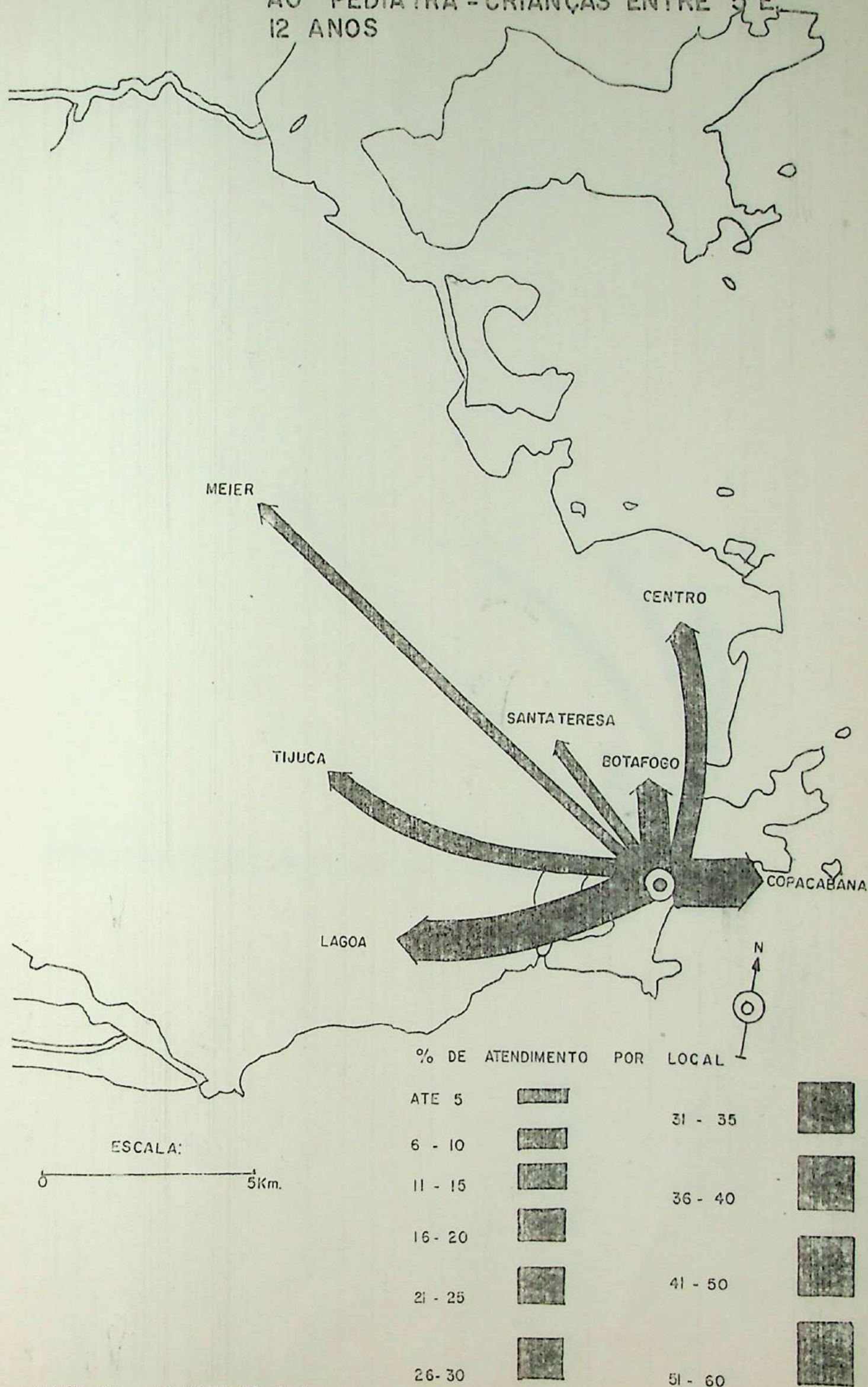


FIGURA 9 LOCAL DE ATENDIMENTO - PRÉ-NATAL

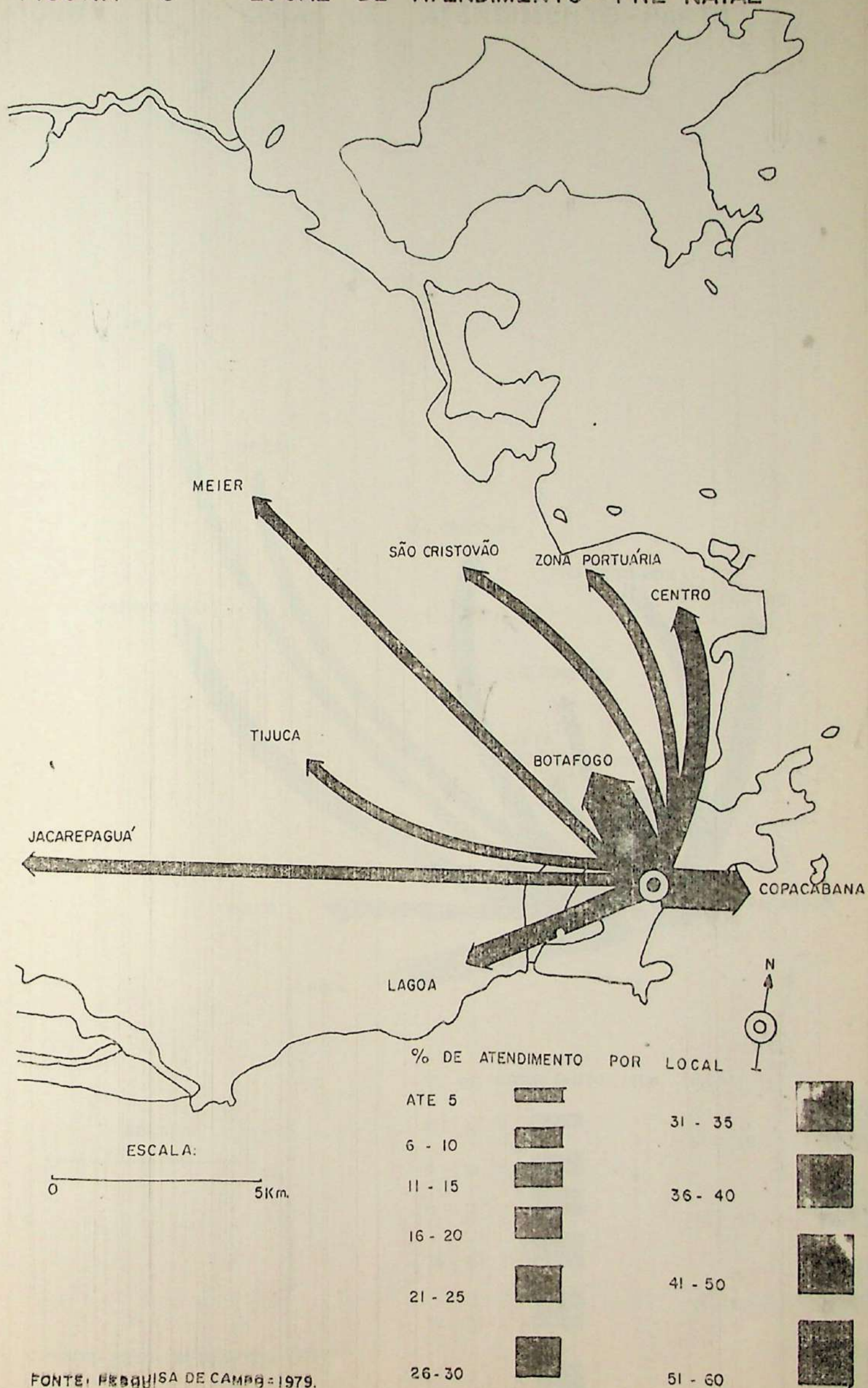
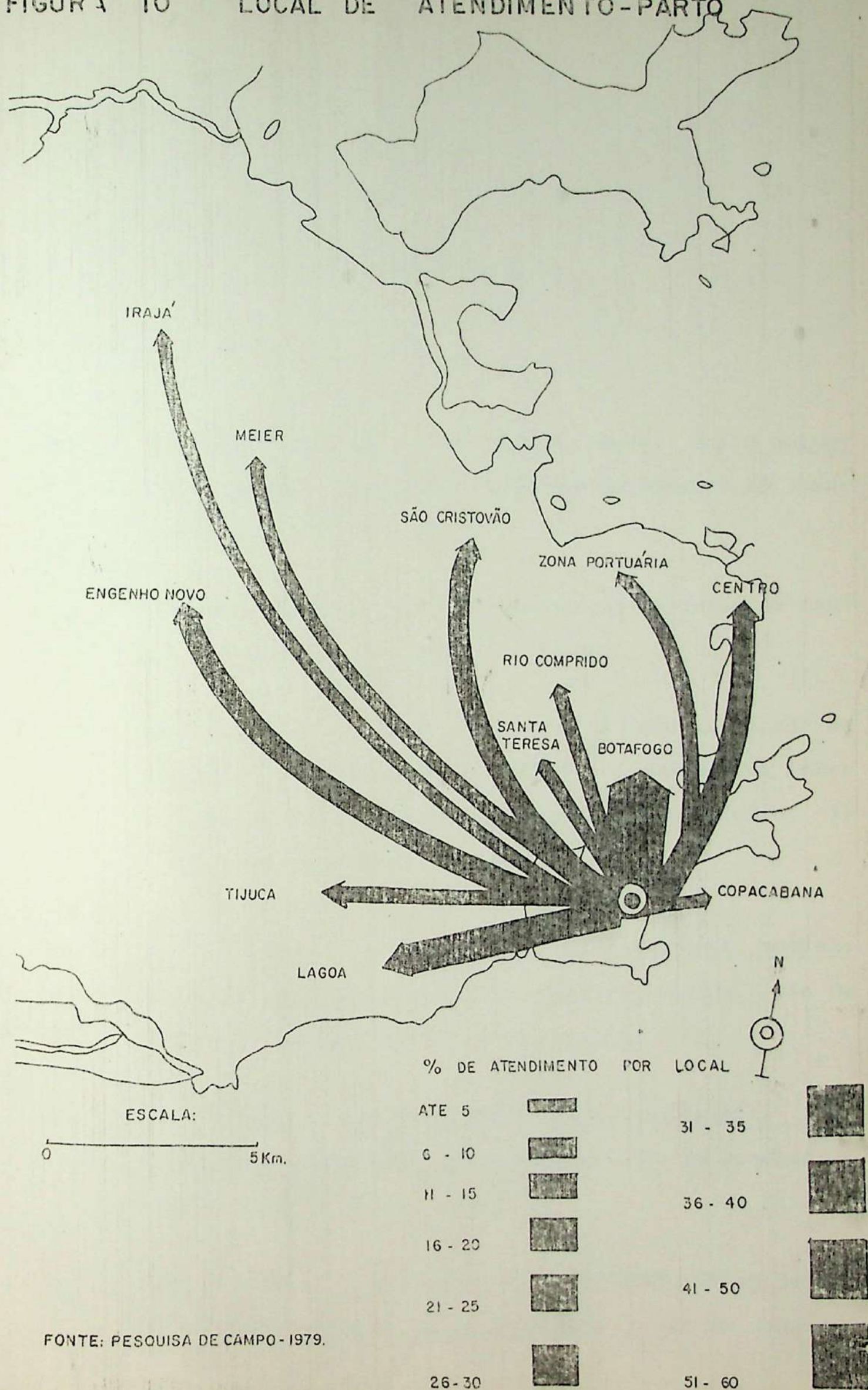


FIGURA 10 LOCAL DE ATENDIMENTO - PARTO



FONTE: PESQUISA DE CAMPO - 1979.

N O T A S

- 01 - OLIVEIRA, Chico de. A economia da saúde. In: O banquete e o sonho. São Paulo, Cadernos de Debate, Ed. Brasiliense, 1976. p. 42.
- 02 - O salário mínimo vigente no momento da pesquisa de campo (julho/1979) era de Cr\$ 2.268,00.
- 03 - BECKER, BERTHA K. et alii - Contribuição ao estudo de padrão de consumo alimentar urbano: o consumo de leite na Guanabara. Boletim Geográfico, Rio de Janeiro, 33 (241), jul/ago, 1974. p. 106.
- 04 - ROSEN, George - Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro - Edições Graal, 1979, p. 50.
- 05 - LUZ, Madel T. As Instituições médicas no Brasil: Instituições e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979, p. 51.
- 06 - Ver a respeito os trabalhos de: CORDEIRO, Hésio de A. A Produção Social do Consumo Médico. Rio de Janeiro,

