UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

J a q u e l i n e C o r r e i a G a s p a r

Quem precisa de cuidados no domicílio?

*Investigando os perfis das pessoas atendidas por Equipes de Saúde da Família no
município de São Paulo.*

Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira

São Paulo
2006

J a q u e l i n e C o r r e i a G a s p a r

Quem precisa de cuidados no domicílio?

Investigando os perfis das pessoas atendidas por Equipes de Saúde da Família no município de São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre. Área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientada pela Prof^a Dr^a
Maria Amélia de Campos Oliveira

São Paulo
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Catálogo na Publicação
(CIP)**

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Gaspar, Jaqueline Correia.

Quem precisa de cuidados no domicílio? Investigando os perfis das pessoas atendidas por Equipes de Saúde da Família no município de São Paulo/ Jaqueline Correia Gaspar.

São Paulo: JC Gaspar; 2006. 123 Páginas. Dissertação (MESTRADO) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Professora Doutora Maria Amélia de Campos Oliveira.

1. Cuidados domiciliários de saúde
2. Programa de Saúde da Família
3. Condições de vida
4. Perfil saúde-doença
5. Epidemiologia

I. Título.

Folha de Aprovação

Jaqueline Correia Gaspar

Quem precisa de cuidados no domicílio? Investigando os perfis das pessoas atendidas por Equipes de Saúde da Família no município de São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre. Área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva.

Aprovado em:

__/__/____.

Banca Examinadora

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedicatória

Obrigada, sobretudo à
minha família, que me fez
questionadora e sensível
aos que me cercam.

Especialmente à minha irmã
Juliana, que dia após dia
prova ao mundo que
deficiência não implica em
incapacidade.

Agradecimentos

As palavras que se seguem não comportam o tamanho do obrigada.

À Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira – Méia – pela orientação, paciência e perseverança para que este trabalho fosse concluído. Pelas madrugadas perdidas e pela coragem na empreitada, obrigada.

À Profª Anna Chiesa e Lúcia Izumi, pelas valorosas sugestões por ocasião do exame de qualificação.

À todas as docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, pela contribuição na minha formação ao longo da graduação e do mestrado, especialmente à Profª Sayuri Tanaka Maeda, pelas palavras de incentivo e carinho.

À Fátima Duayer e Patrícia Costa Longa pela disponibilização das informações que compuseram os bancos de dados, e pela ajuda em decifrá-los.

Ao Profº Drº Adilson Simonis e à Drª Eutália, pela imprescindível colaboração na análise estatística.

Às companheiras de mestrado, pelo privilégio da amizade e companhia: Jéssica Domingues, Lara Eduardo, Cláudia, Verônica Mazza, Valéria Leonello, Fernanda Amêndola, Márcia Alvarenga, Karine Leão, Dálete Delalíbera, igualmente obrigada.

Aos amigos do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, especialmente à Elisabete Sportello, por terem me apresentado aos cuidados domiciliários.

Aos meus amigos de ontem e de hoje, pela força. Sempre.
De maneira especial, obrigada à Luciana Félix, Graciele Oliveira e Camila Vasconcellos, por serem minhas irmãs emprestadas. A Ana Rodrigues e Andréa Rios, pela recente amizade e preciosa ajuda.

Ao meu companheiro (Edson) e á minha companheirinha (Ana), por me fazerem esposa e mãe. Por aceitarem trilhar comigo por caminhos ora felizes, ora algozes, sempre com ternura e fé.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a por este trabalho em pé, muito obrigada.

RESUMO

Face às transições demográfica e epidemiológica observadas no Brasil nas últimas décadas, muitos autores têm discutido as alterações nos perfis saúde-doença das populações. Assim como vêm crescendo o número de idosos, graças aos ganhos obtidos com os avanços tecnológicos na área da saúde e o controle das doenças infecto-contagiosas, verifica-se um importante aumento do número de pessoas com doenças crônico-degenerativas, que muitas vezes carregam consigo incapacidades e dependência.

Numa cidade como São Paulo também é digno de nota o expressivo incremento da violência urbana, expressão das desigualdades impostas pela vigência do sistema capitalista e das políticas de ajuste neoliberal em nosso país. Os que sobrevivem aos acidentes por armas de fogo ou de trânsito, não raro apresentam mutilações ou deficiências físicas com limitações importantes, para os quais os cuidados domiciliários podem representar uma importante estratégia para que se garanta a equidade prevista pelo Sistema Único de Saúde.

Pautada pela determinação social do processo saúde-doença, buscou-se compreender as desigualdades sociais e de saúde associadas à distribuição da população em atendimento domiciliário por equipes de Saúde da Família do MSP à luz do Atlas da Exclusão Social no Brasil. Para tanto foi feito o levantamento, por meio de dados secundários, do perfil das pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas por 111 (60%) de 185 Unidades de Saúde da Família presentes em 25 das 31 Subprefeituras do MSP em agosto de 2003, abrangendo 45 (66%) dos 96 distritos administrativos da capital, resultando numa amostra de 7.160 pessoas.

Utilizando os softwares SPSS® 13.0 e EPI-INFO 2000 versão 3.3.2, os distritos administrativos pesquisados foram agrupados, por meio de uma análise de *cluster*, tendo por variável base o Índice de Exclusão Social. Em seguida, procedeu-se a descrição estatística das variáveis sexo, idade, grau de incapacidade, patologia, uso de oxigenoterapia, uso de sonda, presença de úlcera por pressão e uso de traqueostomia, cruzando-as entre si e comparando-as nos quatro grupos resultantes da análise de *cluster*. Efetuou-se o cálculo da correlação entre variáveis e o Índice de Exclusão (Iex) e os indicadores de vida digna, escolaridade e violência.

Verificou-se prevalência de idosos (75%), com incapacidade leve (32%) e pouca ou nenhuma complexidade de cuidado (92%), sendo o acidente vascular cerebral (AVC) a doença precursora do atendimento (18%). Apesar de as mulheres serem maioria (60%), quanto maior a exclusão social, maior a proporção de homens com menos de 60 anos e crianças com severa incapacidade e maior complexidade de cuidado. Nos grupos com maior exclusão há proporcionalmente mais homens não idosos com severa incapacidade e maior complexidade de cuidado, sendo o AVC a doença predominante. Já nos grupos de menor exclusão há mais mulheres idosas com incapacidade leve e moderada e menor complexidade de cuidado, sendo o AVC e a hipertensão as doenças principais. Foram encontradas correlações negativas significativas entre o Iex e uso de sonda e traqueostomia, AVC não especificado, fratura de outros ossos dos membros neoplasia de laringe e outros efeitos de causas externas, e positivas entre aquele índice e linfoma não Hodgkin.

Observaram-se diferenças no perfil dos distritos estudados de acordo com a exclusão social. Os achados estatísticos vasculharam diferenças nos perfis de saúde-doença de certos grupos sociais, permitindo levantar suspeitas sobre quem são as pessoas que precisam ser assistidas em suas casas. Aquelas em maior exclusão social, além de serem mais numerosas que as outras, apresentaram maior gravidade e complexidade de cuidado. O sentido desses seus achados merece ser investigado com mais substrato teórico, com amostras representativas da população, valendo-se de instrumentos que captem todas as dimensões do processo saúde doença. Faz-se necessário não só discutir a dificuldade de as pessoas acessarem os serviços, mas a potência do PSF em atingi-las, potencializando a diminuição da exclusão sócio-espacial, principalmente se, além de excluída, essa pessoas são portadora de necessidades especiais que demandam assistência no próprio domicílio.

Palavras chave: Cuidados domiciliares de saúde, Cuidados primários de saúde, Condições de vida, Perfil de saúde.

ABSTRACT

In the view of the demographic and epidemiologic transitions observed in Brazil during the last decades, many authors have been discussing the changes in the health-illness profile of the populations. As the number of elderly people has been increasing, mainly due to the technological advances in the health field and to the control of the infecto-contagious diseases, it is also possible to verify a great increase in the number of people with chronic-degenerative diseases, which most of the times bring along disabilities and dependency.

In a city like São Paulo it is also important to note the expressive growing of the urban violence, which are the expression of the inequalities imposed by the capitalist system and by the neoliberal policies settings in our country. The individuals who survive the firearms or traffic accidents normally present mutilations or physical disabilities with serious limitations. For these people primary home care may represent an important strategy in order to guarantee the equality foreseen by the Sistema Único de Saúde.

Grounded by the social determination of the health-illness process, we tried to understand the social and health inequalities associated to the distribution of the population being attended at home by parties of the Family Health in São Paulo through the light of the Atlas of Social Exclusion in Brazil. Therefore, using secondary data, a survey of the profile of the people who are attended and who bare functional disabilities and dependency was carried out by 111 (60%) of the 185 Units of Family Health de in the 25 of the 31 administrative subdistricts of MSP in August, 2003, embracing 45 (66%) of the 96 administrative districts of the capital, resulting in a sample consisting of 7.160 people.

Using SPSS® 13.0 e EPI-INFO 2000 version 3.3.2 as the main softwares, the administrative districts researched were grouped together by means of a cluster analyses, in which the base variable was the Social Exclusion Index. After that, we wrote the statistical description of the following variables, sex, age, disability level, pathology, oxigenotherapy use, catheter use, presence of ulcer due to pressure and tracheostomy use, intercrossing and comparing the variables in the four resulting cluster analyses groups. Then, we calculated de correlation among the variables, the Social Exclusion Index (Iex) and the indicators of condign life, educational level and violence.

The results verified are prevalence of elderly (75%), with low disability (32%) and few or none complexity care (92%), being the cerebral vascular accident (AVC) the precursor disease (18%). Although the women represent the majority (60%), the bigger the social exclusion, the bigger the proportion of men who are less than 60 years old and children with severe disability and greater complexity of care. In the groups with greater exclusion there is proportionally more non-elderly men with severe disability and greater complexityof care, being AVC the main disease. In the groups with less exclusion there are more elderly women with low and medium disability and less complexity of care, being AVC and high blood pressure the main diseases. We found significant negative correlation among the Iex, catheter and tracheostomy use, non-specified AVC, fracture of other bones, larynx neoplasy and other effects of external causes, and positives between that index and non Hodgkin lymphoma.

We noticed differences in the profile of the studied districts according to social exclusion. The statistical data found searched for differences in the profile of health-illness of certain social groups, allowing us to suspect who are the people that need to be assisted in their homes. Those suffering the higher social exclusion, besides being in greater number than others, presented greater gravity and complexity of care. The meaning of these results deserve to be investigated with better theoretical substrate, with representative samples of the population, making use of tools capable of analyzing every dimension of the health-illness process. It is not only necessary to discuss about the difficulties people encounter when accessing the services, but also the potency of the PSF in reaching them, increasing the lesser of socio-spatial exclusion, principally if, besides being excluded, these people have special needs which demand assistance in their own homes.

Keywords: *Home nursing, Primary health care, Social conditions, Health profile*

Lista de Tabelas

Tabela 4.1 - Coeficientes de distância calculados em cada estágio de agrupamento.....	49
Tabela 4.2 - Resumo descritivo da variável <i>Índice de exclusão</i> para cada um dos quatro grupos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	54
Tabela 4.3 - Estatística descritiva da variável <i>Quantidade de USF por DA</i> , para cada um dos quatro grupos. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	56
Tabela 4.4 - Resultado da correlação entre a quantidade de USFs e os indicadores que medem as dimensões de exclusão, ambos por distrito. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	59
Tabela 4.5 - Número de pacientes por distrito administrativo em relação aos quatro grupos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	60
Tabela 4.6 - Distribuição dos pacientes em relação ao sexo nos quatro grupos de distritos. Dados brutos.....	67
Tabela 4.7 - Distribuição das pessoas de acordo com o sexo e faixa etária. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	68
Tabela 4.8 - Tabela de frequência da distribuição das patologias que causaram a incapacidade, agrupadas de acordo com os capítulos dos CID-10. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	72
Tabela 4.9 - Distribuição das patologias mais frequentes em cada grupo de doenças de acordo com o capítulo do CID-10 correspondente. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	73
Tabela 4.10 - Distribuição das cinco patologias mais frequentes em cada grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	74
Tabela 4.11 - Resultado das correlações significativas entre as patologias e os índices que medem as dimensões de exclusão, ambos por distrito. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	77
Tabela 4.12 - Patologia mais frequente em cada faixa etária e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	78
Tabela 4.13 - Distribuição das cinco patologias mais frequentes em cada sexo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	79
Tabela 4.14 - Distribuição das três patologias mais frequentes em cada sexo e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	79
Tabela 4.15 - Distribuição das pessoas de acordo com a escala de incapacidade nos quatro grupos de distritos. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	80

Tabela 4.16 – Distribuição das pessoas em relação às faixas etárias para cada grau de incapacidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	81
Tabela 4.17 – Razão de incapacidade para cada faixa etária e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	82
Tabela 4.18 – Distribuição dos sexos em relação às graus de incapacidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	83
Tabela 4.19 – Razão de incapacidade para cada sexo e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	83
Tabela 4.20 – Primeira e segunda patologia de maior frequência para cada grau de gravidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	84
Tabela 4.21 – Distribuição, entre os quatro grupos de distritos, das pessoas que faziam uso de oxigenoterapia, tinham algum tipo de sonda, úlcera por pressão e/ ou traqueostomia. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	85
Tabela 4.22 – Distribuição dos indicadores de complexidade de cuidado em relação às faixas etárias. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	87
Tabela 4.23 – Razão idoso/ não idoso para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	87
Tabela 4.24 – Distribuição dos indicadores de complexidade de cuidado em relação sexo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	88
Tabela 4.25 – Razão de sexo para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	90
Tabela 4.26 – Distribuição dos indicadores de complexidade de cuidado entre todos os graus de incapacidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	90
Tabela 4.27 – Razão de incapacidade para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	90
Tabela 4.28 – Resumo dos principais resultados de cada variável, por grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	91

Lista de Figuras

Figura 4.1 – Mapa da distribuição das USFs existentes em 2003 no município de São Paulo. São Paulo, 2003. Fonte: CEInfo (2003). (Sem georreferenciamento).....	30
Figura 4.2 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Exclusão. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	40
Figura 4.3 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Pobreza, dimensão vida digna. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	41
Figura 4.4 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Emprego Formal, dimensão vida digna. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	42
Figura 4.5 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Desigualdade social, dimensão vida digna. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	43
Figura 4.6 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Alfabetização, dimensão escolaridade. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	44
Figura 4.7 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Escolaridade, dimensão escolaridade. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	45
Figura 4.8 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Juventude, dimensão vulnerabilidade juvenil. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	46
Figura 4.9 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Violência, dimensão vulnerabilidade juvenil. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.....	47
Figura 4.10 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o grupo originado na análise de agrupamentos. Município de São Paulo, 2003.....	53
Figura 4.11 – Mapa da quantidade de USFs pesquisadas nos distritos que compuseram o estudo, coloridos de acordo com o grupo originado na análise de agrupamentos. Município de São Paulo, 2003. (Sem georreferenciamento).....	58

Lista de Gráficos

Gráfico 4.1 - Dendrograma resultante da análise de agrupamentos tendo por base a similaridade entre os índices de exclusão dos 45 distritos administrativos, usando o método de agrupamento Ward.....	50
Gráfico 4.2 - <i>Box-plots</i> representando a distribuição do Índice de exclusão em cada um dos grupos oriundos da análise de agrupamentos. Dados agrupados. Município de São Paulo, 2003.....	52
Gráfico 4.3 - <i>Box-plot</i> da distribuição dos pacientes por distrito, de acordo com os grupos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	61
Gráfico 4.4 - <i>Box-plot</i> considerando a distribuição média de pacientes em relação à quantidade de USFs por distrito nos grupos. Médias agregadas por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	62
Gráfico 4.5 - Gráfico de barras da distribuição das pessoas de 1 a 114 anos de idade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	64
Gráfico 4.6 - <i>Box-plot</i> da distribuição das crianças, adultos e idosos nos quatro grupos de distritos. Dados agregados por distrito.....	65
Gráfico 4.7 - <i>Box-plot</i> da distribuição do número médio de crianças, adultos e idosos por USF nos quatro grupos de distritos. Médias por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	65
Gráfico 4.8 - Pirâmide etária de distribuição das pessoas de acordo com o sexo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.....	69
Gráfico 4.9 - Distribuição da razão de sexo para cada faixa etária nos quatro grupos de distritos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	70

Lista de Quadros

Quadro 3.1 - Distribuição das unidades de saúde e dos pacientes.....	32
Quadro 3.2 - Limites dos valores dos oito índices para agrupamento nos quatro grupos de cores usados pelo Atlas da Exclusão Social no Brasil - dados do município de São Paulo, 2000.....	39
Quadro 4.1 - Distribuição dos distritos em quatro grupos homogêneos, após aplicação das técnicas de agrupamento escolhidas. Município de São Paulo, 2003.....	51
Quadro 4.2 - Apresentação dos valores do Índice de Exclusão (IEx) e da quantidade de pacientes por distrito. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.....	55

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Envelhecimento populacional e perda da funcionalidade.....	4
1.2	Exclusão social no Brasil.....	12
1.3	A exclusão social no município de São Paulo.....	15
1.4	Cuidados domiciliares de saúde no âmbito da Atenção Básica para pessoas com perdas funcionais e dependência.....	17
1.5	O Programa de Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo.....	19
2.	OBJETIVOS E FINALIDADES DO ESTUDO.....	25
2.1	Objetivo geral.....	25
2.2	Objetivos específicos.....	25
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
3.1	Delineamento do estudo.....	26
3.2	População e amostra.....	28
3.3	Etapas de trabalho.....	30
3.3.1	<i>Fonte do material empírico.....</i>	<i>30</i>
3.3.2	<i>Análise dos dados.....</i>	<i>33</i>
4.	RESULTADOS.....	48
4.1	Resultado da análise de agrupamento.....	48
4.2	Perfil das pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas por equipes de PSF no Município de São Paulo (MSP).....	59
4.2.1	<i>Número de pacientes.....</i>	<i>59</i>
4.2.2	<i>Idade.....</i>	<i>63</i>
4.2.3	<i>Sexo.....</i>	<i>66</i>
4.2.4	<i>Sexo e idade.....</i>	<i>67</i>
4.2.5	<i>Patologias.....</i>	<i>71</i>
4.2.6	<i>Patologias e idade.....</i>	<i>78</i>
4.2.7	<i>Patologias e sexo.....</i>	<i>78</i>
4.2.8	<i>Graus de incapacidade.....</i>	<i>80</i>
4.2.9	<i>Graus de incapacidade e idade.....</i>	<i>81</i>
4.2.10	<i>Graus de incapacidade e sexo.....</i>	<i>82</i>
4.2.11	<i>Graus de incapacidade e patologias.....</i>	<i>84</i>
4.2.12	<i>Indicadores de complexidade de cuidado.....</i>	<i>85</i>
4.2.13	<i>Indicadores de complexidade de cuidado e idade.....</i>	<i>86</i>
4.2.14	<i>Indicadores de complexidade de cuidado e sexo.....</i>	<i>88</i>
4.2.15	<i>Indicadores de complexidade de cuidado e patologias.....</i>	<i>89</i>
4.2.16	<i>Indicadores de complexidade de cuidado e graus de incapacidade.....</i>	<i>89</i>
4.3	Perfil dos grupos de distritos.....	91
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	92
6.	CONCLUSÕES.....	102
6.1	Alguns limites do estudo.....	104
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106

2. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto as necessidades de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência que recebem cuidados domiciliários de saúde no âmbito da Atenção Básica.

Adota as definições propostas pela Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde - CIF, revista pela Organização Mundial da Saúde – OMS em 2001 para a qual,

"(...) toda e qualquer dificuldade ou limitação corporal, permanente ou temporária, é passível de ser classificada como deficiência. De idosos a mulheres grávidas e crianças com paralisia cerebral, a International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde) propõe um sistema de avaliação da deficiência que relaciona funcionamentos com contextos sociais, mostrando que é possível uma pessoa ter lesões sem ser deficiente (um lesado medular em ambientes sensíveis à cadeira de rodas, por exemplo), assim como é possível alguém ter expectativas de lesões e já ser socialmente considerado como um deficiente (um diagnóstico preditivo de doença genética, por exemplo)". (Medeiros e Diniz, 2004:11),

A CIF faz parte da Família das Classificações Internacionais, composta por ela e pela Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (OMS, 1995). Está organizada em domínios, entendidos como *"conjuntos práticos e significativos de funções relacionadas à fisiologia, estruturas anatômicas, ações, tarefas ou áreas da vida"* (OMS, 2003:13), com o objetivo de unificar a linguagem e definir componentes em relação à saúde e estados de bem-estar a ela relacionados.