Ed. Graal, 1980 (no prelo) - DONNANGELO, Maria C. F. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975 - LUZ, Madel T. As Instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia, op. cit. - QUADRA, Antonio A. e AMANCIO, Aloysio. O planejamento e a formação dos recursos humanos para a saúde. In: Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1978.

- 07 - MELLO, Carlos Gentile de. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo - CEBES - HUCITEC, 1977, p. 158.
- 08 - IBID, p. 230.
- 09 - Informação extraída de PAULA, Sergio Goes de. Saúde em áreas urbanas. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 12(2), abr/jun-1978, p. 175.
- 10 - Jornal do Brasil - 04/08/79 - p. 17.
- 11 - PAULA, Sérgio Goes de. Saúde em áreas urbanas, op. cit. p. 175.
- 12 - MELLO, Carlos G. de. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES - HUCITEC, 1977, p. 133.
- 13 - DONNANGELO, Maria Cecília F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975. p. 17.
- 14 - MELLO, Carlos G. de. Saúde e Assistência Médica no Brasil, op. cit. p. 122.

- 15 - Informativo ABRAMGE - Ano 1, número 4, out/1970, p.3.
- 16 - MELLO, Carlos G. de - Saúde e Assistência Médica no Brasil, op. cit. p. 251 - 257.
- 17 - Informativo ABRAMGE, op. cit. p. 4.
- 18 - A Assistência previdenciária aí, inclui somente os hospitais próprios do INAMPS.
- 19 - Lei nº 6.259 de 30/10/1975.

... O ...

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A análise aqui efetuada tem limitações de natureza prática e teórica. A escolha de Copacabana, ou seja, de um pequeno "lugar", para fins de estudo, impede que a compreensão do acesso aos recursos possa ser extrapolada para outras "realidades". Contudo, o termômetro por ela representado, quanto às condições de saúde e de acesso, permite esclarecer, em parte, as questões inicialmente colocadas e sugere a necessidade de aprofundamento teórico.

O bairro de Copacabana, efetivamente expressa e atua no processo de estratificação social da cidade. O espaço diferenciado, a imbricação entre formas "velhas e novas", expressando o seu processo de formação, ajuda ao mesmo tempo a compreendê-lo; longe de significar um "caos urbano", como sugerido por alguns autores, contribui, na verdade, para a manutenção de um processo de estratificação social interno e que lhe dá individualidade na cidade do Rio de Janeiro.

O nível de renda monetária, expresso fisicamente entre quarteirões e favela, afeta o estado de saúde da população, quer através das condições de alimentação e de moradia, que se manifestam em tipos próprios de doenças, quer através

da determinação dos níveis de acesso aos serviços de saúde.

Por sua vez, esses níveis de comando alteram a renda real da população. A renda real da população favelada é reduzida; embora as crianças sejam atendidas em "postos" próximos, têm comando apenas sobre os serviços mais elementares e imediatos, justamente aqueles opostos aos que necessitam, tendo em vista as doenças infecciosas e carenciais que as afetam e que exigem tratamento de longo termo. Quanto às mulheres, os partos em hospitais distantes têm fortes repercussões negativas quanto ao gasto de tempo. O tempo é vital à população mais pobre; representa trabalho e, portanto, sua sobrevivência.

Os grupos mais ricos, em contrapartida, têm sua renda real aumentada — embora pagando caro os serviços, a qualidade e especialização dos recursos refletem-se em melhores condições de saúde e em maior sobrevivência.

Quanto aos grupos com rendas familiares intermediárias, a extraordinária elevação dos custos dos serviços de saúde representando uma relativa perda de poder sobre os recursos, associada à transformação do serviço de saúde em produto de consumo lucrativo, gera novas modalidades de utilização de serviços para garantir a manutenção desse poder. É assim que os grupos de renda média-alta recorrem aos planos de saúde tipo Golden Cross, enquanto os médios propriamente ditos competem com a população mais pobre pela previdência federal na Zona Sul, induzindo à difusão de novas formas de prestação de assistência médica previdenciária; o mesmo ocorre com os grupos de renda familiar baixa que, além do mais, lutando por manter uma

condição social semelhante à dos seus vizinhos de quarteirão, evitam passar a frequentar o "Posto" como os favelados, pagando o ônus de buscar assistência médica em clínicas populares nos subúrbios.

Um aprofundamento teórico, então, torna-se imprescindível para a compreensão de como as necessidades de consumo médico são criadas. A abordagem teórica utilizada no trabalho - "acesso a recursos escassos da sociedade" - parece ter um limite de explicação. Embora responda a questão da desigualdade de consumo dos diferentes tipos de oferta de atenção médica, não possibilita a compreensão efetiva da determinação deste consumo.

Para tal compreensão, reconhece-se que a população infantil, não constituindo a força de trabalho propriamente dita, só pode ter suas necessidades analisadas no processo de consumo, expressando apenas indiretamente a situação, na produção, dos chefes das famílias.

Uma proposição alternativa ao estudo da saúde refere-se, então, à faixa adulta, produtiva, analisando a determinação das necessidades de consumo e de produção (Terrail, 1977) para, então, compreender a dimensão espacial desta determinação.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Maurício de A. e BRONSTEIN, Olga. Políticas públicas, estrutura urbana e distribuição de população de baixa renda na área metropolitana do Rio de Janeiro - Inédito, 1978.
- ALMEIDA, Anna Luiza O. de. Distribuição de renda e emprego em serviços. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1976.
- ALMEIDA, Elisa M. de e MAIMON, Dalia. Saúde e infraestrutura. Fortaleza, Banco do Nordeste do Brasil S.A. - ETENE, Fundação IBGE, 1977.
- ANDRADE, Lúcia C. da S. Análise de indicadores de saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, abril de 1978. COPPE/UFRJ. Tese de Mestrado em Planejamento Urbano e Regional.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Referências Bibliográficas. Projeto de Norma elaborado pela Comissão de Estudo de Documentação da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Rio de Janeiro, 1970.
- BADGLEY, Robin F. Ciências sociales y planeacion de la salud: cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Fundacion Milbank Memorial 2, abr. 1968, X2VIV, parte 2.

BARNETT, J. R. Race and physician location: trends in two New Zealand urban areas. New Zealand Geographer, vol. 34 (1), 1978.

BARNETT, J. R. e SHEERIN, I. G. Public Policy and Urban Health: A review of selected programmes designed to influence the spatial distribution of physicians in New Zealand. 9th. N. Z. Geog. Conf., 1977.

BECK JR, Bertha K. et alii. Contribuição ao estudo de padrões de consumo alimentar urbano. O consumo de leite na Guanabara. Boletim Geográfico, Rio de Janeiro, 33 (241) jul/ago., 1973.

BERLINGUER, Giovanni, Medicina e Política. Coleção Saúde em Debate. CEBES HUCITEC, São Paulo, 1978.

BUTTIMER; Anne. Social space in interdisciplinary perspective. Geographical Review, 59(3), july, 1969.

— Health and Welfare: Whose Responsibility? In: Access to essential public services. Antipode. Vol. 3(1) nov/1971.

CANT, R. G. Territorial indicators and national planning: A report on country studies in Thailand and the Philippines. Economic bulletin for Asia and the Pacific. Vol. XXVII nº 2, dec. 1976.

COATES, B. E. et alii. Geography and Inequality. New York, Oxford University Press, 1977.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Classificação Internacional de Doenças. 1977.

CORDEIRO, Hésio de A. A Produção Social do Consumo Médico. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1980 (no prelo).

COSTA, Manoel Augusto. Urbanização e Migrações Urbanas no Brasil. In: Estudos de demografia urbana. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1975.

DEAR, Michael J. A paradigm for public facility location theory. Antipode a Radical Journal of Geography, volume 6, number 1 april, 1974.

DONNANGELO, Maria Cecília F. Medicina e Sociedade. São Paulo, São Paulo, Pioneira, 1975.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Edição Graal, 1979.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Rio de Janeiro, v. 1 - T. 1, 1976.

GALVÃO, Maria do Carmo C. Os eixos de circulação e a nova fisionomia urbana do Rio de Janeiro. In: Roteiro das Excursões, II Congresso Brasileiro de Geógrafos, AGB, 1965.

GARCIA, Juan C. La articulacion de la medicina y de la educacion en la estrutura social. s/e, s/d.

GEIGER, PEDRO Pinchas. Evolução da Rede Urbana Brasileira. Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais. Rio de Janeiro, 1963.