Na CIF, a funcionalidade e a incapacidade são entendidas como uma interação dinâmica entre os diferentes estados de saúde. A funcionalidade *"abrange todas as funções do corpo, atividades e participação"*, ao passo que a incapacidade *"abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação"* (OMS, 2003:13).

Em que pese sua característica multifatorial, a CIF é a taxonomia de saúde que mais se aproxima do marco da determinação social do processo saúde-doença, por levar em conta a influência das condições sociais na avaliação da funcionalidade.

A perda da funcionalidade não implica, necessariamente, limitação. Esta se relaciona às condições de vida das populações acometidas, o que deve ser levado em conta no momento de identificar os grupos prioritários para cuidados domiciliários de saúde. No marco da determinação social do processo saúde doença, referencial teórico deste estudo, considera-se que as formas de viver e trabalhar dos indivíduos e suas famílias favorecem sua exposição a diferentes potenciais de fortalecimento e de desgaste, determinando diferentes perfis de saúde-doença.

Para melhor compreender os determinantes da perda de funcionalidade e, conseqüentemente, da dependência, é preciso examinar fenômenos a ela associados, representados principalmente pelo envelhecimento populacional e pelas conseqüências do aumento da violência. Faz-se necessário, portanto, compreender como a população

está envelhecendo no Brasil e a repercussão deste fenômeno nos serviços de saúde, bem como apreender os determinantes estruturais que atuam sobre as formas de envelhecer e que também promovem o aumento da exclusão social e da violência.

Cabe ainda discutir em que medida o cuidado domiciliário coloca-se como uma modalidade assistencial capaz de assegurar o atendimento às necessidades de saúde daqueles que não estão envelhecendo de forma saudável ou que sobrevivem à brutalidade cotidiana de grandes cidades como São Paulo com perdas funcionais e dependência para atividades de vida diária.

Neste estudo, pretende-se analisar os perfis de pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas em domicílio por equipes multiprofissionais de saúde do Programa de Saúde da Família em diferentes distritos de saúde do município de São Paulo. Numa metrópole com tantos contrastes, é de se esperar que as manifestações de desgaste também se apresentem de forma diversa entre os territórios, em função de sua maior inclusão ou exclusão social.

1.1 Envelhecimento populacional e perda da funcionalidade

O aumento expressivo de idosos na população, no Brasil e no mundo, vem sendo amplamente discutido. Muitos estudiosos têm se debruçado sobre essa questão buscando antecipar suas conseqüências.

Nas quatro primeiras décadas do século passado, a estrutura etária brasileira apresentava grande estabilidade devido às pequenas oscilações das taxas de natalidade e mortalidade. Entre as décadas de 40 e 70, observou-se rápido declínio das taxas de mortalidade, com aumento da esperança de vida e das taxas de fecundidade, o que resultou em alterações no ritmo de crescimento populacional, acarretando o fenômeno conhecido como explosão demográfica. A estrutura etária não se alterou, pois a redução da mortalidade geral aconteceu principalmente devido à diminuição das taxas de mortalidade infantil. (Carvalho e Garcia, 2003); (Chaimowicz, 1997).

Ainda que a diminuição das mortalidades geral e infantil sugira o aumento do número de idosos, o declínio da mortalidade infantil, num primeiro momento, produz o rejuvenescimento das populações e não o seu envelhecimento, pois a diminuição da mortalidade concentrada nas populações mais jovens não causa impacto direto na distribuição etária populacional (Carvalho e Garcia, op. cit.). Para que o envelhecimento da população se dê pela redução da mortalidade, esta deve se concentrar nas populações mais idosas.

O aumento de sobreviventes em cada coorte até o final do período reprodutivo teve como consequência um maior número de nascimentos, elevando, portanto, a proporção de jovens na população. O processo de envelhecimento no Brasil só teve início a partir da década de 60, quando houve redução efetiva da fecundidade, com queda no ritmo de crescimento anual do número de nascimentos e progressivo estreitamento da pirâmide etária da população.

O incremento e sobrevivência das coortes de crianças entre as décadas de 40 a 60 provocaram no Brasil o que Chaimowicz (1997) chama de "onda jovem": da metade da década de 60 ao final dos anos 70, essas coortes, agora em seu período reprodutivo, passaram a gerar novas coortes extensas, alargando a base das pirâmides populacionais no período.

Quando as crianças nascidas a partir da década de 70, período em que se observa o declínio das taxas de fecundidade, alcançaram o período reprodutivo, verificou-se um decréscimo cada vez mais pronunciado do número de crianças, culminado no estreitamento da base da pirâmide populacional. Neste momento em que as coortes extensas da década de 40 ultrapassam os 60 anos, observa-se o incremento progressivo do número de idosos, com tendência a se acentuar nos próximos anos.

Estudo publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, *Estatísticas do Século XX*, revela que expectativa de vida dos brasileiros aumentou em cerca de 26 anos entre 1940 e 2000. (IBGE,

2003). Este é um dado importante, pois, além de expressar longevidade¹, como resultado da melhoria das condições de vida e saúde da população, a expectativa de vida representa uma medida sintética da mortalidade que não se deixa influenciar pelas modificações da estrutura etária. (Datusus, 2004).

As diferenças na esperança de vida de homens e mulheres são bastante pronunciadas, tendo atingido 7,8 anos em 2000, com os homens vivendo 64,8 anos e as mulheres, 72,6 (IBGE, 2003). Em cada região brasileira, o aumento do número de anos de vida aconteceu de maneira diferente. Enquanto, em 2000, a esperança de vida ao nascer na região sul era de 71 anos, 67 para homens e 75 para mulheres, no nordeste era de 66 anos, sendo 63 para homens e 69, para mulheres. (Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 2000).

De acordo com o último levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 43,5% do total da população estimada para 2002 concentrava-se na região Sudeste e cerca de 18,4 milhões, no Estado de São Paulo. (IBGE, 2004).

Chaimowicz (1997) estimou que o maior incremento do número de idosos no Brasil ocorrerá entre 2000 e 2050, saltando de 5,1% para 14,2%, ressaltando que em 2020 a esperança de vida ao nascer será de 75,5 anos. Em 2080 a proporção de jovens será de 20% e a de idosos, de

¹ Para Carvalho e Garcia (2003:726) "Longevidade refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos em que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo intervalo de tempo".

15%, tendendo a se estabilizar. A partir daí, o aumento do número de idosos passará a depender da redução da mortalidade após os 64 anos.

Para o autor, o impacto social causado pela velocidade com que se processaram as mudanças demográficas traduz-se em grandes dificuldades para o Estado brasileiro, que precisa lidar com um novo perfil epidemiológico em que predominam doenças crônico-degenerativas, sem que se substitua o anterior, em que predominavam as doenças infecto-contagiosas, caracterizando uma *transição epidemiológica*. Segundo Chaimowicz (1997:189):

*"O conceito de **transição epidemiológica** refere-se às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: 1) substituição da mortalidade por doenças transmissíveis (pela mortalidade) por doenças não transmissíveis; 2) deslocamento da morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos; 3) transformação de uma situação na qual predomina a mortalidade para outra em que a morbidade seja dominante". (Grifo nosso)*

Para o autor, há uma relação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, pois, ao serem beneficiados pela diminuição da mortalidade por doenças infecto-contagiosas, os grupos mais jovens da população sofrem outros desgastes que favorecem o aparecimento de doenças crônico-degenerativas.

A modificação do perfil de morbi-mortalidade, em que quadros agudos são substituídos por processos crônicos de desgaste e adoecimento, produz impactos sobre o sistema de saúde que deve se

preparar para atender pessoas que utilizarão os serviços de saúde para tratar de complicações de suas doenças crônicas.

No Brasil, que ainda não oferece boas condições de vida para a maioria da população, o aumento do número de anos de vida não se traduz necessariamente em uma velhice saudável. As pessoas envelhecem de forma heterogênea de acordo com sua classe social, religião, etnia ou gênero, sendo identificadas como inativas ou improdutivas, sofrendo com baixas pensões e aposentadorias e dificuldade de acesso aos equipamentos públicos em geral, principalmente aos de saúde (Nunes, 2001). Deste modo,

"(...) estudar o processo de envelhecimento torna-se uma tarefa complexa que requer a particularização de condições, de necessidades, de exigências, de interesses e de possibilidades, de acordo com a classe social, o gênero, a etnia do idoso" (Pereira, A., 2005:6).

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros não está associado à melhoria da qualidade de vida, o que repercute nas condições de saúde de alguns idosos, que estão envelhecendo com maior ou menor grau de dependência para atividades básicas e instrumentais da vida diária². Há previsões de que o país experimentará um crescimento da demanda por serviços e do gasto com saúde, devendo se adaptar a essas mudanças (Kilsztajn; Rossbach; Câmara e Carmo, 2002).

Com o envelhecimento da população, uma das preocupações passa a ser *"quem cuidará dessa população crescente e a como serão vividos os*

² - Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): alimentação, banho, higiene, vestuário, transferência e continência.

- Atividades Instrumentais da Vida Diária: lavar, cozinhar, trabalhos domésticos, telefonar, comprar, utilizar meios de transporte e cuidar dos medicamentos e das finanças.

anos ganhos com o aumento da expectativa de vida?”. (Machado; Perpétuo e Camargos, 2005).

Estudos vêm mostrando que existe relação entre a longevidade e as deficiências e incapacidades, indicando que a população, embora esteja vivendo mais, apresenta tais problemas em grau crescente. (Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb, 2005).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) mostram que morbidade hospitalar cresce significativamente a partir dos 45 anos, atingindo 32,3 internações por 100 pessoas com 80 e mais anos de idade. (Kilsztajn; Rossbach; Câmara e Carmo, 2002).

Estudo conduzido por Kilsztajn, Rossbach, Câmara e Carmo (op. cit.) confirmou que as doenças crônico-degenerativas acompanham o processo de envelhecimento, o que pode ser evidenciado pelo um importante aumento na morbidade das pessoas acima de 45 anos, bem como na procura de serviços de saúde por pessoas acima desta faixa etária para realizar exames de rotina ou de prevenção, para tratamento ou reabilitação ou, ainda, por motivo de doença.

Pesquisa realizada na década de 90 no município de São Paulo, com a finalidade de levantar o perfil do idoso, revelou que 86% dos entrevistados referia pelo menos uma doença crônica, 47% requeria ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades cotidianas e

7% necessitava de ajuda para realizar sete ou mais atividades da vida diária, demandando assistência constante e relativamente especializada. O ônus do cuidado dessas pessoas tem recaído sobre as famílias, ocultando uma importante demanda por políticas sociais e de saúde. Numa família com poucos recursos econômicos, cuidar de um idoso dependente pode se tornar insustentável (Ramos; Rosa; Oliveira; Medina e Santos, 1993).

Pereira, A. (2005) lembra que, em geral, os idosos tendem a ter piores padrões de vida se comparados com outros segmentos da população, uma vez que a aposentadoria que, segundo (Almeida, 2005) correspondia a 16% de toda a renda da família em 2005, diminuiu sensivelmente seus rendimentos.

Pesquisa divulgada em 2005 pela Fundação Getúlio Vargas mostrou que famílias que possuem pessoas com mais de 60 anos podem gastar até duas vezes mais com planos de saúde e medicamentos. (Pereira, A. op. cit.).

As políticas de ajuste vêm acentuando as desigualdades sociais. Observa-se o aumento do desemprego e do trabalho informal, que não oferece segurança previdenciária ao trabalhador. Muitas pessoas acabam por envelhecer sem a perspectiva de uma aposentadoria que garanta sua subsistência. O impacto social dessas políticas é maior entre os idosos, especialmente àqueles que apresentam alguma dependência. (Karsch, 2003); Caldas (2003).

Wieczynski (2001) salienta que na sociedade globalizada os idosos não têm conseguido acompanhar os avanços tecnológicos impostos por esse sistema, aumentando cada vez mais sua exclusão social. Trata-se de um fenômeno mundial que afeta não apenas idosos, mas também minorias étnicas e de cor, crianças e adolescentes, mulheres, desempregados a longo tempo e outros. Para essa autora, a exclusão social está representada nas mais diversas formas e sentidos advindos da relação inclusão/ exclusão, decorrente do mundo do trabalho e dos modelos econômicos vigentes.

O atual perfil epidemiológico brasileiro reside num emaranhado de iniquidades sociais com origens estruturais, políticas e econômicas, já que diferentes grupos sociais apresentam perfis de saúde-doença que variam de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção (Barreto; Carvalho; Falcão; Lessa e Leite, 2003); (Laurell, 1983). Para compreender o perfil de pessoas com perdas funcionais e dependência que necessitam de cuidados domiciliares de saúde é necessário compreender como vem se desenvolvendo o processo de exclusão social e suas repercussões na manutenção dessas iniquidades no Brasil e, particularmente, no município de São Paulo.

1.2 Exclusão social no Brasil

O processo de exclusão social no Brasil agravou-se após a instauração das chamadas “políticas de ajuste” de caráter neoliberal, adotados no contexto da globalização. Para Santos (2001), globalização e exclusão são conceitos que definem realidades interligadas. Se, por um lado, a globalização representa o momento do desenvolvimento do capitalismo mundial, por outro a exclusão exprime as conseqüências imediatas deste processo.

Para Soares (1997:15), políticas neoliberais são

"(...) as políticas de abertura comercial indiscriminada, associada a políticas cambiais e de juros altos que estimulam a entrada de capital internacional especulativo, provocando a desestruturação das economias nacionais e gerando altas taxas de desemprego, com graves conseqüências sociais. São as políticas de corte linear do gasto público (...). São as políticas (ou antipolíticas) de redução e desmonte do aparelho do Estado (...)",

A população, cada vez mais excluída pelas políticas de ajuste, tem apenas o Estado como garantia de salvaguarda de seus direitos sociais. Porém, como um dos principais objetivos do capitalismo é a acumulação de capital financeiro, investimentos voltados para as áreas de bem estar social não são bem vistos, já que não geram lucro.

A palavra globalização dá a idéia de união, totalidade, conjunto, em oposição à idéia de segregação, divisão, exclusão. Uma sociedade globalizada sugere uma sociedade integrada, sem quebras ou dicotomias. Porém, o termo globalização carrega consigo uma antítese: a da marginalização daqueles que não se enquadram no sistema capitalista

agora neoliberal e globalizado. Como afirma Santos (2001:184), *"a globalização não é equilibrada nem harmônica e, ao invés de atenuar as disparidades de renda, amplifica-as"*.

A relação entre políticas sociais e pobreza no Brasil tem grande importância. A população afetada pela deterioração das políticas e programas públicos e sociais é predominantemente carente ou excluída. O governo, na tentativa de fazer parte do seleto "mundo desenvolvido" acaba por aceitar as normas internacionais de ajuste e redução de gastos, adotando estratégias focalizadas e pouco resolutivas, fazendo com que a exclusão assuma maiores proporções.

O agravamento das condições sociais da população leva ao aumento da demanda por programas sociais que, no entanto, vêm sendo dia a dia desmantelados com o corte de repasse dos recursos estatais desde a implantação das medidas neoliberais. (Soares, 1997). De um lado, há o desemprego estrutural e tecnológico, sob uma política de lucratividade que acaba por transformar os trabalhadores em "lixo industrial" e, de outro, o desmantelamento das legislações de amparo ao trabalhador. (Ribeiro, 1999). Para Campos, Pochmann, Amorim e Silva (2003:32-3):

"(...) a exclusão é um todo que se difunde por distintos processos históricos (...), manifestando-se crescentemente como um fenômeno transdisciplinar que diz respeito tanto ao não acesso a bens e serviços básicos como à existência de segmentos sociais sobrando de estratégias restritas de desenvolvimento socioeconômico (...), constituindo-se numa marca inquestionável do desenvolvimento capitalista brasileiro".

Segundo Pochmann e Amorim (2003:10), *"o desenvolvimento de um país pode gerar condições de inclusão em paralelo às de exclusão"*. Para esses autores, há uma "velha" exclusão social caracterizada pela fome e pobreza de famílias numerosas, migrantes, com pouca ou nenhuma instrução e ocupação mal remunerada *versus* uma "nova" exclusão social, em que as pessoas não são analfabetas, têm alguma escolaridade, vêm de famílias pequenas, já são cidadãos urbanos, mas estão desempregadas.

O endividamento público, a campanha ideológica neoliberal e a abertura dos mercados dentro do processo de globalização reduziram a capacidade do Estado em combater a exclusão social. Se antes, em um ambiente de plena ocupação da população assalariada, as políticas econômicas e sociais eram capazes de garantir a universalização do acesso à saúde, educação, aposentadoria e moradia, hoje, quando se observa taxa de desemprego recorde na história do país, essas estratégias não mais são suficientes: *"a exclusão passa agora por pessoas que já foram incluídas um dia"*. (Pochmann, 2003:20).

Nas regiões mais desenvolvidas, essa "nova" exclusão social vê se disseminando rapidamente, manifestam-se por meio do

"(...) desemprego generalizado de longa duração, do isolamento juvenil, da pobreza no interior das famílias monoparentais, da ausência de perspectiva para parcela da população com maior escolaridade e da explosão da violência" (Campos; Pochmann; Amorim e Silva | 2003:36).

1.3 A exclusão social no município de São Paulo

Os diversos estudos que tratam o panorama da exclusão social no município de São Paulo³ mostram que a cidade guarda peculiaridades intra-regionais que dificultam sua governabilidade. Em primeiro de agosto de 2002, a prefeitura municipal de São Paulo sancionou a Lei 13.339, criando as 31 subprefeituras do município com o objetivo, dentre outros, de se respeitar a heterogeneidade municipal e dar maior autonomia às instâncias regionais. As subprefeituras agrupam 96 distritos administrativos e sua criação foi resultado de um longo debate sobre a reforma do modelo de gestão na cidade de São Paulo.

A proposta de constituição das subprefeituras veio no bojo da tendência à descentralização iniciada nos anos 80 e 90 no resto do país, face à preocupação do Estado em responder à crescente perda de eficiência dos serviços públicos e administrativos, bem como ao desafio de

"(...) procurar soluções para os problemas locais nos próprios espaços sub-regionais de São Paulo, aproximando mais o governo do cidadão (...), a descentralização transferiu o poder de decisão para os agentes locais da administração municipal, garantindo que os órgãos regionais tenham autonomia para formular políticas públicas específicas para os diversos territórios que compõem a cidade, estabelecer prioridades e planejar o atendimento das demandas, aumentando, assim, a eficiência e eficácia dos procedimentos" (Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos, 2004:11-15).

Nas subprefeituras, os diferentes distritos apresentam realidades extremamente díspares. Segundo o Atlas da Exclusão Social (Campos; Pochmann; Amorim e Silva , 2003), nas áreas sul e leste da capital, mais de 30% dos 96 distritos administrativos

³ Nahas MIP, Ribeiro CA, Esteves AO, Moscovitch SK, Martins VLAB. O Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte: metodologia de construção de um instrumento de gestão urbana. Cad de Ciências Sociais (Belo Horizonte) 2000;7(10):75-88.

Sposati A., coordenadora. Mapa da Exclusão/ Inclusão Social da Cidade de São Paulo. São Paulo: Educ; 1996;

Sposati A., coordenadora. Mapa da Exclusão/ Inclusão Social da Cidade de São Paulo 2000: Dinâmica social dos anos 90. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Polis: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais; 2000;

Prefeitura de São Paulo. Desigualdade em São Paulo: o IDH. Secretaria de Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. (São Paulo) 2002; Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

Fundação Seade. Índice de Vulnerabilidade Juvenil, Secretaria de Estado da Cultura. (São Paulo) 2002. [citado 20 jun 2006] Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php>

Campos A, Pochmann M, Amorim R, Silva R, coordenadores. Atlas da Exclusão Social no Brasil: Dinâmica e manifestação territorial. Volume 2. São Paulo: Cortez; 2003. 223p.

podiam ser considerados como de elevada exclusão social (Índice de Exclusão Social menor que 0,4). Nessas regiões vive 47% da população paulistana, sendo que 40% são jovens com até 19 anos de idade, que representam 54,8% de todos os jovens do município. Essas regiões também são responsáveis pelos 62,3% dos analfabetos da cidade. A escolaridade média dos chefes de família é de 6,6 anos, contra os 8,5 anos verificados para toda a capital.