GITTONI, Regina Maria. Privatizar ou Estatizar? Saúde em Debate. São Paulo, jan/fev/mar-1977.

GRAY, Fred. Radical Geography and the study of education. Antipode - A Radical Journal of Geography, vol. 8, nº 1, March, 1976.

HARNECKER, Marta. Os conceitos elementais do materialismo histórico. s. ed., s.d., s.l.

HARVEY, David. Social Justice and the City. London, Edward Arnolds Ltd., 1973.

ILLICH, Ivan. Medical Nemesis - The Expropriation of health. Pantheon Books, a division of Random House, Inc., New York, 1976.

JORDAN FILHO, Leon e MENDES, Eugênio. Um estudo estatístico-matemático da procura por serviços médico-hospitalares na região norte-mineira. Revista Brasileira de Estatística, Rio de Janeiro, 34/136) out/dez-1973.

- KOWARICK, Lúcio. Estatégias do Planejamento Social no Brasil.
Cadernos CEBRAP, nº 2, São Paulo, 1975.
- LACORTE, Maria Helena C. Estrutura social do bairro de Copacabana. In: Leituras em Organização Espacial, Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ, 1975.
- LODDER, Celsius A. Distribuição de Renda nas Áreas Metropolitanas. Brasil, IPEA/INPES. Monografia nº 23, 1976.
- LOPES Juarez Rubens Brandão. Desenvolvimento e Mudança Social.
São Paulo, Companhia Editora Nacional/MEC, s.d.
- LUZ, Madel Therezinha. As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.
- MADEIRA, Felícia R. e SINGER, Paul I. Estrutura do emprego e trabalho feminino no Brasil: 1920-1970. São Paulo, Cadernos CEBRAP nº 13, 1975.
- MADEIRA, João Lyra. A qualidade da vida urbana - um problema do passado ou do futuro? In: Estudos de demografia urbana. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1975.
- MARQUES, Marília Bernardes. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: - Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.
- MC KINLAY, John B. Economic Aspects of Health Care. Published for the Milbank Memorial Fund by Prodist. New York, 1973.

MELLO, Carlos G. de. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977.

MORRILL, Richard L. Efficiency and Equity of Optimum Location Models. Antipode, vol. 6, nº 1, april 1974.

MUMPHREY, A. J. e J. Wolpert. "Equity considerations and concessions in the siting of public facilities. Economic Geography, 44, 1973.

OLIVEIRA, Chico de. Acumulação Monopolista, Estado e Urbanização: A nova qualidade do conflito de classes. In: O banquete e o sonho. São Paulo, Cadernos de Debate, Ed. Brasiliense, 1976.

— A economia da saúde. In: O banquete e o sonho. São Paulo, Cadernos de Debate, Ed. Brasiliense, 1976.

PAULA, Sérgio G. de. Saúde em áreas urbanas. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 12(2), abr/jun, 1978.

PAOLI, Maria Célia. A marginalidade no capitalismo dependente: um problema deslocado. In: Cidade Usos & Abusos. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1978.

PERLMAN, Janice E. O mito da marginalidade - favelas e política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

PROPOSIÇÕES ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO - Estudo conjunto OMS/UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a infância, 1978.

QUADRA, Antonio A. e AMANCIO, Aloysio. O planejamento e a formação dos recursos humanos para a saúde. In: Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1978.

RIBEIRO, Ana Clara T. Trabalho urbano: Biscate e Biscateiros. Tese de Mestrado apresentada ao IUPERJ como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia. Rio de Janeiro, 1977.

RIBEIRO, Ana Clara Torres e PICALUGA, Isabel Fontenelle. Algumas reflexões críticas sobre a questão de indicadores sociais. Centro de Estudos e Ação Social, Salvador, junho 1976. (mimeo).

ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

SAMPAIO, Selma H. e alii. Órgãos hospitalares localizados na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Assessoria de Planejamento da Subsecretaria da Secretaria Municipal de Saúde, 1979.

SANTOS, Milton. O Espaço dividido; os dois circuitos em economia urbana dos países subdesenvolvidos. Trad. Myrna T. Rego Viana. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979 (col. Ciências Sociais).

— Pobreza Urbana. São Paulo, Ed. Hucitec, 1978 (col. Estudos Urbanos).

- SANTOS, Milton. Por uma Geografia nova: da crítica da Geografia a uma Geografia crítica. São Paulo, HUCITEC, Ed. da Universidade de São Paulo, 1978.
- SARTWELL & MAYZY, ROSENAU. Medicina Preventiva e Saúde Pública. Lisboa, Edição da Fundação Calouste. 2 v., 1972.
- SHANNON, G. W. et alii. A Method for evaluating the geographic accessibility of health services. The Professional Geographer. vol. XXVII, number 1, february, 1975.
- SILVA, FERNANDO A. R. da e MAHAR, Dennis. Saúde e Previdência Social: uma análise econômica. Brasil, IPEA/INPES. Relatório de Pesquisa, nº 21. 1974.
- SILVA, Nelson do Valle. Posição Social das Ocupações. Rio de Janeiro, Centro de Informática/FIBGE, 1973.
- SINGER, Paul. Economia Política da Urbanização. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1973.
- Economia Política do Trabalho. Elementos para uma Análise Histórico-Estrutural do Emprego e da Força de Trabalho no Desenvolvimento Capitalista. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1977.
- O uso de solo urbano na economia capitalista. In: - A produção capitalista da casa (e da cidade) no Brasil Industrial. Editora Alfa-Omega, São Paulo, 1979.
- SINGER, Paul et alii. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro - Forense - Universitária, 1978.

SLATER, David. Resources and class structure: notes on an alternative marxist perspective. Antipode, vol. 9, nº 1, February 1977.

SMITH, DAVID M. The Geography of Social Well-Being; An Introduction to Territorial Social Indicators. Edward J. Taffe, Series Editor. s.d, s.l.

SOARES, Luiz Eduardo. Vendendo Saúde: O INPS e a Seguridade Social no Brasil. Saúde em debate, São Paulo, nº 1, out/nov/dez - 1976.

SOARES, Maria Therezinha de S. Fisionomia e estrutura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro - Revista Brasileira de Geografia, Ano XXVII (3), julho/setembro, 1965.

STRAUCH, Lourdes M. de M. et alii. Contribuições à análise espacial do setor hospitalar do nordeste. Fortaleza - Banco do Nordeste do Brasil S.A. - ETENE - Fundação I B G E - 1977.

SYMONS, John G. Jr. Some comments on equity and efficiency in public facility location models. In: - Access to essential public services. Antipode. Vol. 3(1) nov/1971.

TAVARES, Maria da Conceição. Da substituição de importações ao capitalismo financeiro. Ensaio sobre economia brasileira. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1978.

TEITZ, Michael B. Toward a Theory of Urban Public Facility Location. In: - Internal Structure of the City. New York, Oxford University Press, 1971.

TERRAIL, Jean-Pierre. Producción de necesidades y necesidades de la producción. In: Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. México - Editorial Grijalbo, SA, 1977.