Os sinais e sintomas da pobreza e da exclusão social na cidade não podem mais ser ignorados. Vêem-se, por todos os lados, crianças trabalhando nos semáforos, o crescimento assustador da violência e o aumento indiscriminado de pessoas vivendo na mais severa pauperização. Como afirma Pochmann (2003:19), ao contrário de entender a pobreza como estrutural e estruturante da sociedade brasileira, muitos ainda a consideram *"sinal de atraso e, portanto, um pesado resíduo do passado a ser enfrentado no presente"*.

1.4 Cuidados domiciliares de saúde no âmbito da Atenção Básica para pessoas com perdas funcionais e dependência

Para os que sobrevivem às doenças crônicas e degenerativas e à violência, muitas vezes com seqüelas que dificultam a locomoção e o acesso aos serviços de saúde, a assistência domiciliária representa uma alternativa possível para assegurar o direito e a equidade na assistência à saúde.

Pautada na reversão de um modelo assistencial centrado no ambiente hospitalar e no profissional médico, privilegiando a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da assistência, o cuidado domiciliário ressurgiu como uma das possibilidades de promover mudanças na qualidade da atenção à saúde e como um espaço possível de atuação.

A revisão da literatura acerca dos cuidados domiciliares de saúde mostrou que existe uma grande preocupação dos estudiosos em relação à atenção domiciliária para idosos dependentes, acometidos por doenças crônico-degenerativas. Não foram encontrados estudos correlacionando condições violentas de vida, incapacidade e dependência. (Gaspar; Oliveira; Egry e Fracoli, 2004)

Mais que uma estratégia para a humanização da assistência, o cuidado domiciliário vem sendo usado com o objetivo de reduzir gastos hospitalares com pacientes crônicos estabilizados, como seqüelas de acidentes vasculares cerebrais ou lesões medulares.

Não se pode esquecer que o cuidado domiciliário preconizado por instituições públicas e privadas gera a necessidade de cuidadores, normalmente familiares, que precisam assumir a responsabilidade de cuidar desses indivíduos dependentes. Porém, com o declínio da fecundidade, diminui o número de pessoas por família, o que muitas vezes pode se traduzir em empecilhos para a implementação do cuidado no domicílio.

Embora o cuidado no domicílio represente uma boa alternativa para pessoas com perdas funcionais e dependência, os serviços públicos de saúde ainda não estão estruturados adequadamente para dar assistência domiciliária integral ao paciente, sua família e cuidadores, familiares ou não. (Sportello, 2002).

O processo saúde-doença em pessoas com incapacidade é marcado pela prevalência de múltiplos problemas de saúde, demandando articulação em diferentes níveis de atenção. Para os quadros agudos, o tratamento hospitalar faz-se necessário, mas, para os casos estáveis, o acompanhamento habitual pode ser realizado no domicílio por equipes de Atenção Primária. (Coelho Filho, 2000).

Antunes e Egry (2001) salientam que, desde o final da década de 90, o domicílio passou a ser visto como alvo prioritário de políticas públicas e incentivos financeiros diferenciados. As famílias vêm sendo consideradas *"inestimáveis fontes cuidadoras de idosos, crianças e enfermos e, paradoxalmente, a base de cálculo das prestações sociais em*

detrimento do indivíduo e de seu cuidado particular” (Pereira, A., 2005:5), apesar das mudanças que vêm sendo observadas na estrutura e dinâmicas familiares. Nem sempre há um familiar disponível para cuidar de um parente com incapacidade e dependência.

1.5 O Programa de Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo

A implantação do PSF no município de São Paulo teve início apenas em 1996, como resultado de convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), inicialmente no distrito administrativo de Itaquera, depois nos distritos Penha, Vila Formosa, Itaim Paulista e Guaianases, com o nome de Projeto QUALIS - Qualidade Integral à Saúde. (Capozzolo, 2003).

A ausência de participação do município no processo de implantação do PSF foi resultado da opção da gestão do então prefeito Paulo Maluf (1993-1996) em *"gerir os serviços de saúde distanciado das diretrizes do SUS"*, já que a prefeitura havia implantado, desde 1995, o Plano de Assistência à Saúde (PAS), o que tornava inviável a implantação daquele Programa sob o comando do município. (Capozzolo, op. cit.:119).

Sob pretexto de superar a falência estatal na produção dos serviços de saúde, o PAS pretendia ser uma *"alternativa de racionalização dos serviços básicos de saúde sob regulação de mercado e com ênfase no*

custo benefício das ações e serviços, avaliados principalmente em função dos gastos financeiros". (Elias, 1999:133).

Preconizava ainda a privatização dos serviços de saúde por meio da criação de cooperativas médicas, o que acabou por representar um retrocesso no processo de municipalização, que estava previsto pelo SUS e já estava sendo implementado em praticamente todo o país. (Sousa, 2003); (Capozzolo, 2003).

"(...) por não cumprir suas atribuições e competências legais previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, (o PAS) não estava habilitado em nenhuma modalidade de gestão da NOB-93, deixando de receber o repasse do Ministério da Saúde e de efetivar a municipalização dos serviços de saúde. Coexistiam na cidade uma rede de serviços estaduais de porte considerável, com cerca de 200 unidades básicas, e uma outra municipal, também com cerca de 190 unidades básicas, funcionando com modelos assistenciais distintos e desarticulados entre si". (Capozzolo, op. cit:119).

Com isso, os avanços democráticos conquistados na área da saúde, especificamente na Atenção Básica, com a democratização da assistência e participação popular preconizados pelo SUS promulgado pela Constituição de 1.988, ficaram estagnados até o final da administração do prefeito Celso Pitta (1997-2000), afastando o município do SUS e do PSF em particular, deixando mais de 10 milhões de pessoas sem condições adequadas de atendimento à saúde (Sousa, op. cit.).

Apesar das dificuldades enfrentadas na implantação do SUS no município, o sucesso e a constatação das potencialidades do trabalho das primeiras⁴ equipes levaram à inauguração, em fevereiro de 1998, de mais duas Unidades Qualis: Vila Espanhola, na zona norte da cidade, e Jardim Guairacá, na zona sul. Juntos, o Qualis/ Itaquera (que compreendia os distritos de Itaquera, Penha, Vila Formosa, Itaim Paulista e Guaianases) e o Qualis/ PSF, posteriormente implantado também nos distritos de Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia, Freguesia do Ó, Parque São Lucas e Sapopemba, tornaram-se responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 400 mil paulistanos (Capistrano Filho, 1999).

Com a posse da prefeita Martha Suplicy, em 2001, o governo municipal assumiu publicamente o compromisso de instalar o PSF em escala universal, e não como programa focal, considerando as especificidades do município de São Paulo, em resposta ao *"desafio de procurar soluções para os problemas locais nos espaços sub-regionais"*. (Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos, 2004:11).

Com a premissa de que a descentralização, mais que racionalizar recursos, propicia o aumento de *"resultados, energias e saberes"* ao dividir responsabilidades e poder (Sousa, 2003:112), construíram-se bases mais sólidas para a implantação do PSF.⁵ E foi durante os primeiros anos da gestão da prefeita Martha que o Programa difundiu-se pelo município, pelas mãos do então Secretário Municipal de Saúde, Eduardo Jorge. Em agosto de 2003, o MSP contava com mais de 600 equipes de PSF implantadas, correspondendo a uma cobertura de 21% da população. (CEInfo, 2003).

Para a definição de áreas prioritárias para implantação do Projeto Qualis foram consideradas as regiões de pior acesso aos equipamentos de saúde e com maior risco social, de acordo com o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Aplicada - Ipea (Bousquat; Cohn e Elias, 2005). Para a implantação do PSF foram usados como critérios

⁴ Inicialmente, havia 40 equipes distribuídas em nove Unidades de Saúde. Cada equipe, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários, era responsável por 800 a 1.000 famílias.

⁵ Sobre o processo de redemocratização e instalação do SUS em SP consultar: Sousa MF, Mendes A org. Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003. 432p.

de prioridade os indicadores epidemiológicos dos distritos (Chiesa; Sousa e Calife, 2003) e priorizados os distritos com piores índices de exclusão social, definidos pelo Mapa de Exclusão Social do município de São Paulo (Sposati, 1996).

Muitos são os debates em torno da Estratégia Saúde da Família. Para alguns, o PSF não é capaz de reverter as iniquidades em saúde no Brasil (Franco e Merhy, 1999). Tampouco consegue superar a hegemonia médico - clínica, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde focalizado na cura das doenças por um modelo em que a família seja o centro de atenção, com uma concepção ampliada do processo saúde-doença. (Antunes e Egry, 2001); (Franco e Merhy, op. cit.).

Entretanto, do ponto de vista de tornar visíveis as necessidades de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência, o PSF representou um grande avanço. Ao visitar uma residência para fazer o cadastramento ou realizar algum tipo de retorno, o agente comunitário de saúde pode encontrar um morador que, por algum motivo, não consegue acessar a Unidade de Saúde, acionando a equipe para o atendimento no domicílio. Muitas vezes, pessoas nessas condições buscam ajuda na atenção secundária ou até mesmo terciária, onerando serviços mais especializados com procedimentos que poderiam ser realizados periodicamente na própria residência, orientados pela equipe de saúde da família.

Um estudo realizado por Duayer e Oliveira (2003) no município de São Paulo, com o intuito de apreender qual a demanda por cuidado

domiciliário em Unidades de Saúde da Família evidenciou que, dentre as 7.980 pessoas com algum tipo de incapacidade e dependência, 2.672 foram classificadas nos graus quatro e cinco da *Escala de Cruz Roja de Madrid* (Guillén, 1986 apud Perlado, 1991), traduzida como Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola⁶, necessitando, portanto, de cuidados no domicílio.

Em que pese o grande número de idosos com perdas funcionais, foi encontrado um número expressivo de pessoas com menos de 60 anos com formas severas de incapacidade e alto grau de dependência. Do total de 1.866 pessoas com incapacidade severa, 821 tinham menos de 60, sendo que 550 tinham menos de 40 anos.

Entre os idosos, predominavam mulheres com incapacidades. Em contrapartida, entre os não idosos, a predominância era masculina, expressando possivelmente o impacto das causas externas, fato corroborado por estudos que abordam a exposição à violência para a

⁶ No original, a escala física apresenta seis graus assim definidos:

“0: Se vale totalmente por si mismo, anda com normalidade.

1: Realiza suficientemente los actos da vida diária (AVD). Deambula con dificultad. Continencia total.

2: Tiene alguna dificultad em las AVD, por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula com ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinência.

3: Grave dificultad em bastantes actos de la vida diaria. Deambula dificilmente ayudado al menos por uma persona. Incontinencia ocasional.

4: Precisa ayuda para casi todas las AVD. Deambula com mucha dificultad ayudado por los dos personas. Incontinência habitual.

5: Inmovilizado em cama o sillón. Dependencia total. Necesita cuidados contínuos de enfermeria”. (Guillén, 1986 apud Perlado, 1995:225-6).

Por ocasião da coleta de dados, utilizou-se a seguinte redação:

Grau 0: Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.

Grau 1: Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.

Grau 2: Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.

Grau 3: Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.

Grau 4: Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das atividades de vida diária. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas;

Grau 5: Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

população masculina desta faixa etária (Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge, 2004).

2. OBJETIVOS E FINALIDADES DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Este estudo buscará compreender como a população que necessita de cuidados domiciliários de saúde está distribuída no município de São Paulo e as desigualdades sociais e de saúde associadas a essa distribuição. Sua finalidade é oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas para as necessidades de saúde das pessoas com perdas funcionais e dependência que levem à reordenação da assistência à saúde na Atenção Básica.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os perfis das pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas por Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo;
- Verificar, por meio de análise estatística, a existência de correlação entre os perfis e Índice de exclusão social, bem como em relação aos sete índices que o compõem e
- Apreender necessidades e problemas de saúde traduzidos pelos perfis como expressão de desigualdades sociais e de saúde.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo epidemiológico não-experimental de caráter transversal⁷ e descritivo, do tipo ecológico, de base territorial⁸ que busca descrever a distribuição das pessoas com perdas funcionais atendidas por Equipes de Saúde da Família no município de São Paulo em julho de 2003.

Como unidades de análise foram escolhidos agregados populacionais integrados por pessoas com incapacidade e dependência que recebiam cuidados de saúde em domicílio, por sua vez localizados em áreas geográficas bem delimitadas, compreendidas pelas as áreas adscritas às USFs que oferecem o atendimento a essas pessoas. Assim, obteve-se uma amostra não-probabilística intencional. (Berquó; Souza e Gotlieb, 1981).

O estudo tem como eixo norteador o método de investigação epidemiológica proposto por Breilh e Granda (1989:15-16), em que a doença é vista como

"(...) produto direto ou indireto das condições gerais em que se desenvolve essa sociedade e das condições particulares em que se desenvolve uma determinada classe social e, portanto, para sua compreensão é necessário o conhecimento das leis estruturais (gerais) e aquelas que condicionam a reprodução social da classe".

A intervenção em Saúde Coletiva tem como foco os determinantes e os resultados do processo saúde-doença do coletivo nas formas particulares de organização da vida social (base econômica, base social e dinâmica social – formas de viver e trabalhar de grupos sociais homogêneos) de um espaço geo-social delimitado. Segundo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, os perfis saúde-doença e as condições

⁷ Entendido como "quando a produção do dado é realizada em um único momento (singular) no tempo, como se fora um corte transversal do processo de observação" (Almeida Filho e Rouquayrol, 2002:171)

⁸ Utilizam uma referência geográfica para a definição das unidades de informação em qualquer nível de abrangência para o estudo de relação entre condições de vida e agravos. Neste caso, estamos usando como nível de abrangência os distritos administrativos e as áreas de atuação das USFs. (Almeida Filho e Rouquayrol, 2002:174)

de vida dos diferentes grupos populacionais são determinados pelas relações sociais de produção e reprodução.

A discussão fundamenta-se no método proposto por Egry (1996), em sua Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – TÍPESC, nas etapas de captação e interpretação da realidade objetiva por meio da compreensão das dimensões estrutural, singular e particular, verificando contradições inter e entre dimensões.

Para o objeto em questão, a dimensão estrutural é composta pelas políticas de saúde em âmbito nacional, em particular as políticas voltadas para idosos e deficientes. A dimensão particular compreende a descrição da situacionalidade, dinamicidade e historicidade do processo saúde-doença dos diferentes grupos sociais em diferentes distritos administrativos do Município, em relação à inclusão/ exclusão social. Por fim, a dimensão singular diz respeito aos perfis das pessoas que precisam de cuidado no domicílio, confrontando os achados com os das dimensões anteriores.

3.2 População e amostra

A população residente no município de São Paulo à época da coleta de dados era de 10.710.997⁹ pessoas. Segundo dados do SIAB, no final de 2003, aproximadamente 2.430.000 pessoas (cerca de 22% da

⁹ Fonte: Prefeitura de São Paulo. [homepage]. Informações sobre estimativa populacional para o município de São Paulo para

população do município) eram atendidas pelo PSF e PACS com média de uma visita mensal por família.

A distribuição das Unidades de Saúde da Família pelos diferentes distritos da cidade de São Paulo ocorreu de forma heterogênea para fazer face à desigualdade social no Município. A cobertura do PSF em cada subprefeitura, portanto, varia de acordo com o número de Unidades de Saúde presentes em cada um dos distritos administrativos que as compõem.

A amostra final¹⁰ constituiu-se do levantamento de 7.160 pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas em domicílio por equipes de Saúde da Família em 111 (60%) das 185 Unidades de Saúde da Família¹¹ presentes em 25 das 31 Subprefeituras do Município em agosto de 2003, abrangendo 45 (66,2%) dos 96 distritos administrativos da capital¹².

O mapa que se segue mostra, de maneira aproximada, a distribuição do total de USFs existentes no MSP em 2003.

¹⁰ A amostra inicial constituía-se de 8.242 pessoas, mas nem todas correspondiam aos critérios adotados pelo estudo. No item 3.3.1 a obtenção da amostra final é melhor detalhada.

¹¹ Aqui será considerado apenas as Unidades cujos dados correspondiam aos critérios estabelecidos na metodologia de construção do “Banco de Pessoas com Incapacidade”, já discutido no capítulo anterior.

¹² Inicialmente dispunha-se de informação sobre 47 distritos administrativos distribuídos em 27 subprefeituras. Entretanto, algumas unidades de saúde pesquisadas não tinham equipes de saúde da família. Os motivos da exclusão destas unidades, que culminou com a eliminação de 2 distritos e, conseqüentemente de 2 subprefeituras serão explicados logo a seguir.

Figura 4.1 – Mapa da distribuição das USFs existentes em 2003 no município de São Paulo. São Paulo, 2003. Fonte: CEInfo (2003). (Sem georreferenciamento)

3.3 Etapas de trabalho

3.3.1 Fonte do material empírico

As informações para este estudo provêm de dados secundários colhidos em um levantamento elaborado pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo com o objetivo de identificar a demanda por cuidado domiciliário a pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas por equipes de Saúde da Família¹³.

Realizado entre janeiro e junho de 2003, esse levantamento obteve, inicialmente, dados de 27 das 31 Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras do Município de São Paulo existentes na ocasião. Em 47 dos 96 distritos administrativos foram encontradas 8.242 pessoas com incapacidades e dependência para atividades da vida diária atendidas, em domicílio, por 124 Unidades Básicas de Saúde e/ ou Unidades de Saúde da Família da capital.

Ao verificar se todas as UBSs dispunham de equipes de saúde da família, condição necessária para integrar o estudo, foram encontradas 13 UBSs que não satisfaziam a essa condição, o que levou à eliminação de 458 pacientes, perfazendo um total de 7.784 pessoas distribuídas em 118 USFs¹⁴.

¹³ Foram enviados disquetes contendo um banco de dados em Access para todas Unidades Básicas de Saúde que dispunham de Equipes de Saúde da Família com o objetivo de levantar informações sobre a demanda por cuidado domiciliário em cada Unidade. Porém, nem todas as Unidades retornaram os disquetes com o banco preenchido.

¹⁴ Deste momento em diante as UBSs (Unidades Básicas de Saúde) serão chamadas de USFs (Unidades de Saúde da Família), por corresponderem apenas a Unidades de saúde com essa característica.

Foram colhidos dados de identificação: Unidade de Saúde de referência, sexo (masculino ou feminino), idade (em anos), data/ ano de nascimento, escala de incapacidade (Escala da Cruz Vermelha Espanhola), patologia principal (lista de morbidade do CID-10), e quatro indicadores de complexidade de cuidado, eleitos com o objetivo de saber se o paciente em atendimento domiciliário demandava cuidados mais complexos e especializados: uso de oxigenoterapia domiciliar (sim ou não), presença de úlcera por pressão (sim ou não), uso de algum tipo de sonda (sim ou não) e uso de traqueostomia (sim ou não).

A análise da consistência interna das informações do banco revelou que alguns pacientes tinham os dados incompletos. Dada a impossibilidade de obtê-los, foram definidas as variáveis sem as quais o estudo ficaria comprometido. As variáveis eleitas foram: sexo, idade, ano de nascimento e grau de incapacidade. Assim, outros 624 pacientes foram excluídos do estudo: três por ausência de informações sobre sexo, 332 sem informação sobre idade ou ano de nascimento e 289 sem grau de incapacidade. Ao final restaram 7.160 pacientes distribuídos 111 USFs, que, por sua vez, correspondiam a 45 distritos administrativos.

Apesar de 1.377 pessoas não disporem de informação sobre patologia, elas não foram excluídas do estudo, pois se considerou que, apesar de relevante, a ausência dessa variável não comprometeria significativamente o trabalho, além de que representaria uma perda de mais 19%. A seguir, um consolidado das informações resultantes:

Quadro 3.1 - Distribuição das unidades de saúde e dos pacientes

Subprefeitura	Distrito Administrativo	Nº de UBSS pesquisadas	Nº pacientes		Motivo da Exclusão			
			Total	Excluídos	Sexo**	Idade***	GI****	Não PSF*****
Aricanduva	Vila Formosa	1	133	2	-	-	2	-
Butantã	Raposo Tavares	1	55	2	-	2	-	-

Campo Limpo	Capão Redondo	7	463	29	-	25	4	-
	Campo Limpo	2	82	43	-	21	22	-
	Vila Andrade	1	116	1	-	-	1	-
Cidade Ademar	Cidade Ademar	2	146	87	1	86	-	-
	Pedreira	4	62	4	-	2	2	-
Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes	1	44	5	-	4	1	-
Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo	3	261	12	-	10	2	-
	Ponte Rasa	2 (1)	133	3	1	1	-	1
Freguesia/Brasilândia	Brasilândia	8	636	107	-	51	56	-
	Freguesia do Ó	3 (1)	238	3	-	2	-	1
Guaianases	Guaianases	4 (1)	129	72	-	3	5	64
	Lageado	2	83	1	-	-	1	-
Ipiranga	Ipiranga	1 (1)	141	141	-	-	-	141
	Sacomã	1	166	1	-	-	1	-
Itaim Paulista	Itaim Paulista	3 (1)	90	49	-	1	-	48
	Vila Curuçá	6	755	134	-	8	126	-
	Cidade Líder	2	29	1	-	1	-	-
Itaquera	Parque do Carmo	3	128	4	-	4	-	-
Jabaquara	Jabaquara	4 (1)	248	31	-	19	11	1
Lapa	Jaguara	2	151	4	-	1	3	-
	Jardim Ângela	8	247	17	1	13	3	-
M'Boi Mirim	Jardim São Luiz	9	600	18	-	9	9	-
	Artur Alvim	3	261	7	-	6	1	-
Penha	Cangaíba	1	24	1	-	1	-	-
	Vila Matilde	1	84	0	-	-	-	-
Perus	Perus	2 (1)	45	11	-	2	5	4
Pinheiros	Pinheiros	1	108	3	-	3	-	-
Pirituba	Pirituba	2 (1)	57	4	-	3	-	1
	São Domingos	1	24	1	-	1	-	-
Santana/	Santana	1	52	5	-	4	1	-
Tucuruvi	Tucuruvi	1	38	0	-	-	-	-
Santo Amaro	Santo Amaro	1 (1)	91	91	-	-	-	91
	Iguatemi	3	183	4	-	3	1	-
São Mateus	São Mateus	1	29	1	-	1	-	-
	São Rafael	1	40	0	-	-	-	-
	Jardim Helena	1	138	11	-	11	-	-
São Miguel	São Miguel	1	30	0	-	-	-	-
	Vila Jacuí	4	129	1	-	1	-	-
	Cambuci	1	59	0	-	-	-	-
Sé	Bela Vista	2	176	6	-	4	2	-
	Bom Retiro	1	59	2	-	2	-	-
Socorro	Cidade Dutra	1 (1)	1	1	-	-	-	1
Tremembé/	Jaçanã	1	24	0	-	-	-	-
Jaçanã	Tremembé	1 (1)	35	35	-	-	-	35
Vila Mariana	Saúde	1	53	0	-	-	-	-
Vila	São Lucas	4	662	35	-	15	20	-
Prudente/	Sapopemba	10 (2)	704	92	-	12	10	70
Sapopemba								
Total: 27 (2)	49 (4)	124 (13)	8.242	1.082	3	332	289	458

* Os números entre parênteses referem-se às UBSs sem equipes de Saúde da Família;

** Sexo: não tinha informação sobre sexo;

*** Idade: não tinha informação sobre ano de nascimento ou idade;

**** GI: não tinha informação sobre grau de incapacidade;

***** Não PSF: não pertencia à uma unidade com PSF.

3.3.2 Análise dos Dados

Os dados foram processados e analisados por meio dos softwares SPSS® 13.0, EPI-INFO 2000 versão 3.3.2 e Excell 8.0®.

Os dados, que inicialmente se referiam a pacientes, foram agrupados por USF e, posteriormente, por distrito administrativo. Os distritos foram reunidos por meio de uma análise de agrupamento, ou análise de *cluster*, uma técnica multivariada que busca classificar os valores de uma matriz de dados sob estudo em grupos menores, buscando, ao mesmo tempo, a máxima homogeneidade e a maior diferença entre os grupos. Para tanto, vale-se da aplicação de processos que medem a proximidade geométrica entre as variáveis estudadas dentro de um espaço multiplano, agrupando-as conforme a proximidade ou distância. A aplicação desta técnica permitiu agrupar os distritos em grupos similares quanto ao Índice de Exclusão Social. (Gurrea, 2002); (Pereira, J., 2001).

Há diferentes metodologias para a realização de uma análise de agrupamento. O método hierárquico tenta identificar grupos de variáveis relativamente homogêneas baseando-se em características previamente selecionadas. Inicia-se pela detecção de pares de casos mais similares em uma matriz de dados segundo níveis hierárquicos de similaridade, de tal modo que cada ciclo de agrupamento obedeça a uma ordem sucessiva, culminando com a combinação de todas as variáveis entre si. Propicia maior estabilidade aos resultados e total integração aos distintos níveis de agregação. (SPSS®, 2004); (Landim, 2000); (Scalon, 1998).

No método de agrupamento pela variância mínima (*minimum variance clustering* ou *Ward's method of sum-of-squares method*) os agrupamentos são efetuados ao se determinar que pares de casos,

quando tomados em conjunto, apresentam o menor acréscimo de variabilidade. (Landim, 2000). O agrupamento pode ser aglomerativo (*Botton-up*) ou divisivo (*Top-down*). O primeiro consiste na distribuição dos dados de modo que cada observação represente um *cluster*, que são recursivamente agrupados considerando alguma medida de similaridade ou dissimilaridade até que todas as observações pertençam a apenas um. O segundo inicia-se com apenas um agrupamento contendo todos os dados e segue dividindo-o recursivamente segundo alguma métrica até que alcance um critério de parada, freqüentemente o número de *clusters* desejados. (Metz e Monard, 2005).

Neste estudo, os *clusters* foram obtidos por meio de um agrupamento hierárquico aglomerativo utilizando o método da variância mínima, ou *Ward's method*. A distância euclidiana ao quadrado¹⁵ foi escolhida para medir, por meio de coeficientes, a distância calculada entre os *clusters* no espaço multiplano.

Para representar a estrutura hierárquica da formação dos *clusters* utiliza-se um gráfico tipo **dendrograma**, que consiste de um tipo especial de árvore, com o objetivo de

"agrupar os dados de modo que se dois exemplos são agrupados em algum nível, nos níveis mais acima eles continuam fazendo parte do mesmo grupo, construindo uma hierarquia de clusters. Essa técnica permite analisar os clusters em diferentes níveis de granularidade, pois cada nível do dendrograma descreve um conjunto diferente de agrupamentos" (Metz e Monard, 2005:1171).

¹⁵ Distância euclidiana: medida de distância obtida pela aplicação do Teorema de Pitágoras.

Ainda segundo estes autores, uma das principais características do agrupamento hierárquico é a sua flexibilidade para a análise nos diferentes níveis do dendrograma. Além de mostrar quais os casos que se integram entre si, apresenta também o grau de similaridade com que isto acontece, constituindo-se um poderoso instrumento para determinar o número de categorias que melhor se ajusta aos dados. (Scalon, 1998).

Após submeter os distritos à análise de agrupamentos e proceder à interpretação do dendrograma resultante - usado para determinação dos grupos de distritos - realizou-se a descrição estatística (medidas de tendência central e de dispersão) de cada variável em relação aos grupos oriundos da análise de cluster, buscando caracterizar o perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência em relação ao sexo, idade, grau de incapacidade, diagnóstico, uso domiciliar de oxigênio, presença de úlcera de pressão, uso de algum tipo de sonda e presença de traqueotomia, adotando o esquema proposto por Almeida Filho e Rouquayrol (2002:217) para estudos do tipo ecológico.

As variáveis com distribuição normal foram descritas por meio de suas médias e desvios-padrão. As restantes pela mediana, valores mínimo e máximo e, se pertinente, razão. Para o cálculo da correlação, entre variáveis com distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Nas outras situações, será usado o coeficiente de correlação de Spearman. A prova de normalidade escolhida foi a de Kolmogorov-Smirnov, com significância de 0,05.

Os coeficientes de correlação foram usados para medir quão consistentemente duas variáveis, observadas para uma mesma unidade de informação¹⁶, mudam em conjunto. Os coeficientes variam entre -1 e +1. O sinal positivo ou negativo indica apenas se as duas variáveis apresentam alterações no mesmo sentido (sinal positivo) ou se elas se alteram em sentidos opostos (sinal negativo). Cabe ressaltar que o fato de existir correlação positiva ou negativa não significa que haja uma relação causa-efeito entre as variáveis. (Berquó; Souza e Gotlieb, 1981), (Doria Filho, 1999).

Como o valor dos coeficientes de correlação podem ser bastante influenciados pelo tamanho da amostra e pela variabilidade dos dados, aplicou-se um teste de significância¹⁷, considerando como hipótese H_1 haver correlação (resultado do coeficiente $\neq$ zero) e como hipótese nula H_0 não haver correlação (resultado do coeficiente = zero). Este teste resultará num valor de p ¹⁸, que informa a probabilidade de o resultado obtido ter sido ao acaso. (Doria Filho, 1999). *"O grau de significação p é a probabilidade de erro ao se rejeitar a hipótese nula. Quanto menor o valor de p , maior será a probabilidade de a hipótese nula (não haver correlação) ser falsa".* (Bisqueria; Sarriera e Martinez, 2004:71-77).

¹⁶ Neste estudo os distritos administrativos correspondem a uma unidade de informação.

¹⁷ Os testes de significância têm como ponto de partida o estabelecimento de uma hipótese estatística, que é submetida às provas. *"As hipóteses estatísticas são duas: hipótese nula (H_0), quando a diferença é estatisticamente nula, e as diferenças observadas se devem às oscilações do acaso, e a hipótese alternativa (H_1), quando as diferenças observadas não podem ser explicadas pelas oscilações do acaso, ou seja, são estatisticamente significativas."* (Bisqueria; Sarriera e Martinez, 2004. pg 71)

¹⁸ O valor de p é resultado da aplicação de uma "prova de significação estatística, também chamada prova de contraste ou de decisão, que servem para determinar a existência de diferenças entre grupos, a dependência entre variáveis, (...) etc". (Bisqueria; Sarriera e Martinez, 2004:71)

Foram adotados níveis de significação¹⁹ de 0,05 e de 0,01, disponibilizados automaticamente pelo SPSS[®] quando calculados os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman.

O Atlas da Exclusão Social no Brasil (Campos; Pochmann; Amorim e Silva I, 2003) utilizou-se de informações disponibilizadas pelo Censo Demográfico de 2000. Na tentativa de superar o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, abarcando mais dimensões da vida econômica e social que aquele, construiu um Índice de Exclusão Social composto de três dimensões: vida digna, conhecimento e vulnerabilidade.

A dimensão *Vida digna* buscou investigar o bem estar material da população por meio de três indicadores: pobreza, emprego e desigualdade. O primeiro foi representado pela porcentagem de chefes de família com insuficiência de rendimentos em cada distrito administrativo (para o caso de São Paulo). O segundo, pelo percentual da população em idade ativa – com dez anos ou mais de idade – empregada com carteira assinada. O terceiro representou a proporção entre os chefes de família com rendimento acima de dez salários mínimos e aqueles com rendimentos abaixo disto.

A dimensão *Conhecimento* mensurou o acúmulo simbólico e cultural da população por meio da incorporação de dois indicadores: alfabetização e escolaridade. O primeiro apresentou a porcentagem de

¹⁹ “O nível de significação é quanto risco de erro que se está disposto a assumir em caso de rejeitar a hipótese nula”. (Bisqueria; Sarriera e Martinez, 2004:76). Usualmente escolhem-se níveis de significação de 0,05 e de 0,01, isto é, com 5% ou 1% de erros possíveis de se rejeitar a hipótese nula e ela ser verdadeira.

peessoas com cinco ou mais anos de idade que sabem ler e escrever e o segundo, o número médio de anos de estudo dos chefes de família.

A dimensão *Vulnerabilidade juvenil*, composta pelos indicadores de juventude e violência, avaliou a exposição da população jovem a situações de violência. O primeiro indicador mediu o percentual da população com até 19 anos de idade e o segundo avaliou a proporção de mortes violentas por meio da proporção de homicídios por 100.000 pessoas.

Para converter estas três dimensões em um Índice de Exclusão foi usada a metodologia proposta para o cálculo do IDH:

$$X_{i,p} = (X_i - \text{MIN}(X_i)) / \text{MAX}(X_i) - \text{MIN}(X_i))$$

em que:

p: identifica qual indicador está em estudo;

i: identifica a unidade de análise (distrito administrativo);

X_i: valor do indicador utilizado no cálculo;

MIN (X_i): valor mínimo encontrado na distribuição do indicador;

MAX (X_i): valor máximo encontrado na distribuição do indicador.

Cada um dos indicadores recebeu uma ponderação que os transformou em índices parciais. Os indicadores de pobreza, emprego, desigualdade e juventude foram multiplicados por 17,0. O indicador de alfabetização, por 5,7. O de escolaridade, por 11,3 e o de violência, por 15,0.

Cada índice varia entre 0 e 1, sendo zero a pior condição econômica e social e um, a melhor. Os distritos foram segmentados em quatro grupos, cada qual recebendo uma cor no mapa do município.

Apesar dos avanços em relação ao IDH, como considerar o reflexo das condições violentas de vida a que está submetida à população juvenil, o Atlas da Exclusão Social no Brasil apresenta pelo uma limitação, pois representa uma “fotografia” da situação do país, já que considerou apenas dados do Censo Demográfico de 2000, carecendo de contextualização temporal ou histórica.

Quadro 3.2 – Limites dos valores dos oito índices para agrupamento nos quatro grupos de cores usados pelo Atlas da Exclusão Social no Brasil – dados do município de São Paulo, 2000.

Índice	Limites em cada cor			
	Vermelho	Alaranjado	Amarelo	Verde
Exclusão	0.0 a 0.4	0.4 a 0.5	0.5 a 0.6	0.6 a 1.0
Pobreza	0.00 a 0.60	0.60 a 0.75	0.75 a 0.90	0.90 a 1.00
Emprego	0.0 a 0.5	0.5 a 0.6	0.6 a 0.7	0.7 a 1.0
Desigualdade	0.00 a 0.05	0.05 a 0.10	0.10 a 0.20	0.20 a 1.00
Alfabetização	0.0 a 0.5	0.5 a 0.6	0.6 a 0.7	0.7 a 1.0
Escolaridade	0.0 a 0.4	0.4 a 0.5	0.5 a 0.6	0.6 a 1.0
Juventude	0.0 a 0.4	0.4 a 0.5	0.5 a 0.6	0.6 a 1.0
Violência	0.00 a 0.50	0.50 a 0.65	0.65 a 0.80	0.80 a 1.00

Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva I, 2003.

Os mapas que se seguem mostram os valores do Índice de Exclusão Social e os indicadores de vida digna, escolaridade e violência, apenas para os distritos pesquisados.

Figura 4.2 –Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Exclusão Social. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.3 –Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Pobreza, dimensão vida digna. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.4 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Emprego Formal, dimensão vida digna. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.5 –Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Desigualdade social, dimensão vida digna. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.6 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Alfabetização, dimensão escolaridade. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.7 –Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Escolaridade, dimensão escolaridade. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.8 – Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Juventude, dimensão vulnerabilidade juvenil. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

Figura 4.9 –Mapa dos distritos pesquisados, coloridos de acordo com o Índice de Violência, dimensão vulnerabilidade juvenil. São Paulo, 2003. Adaptado de Campos; Pochmann; Amorim e Silva, 2003.

4. RESULTADOS

Com o objetivo de investigar se a situação de exclusão social de um determinado distrito administrativo guardava relação com o perfil saúde-doença das pessoas com perdas funcionais e dependência que nele residia, os distritos administrativos foram agrupados de acordo com o Índice de Exclusão Social proposto por Campos; Pochmann; Amorim e Silva (2003), por meio da análise de *cluster*, cujo resultado está descrito a seguir.

4.1 Resultado da análise de agrupamento

Como variável base de agrupamento foi usado o Índice de Exclusão, somatória de outros sete índices²⁰. Entre os 45 distritos administrativos, o Índice de Exclusão apresentou um valor mínimo de 0,231 e máximo de 0,800, resultando numa amplitude de 0,569. Teve média 0,422, desvio-padrão de $\pm 0,140$ e variância 0,019.

Um dos procedimentos da análise de agrupamento, para o estudo em questão, consistiu em agrupar os distritos em pares, respeitando a similaridade, entre eles, quanto aos valores do Índice de exclusão. Assim, cada distrito é representado por um ponto, num espaço

²⁰ O Índice de Exclusão é resultado da somatória dos índices que compõem três dimensões de exclusão social, a saber: dimensão “vida digna” (índices de pobreza, emprego e desigualdade), dimensão “conhecimento” (índices alfabetização e escolaridade) e dimensão “vulnerabilidade” (índices de juventude e violência). Campos; Pochmann; Amorim e Silva I, 2.003.

multiplano, de acordo com o seu respectivo valor de Índice de exclusão, resultando numa espécie de gráfico de dispersão onde se observariam 45 pontos. Em seguida foram calculados os coeficientes entre esses pontos, tomados aos pares de acordo com a proximidade, e os distritos foram então agrupados sucessivamente em ordem crescente de acordo com o resultado dos coeficientes calculados. A tabela a seguir mostra os cálculos realizados.

Tabela 4.1 - Coeficientes de distância calculados em cada estágio de agrupamento.

Estágio	Pares de clusters combinados de acordo com a proximidade		Coeficientes	Estágio em que aparece o primeiro cluster		Próximo estágio
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	24	26	0,000	0	0	5
2	22	36	0,000	0	0	5
3	8	9	0,000	0	0	11
4	10	12	0,000	0	0	32
5	22	24	0,000	2	1	22
6	11	21	0,000	0	0	18
7	17	45	0,000	0	0	21
8	13	34	0,000	0	0	15
9	31	41	0,000	0	0	16
10	16	37	0,000	0	0	18
11	8	44	0,000	3	0	33
12	1	30	0,000	0	0	24
13	4	14	0,000	0	0	17
14	33	43	0,000	0	0	23
15	13	19	0,000	8	0	21
16	28	31	0,000	0	9	25
17	4	42	0,000	13	0	27
18	11	16	0,000	6	10	26
19	15	20	0,000	0	0	38
20	18	35	0,000	0	0	32
21	13	17	0,000	15	7	35
22	22	38	0,000	5	0	28
23	3	33	0,001	0	14	30
24	1	7	0,001	12	0	37
25	28	29	0,001	16	0	35
26	11	23	0,001	18	0	34
27	4	25	0,001	17	0	34
28	6	22	0,001	0	22	33
29	2	27	0,002	0	0	36
30	3	40	0,002	23	0	39
31	5	32	0,003	0	0	41
32	10	18	0,003	4	20	37
33	6	8	0,005	28	11	40
34	4	11	0,006	27	26	38
35	13	28	0,008	21	25	39
36	2	39	0,010	29	0	41
37	1	10	0,013	24	32	40
38	4	15	0,015	34	19	42
39	3	13	0,022	30	35	43
40	1	6	0,041	37	33	42
41	2	5	0,065	36	31	43
42	1	4	0,135	40	38	44

43	2	3	0,297	41	39	44
44	1	2	0,855	42	43	0

A seguir a delimitação dos grupos de acordo com o dendrograma, resultado da análise de agrupamento.

Gráfico 4.1 - Dendrograma resultante da análise de agrupamentos tendo por base a similaridade entre os índices de exclusão dos 45 distritos administrativos, usando o método de agrupamento Ward.

O dendrograma acima, representação visual das etapas do resultado do agrupamento hierárquico, mostra a combinação dos *clusters* e os valores dos coeficientes das distâncias para cada etapa de agrupamento. As linhas verticais reúnem os distritos que foram agrupados

por homogeneidade em relação ao resultado do cálculo dos coeficientes de distância.

Para facilitar a visualização e interpretação do dendrograma, o SPSS® adapta a distância calculada através dos coeficientes para números entre zero e 25, preservando a proporção das distâncias entre as etapas. (SPSS®, 2004).

Ao marcar a medida 2,5 de distância euclidiana (linha vermelha pontilhada no dendrograma), obteve-se quatro grupos de distritos similares entre si. O grupo um ficou com 16, o grupo dois com cinco, o grupo três com 13 e o grupo quatro, com 11 distritos administrativos, como se segue.

Quadro 4.1 - Distribuição dos distritos em quatro grupos homogêneos, após aplicação das técnicas de agrupamento escolhidas. Município de São Paulo, 2003.

Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
Nº do DA	Nome do Distrito	Nº do DA	Nome do Distrito	Nº do DA	Nome do Distrito	Nº do DA	Nome do Distrito
24	Parque Do Carmo	5	Cambuci	33	São Domingos	15	Iguatemi
26	Perus	32	Santana	43	Vila Formosa	20	Jardim Ângela
22	Jardim São Luiz	2	Bela Vista	3	Bom Retiro	11	Cidade Tiradentes
36	São Miguel	27	Pinheiros	40	Tucuruvi	21	Jardim Helena
38	Sapopemba	39	Saúde	17	Jabaquara	16	Itaim Paulista
6	Campo Limpo			45	Vila Matilde	37	São Rafael
8	Capão Redondo			13	Freguesia Do O	23	Lajeado
9	Cidade Ademar			34	São Lucas	4	Brasilândia
44	Vila Jacuí			19	Jaguara	14	Guaianases
1	Artur Alvim			31	Sacomã	42	Vila Curuçá
30	Raposo Tavares			41	Vila Andrade	25	Pedreira
7	Cangaíba			28	Pirituba		
10	Cidade Líder			29	Ponte Rasa		
12	Ermelino Matarazzo						
18	Jaçanã						
35	São Mateus						

O gráfico que se segue mostra a situação de exclusão de cada um dos grupos, verificada através dos valores do Índice de exclusão dos distritos.

Gráfico 4.2 - *Box-plots* representando a distribuição do Índice de exclusão em cada um dos grupos oriundos da análise de agrupamentos. Dados agrupados. Município de São Paulo, 2003.

Analisando os *box-plots* acima, verifica-se que o grupo quatro é o que apresenta os valores mais próximos de zero, o que indica uma situação de maior exclusão social. É seguido pelo grupo um, com exclusão moderada. O grupo três corresponde a valores ainda menores que os anteriores e o grupo dois é o que têm os maiores índices, sendo, portanto, o grupo com menor exclusão em relação aos demais. Para facilitar o entendimento, os grupos foram nomeados em função de sua situação de exclusão: *Exclusão alta* (grupo quatro), *Exclusão moderada* (grupo um), *Exclusão baixa* (grupo três) e *Exclusão muito baixa* (grupo dois).

*Os distritos em branco não foram pesquisados. Os números correspondem aos do quadro 3.1.

Figura 4.10 – Mapa dos distritos pesquisados, colorido de acordo com o grupo originado na análise de agrupamentos. Município de São Paulo, 2003.

A tabela a seguir apresenta as estatísticas descritivas da variável *Índice de exclusão* dentro de cada um dos quatro grupos.

Tabela 4.2 - Resumo descritivo da variável *Índice de exclusão* para cada um dos quatro grupos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.

Medidas	Grupos				Total N=45
	<i>Exclusão alta</i> N*=11	<i>Exclusão moderada</i> N=16	<i>Exclusão baixa</i> N=13	<i>Exclusão muito baixa</i> N=5	
Média	0,27	0,37	0,50	0,71	0,42
Desvio-padrão	0,02	0,04	0,03	0,08	0,14
Variância	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02
Coeficiente de variação (CV)	7,4%	10,8%	6,0%	11,3%	33,3%

*N= quantidade de distritos administrativos contidos no grupo

Quanto menor o valor do coeficiente de variação, mais homogênea é a amostra. Um CV maior que 25% já é considerado alto. No conjunto dos 45 distritos, observa-se uma dispersão maior do que quando se analisa a distribuição da variável em questão em cada um dos quatro grupos. Apesar de o grupo com *Exclusão muito baixa* ser o que apresenta a maior dispersão, com CV=11,5%, esta é quase três vezes menor que no conjunto dos distritos.

O quadro que se segue mostra os valores do Índice de exclusão para cada um dos distritos administrativos agrupados em função da sua situação de exclusão, seguido da respectiva quantidade de pacientes.

Quadro 4.2 - Apresentação dos valores do Índice de Exclusão (IEx) e da quantidade de pacientes por distrito. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.

Grupo	Distrito	IEx	Nº pact
Exclusão alta (grupo 4)	Pedreira	0,23	58
	Itaim Paulista	0,24	41
	Vila Curuçá	0,26	621
	Iguatemi	0,27	179
	Lajeado	0,28	82
	Brasilândia	0,29	529
	Jardim Helena	0,29	127
	São Rafael	0,35	40
	Artur Alvim	0,35	254
	Guaianases	0,41	57
	Cidade Tiradentes	0,43	39
Exclusão moderada (grupo 1)	Parque Do Carmo	0,26	124
	Cidade Líder	0,27	28
	Capão Redondo	0,32	434
	Vila Jacuí	0,34	128
	Campo Limpo	0,37	39
	São Mateus	0,38	28
	Perus	0,39	34
	Ermelino Matarazzo	0,41	249
	Raposo Tavares	0,44	53
	Cangaíba	0,46	23
	Jardim Ângela	0,47	230
	Parque Do Carmo	0,26	124
	Cidade Líder	0,27	28
	Capão Redondo	0,32	434
	Vila Jacuí	0,34	128
	Campo Limpo	0,37	39
Exclusão baixa (grupo 3)	Ponte Rasa	0,27	130
	Jabaquara	0,30	217
	Vila Andrade	0,32	115
	São Lucas	0,33	627
	Pirituba	0,35	53
	Sacomã	0,35	165
	Vila Formosa	0,44	131
	São Domingos	0,48	23
	Jaguara	0,49	147
	Vila Matilde	0,49	84
	Freguesia do Ó	0,50	235
	Ponte Rasa	0,27	130
	Jabaquara	0,30	217
Exclusão muito baixa (grupo 2)	Saúde	0,47	53
	Cambuci	0,61	58
	Santana	0,64	47
	Bela Vista	0,77	170
	Pinheiros	0,80	105

O cálculo do coeficiente de Spearman²¹ evidenciou correlação negativa estatisticamente significativa entre o Índice de exclusão e o número de pacientes por distrito, sugerindo haver mais pacientes atendidos em domicílio nos distritos de maior exclusão social. Cabe ressaltar mais uma vez que nessas regiões há mais USFs, o que pode influenciar o número de pacientes atendidos.

Ao analisar a distribuição das USFs em relação aos grupos de distritos, nota-se que os grupos com *Exclusão alta* e *moderada* têm um número de USFs bastante assemelhado. Em contrapartida, os grupos com *Exclusão baixa* e *muito baixa* possuem quase a metade do número médio de USFs dos dois primeiros grupos, com desvio-padrão pelo menos seis vezes menor, como mostra a tabela que segue.

Tabela 4.3 - Estatística descritiva da variável *Quantidade de USF por DA*, para cada um dos quatro grupos. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Medidas	Grupos				Total N=45
	Exclusão alta N*=11	Exclusão moderada N=16	Exclusão baixa N=13	Exclusão muito baixa N=5	
Média	3,5	2,9	1,5	1,2	2,5
Desvio-padrão	2,5	2,6	1,0	0,5	2,2
Máximo	8	9	4	2	9
Mínimo	1	1	1	1	1
Amplitude	7	8	3	1	8
Coeficiente de variação	71,4%	89,7%	66,7%	41,7%	88,0%

* N= quantidade de distritos administrativos contidos no grupo

É sabido que a implantação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo obedeceu, dentre outros, a critérios de

²¹ Spearman = -0,346 com $p=0,02$.

exclusão social, o que pode explicar um número maior de USFs observado nos distritos que compõem os grupos com maior exclusão.

Isso pôde ser confirmado por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, que resultou em correlação negativa estatisticamente significativa ao nível de 5% (Spearman= -0,346 ***p***=0,02). O mapa que se segue apresenta a quantidade de USFs em cada um dos distritos administrativos pesquisados.

Figura 4.11 – Mapa da quantidade de USFs pesquisadas nos distritos que compuseram o estudo, coloridos de acordo com o grupo originado na análise de agrupamentos. Município de São Paulo, 2003. (Sem georreferenciamento).

A análise da correlação entre a quantidade de USFs por distrito e as três dimensões de exclusão social mostrou correlação negativa para todos os sete índices, porém com significância estatística apenas para os índices de pobreza, desigualdade, escolaridade e juventude, de tal modo

que, quanto piores as condições de vida de um distrito, maior o número de USFs. Abaixo, a tabela com o resultado dessas correlações.

Tabela 4.4 – Resultado da correlação entre a quantidade de USFs e os índices que medem as dimensões de exclusão, ambos por distrito. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Dimensões de exclusão	Índices	Quantidade de USFs por distrito	
		Spearman	<i>p</i>
Vida digna	Pobreza	-0,321	0,031*
	Emprego	-0,027	0,858
	Desigualdade	-0,322	0,031*
Conhecimento	Alfabetização	-0,292	0,052
	Escolaridade	-0,355	0,017*
Vulnerabilidade	Juventude	-0,323	0,030*
	Violência	-0,281	0,062

p – resultado do teste de significância assumindo como hipótese nula não haver associação entre as variáveis.

* Correlação estatisticamente significativa a 0,05.

Parece adequado supor que quanto mais USFs num distrito maior seria a quantidade de pacientes observada neste, o que foi confirmado no cálculo da correlação entre as variáveis *Quantidade de USFs* e *Quantidade de pacientes*. Obteve-se um coeficiente de Spearman de 0,681 com *p*=0,000, apontando para correlação positiva estatisticamente significativa ao nível de 1%. Porém, ao calcular a correlação entre o número médio de USFs e de pacientes por distrito verifica-se correlação negativa com significância estatística: Spearman - 0,382 de com *p*=0,010. Neste caso, quanto menor o número médio de USFs num distrito, maior o número médio de pacientes. Em suma, há quantitativamente mais pacientes nos distritos que têm mais USFs. Porém, nos distritos que não dispõem de muitas Unidades, estas acabam concentrando um maior número médio de pacientes.

Após esta apresentação inicial da distribuição das USFs por distrito, segue-se a descrição do perfil dos pacientes em cada um dos grupos, comparando-os entre si.

4.2 Perfil das pessoas com perdas funcionais e dependência atendidas por equipes de PSF no Município de São Paulo (MSP)

4.2.1 Número de pacientes

As pessoas com perdas funcionais e dependência distribuem-se de forma desigual entre os grupos de distritos. Dos 7.160 pacientes, 2.003 (28,0%) estão no grupo de distritos com *Exclusão alta*, 2.701 (37,7%) no grupo com *Exclusão moderada*, 2.023 (28,3%) naquele com *Exclusão baixa* e 433 (6,0%) no de *Exclusão muito baixa*. A tabela que se segue mostra que mais de 50% dos distritos têm até 100 pacientes, destacando-se o grupo com *Exclusão moderada*, responsável por 20% dos distritos nessas condições.

Tabela 4.5 – Número de pacientes por distrito administrativo em relação aos quatro grupos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.

Número de pacientes por distrito	Exclusão alta		Exclusão moderada		Exclusão baixa		Exclusão muito baixa		Total	
	n _i *	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
01 – 50	3	6,7	7	15,6	2	4,4	1	2,2	13	28,9
50 – 100	3	6,7	2	4,4	3	6,7	2	4,4	10	22,2
100 – 150	1	2,2	2	4,4	4	8,9	1	2,2	8	17,8
150 – 300	2	4,4	2	4,4	3	6,7	1	2,2	8	17,8
300 –	2	4,4	3	6,7	1	2,2	0	0,0	6	13,3
Total**	11	24,4	16	35,5	13	28,9	5	11,0	45	100,0

*n_i = frequência de distritos em cada faixa de pacientes.

** O total se refere à quantidade de distritos administrativos contidos no grupo.

% = porcentagem em relação aos 45 distritos.

O gráfico que segue compara a distribuição dos pacientes em cada um dos grupos, permitindo visualizar os distritos discrepantes.

Gráfico 4.3 - Box-plot da distribuição dos pacientes por distrito, de acordo com os grupos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.

No grupo com *Exclusão alta* há dois distritos com mais de 500 pacientes: Vila Curuçá (42), com 621 pessoas distribuídas em sete USFs, e Brasilândia (4), com 529 pessoas em seis USFs. No grupo com *Exclusão moderada*, apenas o distrito de Sapopemba (38), com 612 pacientes em sete USFs, mostra-se discrepante em relação aos demais, enquanto que no grupo com *Exclusão baixa*, observa-se o distrito São Lucas (34), com 627 pessoas atendidas em domicílio em quatro USFs. Juntos, estes distritos respondem por 33,4% do total de pacientes pesquisados.

Quando se extrai a média de pacientes por distrito de acordo com o número de USFs que ele possui, elimina-se a interferência deste na quantidade de pacientes. O cálculo do número médio de pacientes por

USF, em cada distrito, tornou possível comparar distritos com realidades tão diferentes.

Ao considerar a distribuição dos pacientes em relação à quantidade de USFs dos distritos verifica-se que o grupo de distritos com *Exclusão baixa* é o que detém a maior média de pacientes por distrito: quatro tinham entre 125 e 165 pacientes. Nos grupos com *Exclusão alta* e *moderada*, mais da metade dos distritos tinham até 55 pacientes. No grupo com *Exclusão muito baixa*, 60% dos distritos tinham até 75 pacientes. O gráfico que se segue mostra a distribuição corrigida dos pacientes nos quatro grupos de distritos.

Gráfico 4.4 - *Box-plot* considerando a distribuição média de pacientes em relação à quantidade de USFs por distrito nos grupos. Médias agregadas por distrito. Município de São Paulo, 2003.

No conjunto dos 45 distritos observa-se um mínimo de 23 e máximo de 627 pacientes, com média 159,1, mediana 84 e desvio-padrão $\pm 176,7$. Quando se considera o número de USFs na distribuição dos

pacientes, obtém-se um número médio mínimo de 14 e máximo de 165 pacientes, com mediana de 58. Em números absolutos, o grupo de distritos com *Exclusão alta* detém a maior quantidade de mais pacientes. Porém, quando se considera o número médio de pacientes por USFs, esta posição é ocupada pelo grupo com *Exclusão baixa*.

Embora não tenha sido encontrada uma relação estatisticamente significativa, verificou-se correlação²² negativa entre a quantidade de pacientes por distrito e o Índice de exclusão, sugerindo que, quanto piores as condições de vida, maior o número de pessoas atendidas em domicílio.

Também não foi observada correlação estatisticamente significativa entre a média de pacientes e os sete índices de exclusão em separado.

4.2.2 Idade

Em relação à idade, obteve-se média de 63, moda de 79 e mediana de 70 anos. A menor idade encontrada foi de um ano e a maior, 114 anos, com variância de 548,4 e desvio padrão de $\pm 23,4$. O primeiro quartil ficou em 51 e o terceiro em 80, evidenciando uma amostra em que predominam adultos com mais de 51 anos (75%). O gráfico que se segue mostra que a distribuição dos pacientes assume o formato de uma curva assimétrica negativa, com $\text{moda} > \text{mediana} > \text{média}$, com predominância de idosos entre 70 e 80 anos.

²² Spearman: -0,174 p=0,25

Gráfico 4.5 - Gráfico de barras da distribuição das pessoas de 1 a 114 anos de idade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

As idades dos pacientes apresentaram uma distribuição bastante diversa entre os distritos. Observou-se mediana de quatro, com mínimo de zero e máximo de 53 crianças. Entre os adultos, há entre duas e 240 pessoas e mediana de 18. Já entre os idosos foi encontrado entre uma e 482 pessoas com mais de 60 anos por distrito, com mediana de 58.

Nos grupos, essa distribuição é ainda mais variada. Nota-se predominância de idosos em três deles, com exceção do grupo de distritos com *Exclusão alta*, onde há mais adultos. Nesse mesmo grupo, os distritos de Brasilândia (4) e Vila Curuçá (42) destacam-se pelo maior número de idosos, sendo que este último concentra também um número bastante grande de adultos em relação aos demais. No grupo com *Exclusão moderada*, o distrito do Capão Redondo (8) apresenta um número discrepante de crianças. Já o de Sapopemba (38) tem um número bastante grande de idosos. No grupo com *Exclusão baixa*, o distrito São Lucas (34) aparece com mais crianças, adultos e idosos que os demais. A

distribuição das crianças, adultos e idosos no grupo com *Exclusão muito baixa* não apresentou distritos com valores discrepantes.

Gráfico 4.6 - Box-plot da distribuição das crianças, adultos e idosos nos quatro grupos de distritos. Dados agregados por distrito.

Observa-se que os idosos são maioria em todos os grupos, destacando-se o com *Exclusão baixa*. Os adultos distribuem-se de maneira mais ou menos parecida em todos os grupos, com destaque para aquele com *Exclusão alta*. As crianças também são maioria nesse grupo.

Distrito nº 21: Jardim Helena. Nº 32: Santana.

Gráfico 4.7 - Box-plot da distribuição do número médio de crianças, adultos e idosos por USF nos quatro grupos de distritos. Médias por distrito. Município de São Paulo, 2003.

Para saber qual a proporção de idosos em relação aos não idosos foi calculada a razão idoso/ não idoso²³. Nos grupos tomados em conjunto, havia 1,9 idosos para cada não idoso, mas essa proporção variou de acordo com a exclusão social. Destaca-se o grupo de distritos com *Exclusão baixa*, no qual se observa a presença de 3,4 idosos para cada não idoso, enquanto o grupo com *Exclusão alta*, com menor número de pessoas com 60 anos e mais, essa razão é de 1,3. O grupo com *Exclusão muito baixa* apresentou razão de 2,4 e o com *Exclusão moderada*, 1,8.

Parece haver uma tendência a um número maior de idosos em distritos com menores índices de exclusão social. O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre a razão idoso/ não idoso e o Índice de exclusão, ambos por distrito, resultou em correlação positiva - quanto maior o Índice de exclusão maior a proporção de idosos - mas essa relação não foi estatisticamente significativa.

4.2.3 Sexo

Dentre os 7.160 pacientes estudados, encontrou-se 4.312 (60,2%) mulheres e 2.848 (39,8%) homens, numa razão de sexo²⁴ de 0,66. A tabela que se segue mostra que existem diferenças na distribuição dos pacientes em relação ao sexo nos quatro grupos.

²³ Aqui a razão idoso/ não idoso foi calculada a partir da divisão da média de idosos verificada em cada grupo pelo resultado da somatória da média de crianças e adultos do mesmo grupo.

²⁴ A razão de sexo foi obtida dividindo-se o total de pessoas do sexo masculino pelo total de pessoas do sexo feminino.

Tabela 4.6 Distribuição dos pacientes em relação ao sexo nos quatro grupos de distritos. Dados brutos.

Sexo	Exclusão alta		Exclusão moderada		Exclusão baixa		Exclusão muito baixa	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Masculino	870	12,2	1100	15,4	736	10,3	142	2,0
Feminino	1133	15,8	1601	22,4	1287	18,0	291	4,1
Total	2003	28,0	2701	37,8	2023	28,3	433	6,1
Razão de sexo	0,77		0,69		0,57		0,49	

n_i = frequência absoluta; % = porcentagem em relação aos 7.160 pacientes.

Em todos os grupos há mais mulheres que homens. Porém, a proporção entre os sexos varia de acordo com a exclusão social: quanto maior a exclusão, maior o número de homens.

O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson demonstrou correlação negativa entre a razão de sexo e o Índice de exclusão, mas não estatisticamente significativa²⁵. Em relação aos outros sete índices que medem as dimensões da exclusão, também foi observada correlação negativa (exceto para o índice alfabetização, onde houve correlação positiva), embora nenhuma tenha apresentado significância estatística.

4.2.4 Sexo e idade

Quando se considera, conjuntamente, o sexo e a idade dos pacientes, as diferenças são ainda mais expressivas. Segue-se, na próxima tabela, a distribuição das frequências de homens e mulheres por faixa etária.

²⁵ Pearson: -0,072 p=0,64

Tabela 4.7 - Distribuição das pessoas de acordo com o sexo e faixa etária. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n _i	%	n _i	%	n _i	%
01 ┤ 05	56	2,0	43	1,0	99	1,4
05 ┤ 15	168	6,0	128	3,0	296	4,1
15 ┤ 20	104	3,6	67	1,5	171	2,4
20 ┤ 40	393	13,8	299	6,9	692	9,7
40 ┤ 60	565	19,8	629	14,6	1.194	16,7
60 ┤ e mais	1.562	54,8	3.146	73,0	4.708	65,7
Total	2.848	100	4.312	100	7.160	100

n_i : frequência absoluta por classe e sexo.

%: porcentagem em relação ao total de pacientes de cada sexo.

Nota-se que até os 39 anos a frequência de homens é o dobro da frequência de mulheres, em cada faixa etária. Enquanto a proporção de mulheres aumenta em mais de 100% da faixa dos 20 aos 40 anos para a dos 40 aos 60, subindo de 6,9% para 14,6%, o aumento na frequência de homens do mesmo grupo etário é de cerca de 50%. A partir dos 60 anos as mulheres passam a ser maioria. Do total de mulheres, 73% são idosas. Entre os homens, 54,8% são idosos. O gráfico a seguir ilustra essa distribuição.