VELHO, Gilberto. A utopia urbana. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1973.

VETTER, David M. The Impact of the Metropolitan System of the Interpersonal and Spatial Distribution of Real and Monetary income: The Case of Grande Rio. School of Architecture and urban planning. University of California, Los Angeles, December/1975.

WISE, Perre de. Misused and misplaced hospitals and doctors: a locational analysis of the urban health care crises. Resource paper nº 22. Association of American Geographers, Washington, D.C., 1973.

WILLIAMS, Cicely D. e JELLIFFE, Derrick B. Mother and child health, delivering the services. Londo, Oxford University Press - Toronto, New York, 1972.

... O ...

APÊNDICES

PROCEDIMENTO DA PESQUISA

PROCEDIMENTO DA PESQUISA

A pesquisa realizada em Copacabana procurou combinar várias técnicas de coleta de dados: (1) dados qualitativos oriundos de entrevistas e depoimentos de médicos ligados ao setor materno-infantil, de moradores locais e do presidente da Associação de Moradores da Favela; (2) dados secundários provenientes da Secretaria Municipal de Saúde; (3) pesquisa de campo.

Apresento a seguir uma descrição detalhada dos procedimentos ligados à pesquisa de campo sobre a qual se baseia a parte central deste estudo.

- O questionário

Numa elaboração preliminar, o questionário buscava atuar como um instrumento capaz de contribuir para a compreensão dos mecanismos que interferem no acesso das populações materno-infantil aos serviços de saúde. O contato preliminar com a área de estudo e principalmente com a favela, foi bastante útil no sentido de modificar ou até mesmo excluir questões que não diziam respeito às realidades locais, ou não contribuíam para o entendimento das questões que se tinha em vista.

O questionário definitivo pode ser dividido em 2 partes. A primeira diz respeito: (1) à família, caracterizando seus membros quanto a idade, local de nascimento, educação, ocupação, etc; (2) à moradia, incluindo questões relativas à mobilidade residencial de antigos moradores afim de uma melhor compreensão do fenômeno Copacabana; (3) à alimentação, procurando analisar a composição da dieta alimentar e até que ponto esta seria alterada por um aumento no nível de renda; (4) ao chefe da família, incluindo questões sobre emprego e migração.

A segunda parte, específica para a população materno-infantil inclui: (1) questões referentes à ocorrência de natimortos, de mortalidade neonatal e infantil, de prematuros e de abortos para todas as mulheres da família; (2) questões relativas à assistência pré-natal, ao parto e à lactação para as mulheres que ficaram grávidas há menos de 5 anos¹; (3) informações sobre assistência médica, vacinação, doenças e internações para as crianças².

- A escolha das unidades domiciliares

A primeira etapa para a escolha das unidades domiciliares seria descobrir o número de domicílios existentes na área de estudo. A informação mais recente sobre o nº de domicílios da favela refere-se a 1975, totalizando para o Pavão e Pavãozinho 500 barracos³. No que se refere aos prédios de apartamentos não foi possível ter acesso a tal informação, que além do mais estaria defasada, uma vez que corresponderia aos setores censitários de 1970. Assim, a solução encontrada, foi percorrer a área e anotar o número de apartamentos existentes em

cada edifício, excluindo-se os de uso comercial. Considerando a impossibilidade de repetir tal procedimento na favela e baseando-me nas informações de moradores locais, de que pela própria falta de espaço, não deveriam ter havido nesses 4 anos mudanças significativas no número de barracos, considerei 500 barracos para a área da favela e 2085 apartamentos por mim levantados nos edifícios, perfazendo um total de 2585 domicílios.

A segunda etapa foi decidir o tamanho da amostra. Pareceu-me que 150 entrevistas seriam suficientes para o tipo de estudo ao qual me propunha desenvolver. Este número representava 5% do total de domicílios da área. Decidiu-se, contudo, selecionar 7% tendo em vista as possíveis perdas.

A etapa seguinte, de seleção das unidades, requereu procedimentos distintos para a área dos edifícios e a da favela.

Para os edifícios, foi elaborada uma listagem incluindo os 2085 apartamentos e, a partir de uma amostragem sistemática, assinalou-se os 145 apartamentos sorteados (7% de 2085). O pré-requisito para que se procedesse uma entrevista, era o de que, no domicílio residisse pelo menos uma criança menor de 12 anos (excluindo-se os filhos de empregados). Caso o apartamento sorteado não preenchesse o pré-requisito, outro deveria ser procurado, desde que no mesmo intervalo. Segue-se um exemplo do processo de seleção:

End.: Rua Djalma Ulrich, 23; nº de apartamentos: 19

<u>Nº da Ordem</u> <u>da Listagem</u>	<u>Nº dos</u> <u>Apartamentos</u>	<u>Observações</u>
1813	1201	
1814	1101	
1815	1001	O nº de ordem sorteado
1816	901	correspondeu ao aptº
1817	902	1101. Como este aptº
1818	801	não preencheu o pré-re
1819	802	quisito, seguiu-se a
1820	701	ordem até encontrar
1821	702	um aptº onde residisse
1822	601	pelo menos uma criança
1823	602	menor de 12 anos, o que o
1824	501	correu no aptº 501, on
1825	502	de então procedeu-se a
1826	401	uma entrevista.
1827	402	
1828	301	
1829	302	
1830	201	
1831	202	

Ao término da primeira semana de aplicação dos questionários, verificou-se a existência de vários intervalos vazios e, curiosamente alguns andares de edifícios repletos de crianças. Decidiu-se, então, que desde que a entrevista fosse efetuada no mesmo edifício, intervalos vazios poderiam ser substituídos.

No caso da favela utilizou-se um mapa dos setores censitários de 1970. Dividiu-se a favela em 5 áreas de igual número de domicílios, onde 7 domicílios de cada área (7% de 100) deveriam ser selecionados para entrevista (Figura 3). Tomou-se

o cuidado de não escolher domicílios vizinhos, procurando-se espaçar o máximo possível cada entrevista, afim de cobrir toda a área. O pré-requisito para se realizar uma entrevista foi o mesmo utilizado nos apartamentos.

- A aplicação dos questionários

Nesta etapa do trabalho contei com a ajuda de 8 entrevistadores, a maioria dos quais ex-alunos da graduação e atualmente Mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRJ.

O treinamento dos entrevistadores deu-se através de reuniões, onde os objetivos da pesquisa eram expostos e cada pergunta de questionário discutida detalhadamente. Cada entrevistador foi orientado no sentido de preencher todo o questionário, além de procurar sempre que possível fazer anotações à parte, que poderiam mais tarde virem a ser úteis, o que foi comprovado no momento da análise dos resultados. Outra orientação foi a de que procurassem saber o número de domicílios com crianças abaixo de 12 anos, existente em cada edifício, o que possibilitou conhecer precisamente a representatividade da população entrevistada. O acompanhamento dos trabalhos era feito semanalmente, revisando-se cada questionário, possibilitando assim o retorno ao domicílio no caso de falta de informação, fato este que ocorreu em 4 situações.

Após o término da pesquisa de campo, verificou-se que um total de 144 famílias havia sido entrevistado para o presente trabalho: 109 nos apartamentos e 35 na favela, ou seja, um

número muito próximo das 150 previstas inicialmente⁴. Na favela, as entrevistas foram todas realizadas, o que não aconteceu nos edifícios, onde mesmo tendo sido adotado o critério de substituição de entrevistas, houve 25 perdas por inexistência de crianças e 11 recusas formais. Constatou-se que grande parte dos apartamentos da área de estudo são ocupados por pessoas idosas ou então por pessoas mais novas, solteiras que dividem um apartamento.

Na medida em que foi possível conhecer o total de apartamentos onde residisse pelo menos uma criança com menos de 12 anos (165), verificou-se que a pesquisa havia coberto 65% dos domicílios nestas condições, o que tornava inexpressivas as perdas ocorridas.

- Classificação e processamento dos dados

Quando dei início à pesquisa, pretendia trabalhar os dados manualmente, visto que não seria utilizada para fins de análise nenhuma técnica estatística mais sofisticada, além das tabelas de frequência e de cruzamento de informações.

Pouco tempo depois tive a oportunidade de travar conhecimento com dois analistas de sistema que demonstraram as vantagens da utilização do computador, mesmo para estatísticas mais simples. A vantagem principal é que após a criação do arquivo de dados, qualquer cruzamento pode ser conseguido rapidamente, não sendo necessário o retorno aos questionários.

Desta forma todas as questões abertas precisaram ser categorizadas. Algumas questões sobre emprego do chefe da família

lia e tipo de assistência às mães e crianças, tiveram de ser recategorizadas uma vez que as categorias originais não estavam adequadamente relacionados à estrutura conceitual, ou não correspondiam à variedade das repostas.

Após a criação de 4 registros, os dados foram introduzidos no computador para análise, via "Sistema de Análise Estatística (Statistical Analysis System - SAS)⁵. A seguir novas variáveis foram criadas e uma série de cruzamentos efetuados.

Segue-se um exemplar do questionário.

N O T A S

- 01 - O limite de 5 anos foi escolhido a partir da aplicação de alguns questionários prévios, que demonstraram que além desse limite tornava-se difícil para as mulheres se lembrarem das questões formuladas no inquérito.
- 02 - WILLIAMS, Cicely e JELLIFFE, Derrick B. Mother and child health, delivering the services. London, Oxford University Press - 1972, p. 76. Estes autores distinguem 2 faixas etárias para a população infantil: recém-nascido até 5 anos e idade escolar (entre 5 e 12 anos) mostrando as especificidades de atendimento para cada uma delas. Esta distinção foi adotada no presente trabalho.
- 03 - V Região Administrativa - Serviço Social Regional.
- 04 - Desse total, visitei sozinha ou acompanhada por outro entrevistador 47 famílias, procurando diversificar ao máximo as entrevistas.
- 05 - O primeiro registro é relativo ao domicílio, a família e ao chefe da família; o segundo relaciona-se às mulheres; o terceiro às crianças menores de 5 anos; e o último às crianças entre 5 e 12 anos.

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Nº DE ORDEM		1	2	3	4	5	6	7
RELAÇÃO COM O CHEFE		chefe						
SEXO								
IDADE								
LOCAL DE NASCIMENTO								
ESTADO CONJUGAL	SOLTEIRO							
	CASADO							
	VIÚVO							
	SEPARADO							
SITUAÇÃO ESCOLAR	NUNCA FREQ.							
	PAROU DE FREQ.							
	FREQUENTA							
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	ANALFABETO							
	SÓ LÊ E ESCREVE							
	PRIMÁRIO INCOMP.							
	PRIMÁRIO COMP.							
	GINÁSIO INCOMP.							
	GINÁSIO COMP.							
	2º GRAU INCOMP.							
	2º GRAU COMP.							
	UNIVERS. INCOMP.							
	UNIVERS. COMP.							
SITUAÇÃO ATUAL	TRABALHA							
	NÃO TRABALHA							
	NUNCA TRABALHO							
HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA								
LOCAL DE TRABALHO (BAIRRO E ÓRGÃO								
DENOMINAÇÃO DA OCUPAÇÃO ATUAL								
RENDAS MENSAL								

CHEFE DA FAMILIA (EMPREGO)

- 1 - SITUAÇÃO ATUAL: 01, trabalha, 02 procurando trabalho mas já trabalhou antes, 03 não trabalha, 04 outra _____

PARA QUEM ASSINALOU OS ÍTENS 01 e 02

- 1 - OCUPAÇÃO, PROFISSÃO, CARGO: _____
- 2 - HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESTA OCUPAÇÃO: _____
anos meses dias
- 3 - ATIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO ONDE TRABALHA: _____

- 4 - LOCAL DE TRABALHO: _____
bairro ou município
- 5 - POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO: 01 empregador, 02 empregado, 03 conta
própria estabelecido, 04 conta própria não estabelecido, 05
outra _____
- 6 - TEM OUTRA OCUPAÇÃO PARA AUMENTAR A RENDA: 01 não
02 sim: _____
- 7 - É CONTRIBUINTE DE ALGUM INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA: 01 IAPAS,
02 IPERJ, 03 OUTRO _____
- 8 - É CONTRIBUINTE DE ALGUMA INSTITUIÇÃO LIGADA À ASSISTÊNCIA MÉ
DICA QUE SUA FAMÍLIA TAMBÉM TENHA DIREITO: 01 Golden Cross ,
02 Senasa, 03 SEMIC, 04 Rio Clínica, 05 UNIMED, 06 SEMEG, 07
não é contribuinte, 08 outra _____
- 9 - QUANTAS HORAS TRABALHA POR SEMANA: _____
na ocupação principal nas outras ocupações
- 10- POSSUI CARTEIRA ASSINADA PELO ATUAL EMPREGADOR: 01 sim, 02 não
- 11- QUANTO GANHA MENSALMENTE: _____
na ocupação principal na(s) outra(s)
- 12- TEM OUTRAS FONTES DE RENDA: 01 não, 02 sim

doação ou mesada	aposentado ria ou pen são	aluguéis	receita de pensionis- ta	dividendos letras juros	outra
---------------------	---------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------------	-------

- 13 - NO FINAL DO MÊS A SUA RENDA EM RELAÇÃO ÀS DESPESAS: 01 sobra um pouco, 02 cobre apertado, 03 pega outro serviço, 04 faz horas extras, 05 retira de alguma economia, 06 recebe ajuda de familiares, 07 recorre a empréstimos, 08 outra --

- 14 - JÁ FICOU DESEMPREGADO: 01 não, 02 sim quantas vezes nos últimos 2 anos
- 15 - QUANDO FICOU DESEMPREGADO PELA ÚLTIMA VEZ: ano mês

tempo nesta situação
- 16 - O QUE FAZIA PARA MANTER A CASA NO TEMPO QUE FICOU DESEMPREGADO: -----