Gráfico 4.8 - Pirâmide etária de distribuição das pessoas de acordo com o sexo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

A partir dos 60 anos, a distribuição das pessoas em relação ao sexo é bastante desproporcional. Até os 75 há crescimento, ainda que diferenciado, no número de pessoas com incapacidade em ambos os sexos. A partir daí, inicia-se o decréscimo no número de homens e o crescimento feminino mantém-se. Aos 85 anos, a diferença entre os gêneros é a mais expressiva: para pouco mais de 25 homens há mais de 125 mulheres, ou seja, aproximadamente cinco mulheres para cada homem. A proporção de homens e mulheres também varia de acordo com a faixa etária.

A razão de sexo foi obtida dividindo-se o número de homens pelo número de mulheres da mesma faixa etária.

Gráfico 4.9 – Distribuição da razão de sexo para cada faixa etária nos quatro grupos de distritos. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.

Na faixa de 01 a 05 anos predominam pessoas do sexo masculino nos grupos com *Exclusão moderada* e *baixa*. Nos outros dois grupos, há praticamente a mesma proporção em relação aos sexos.

Entre 05 e 15 anos, verifica-se maioria feminina apenas no grupo com *Exclusão moderada*. Nos demais grupos há entre 1,5 e 2,5 homens para cada mulher, destacando-se os grupos com *Exclusão baixa* e *muito baixa*.

Na faixa dos 15 aos 20 anos observa-se a maior proporção de homens em relação as mulheres. Os homens só não são maioria no grupo com *Exclusão muito baixa*.

Entre 20 e 40 anos, a proporção entre homens e mulheres é bastante parecida nos quatro grupos, com ligeira predominância

masculina no grupos com *Exclusão alta, moderada e baixa*. A partir dos 40 anos, a predominância é feminina em todos os grupos, diferindo muito pouco entre eles. Entre os idosos há praticamente duas mulheres para cada homem em todos os grupos.

Em síntese, guardadas as especificidades de cada grupo, até os 40 anos, é mais provável encontrar homens que mulheres com perdas funcionais e dependência entre principalmente nos grupos com *Exclusão alta, moderada e muito baixa*. Nas outras faixas etárias, a predominância é feminina.

Apesar da proporção entre homens e mulheres variar de acordo com a exclusão social, o exame do coeficiente de correlação de Pearson²⁶ entre a razão de sexo e o Índice de exclusão por distrito mostrou correlação negativa, mas sem significância estatística. Frente aos outros sete índices, só não foi verificada correlação negativa entre a razão de sexo e o índice de desigualdade. Mas nenhuma das correlações foi estatisticamente significativa.

4.2.5 Patologias

As patologias dos pacientes foram agrupadas de acordo com os capítulos do CID-10. Vale lembrar que, dentre os 7.160 pacientes, não se dispunha de informação sobre a patologia para 1.377 pessoas, identificadas pelo capítulo Z.

²⁶ Pearson: -0,072 p=0,34

Tabela 4.8 - Tabela de frequência da distribuição das patologias que causaram a incapacidade, agrupadas de acordo com os capítulos dos CID-10. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Capítulos do CID-10		n _i	%	%*
A/B	Doenças infecciosas e parasitárias	105	1,4	1,8
C/D¹	Neoplasias	204	2,9	3,5
D²	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	11	0,2	0,2
E	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	591	8,3	10,2
F	Transtornos mentais e comportamentais	472	6,6	8,2
G	Doenças do sistema nervoso	1.267	17,7	21,9
I	Doenças do aparelho circulatório	1.623	22,7	28,1
J	Doenças do aparelho respiratório	90	1,3	1,6
K	Doenças do aparelho digestivo	18	0,3	0,3
L	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16	0,2	0,3
M	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	415	5,8	7,2
N	Doenças do aparelho geniturinário	47	0,7	0,8
O	Gravidez, parto e puerpério	3	0,0	0,1
P	Algumas afecções originadas no período perinatal	24	0,3	0,4
Q	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	104	1,5	1,8
R	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	400	5,6	6,9
S/T	Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	393	5,5	6,8
Z	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1.377	19,2	--
Total		7.160	100,0	100,0

n_i : frequência absoluta; %: porcentagem em relação ao total; %*: porcentagem entre as pessoas que apresentaram diagnóstico

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por mais de 28% dos atendimentos domiciliários, seguidas pelas doenças do sistema nervoso, presentes em cerca de 22% dos pacientes. Em terceiro lugar, aparecem as doenças endócrinas e metabólicas, que respondem por mais de 10% dos atendimentos.

A tabela que se segue mostra qual a doença mais frequente dentro de cada capítulo do CID-10, excluindo as 1.377 pessoas das quais não se pôde obter a informação sobre diagnóstico.

Tabela 4.9 - Distribuição das patologias mais freqüentes em cada grupo de doenças de acordo com o capítulo do CID-10 correspondente. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Capítulos do CID-10	Patologias prevalentes em cada capítulo	n _i	% no grupo	% em relação aos 5.783 pacientes*
A	Infecção meningocócica	18	47,4	0,3
B	Seqüelas de poliomielite	40	59,7	0,7
C/D¹	Neoplasia maligna da próstata	28	14,6	0,5
D²	Anemia por deficiência de ferro	5	21,7	0,1
E	Diabetes mellitus	480	81,2	8,3
F	Retardo mental	167	35,4	2,9
G	Acidente vascular cerebral isquêmico transitórios e síndromes correlatas	645	50,9	11,2
I	Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	625	38,5	10,8
J	Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOCs)	72	80,0	1,3
K	Doença alcoólica do fígado	6	33,3	0,1
L	Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	15	93,8	0,3
M	Artrose	156	37,6	2,7
N	Insuficiência renal	34	72,3	0,6
O	Complicações predominantemente relacionadas ao puerpério e outras afecções obstétricas	3	100,0	0,1
P	Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer	9	37,5	0,2
Q	Outras malformações congênitas do sistema nervoso	30	28,8	0,5
R	Senilidade	400	100,0	6,9
S	Fratura do fêmur	79	27,1	1,4
T	Outros efeitos e os efeitos não especificados de causas externas	59	57,8	1,0

n_i : freqüência absoluta - dados brutos.

*excluídos os 1.377 pacientes sem informação sobre diagnóstico dos 7.160 iniciais.

Os acidentes vasculares cerebrais – AVCs, que englobam os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas e os acidentes vasculares cerebrais não especificados como hemorrágico ou isquêmico, são responsáveis por cerca de um quarto dos diagnósticos.

Outras doenças que merecem destaque, apesar de não serem as mais prevalentes nos seus grupos, são a hipertensão essencial primária (capítulo I), com 542 pessoas acometidas, correspondendo a 9,4% da

população; a paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas (capítulo G), com 304 pacientes, representando 5,3% do total; a demência (capítulo F), com 132 casos que somam 2,3% da população total, e a obesidade (capítulo E), presente em 92 pessoas, ou 1,6% do total.

Quando se considera a distribuição das doenças nos grupos, observa-se que os primeiros e segundos lugares não são ocupados, necessariamente, pelos AVCs e diabetes mellitus. A tabela que se segue apresenta as cinco doenças mais freqüentes em cada grupo.

Tabela 4.10 - Distribuição das cinco patologias mais freqüentes em cada grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Grupos	Patologias	n_i	%
Exclusão alta	AVCs	365	23,4%
	Hipertensão	116	7,4%
	Paralisia cerebral	115	7,4%
	Diabetes mellitus	103	6,6%
	Senilidade	98	6,3%
Exclusão moderada	AVCs	546	24,9%
	Diabetes mellitus	189	8,6%
	Senilidade	167	7,6%
	Paralisia cerebral	132	6,0%
	Hipertensão	109	5,0%
Exclusão baixa	AVCs	322	18,8%
	Hipertensão	236	13,7%
	Diabetes mellitus	148	8,6%
	Senilidade	148	8,6%
	Artrose	71	4,1%
Exclusão muito baixa	Hipertensão	81	21,1%
	Diabetes mellitus	40	10,4%
	AVCs	27	7,0%
	Retardo mental	19	4,9%
	Senilidade	17	4,4%

Dentre as 1.377 pessoas que não dispunham de informação sobre diagnóstico, 441 (22,0%) pertenciam ao grupo com *Exclusão alta*, 508 (18,8%) ao de *Exclusão moderada*, 306 (15,1%) ao de *Exclusão baixa* e 49 (11,3%) ao grupo com *Exclusão muito baixa*. Elas não serão incluídas na descrição.

Nos três grupos de maior exclusão, os AVCs acometem até 24,9% das pessoas atendidas. No grupo com *Exclusão muito baixa*, a hipertensão é a patologia predominante, 21,1%. Nos grupos com *Exclusão alta e baixa*, a hipertensão vem logo após os AVCs. Isso reafirma a importância do seu controle precoce e das campanhas preventivas.

O *diabetes mellitus* também assume posição de destaque em todos os grupos, mantendo-se entre os segundo e quarto lugares. Observa-se que a senilidade, normalmente considerada como um dos principais motivos de atendimento domiciliário, foi responsável por, no máximo, 8,6% dos casos. Foi encontrado ainda um número expressivo de pessoas com paralisia cerebral nos grupos com *Exclusão alta e moderada*.

O exame das correlações entre as patologias e o Índice de exclusão resultou em correlação estatisticamente significativa entre este Índice e as seguintes patologias: AVC não especificado (Spearman= -0,457 **p**=0,002), fratura de outros ossos dos membros (Spearman= -0,319 **p**=0,033), linfoma não Hodgkin (Spearman= 0,349 **p**=0,019), neoplasia de laringe (Spearman= -0,368 **p**=0,013) e outros efeitos de causas externas (Spearman= -0,305 **p**=0,014).

Considerando os sete índices que medem as três dimensões da exclusão, verifica-se que o AVC foi a doença que apresentou maior significância estatística, com correlação negativa em praticamente todas as dimensões da exclusão, sugerindo que quanto piores as condições de vida (indicado por índices próximos de zero) maior o número de pessoas

vitimadas por esta doença. Outras que parecem estar associadas á condições precárias de vida foram as seqüelas de tuberculose, a bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOCs), entre outras.

Por outro lado, algumas doenças apresentaram correlação positiva, parecendo estar associadas a melhores condições de vida. Uma delas foi o linfoma não Hodgkin, que apresentou correlação positiva significativa com os sete índices. As anomalias cromossômicas, a doença de Parkinson, entre outras, também apresentaram correlação positiva. A seguir a tabela com as correlações estatisticamente significativas entre as patologias e os índices que medem as dimensões da exclusão.

Tabela 4.11 Resultado das correlações significativas entre as patologias e os índices que medem as dimensões de exclusão, ambos por distrito. Dados agregados por distrito. Município de São Paulo, 2003.

Dimensões da exclusão/ Índices	Patologias	Coefficiente de Spearman	Valor de <i>p</i>	
Dimensão vida digna	Artrite reumatóide	-0,318	0,033	
	AVC não especificado	-0,479	0,001	
	Bronquite, enfisema e outras DPOCs	-0,302	0,044	
	Doença de Crohn e colite ulcerativa	-0,307	0,040	
	Fratura de crânio e ossos da face	0,299	0,046	
	Linfoma não Hodgkin	0,349	0,019	
	Neoplasia de bexiga	-0,307	0,040	
	Neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões	-0,309	0,039	
	Retardo mental	-0,310	0,038	
	Seqüela de tuberculose	-0,295	0,049	
	Anomalias cromossômicas	0,349	0,019	
	Asma	0,337	0,024	
	Neoplasia de mama	0,370	0,012	
	Neoplasia de pele	0,376	0,011	
	Neoplasia de estômago	0,318	0,034	
	Neoplasia do osso e da cartilagem articular	0,341	0,022	
	Outras doenças das artérias, arteríolas e capilares	0,342	0,022	
	Parkinson	0,348	0,019	
	Desigualdade	AVC não especificado	-0,406	0,006
	Fratura de outros ossos dos membros	-0,354	0,017	
Linfoma não Hodgkin	0,357	0,016		
Neoplasia de laringe	-0,356	0,016		
Neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões	-0,304	0,042		
Dimensão conhecimento	Alfabetização	AVC não especificado	-0,453	0,002
	Bronquite, enfisema e outras DPOCs	-0,296	0,049	
	Linfoma não Hodgkin	0,357	0,016	
	Neoplasia de laringe	-0,352	0,018	
	Escolaridade	AVC não especificado	-0,408	0,005
	Fratura de outros ossos dos membros	-0,335	0,024	
	Linfoma não Hodgkin	0,357	0,016	
	Neoplasia de laringe	-0,320	0,032	
Dimensão vulnerabilidade	Juventude	Artrite reumatóide	-0,309	0,039
	AVC não especificado	-0,486	0,001	
	Bronquite, enfisema e outras DPOCs	-0,337	0,024	
	Fratura de outros ossos dos membros	-0,304	0,042	
	Linfoma não Hodgkin	0,349	0,019	
	Neoplasia de laringe	-0,349	0,019	
	Neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões	-0,372	0,012	
	Violência	AVC não especificado	-0,462	0,001
	Hanseníase	0,316	0,035	
	Linfoma não Hodgkin	0,349	0,019	
	Neoplasia de laringe	-0,371	0,012	
	Outros efeitos e efeitos não especificados de causas externas	-0,365	0,014	

4.2.6 Patologias e idade

Quando se extraem as freqüências das patologias predominantes em cada faixa etária e grupo, verifica-se que a paralisia cerebral é a doença de maior freqüência até os 39 anos em praticamente todos os grupos. Depois disso, os AVCs e a hipertensão arterial são as doenças que ocupam as primeiras posições. A tabela que se segue ilustra esta afirmação.

Tabela 4.12 Patologia mais freqüente em cada faixa etária e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Faixa etária	Grupos											
	Exclusão alta			Exclusão moderada			Exclusão baixa			Exclusão muito baixa		
		n _i	% *		n _i	%		n _i	%		n _i	%
01 ┤ 05	Paralisia cerebral	7	17,1	Paralisia cerebral	9	20,0	Paralisia cerebral	2	28,6	Paralisia cerebral e outras**	1	16,7
05 ┤ 15	Paralisia cerebral	34	26,6	Paralisia cerebral	31	28,2	Paralisia cerebral	12	28,6	Paralisia cerebral	4	25,0
15 ┤ 20	Paralisia cerebral	17	21,0	Paralisia cerebral	18	27,3	Paralisia cerebral	3	15,8	Retardo mental	2	40,0
20 ┤ 40	Paralisia cerebral	36	13,6	Paralisia cerebral	40	14,9	Paralisia cerebral	15	11,8	Retardo mental	11	33,3
40 ┤ 60	AVCs	97	26,0	AVCs	128	26,3	AVCs	52	19,4	Diabetes mellitus	6	9,0
										Hipertensão	6	9,0
60 ┤	AVCs	260	23,3	AVCs	396	22,9	Hipertensão	215	13,8	Hipertensão	75	24,5

*% em relação às pessoas da mesma faixa etária e grupo, consideradas apenas aquelas com diagnóstico.

** 1 com malformações congênitas, 1 com retardo mental, 1 com seqüelas de traumatismos, 1 com transtornos dos nervos.

4.2.7 Patologias e sexo

Para as 5.783 pessoas das quais foi possível obter informação sobre patologia, os AVCs são os mais freqüentes tanto para homens (26,8%) quanto para mulheres (18,9%). Entre os homens, o segundo

lugar é ocupado pela paralisia cerebral (7,9%) e entre as mulheres, pela hipertensão (11,2%). A tabela a seguir mostra as cinco doenças mais freqüentes em relação ao sexo.

Tabela 4.13 Distribuição das cinco patologias mais freqüentes em cada sexo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Mulheres	n_i	%*	Homens	n_i	%
AVC	664	18,9	AVC	606	26,8
Hipertensão	395	11,2	Paralisia cerebral	179	7,9
Diabetes mellitus	341	9,7	Hipertensão	147	6,5
Senilidade	309	8,8	Diabetes mellitus	139	6,1
Artrose	130	3,7	Senilidade	91	4,0

*calculada para cada sexo.

A distribuição das patologias por sexo e grupo não mostra diferenças muito significativas. O AVC e a hipertensão mantêm-se como as principais causas de incapacidade em praticamente todos os grupos. Chama a atenção o grande número de homens com paralisia cerebral nos grupos com *Exclusão alta e moderada*.

Tabela 4.14 Distribuição das três patologias mais freqüentes em cada sexo e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

GRUPOS	SEXO					
	Feminino			Masculino		
		n _i	%*		n _i	%*
Exclusão alta	AVCs	194	21,5%	AVCs	171	26,3%
	Hipertensão	84	9,3%	Paralisia cerebral	73	11,2%
	Diabetes	79	8,7%	Hipertensão	32	4,9%
Exclusão moderada	AVCs	279	21,6%	AVCs	267	30,0%
	Diabetes	130	10,0%	Paralisia cerebral	69	7,8%
	Senilidade	101	7,8%	Diabetes	59	6,6%
Exclusão baixa	Hipertensão	163	15,3%	AVCs	154	25,8%
	Senilidade	117	11,0%	Hipertensão	73	12,2%
	Diabetes	104	9,7%	Diabetes	44	7,4%
Exclusão muito baixa	Hipertensão	61	23,9%	Hipertensão	20	15,6%
	Diabetes	28	11,0%	Diabetes	12	9,4%
	AVCs	23	9,0%	AVCs	14	10,9%

*calculada para cada sexo e grupo.

4.2.8 Graus de incapacidade

Em relação às graus da incapacidade, do total de 7.160 pacientes, 1.726 (24,1%) foram classificadas no grau um da Escala da Cruz Vermelha Espanhola, 1.608 (22,5%) no grau dois, 1.368 (19,1%) no grau três, 763 (10,7%) grau quatro e 1.710 (23,9%) grau cinco. Abaixo, a tabela com as frequências, em cada grupo, do total de pessoas classificadas segundo o grau de incapacidade.

Tabela 4.15 - Distribuição das pessoas de acordo com a escala de incapacidade nos quatro grupos de distritos. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Grau de incapacidade		Exclusão alta		Exclusão moderada		Exclusão baixa		Exclusão muito baixa	
		n _i *	% **	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Leve	Grau 1	563	28,1	501	18,5	495	24,5	166	38,3
	Grau 2	379	18,9	628	23,3	481	23,8	118	27,3
Moderada	Grau 3	380	19,0	499	18,5	426	21,1	60	13,9
Severa	Grau 4	228	11,4	295	10,9	210	10,4	26	6,0
	Grau 5	453	22,6	778	28,8	411	20,3	63	14,5
Total de pacientes		2003	100,0	2701	100,0	2023	100,0	433	100,0

*n_i: frequência absoluta de pessoas em cada escala e grupo.

**%: porcentagem em relação ao total de pacientes de cada grupo.

No grupo de distritos com *Exclusão muito baixa*, 65,6% das pessoas estão entre os graus um e dois, que correspondem a formas leves de incapacidade. No grupo com *Exclusão alta*, 47,0% pessoas estão nas mesmas condições, enquanto que nos grupos com *Exclusão moderada* e *baixa*, as porcentagens são de 41,8% e 48,3%, respectivamente. Com exceção do grupo com *Exclusão muito baixa*, na população estudada predominam pessoas classificadas com graus três, quatro e cinco da Escala, que correspondem a incapacidade moderada e alta.

O cálculo do coeficiente de Spearman mostrou correlação negativa entre os cinco graus de incapacidade e o Índice de exclusão, assim como para todos os outros sete índices. Porém, nenhuma com significância estatística.

4.2.9 Graus de incapacidade e idade

A distribuição das pessoas em relação às faixas etárias nos cinco graus de incapacidade permite verificar que, abaixo dos 40 anos, houve predominância de pessoas com maior grau de incapacidade. Dos 40 aos 59, predomina o grau um e, entre os idosos, o grau dois, portanto, as formas leves de incapacidades

Tabela 4.16 – Distribuição das pessoas em relação às faixas etárias para cada grau de incapacidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Faixas etárias	Graus de incapacidade									
	Leve				Moderada		Severa			
	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5	
	n _i	%**	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
01 – 05	15	0,9	3	0,2	7	0,5	4	0,5	60	3,5
05 – 15	58	3,4	24	1,5	27	2,0	17	2,2	170	10,0
15 – 20	36	2,1	14	0,9	26	1,9	19	2,5	76	4,5
20 – 40	182	10,6	102	6,4	106	7,8	81	10,7	221	13,0
40 – 60	305	17,7	275	17,1	219	16,0	133	17,5	262	15,4
60 – e mais	1.129	65,4	1.188	74,0	980	71,8	495	65,2	916	53,7
Total	1.725	100,0	1.606	100,0	1.365	100,0	759	100,0	1.705	100,0
Razão idoso/ não idoso*	1,89		2,84		2,55		1,86		1,16	

*obtida dividindo-se o total de idosos pelo de não idosos em cada grau de incapacidade.