PARA QUEM ASSINALOU O ÍTEM 03

- 1 - POR QUE NÃO TRABALHA: 01 vive de renda, 02 aposentado, 03 doente ou inválido, 04 frequentando algum curso _____
05 outra _____
- 2 - OCUPAÇÃO, PROFISSÃO, CARGO QUE EXERCEU DURANTE MAIS TEMPO:

- 3 - ATIVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO ONDE TRABALHAVA:

- 4 - POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO: 01 empregador, 02 empregado, 03 conta própria estabelecido, 04 conta própria não estabelecido ,
05 outra _____
- 5 - QUANTO RECEBE MENSALMENTE: (referente ao item 1) _____
- 6 - TEM OUTRAS FONTES DE RENDA: 01 não, 02 sim
- | | | | | | |
|-----------|----------|----------|------------|------------|-------|
| doação ou | aposenta | aluguêis | receita de | dividendos | outra |
| mesada | doria ou | | pensionis- | letras | |
| | pensão | | ta | juros | |
- 7 - NO FINAL DO MÊS A SUA RENDA EM RELAÇÃO ÀS DESPESAS: 01 sobra um pouco, 02 cobre apertado, 03 retira de alguma economia, 04 recebe ajuda de familiares, 05 recorre a empréstimos, 06 outra _____

PARA AS MULHERES QUE JÁ FICARAM GRÁVIDAS

- 1 - Nº DE ORDEM: _____
- 2 - FILHOS VIVOS: _____
- 3 - FILHOS NASCIDOS MORTOS: _____
nº _____ causa provável _____
- 4 - FILHOS QUE MORRERAM ANTES DE COMPLETAR 1 MÊS: _____
nº _____ causa provável _____
- 5 - FILHOS QUE MORRERAM ANTES DE COMPLETAR 1 ANO: _____
nº _____ causa provável _____
- 6 - FILHOS QUE MORRERAM DEPOIS DE COMPLETAR 1 ANO: _____
nº _____ causa provável _____ idade _____
- 7 - FILHOS PREMATUROS: _____
nº _____ mês de gestação _____ causa provável _____ sobreviveu _____
- 8 - ABORTOS NATURAIS: _____
nº _____ causa provável _____

5 Meningite - + de 6 meses -----

10 - TEM ALGUM PROBLEMA FREQUENTE DE SAÚDE: 01 não, 02 sim:

qual

local de atendimento: entidade endereço ou por que nesta
bairro entidade?

tipo de assistência: 01 privada, 02 pública, 03 paga, 04 gra
tuita

11 - JÁ FOI INTERNADO ALGUMA VEZ: 01 não, 02 sim: -----
causa

tempo entre por que? tempo inter idade
diagn. e in nado
ternação

local de atendimento: entidade endereço ou por que nesta
bairro entidade

tipo de assistência: 01 privada, 02 pública, 03 paga, 04 gra
tuita

PARA AS CRIANÇAS DE 5 A 12 ANOS

- 1 - Nº DE ORDEM: _____
- 2 - IDADE: _____
anos
- 3 - QUANDO TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE VAI:
____entidade____ ____endereço ou bairro____ ____por que nesta entidade?____
- 4 - TIPO DE ASSISTÊNCIA: 01 privada, 02 pública, 03 paga, 04 gratuita _____
____por que não utiliza o INAMPS?____
- 5 - DA ÀS CONSULTAS: 01 carro, 02 ônibus, 03 trem, 04 a pé, 05 ou
tra _____
- 6 - TEMPO GASTO ENTRE IR, ATENDIMENTO E VOLTA:
____horas____ ____minutos____ ____por que?____
- 7 - ESQUEMA DE VACINAÇÕES:
01 tríplice - 4 a 6 anos _____
02 Sabin - 4 a 6 anos _____
03 Dupla - 8 anos _____
04 Antitetânica - acima de 10 anos _____
05 Meningite _____
- 8 - JÁ FEZ CONSULTA A: 01 oculista, 02 otorrinolaringologista, 03
dentista _____
____por que?____
- 9 - TEM ALGUM PROBLEMA FREQUENTE DE SAÚDE: 01 não, 02 sim: _____
qual?
local de atendimento: _____
____entidade____ ____endereço ou bairro____ ____por que nesta entidade?____
tipo de assistência: 01 privada, 02 pública, 03 paga, 04 gratuita
- 10 - JÁ FOI INTERNADO ALGUMA VEZ: 01 não, 02 sim: _____
causa
____tempo entre____ ____por que?____ ____tempo inter____ ____idade____
diagn.e in- nado
ternação
local de atendimento: _____
____entidade____ ____endereço ou bairro____ ____por que nesta entidade?____
tipo de assistência: 01 privada, 02 pública, 03 paga, 04 gratuita

T A B E L A S

TABELA 24: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)
CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS

F A V E L A

REDA FAMILIAR MENSAL (Cr.)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantropia	Particular	Nº	%
2.269 a 6.804	4,4	21,7					73,9			23	100,0
6.805 a 15.876	17,7	52,9					29,4			17	100,0
15.877 a 24.948							100,0			06	100,0

TABELA 25: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (%)
CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS

F A V E L A

SETOR DE ATIVIDADE	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Previdenciária (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantropia	Particular	Nº	%
Ind. transição e construção							100,0			02	100
Serviços reparação		16,7					83,3			06	100
Com. de mercadorias							100,0			02	100
Seguradora, Comércio de Imóveis, financiamento crédito, transportes e comunicações											
Serviços pessoais	7,8	46,1					46,1			13	100
Profissionais liberais											
Serviços de alojamento e alimentação	16,7	33,3					50,0			18	100
Serviços de rádio difusão e televisão											
Serviços Governamentais							100,0			03	100
Inativos		50,0					50,0			02	100

TABELA 26 : TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO LOCAL DE ATENDIMENTO (%)
CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS

F A V E L A

LOCAL DE ATENDIMENTO	TIPO DE ASSISTÊNCIA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal (Medicina Grupo)	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Centro	100,0								03	100,0
Botafogo	10,0					90,0			10	100,0
Copacabana	28,6					71,4			07	100,0
Lagoa	38,1					61,9			21	100,0
Tijuca						100,0			01	100,0
Méier										
Santa Teresa										

TABELA 27 : TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

MULHERES - PRÉ-NATAL

F A V E L A

RENDA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
2.269 a 6.804	16,6	41,7					41,7			12	100,0
6.805 a 15.876	22,2	44,4					22,2	11,1		09	100,0
15.877 a 24.948	33,3						66,7			03	100,0

TABELA 30: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS

QUARTEIROS

RENDA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantropica	Particular	Nº	%
2.269 a 6.804									100,0	01	100,0
6.805 a 15.876	10,0	30,0			20,0			20,0	20,0	10	100,0
15.877 a 24.948	21,4					28,6			50,0	14	100,0
24.949 a 34.020		28,7	7,1	7,1				7,1	50,0	14	100,0
34.021 a 52.164	9,1	9,1	4,6	22,7			4,5		50,0	22	100,0
52.165 a 70.308									100,0	03	100,0
70.309 a 88.452				75,0					25,0	04	100,0
88.453 a 124.740									100,0	02	100,0
124.741 a 197.317									100,0	05	100,0
+ de 197.317									100,0	01	100,0