** porcentagem em relação ao total de pacientes de cada grupo.

Para todos os graus de incapacidade, há mais idosos que não idosos. Apesar disso, no grau cinco, que representa as pessoas com o

mais alto grau de incapacidade, verifica-se uma proporção maior de pessoas com menos de 60 anos, numa distribuição de quase um para um.

O cálculo da razão de incapacidade permite saber qual a proporção de pessoas com incapacidade severa (graus quatro e cinco) em relação às aquelas com incapacidade leve e moderada (graus um, dois e três).

Nos grupos de maior exclusão social, observa-se, proporcionalmente, maior número de pessoas com incapacidade severa, principalmente entre as crianças de um a cinco anos. O Jardim São Luiz, classificado como de *Exclusão moderada*, concentra 22,7% das crianças desta faixa etária com incapacidade severa.

Tabela 4.17 - Razão de incapacidade* para cada faixa etária e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Faixa etária	Grupos			
	<i>Exclusão alta</i>	<i>Exclusão moderada</i>	<i>Exclusão baixa</i>	<i>Exclusão muito baixa</i>
01 ┤ 05	1,41	44,00	0,75	1,00
05 ┤ 15	1,10	3,23	2,23	0,78
15 ┤ 20	0,92	2,00	1,17	0**
20 ┤ 40	0,55	1,11	0,92	0,22
40 ┤ 60	0,49	0,60	0,42	0,20
60 ┤ e mais	0,43	0,50	0,39	0,25
Total	0,51	0,66	0,44	0,26

*obtida dividindo-se o somatório de pessoas com os graus 4 e 5 pelo somatório de pessoas com os graus 1, 2 e 3, em cada faixa etária e grupo. ** não havia pessoas de 15 a 19 anos com graus 4 e 5, impossibilitando o cálculo da razão. Porém, cinco pessoas tinham graus 1, 2 ou 3 de incapacidade.

4.2.10 Graus de incapacidade e sexo

Observa-se predominância do sexo feminino para todos os graus de incapacidade, porém em proporções diferentes. A razão de sexo é

maior quanto maior o grau de incapacidade, o que equivale dizer que, há mais homens com incapacidade severa que mulheres. A tabela que se segue apresenta a distribuição dos homens e mulheres de acordo com o grau de incapacidade.

Tabela 4.18 – Distribuição dos sexos em relação às graus de incapacidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Sexo	Graus de incapacidade									
	Leve		Moderada				Severa			
	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5	
	n _i	%**	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Masculino	590	8,2	631	8,8	497	6,9	319	4,5	811	11,3
Feminino	1135	15,9	975	13,6	868	12,1	440	6,1	894	12,5
Total	1725	24,1	1606	22,4	1365	19,0	759	10,6	1705	23,8
Razão de sexo*	0,52		0,65		0,57		0,72		0,91	

*obtida dividindo-se o total de homens pelo de mulheres em cada grau de incapacidade.

** porcentagem em relação aos 7.160 pacientes.

O cálculo da razão de incapacidade permite identificar que, em todos os grupos, há proporcionalmente mais homens que mulheres com incapacidade severa. Nos dois grupos de maior exclusão verificou-se maiores razões de incapacidade que nos outros dois grupos, evidenciando um grande número de pessoas do sexo masculino classificadas nos graus quatro e cinco.

Tabela 4.19 – Razão de incapacidade* para cada sexo e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Sexo	Grupos			
	Exclusão alta	Exclusão moderada	Exclusão baixa	Exclusão muito baixa
Feminino	0,47	0,54	0,38	0,21
Masculino	0,57	0,86	0,56	0,38

*obtida dividindo-se o somatório de pessoas com os graus 4 e 5 pelo somatório de pessoas com os graus 1, 2 e 3, para cada sexo e grupo.

A Escala da Cruz Vermelha Espanhola foi utilizada para a avaliação do grau de incapacidade para a realização de atividades da vida diária.

Aparentemente de fácil utilização, sua aplicação depende, entretanto, da interpretação do observador, o que pode causar alguns problemas na classificação dos pacientes. Os graus três e quatro, por exemplo, referem-se a condições bastante semelhantes, e é possível que os pacientes tenham sido classificados de formas diferentes pelas equipes.

4.2.11 Graus de incapacidade e patologias

Não havia informações sobre a doença de base para 393 (22,8%) pessoas classificadas no grau um, 303 (18,4%) no grau dois, 239 (17,5%) no grau três, 123 (16,1%) no grau quatro e 300 (17,5%) no grau cinco da Escala.

Nos casos em que essa informação estava disponível, verifica-se que a hipertensão é a patologia mais frequente nos graus um, dois e três, seguida pela senilidade e diabetes. Nos graus quatro e cinco, a doença de maior frequência é o AVC, seguido pelo diabetes mellitus e paralisia cerebral, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 4.20 – Primeira e segunda patologia de maior frequência para cada grau de gravidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Grau de incapacidade		Doenças mais frequentes					
		1º	n_i	%*	2º	n_i	%**
Leve	Grau 1	Hipertensão	192	14,5	Senilidade	137	10,3
	Grau 2	Hipertensão	169	13,0	Diabetes mellitus	144	11,1
Moderada	Grau 3	Hipertensão	116	10,3	Diabetes mellitus	110	9,8
Severa	Grau 4	AVC	197	30,8	Diabetes mellitus	63	9,8

	Grau 5	AVC	457	32,5	Paralisia cerebral	197	14,0

*calculado considerando apenas as pessoas que dispunham de diagnóstico em cada grau.

4.2.12 Indicadores de complexidade de cuidado

Entre os 7.160 pacientes pesquisados, 111 (1,6%) pessoas faziam uso de oxigenoterapia, 285 (4,0%) tinham úlcera por pressão, 86 (1,2%) tinham algum tipo de sonda e 65 (0,9%) usavam traqueostomia, totalizando 547 (7,6%) pessoas que apresentavam algum dos indicadores de complexidade. Entre os que faziam uso de oxigenoterapia, tinham úlcera por pressão e/ ou tinham algum tipo de sonda, a maioria estava no grupo considerado de *Exclusão moderada*. Entre os que tinham traqueostomia, a maior parte estava no grupo com *Exclusão baixa*.

Tabela 4.21 – Distribuição, entre os quatro grupos de distritos, das pessoas que faziam uso de oxigenoterapia, tinham algum tipo de sonda, úlcera por pressão e/ ou traqueostomia. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Grupos	Indicadores de complexidade de cuidado								Total	
	Oxigenoterapia		Úlcera por pressão		Sonda		Traqueostomia			
	n _i	%*	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Exclusão alta	25	4,6	54	9,9	20	3,7	15	2,7	114	20,8
Exclusão moderada	57	10,4	129	23,6	39	7,1	24	4,4	249	45,5
Exclusão baixa	23	4,2	93	17,0	23	4,2	25	4,6	164	30,0
Exclusão muito baixa	6	1,1	9	1,6	4	0,7	1	0,2	20	3,7
Total	111	20,3	285	52,1	86	15,7	65	11,9	547	100,0

*calculado considerando o total de pessoas que possuíam pelo menos um dos indicadores (547).

O cálculo do coeficiente de correlação de Spearman mostrou correlação negativa entre todos os indicadores de complexidade de cuidado e o Índice de exclusão, porém com significância estatística apenas entre este índice e uso de sonda (Spearman= -0,297 **p**=0,047) e uso de traqueostomia (Spearman= -0,382 **p**=0,010).

Considerando os sete índices de exclusão, observou-se correlação estatisticamente significativa entre o uso de traqueostomia e os índices de pobreza (Spearman= -0,343 **p**=0,021) e desigualdade (Spearman= -0,366 **p**=0,013); entre o uso de traqueostomia e o índice de escolaridade (Spearman= -0,359 **p**=0,016); entre o índice de violência e presença de úlcera por pressão (Spearman= -0,296 **p**=0,049), uso de sonda (Spearman= -0,296 **p**=0,049) e uso de traqueostomia (Spearman= -0,368 **p**=0,013), e entre o índice de juventude e uso de sonda (Spearman= -0,304 **p**=0,042) e uso de traqueostomia (Spearman= -0,321 **p**=0,032). O índice de violência foi o que apresentou correlação com mais indicadores de complexidade de cuidado, sugerindo que nas regiões mais violentas as pessoas em atendimento domiciliário demandem cuidados mais complexos.

4.2.13 Indicadores de complexidade de cuidado e idade

Nota-se, de modo geral, que quanto maiores as faixas etárias, maior a complexidade do cuidado requerido. Foram encontrados quase dois idosos para cada não idoso entre os que faziam uso de oxigenoterapia e/ ou apresentavam úlcera por pressão. Entre os que usavam algum tipo de sonda, os idosos também eram maioria, com pouco menos de dois idosos para cada não idoso. Porém, entre os que usavam traqueostomia, a maioria era de pessoas com até 59 anos.

Tabela 4.22 – Distribuição dos indicadores de complexidade de cuidado em relação às faixas etárias. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Faixas etárias	Indicadores de complexidade de cuidado								Total	
	Oxigenoterapia		Úlcera por pressão		Sonda		Traqueostomia			
	n _i *	%**	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
01 ┆ 05	2	0,4	0	0,0	3	0,5	2	0,4	7	1,3
05 ┆ 15	7	1,3	2	0,4	8	1,5	3	0,5	20	3,7
15 ┆ 20	0	0,0	5	0,9	1	0,2	0	0,0	6	1,1
20 ┆ 40	10	1,8	37	6,8	7	1,3	10	1,8	64	11,7
40 ┆ 60	20	3,7	54	9,9	16	2,9	20	3,7	110	20,1
60 ┆ e mais	72	13,2	187	34,2	51	9,3	30	5,5	340	62,2
Total	111	20,3	285	52,1	86	15,7	65	11,9	547	100,0
Razão idoso/ não idoso	1,85		1,91		1,46		0,86		1,64	

*n_i frequência absoluta de pessoas em cada faixa etária para cada indicador de complexidade de cuidado.

**%: porcentagem em relação ao total de pessoas que possuíam pelo menos um dos indicadores (547).

Em geral, há maior número de idosos necessitando de cuidados de maior complexidade. Observa-se, porém, menor quantidade de idosos nos grupos de maior exclusão. Nos grupos de distritos com *Exclusão alta, moderada e baixa*, há maior número de portadores de traqueostomia entre as pessoas com até 59 anos. O mesmo ocorre com portadores de sonda no grupo com *Exclusão moderada* e com os portadores de úlcera por pressão no grupo com *Exclusão alta*.

Tabela 4.23 – Razão idoso/ não idoso* para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Indicador de complexidade de cuidado	Grupos			
	<i>Exclusão alta</i>	<i>Exclusão moderada</i>	<i>Exclusão baixa</i>	<i>Exclusão muito baixa</i>
Oxigenoterapia	1,78	1,71	1,88	5,00
Úlcera por pressão	0,93	1,58	4,17	3,50
Sonda	1,86	0,86	2,29	0**
Traqueostomia	0,88	0,85	0,79	0**

*obtida dividindo-se o somatório de pessoas com 60 anos e mais pelo somatório de pessoas de um a 59 anos, que apresentavam cada indicador de complexidade, por grupo;

** não havia pessoas com menos de 60 anos, impossibilitando o cálculo.

4.2.14 Indicadores de complexidade de cuidado e sexo

Em relação ao sexo, observa-se maioria feminina para todos os indicadores. A maior proporção de homens em relação às mulheres foi encontrada entre as pessoas que apresentavam úlceras por pressão.

Tabela 4.24 – Distribuição dos indicadores de complexidade de cuidado em relação ao sexo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Relação do Sexo: Dados Brutos: Município de São Paulo, 2002.										
Sexo	Indicadores de complexidade de cuidado								Total	
	Oxigenoterapia		Úlcera por pressão		Sonda		Traqueostomia			
	n _i *	%**	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Feminino	58	52,3	146	51,2	51	59,3	35	53,8	290	53,0
Masculino	53	47,7	139	48,8	35	40,7	30	46,2	257	47,0
Total	111	100,0	285	100,0	86	100,0	65	100,0	547	100,0
Razão de sexo	0,91		0,95		0,69		0,86		0,89	

*n_i: frequência absoluta de pessoas de cada sexo para cada indicador de complexidade de cuidado.

**%: porcentagem em relação ao total de pessoas que possuíam pelo menos um dos indicadores (547).

Apesar de a distribuição, por grupo, dos indicadores de complexidade de cuidado em relação a razão de sexo, mostrar predominância feminina na maioria dos indicadores, observou-se uma maior razão de sexo, sobretudo no grupo com *Exclusão moderada*, o que equivale a dizer que há mais homens com maior complexidade de cuidado que mulheres.

Tabela 4.25 – Razão de sexo* para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Indicador de complexidade de cuidado	Grupos			
	<i>Exclusão alta</i>	<i>Exclusão moderada</i>	<i>Exclusão baixa</i>	<i>Exclusão muito baixa</i>
Oxigenoterapia	0,56	1,04	1,09	1,00
Úlcera por pressão	1,00	1,19	0,75	0,29
Sonda	0,67	0,86	0,53	0,33
Traqueostomia	0,88	1,00	0,79	0,00

*obtida dividindo-se o total de homens pelo de mulheres que apresentavam cada indicador de complexidade, por grupo.

4.2.15 Indicadores de complexidade de cuidado e patologias

Dentre as pessoas que faziam uso de oxigenoterapia, não se dispunha do diagnóstico de 21 pessoas (18,9%²⁷). As patologias mais freqüente foram bronquite, enfisema e outras DPOCs, com 32 (28,8%) pessoas acometidas.

Dentre os que tinham úlcera por pressão, 74 (26,0%) haviam sofrido algum tipo de AVC. Para 50 casos (17,5%), o diagnóstico não foi declarado. Entre as pessoas que usavam algum tipo de sonda, 23 (26,4%) também haviam sofrido algum tipo de AVC. Não foi possível definir o diagnóstico para 20 (23,6%) pessoas.

Finalmente, entre as pessoas que tinham traqueostomia, não se obteve o diagnóstico de 16 (24,6%). Oito, ou 12,3% delas haviam sofrido algum tipo de AVC.

4.2.16 Indicadores de complexidade de cuidado e graus de incapacidade

Quando se analisa a distribuição das pessoas que apresentaram algum tipo de indicador de complexidade de cuidado e seu respectivo grau de incapacidade verifica-se que o grau cinco, de mais severa incapacidade, concentra a maioria dos indicadores.

²⁷ Porcentagens calculadas em relação ao total de pessoas que apresentou cada um dos indicadores de complexidade de cuidado.

Porém, a distribuição entre as escalas um, dois, três e quatro não permite afirmar que exista uma relação direta entre o grau de incapacidade e a complexidade de cuidado.

Tabela 4.26 – Distribuição dos indicadores de complexidade de cuidado entre todos os graus de incapacidade. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Graus de incapacidade		Indicadores de complexidade de cuidado							
		Oxigenoterapia		Úlcera por pressão		Sonda		Traqueostomia	
		n _i *	%**	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Leve	Grau 1	20	3,7	25	4,6	5	0,9	11	2,0
	Grau 2	18	3,3	31	5,7	5	0,9	9	1,6
Moderada	Grau 3	22	4,0	19	3,5	7	1,3	9	1,6
Severa	Grau 4	10	1,8	34	6,2	8	1,5	5	0,9
	Grau 5	41	7,5	176	32,2	61	11,2	31	5,7
Total		111	20,3	285	52,1	86	15,7	65	11,9
Razão de incapacidade		0,85		2,80		4,06		0,58	

*n_i : frequência absoluta de pessoas de cada grau para cada indicador de complexidade de cuidado.

**%: porcentagem em relação ao total de pessoas que possuíam pelo menos um dos indicadores (547).

O cálculo da razão de incapacidade, para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo, mostra que as pessoas com úlcera por pressão e que faziam uso de sonda apresentavam incapacidade severa em todos os grupos, principalmente nos dois de maior exclusão.

Tabela 4.27 – Razão de incapacidade* para cada indicador de complexidade de cuidado e grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Indicador de complexidade de cuidado	Grupos			
	Exclusão alta	Exclusão moderada	Exclusão baixa	Exclusão muito baixa
Oxigenoterapia	0,47	0,78	1,88	1,00
Úlcera por pressão	5,75	3,45	1,66	2,00
Sonda	3,00	6,80	2,83	3,00
Traqueostomia	1,14	1,40	1,08	0**

*obtida dividindo-se o somatório de pessoas com os graus 4 e 5 pelo somatório de pessoas com os graus 1, 2 e 3, que apresentavam cada indicador de complexidade, por grupo.

4.3 Perfil dos grupos de distritos.

Em síntese, os grupos com *Exclusão alta* e *moderada* têm em média mais pacientes, maior proporção de homens com menos de 60 anos com incapacidade severa e demandam cuidados de maior complexidade, sendo o AVC a doença predominante.

Os grupos com *Exclusão baixa* e *muito baixa* têm proporcionalmente mais mulheres idosas com incapacidade leve e moderada e menor complexidade de cuidado, sendo que o AVC e a hipertensão são as patologias predominantes.

Tabela 4.28 – Síntese dos principais resultados de cada variável, por grupo. Dados brutos. Município de São Paulo, 2003.

Variáveis isoladas	Grupos			
	<i>Exclusão alta</i>	<i>Exclusão moderada</i>	<i>Exclusão baixa</i>	<i>Exclusão muito baixa</i>
Média de pacientes	182,1	168,8	155,6	86,6
Razão de sexo	0,77	0,69	0,57	0,49
Razão idoso/ não idoso	1,3	1,8	3,4	2,4
Razão de incapacidade	0,52	0,66	0,44	0,26
Doença principal	AVC	AVC	AVC	Hipertensão
Indicador de compl. cuidado (ICC)	Sonda	Oxigenoterapia	Úlcera por pressão	Oxigenoterapia
Variáveis agrupadas				
Razão de sexo por fx. etária	1,9 (15 – 20)	1,8 (01 – 05)	2,5 (05 – 15)	2,2 (05 – 15)
Razão de sexo por grau de incap.	0,95 (grau 4)	0,98 (grau 5)	0,86 (grau 5)	0,91 (grau 5)
Razão de sexo por ICC	1,00 (UP)	1,19 (UP)	1,09 (uso de O ₂)	1,00 (uso de O ₂)
Razão de incapacidade por fx. etária	1,4 (01 – 05)	44,0 (01 – 05)	2,2 (05 – 15)	1,0 (01 – 05)
Razão de incapacidade por ICC	5,75 (UP)	6,80 (sonda)	2,83 (sonda)	3,00 (sonda)
Razão idoso/ não idoso por ICC*	0,88 (traqueo)	0,85 (traqueo)	0,79 (traqueo)	3,50 (UP)

*menor razão encontrada.

5. DISCUSSÃO

O Brasil enfrenta, simultaneamente, os impactos das chamadas transições demográfica e epidemiológica. Este enfrentamento é dificultado pela crise econômica, política e social, resultado das políticas neoliberais de ajuste vigentes em no país desde a década de 90.

A piora substancial nas condições de vida de importante parcela da população, resultado da expansão das forças produtivas, da proletarianização e da marginalização resultante do sistema capitalista de produção, cria um enorme contingente de excluídos, chamados por Amâncio-Filho (1994:505) de *"despossuídos": "de educação, de saúde, de moradia, de alimentação, de mínimas condições de sobrevivência"*.

Os inúmeros desafios para o setor saúde incluem tanto o controle de epidemias de doenças infecto-contagiosas como aids e tuberculose, como a alteração das condições de vida e de trabalho que favorecem o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas.

A situação de exclusão social em que vivem muitas pessoas as expõe a severos potenciais de desgaste, dadas as precárias condições de trabalho a que se submetem para garantir a subsistência. No âmbito da saúde, a desigualdade de renda e de acesso aos equipamentos e tecnologias diagnósticas e de tratamento disponíveis desfavorecem as

populações em situação de exclusão social, fato não raro explorado pela mídia.

O aumento da desigualdade, da exclusão social e da violência se expressa nos indicadores de morbi-mortalidade, especialmente nas taxas de mortalidade por causas externas que vitimam, em sua maioria, homens pobres, jovens e em idade produtiva.