TABELA 31: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (%)

CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS

QUARTEIROS

SETOR DE ATIVIDADE	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Previdenciária (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantropica	Particular	Nº	%
Ind. transformação e construção	12,5	6,3		12,5				6,3	62,4	16	100,0
Serviços reparação	50,0								50,0	04	100,0
Com. de mercadorias		33,3					16,7		50,0	06	100,0
Comércio, comércio de imóveis, financiamento crédito, transportes e comunicações	4,8	9,5		28,6	9,5			4,8	42,8	21	100,0
Serviços pessoais		100,0								01	100,0
Profissionais liberais									100,0	02	100,0
Serviços de alojamento e alimentação									100,0	02	100,0
Serviços de rádio, difusão e televisão		25,0	25,0						50,0	04	100,0
Serviços Governamentais	8,3	8,3		8,3	16,7				58,4	12	100,0
Inativos		12,5	12,5			25,0		12,5	37,5	08	100,0

TABELA 32: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO LOCAL DE ATENDIMENTO (%)

CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS

QUARTEIÕES

LOCAL DE ATENDIMENTO	TIPO DE ASSISTÊNCIA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Centro	42,8	28,6	14,3					14,3	07	100,0
Botafoço			20,0				10,0	70,0	10	100,0
Copacabana	2,9		17,6		5,9		5,9	67,7	34	100,0
Lagoa	36,4					9,1		54,5	11	100,0
Tijuca					40,0			60,0	05	100,0
Méier				100,0					02	100,0
Santa Tereza	100,0								01	100,0

TABELA 33: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL (%)

MULHERES - PRÉ-NATAL

QUARTEIÕES

RENDA FAMILIAR MENSAL (Cr\$)	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
6.805 a 15.876	11,1	22,2		11,1	11,1		11,1		33,3	09	100,0
15.877 a 24.948	9,1	18,2	9,1	18,2	9,1	9,1		9,1	18,2	11	100,0
24.949 a 34.020		25,0		25,0				25,0	25,0	08	100,0
34.021 a 52.164		9,1		18,2	9,1			9,1	54,5	11	100,0
52.165 a 70.308		10,0		20,0	20,0			10,0	40,0	10	100,0
70.309 a 88.452				100,0						02	100,0
88.453 a 124.740									100,0	01	100,0
124.741 a 197.317				33,3					66,7	03	100,0
+ de 197.317									100,0	01	100,0

TABELA 34: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (3)
MULHERES - PRÉ-NATAL
QUARTEIÕES

SETOR DE ATIVIDADE	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA									TOTAL	
	Nenhuma	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Ind. transformaç e construç		27,3		36,4	9,0				27,3	11	100,0
Serviços reparaç											
Com. de mercadorias		20,0						40,0	40,0	05	100,0
Seguradoras, Comércio de Imóveis, financiamento crédito, transportes e comunicações		14,3	7,1	7,1	14,3		7,1	14,3	35,8	14	100,0
Serviços pessoais											
Profissionais liberais								16,7	83,3	06	100,0
Serviços de alojamento e alimentação				66,7	33,3					03	100,0
Servi. de radio difusão e televisão				75,0					25,0	04	100,0
Serviços Governamentais		12,5		25,0	12,5				50,0	08	100,0
Inativos	40,0	20,0				20,0			20,0	05	100,0

TABELA 35: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO LOCAL DE ATENDIMENTO (3)
MULHERES - PRÉ-NATAL
QUARTEIÕES

LOCAL DE ATENDIMENTO	TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal Medicina Grupo	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Portuária							100,0		01	100,0
Centro	50,0	25,0					25,0		04	100,0
Botafogo	28,5		19,1	4,8		4,8	14,3	28,5	21	100,0
Copacabana			23,5	5,9	5,9			64,7	17	100,0
Lagoa			20,0					80,0	05	100,0
São Cristóvão			100,0						01	100,0
Tijuca			50,0	50,0					02	100,0
Méier			50,0	50,0					02	100,0
Jacarepaguá				100,0					01	100,0

TABELA 36: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR RAZÃO DA ESCOLHA (%)

CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

RAZÕES DA ESCOLHA	TIPO DE ASSISTÊNCIA							TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal (Medicina Grupo)	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Particular	Nº	
Qualidade do Atendimento			3,6	7,1		14,3	75,0	23	100
Indicação de Parentes e Amigos							100,0	16	100
Médico Amigo	37,5						62,5	03	100
Tem direito		5,0	60,0	20,0	15			20	100
Gratuito						100,0		02	100
Próximo							100,0	02	100
Gratuito e Próximo						100,0		20	100
Pertence ao INAMPS	100,0							06	
Não pertence ao INAMPS						100,0		03	

TABELA 37: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR RAZÃO DA ESCOLHA (%) - CRIANÇAS ENTRE 05 e 12 ANOS

RAZÕES DA ESCOLHA	TIPO DE ASSISTÊNCIA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal (Medicina Grupo)	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantropica	Particular	Nº	
Qualidade de Atendimento	16,7		5,5			11,1		66,7	18	100
Indicação de Parentes e Amigos						5,9		94,1	17	100
Médico Amigo	16,8		11,1			5,5	5,5	61,1	18	100
Tem Direito		13,3	46,7	13,3	26,7				15	100
Próximo		20,0				50,0	20,0	10,0	10	100
Gratuito e Próximo						100,0			16	100
Pertence ao INAMPS	100,0								14	100
Não Pertence ao INAMPS						100,0			04	100

TABELA 38: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR RAZÃO DA ESCOLHA (%) - MULHERES - PRÉ-NATAL

RAZÕES DA ESCOLHA	TIPO DE ASSISTÊNCIA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal (Medicina Grupo)	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Qualidade do Atendimento	25,0					12,5	12,5	50,0	03	100
Indicação de Parentes e Amigos	9,5		4,9			9,5	9,5	66,6	21	100
Médico Amigo			12,5			12,5	37,5	37,5	03	100
Tem Direito		5,8	58,8	29,4	5,8				17	100
Próximo	25,0					75,0			04	100
Gratuito e Próximo						100,0			03	100
Pertence ao INAMPS	100,0								12	100

TABELA 39: TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR RAZÃO DA ESCOLHA (%) - MULHERES - PARTO

RAZÕES DA ESCOLHA	TIPO DE ASSISTÊNCIA								TOTAL	
	Previdenciária Federal	Previdenciária Estadual	Previdenciária Federal (Medicina Grupo)	Particular (Planos de Saúde)	Previdenciária (Pensões Militares)	Pública	Filantrópica	Particular	Nº	%
Conhecimentos						25,0	25,0	50,0	04	100
Pré-Natal feito na Entidade	28,6					42,8	28,6		07	100
Tem Direito		20,0	60,0	10,0	10,0				10	100
Próximo (Urgência)						50,0	50,0		02	100
Gratuito e Próximo						100,0			10	100
Pertence ao INAMPS	100,0								17	100
Encaminha pelo Médico Particular	10,0		6,7	10,0		33,0		50,0	30	100