No Brasil, em 2000, as causas externas responderam por 12,5% (118.387) do total das mortes (cerca de 30% por homicídios, numa proporção de 68,5 óbitos por 100.000 habitantes). Em São Paulo, do total de 5.986 mortos em homicídios em 2002, 93,2% eram homens e 6,8%, mulheres. A depender da região metropolitana, as taxas de mortalidade por homicídios são bastante diferenciadas, variando de 103,85²⁸ em Parelheiros a 7,75²⁹ em Pinheiros. (Prefeitura de São Paulo, 2004); (Gawryszewski, Koizumi e Mello Jorge, 2004); (Barata e Ribeiro, 2000).

O impacto da violência que lesa, ou seja, que demanda atendimento médico, se faz perceber nos gastos com os pacientes traumatizados, bem como no tratamento das seqüelas e incapacidades resultantes dessas lesões: entre 600 a 700 mil pessoas por ano são internadas por lesões decorrentes de causas externas, representando 6% do total de internações em hospitais do SUS ou a ele conveniados. (Mello Jorge e Yunes, 2001). Gawryszewski, Koizumi e Mello Jorge (2004)

²⁸ Por 100.000 habitantes

²⁹ idem

encontraram, em 2000, 652.249 internações decorrentes de lesões por causas externas, representando 5,2% do total das internações realizadas pelo SUS naquele ano.

Ao mesmo tempo em que se observa o crescimento da morbidade a partir dos 45 anos, atingindo 32,3% das internações de pessoas com 80 e mais anos de idade, entre 600 e 700 mil pessoas são internadas por ano em hospitais da rede SUS em consequência de lesões por causas externas (Mello Jorge e Yunes, 2001); (Kilsztajn et al, 2002). Em muitos casos, necessitam de internações prolongadas, com alto custo para o sistema de saúde.

Na dimensão particular, a par do aumento da longevidade e da esperança de vida de homens e mulheres, tendência observada desde 1910 (IBGE, 2003), evidencia-se alta morbimortalidade por causas externas em não idosos, resultando mais uma vez em um maior número de pessoas com perdas funcionais, quer por doenças próprias do envelhecimento quer por seqüelas resultantes das condições violentas de vida.

Aqueles que sobrevivem à violência cotidiana de grandes cidades por vezes carregam consigo algo mais que cicatrizes. As perdas funcionais e a dependência, freqüentemente associadas ao envelhecimento populacional, também podem resultar de seqüelas causadas pelas condições violentas de vida.

As políticas de cuidados domiciliários no âmbito do SUS esboçadas até o momento são direcionadas para alguns grupos populacionais em resposta à demanda dos serviços de saúde, não representando necessariamente uma resposta às necessidades sociais e de saúde da população, que sequer foram objeto de estudo específico.

No município de São Paulo, dada a diversidade de realidades dos diferentes territórios, o provimento de cuidados de saúde no domicílio assume contornos específicos.

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo prevê a criação de grupos de capacitação para o auto cuidado, apoio e acompanhamento de cuidadores informais e assistência domiciliar para idosos que necessitem de acompanhamento e assistência clínica, de enfermagem ou fisioterapeuta. Salienta que a avaliação do idoso deve ser realizada com enfoque multidimensional, englobando aspectos socioeconômicos, psicológicos e de saúde, com prevenção e controle de doenças crônico degenerativas e de incapacidades. (Prefeitura de São Paulo, sem data). O que se vê na prática, entretanto, é a desarticulação dos serviços, a ausência de mecanismos de referência e contra-referência e a superposição de programas e ações de saúde.

Apesar das dificuldades em cuidar em domicílio de uma pessoa com limitações funcionais, temporárias ou permanentes, o alto custo de manter internado um paciente que poderia receber acompanhamento

ambulatorial, para reabilitação ou manutenção de situações que não demandem muita complexidade, tem levado à criação de serviços de assistência domiciliária hospitalares. .

Os programas de cuidados domiciliários existentes no município de São Paulo, alguns no âmbito da Atenção Básica, ainda atuam de forma desarticulada, não sendo capazes de assegurar a integralidade e a continuidade das ações. A falta de uma política municipal de assistência domiciliária capaz de subsidiar a estruturação dos serviços favorece esta situação, não atendendo de forma eqüitativa às necessidades da população. Na ausência de uma política pública claramente definida, o dilema de estabelecer quem tem acesso ao atendimento em domicílio acaba ficando nas mãos do profissional de saúde, o que não raro ocasiona dilemas éticos. (Duayer e Oliveira, 2003)

Muitos autores reclamam a inexistência de uma política adequada de cuidados domiciliários que defina claramente as responsabilidades do Estado e da família no provimento de cuidados domiciliários aos indivíduos com perdas funcionais e dependência, bem como o estabelecimento de uma rede efetiva de apoio ao cuidador.

Cabe ainda discutir em que medida o pressuposto de um modelo estável de família, presente em muitos serviços de atenção domiciliária, não interfere na implantação desta modalidade de assistência.

Na dimensão singular, entre as pessoas com perdas funcionais e dependência observou-se a predominância de idosos (75%), especialmente mulheres. Do total de pacientes estudados, 60% eram do sexo feminino e destas, 44% eram idosas. As maiores diferenças em relação ao sexo se fizeram notar a partir dos 75 anos, com o decréscimo paulatino do número de homens. A partir dos 85 anos, foram encontradas cerca de 5 mulheres idosas para cada homem na mesma faixa etária. Além disso, quanto maior a exclusão social, maior a proporção de pessoas com menos de 60 anos, especialmente do sexo masculino. Abaixo dos 40 anos, eles eram a maioria.

No presente estudo, observou-se correlação³⁰ negativa entre o índice de violência e *Outros efeitos e os efeitos não especificados de causas externas*, sugerindo que quanto maior a proporção de mortes violentas nos distritos maior a quantidade de pessoas com deficiências, incapacidades, dependências e desvantagens em atendimento domiciliário.

Entre os pacientes estudados, 393 (5,5% do total e 6,8% dentre os que apresentaram diagnósticos) recebiam atendimento domiciliário por doenças descritas no capítulo XIX da CID-10: *Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas*. Esta proporção assemelha-se aos achados de Mello Jorge e Yunes (2001) e de Gawryszewski, Koizumi e Mello Jorge (2004), que encontraram

³⁰ Serão mencionadas, neste capítulo, apenas as correlações com significância estatística.

respectivamente 6% e 5,2% do total de internações no SUS devidas ao mesmo capítulo.

A maioria das pessoas foi classificada nos graus um, dois e três da Escala da Cruz Vermelha Espanhola, que correspondem às formas leve e moderada de incapacidade. Entretanto, os dois grupos de distritos de maior exclusão apresentaram proporcionalmente mais homens e crianças com incapacidade severa que os de menor exclusão. Outro importante achado é o grande contingente de pessoas com incapacidade severa e alto grau de dependência atendidas pelas equipes de Saúde da Família, (34,5%). Nos dois grupos de maior exclusão, essa porcentagem chegou a 39,7% (*Exclusão moderada*).

As pessoas classificadas nos graus um, dois e três da Escala apresentam formas leves e moderadas de incapacidade e usualmente requerem poucos cuidados complexos, permitindo o seguimento na Atenção Básica. Porém, mais de um terço das pessoas atendidas pelas USFs em 2003 apresentavam severa incapacidade, e destas, 7,6% apresentaram pelo menos um dos indicadores de complexidade de cuidado, necessitando permanentemente de um cuidador.

A maioria dessas pessoas com incapacidade severa e necessidade de cuidados de maior complexidade concentravam-se nos grupos de distritos com exclusão moderada e alta, de tal modo que as dificuldades imprimidas pelas precárias condições de vida a que estão submetidas pela

situação de exclusão social são potencializadas pela gravidade do processo saúde-doença que elas e suas famílias experienciam.

O quadro pode ser ainda mais dramático: nas regiões de maior exclusão social há, proporcionalmente, um número maior de homens até 39 anos com incapacidade severa. A correlação verificada entre os indicadores de complexidade de cuidado e o índice de violência sugere que nas regiões onde se observa maior mortalidade por homicídios, os sobreviventes em atendimento domiciliário demandam maior complexidade de cuidado. Esses homens, no auge da sua capacidade de produção e reprodução social, vêm-se restritos ao domicílio com limitações que impossibilitam o exercício de uma atividade remunerada.

Como medir o impacto de se ter um homem em idade produtiva com severa incapacidade e alta dependência para alimentar-se, vestir-se, locomover-se? Se este homem fosse o provedor financeiro da família, antes de depender completamente dela, isso pode (e deve) resultar em uma piora substancial das condições de vida de toda a família.

Um estudo realizado em sete municípios mineiros entre 2002 e 2004 evidenciou um alto índice de pessoas com grave incapacidade³¹ que sobreviviam com renda *per capita* mensal de até meio salário-mínimo. Em um dos municípios estudados - Montes Claros - as famílias nessas condições tinham duas vezes mais chances de abrigar uma pessoa portadora de deficiência que àquelas mais abastadas que, por conta do

³¹ Este estudo considerou as incapacidades físicas e mentais, surgidas no nascimento ou adquiridas ao longo da vida.

maior poder aquisitivo, tinham mais alternativas de prevenção e tratamento. (UFMG, 2005)

É bastante grande o impacto causado no núcleo familiar decorrente de um processo mórbido que reduz a capacidade funcional de um indivíduo e resulta em dependência temporária ou permanente. Normalmente aquele designado como cuidador acaba acrescentando a tarefa de cuidar às suas atividades cotidianas. O orçamento domiciliar vê-se comprimido pelas inesperadas despesas com hospitais, transporte, medicação, equipamentos etc., constituindo fator de sobrecarga emocional, física e financeira para essas famílias.

Cuidar de um familiar em casa, seja ele idoso ou não, é, com certeza, algo que deve ser preservado e estimulado. Mas cabe esclarecer *"que parcela cabe às famílias no tratamento do paciente idoso (ou não idoso) dependente de cuidados? E qual é a parcela que cabe ao Estado?"* (Caldas, 2003:776).

Muitos estudos têm levantado a difícil e problemática tarefa do cuidador, que acaba por necessitar de tantos cuidados como aquele de quem cuida. Em um estudo realizado no Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da USP (PAD-HU/USP), Sportello (2003) encontrou predominância de mulheres cuidadoras, com média de idade de 51,7 anos e que, em geral, não revezavam a função de cuidar com outros membros da família, prestando cuidados de forma

ininterrupta, o que lhes deixava pouco tempo disponível para o autocuidado.

"Cuidar de um indivíduo idoso (ou não) e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel". Karsch (2003:863)

O olhar dos profissionais que exercem assistência domiciliária deve estar além da dimensão singular, já que os problemas decorrentes desta modalidade de assistência residem nas outras dimensões. É necessário que se reconheça o papel social do cuidador e que se estabeleçam redes de suporte social, para que os problemas advindos do cuidar sejam minimizados, e não o contrário. (Sportello, 2003)?

6. CONCLUSÕES

O mapeamento das pessoas com deficiência, incapacidade e dependência na cidade de São Paulo carece de maior detalhamento, o que dificulta o estabelecimento uma política de cuidados domiciliários de saúde para o Município. Para suprir essa lacuna, a CIF pode ser uma ferramenta importante no mapeamento das pessoas com perdas funcionais e dependência, já que não privilegia nenhum gênero ou grupo etário, além de apresentar uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

A implantação do PSF no Município a partir do ano 2000 representa uma oportunidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde e uma resposta às necessidades de saúde da população excluída. Marginalizada pelas condições de vida, essa população enfrenta inúmeras dificuldades de acesso a bens e serviços e precisa se deslocar muitos quilômetros para trabalhar, estudar ou para usufruir um serviço de saúde. Essa necessidade de deslocamento pode constituir

"(...) fator de constrangimento para a consolidação do PSF nas grandes cidades, pois, a partir da adscrição domiciliar como elemento-chave, o Programa se choca com a lógica do fluxo de boa parte da população da metrópole, que certamente não estará perto de casa nos horários em que as atividades das equipes de saúde da família são rotineiramente realizadas. De certa maneira, se reproduz, ainda que sutilmente, a clivagem no acesso aos serviços de saúde com base na inserção no mercado de trabalho. (...) O padrão de mobilidade da população leva a que se questionem as coberturas populacionais que o PSF efetivamente alcança em grande cidades (...) em virtude de que parcela da população pode estar formalmente cadastrada, mas formalmente não usar o PSF". Bousquat et al (2005:259).

Assim, faz-se necessário não só discutir a dificuldade de as pessoas acessarem os serviços, mas a potência do PSF em atingir tais populações, nos diferentes distritos, visando diminuir a exclusão sócio-espacial (Bousquat et al, 2005), em especial para portadores de necessidades de saúde que demandam assistência no próprio domicílio.

O PSF pode representar uma estratégia eficiente frente ao desafio de atender esse contingente de pessoas que estão (sobre)vivendo com perdas funcionais e dependência, cujas necessidades são negligenciadas em função da falta de oportunidade e possibilidade de atendimento em outros serviços, quer por dificuldade de mobilidade e/ ou locomoção, quer pela oferta ainda insuficiente de serviços de saúde que dêem conta deste perfil populacional.

O provimento de cuidados domiciliários de saúde para pessoas com perdas funcionais e dependência na rede de Atenção Básica do Município requer uma discussão aprofundada, incluindo a definição de critérios que contemplem a diversidade dos distritos e os diferentes perfis saúde-doença, além da previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional.

6.1 Alguns limites do estudo

Os resultados podem apresentar um viés de seleção, dado o fato de terem sido escolhidas Unidades de Saúde da Família. Essa opção, ao mesmo tempo em que apresentou uma população possivelmente excluída de outros tipos de atendimento, recaiu sobre pessoas com maior vulnerabilidade social, dada a característica de implantação do PSF no Município de São Paulo.

Em geral, os estudos ecológicos são vulneráveis a diversos vícios potenciais. Em tais estudos, como os dados usualmente se baseiam em médias dos atributos verificados para um conjunto de pessoas, o grau de associação entre a exposição e as variáveis selecionadas não necessariamente refletem as associações em nível individual. A ausência de dados relacionados às condições de vida dos pacientes e de suas famílias constituiu um dos problemas inerentes ao estudo.

Resguardadas a importância da CID-10 para o exercício da prática clínica e em determinadas instâncias administrativas, a leitura fracionada do processo saúde-doença, derivada do uso classificações como a CID-10 e a Escala da Cruz Vermelha Espanhola, impossibilita a interpretação das demais dimensões do processo saúde-doença, que não a individual.

Uma taxonomia como a CID, que prioriza a localização orgânica dos transtornos e não sua semelhança social, não pode ser adotada como *"padrão de análise do processo saúde-doença e do registro de suas*

manifestações empíricas” (Breilh, 1991:153) quando se pretende apreender necessidades de saúde dos grupos sociais. Para tanto, a morbidade deve ser agregada segundo critérios epidemiológicos e não somente clínicos.

Para não se limitar aos processos biológicos singulares, uma “classificação exaustiva” deve avançar na compreensão das condições de vida como determinantes e determinadas pela inserção social dos grupos sociais, mediadores na produção dos estados de saúde-doença. Faz-se necessário ainda identificar os potenciais de fortalecimento de uma população, e não somente os potenciais de desgaste (doença) (Breilh, 1991).

Mesmo representando um avanço, por adotar uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a CIF tem como restrição a exigência de que sua aplicação seja feita por *“quem possua qualificação e competência implica a indicação do médico para tal, excluindo os outros profissionais”* (Amiralian, 2000:101), o que limita sua utilização.

Algumas das correlações encontradas podem decorrer do fato de terem sido utilizados dados secundários, colhidos com outros propósitos, e não uma amostra constituída especificamente para as finalidades do estudo. Assim sendo, outras pesquisas se farão necessárias para que seja possível revelar em que medida as formas de viver e trabalhar a exclusão social vêm determinando o processo saúde-doença dos diferentes grupos sociais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida C. O peso da idade no bolso. Jornal o Globo [homepage]. 2005 abr. 12; Economia. [citado 28 jun 2006] Disponível em <http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=188188>.
2. Almeida Filho NO, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
3. Amâncio-Filho A. Sobre o risco necessário de apostar no futuro. Cad Saúde Pública. (São Paulo) 1994;10(4):505-507..
4. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. Rev Saúde Públ. (São Paulo) 2000;34(1):97-103.
5. Antunes MJM, Egry EY. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm (Brasília) 2001;54(1):98-107.
6. Barata RB e Ribeiro MCS de A. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo: Brasil, 1996. Rev Panam Salud Públ (Washington) 2000;7(2):118-24.
7. Barreto KML, Carvalho EM de, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. Rev Bras Saúde Mater Infan (Recife) 2003;3(3):339-54.
8. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. 1ª ed. São Paulo: EPU; 1981.350p.
9. Bisquerra R, Sarriera JC, Martinez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004. 255p.
10. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades p244-265. In: Viana ALd'A, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. 234p.
11. Brasil. Lei n. 10.424 de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre a regulamentação da assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. [online] Brasília (DF); 2002. Disponível em <http://www.senado.gov.br> (jun 2006)
12. Brasil. Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [online] Brasília (DF); 2003. Disponível em <http://www.senado.gov.br> (jun 2006)

13. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. Tradução LR Oliveira, et al. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: HUCITEC; 1991.
14. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública (São Paulo) 2003;19(3):733-781.
15. Campos A, Pochmann M, Amorim R, Silva R, coordenadores. Atlas da Exclusão Social no Brasil: Dinâmica e manifestação territorial. Volume 2. São Paulo: Cortez; 2003. 223p.
16. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos Avançados. (São Paulo) 1999;13(35):89-100.
17. Capozzolo AA. No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa Saúde da Família. [tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.
18. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública (São Paulo) 2003;19(3):725-33.
19. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública (São Paulo) 1997;31(2):184-200.
20. Chiesa AM, Sousa MF, Calife KB. O PSF na maior cidade do país. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. 432p. São Paulo: Hucitec; 2003. p.239-258.
21. Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev Saúde Pública. (São Paulo) 2000;34(6):666-71.
22. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. COBERTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA em 2003. 1 arquivo 731 kb. Disquete 3 ½ pol. Excell for Windows®.
23. Cotrim BC, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo Rev Saúde Pública (São Paulo) 2000;34(6): 636-45.
24. Datasus. Conceituação, interpretação, usos e limitações da tabelas de taxa de fecundidade total. [citado 27 out 2004] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>
25. Doria Filho U. Introdução à bioestatística: para simples mortais. 3ª ed. São Paulo: Negócio Editora; 1999. 158p.

26. Duayer MF, Oliveira MAC. Cuidados domiciliários no SUS: uma resposta às necessidades sociais de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência. Rev Saude Debate [encaminhado para publicação]. (São Paulo):2003 (no prelo).
27. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996. 144p.
28. Elias PE. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. Estudos Avançados. Estudos Avançados. (São Paulo) 1999;13(35):125-137.
29. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Tribuna Livre da Conferência Nacional de Saúde. [citado 02 jun 1999] Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns>
30. Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos. Descentralização e poder local: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 2004. 144p.
31. Fundação Seade. Índice de Vulnerabilidade Juvenil, Secretaria de Estado da Cultura. (São Paulo) 2002. [citado 20 jun 2006] Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php>
32. Gaspar JC, Oliveira MAC, Egry EY, Fracolli LA. Cuidados domiciliários de saúde: uma revisão da literatura. In: 56º Congresso da Associação Brasileira de Enfermagem; 2004; Gramado, BR. Gramado:ABEn, 2004. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico] Disponível em <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
33. Gawryszewski VP, Koizumi MS e Mello-Jorge MHP de. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. Cad Saúde Pública 2004;20(4):995-1003.
34. Granda E, Breilh J. Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Rio de Janeiro: Cortez: Instituto de Saúde:ABRASCO; 1989.
35. Gurrea MT. Análisis de conglomerados. [citado 10 abr 2006] 2002? Disponível em <http://www.unavarra.es/estadistica/I.T.I./I.T.I.%20Mecanica/Metodos%20Estadisticos%20de%20la%20Ingenieria/Curso%202004-05/Apuntes%20Estadistica/Cluster.pdf>
36. IBGE. [homepage]. IBGE lança Estatísticas do século XX: Comunicação social de 29 de setembro de 2003. [citado 27 jul 2006] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/29032003estatisticassecxx.pdf>.

37. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 12. Síntese de Indicadores Sociais 2003. Rio de Janeiro, 2004.
38. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública (São Paulo) 2003;19(3):861-866.
39. Kilsztajn S, Rossbach A, Câmara MB, Carmo MSN. Serviços de Saúde, Gastos e Envelhecimento da População Brasileira. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002; Ouro Preto, BR. [citado 28 jun 2006] Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST31_Kilsztajn_texto.pdf>
40. Landim PMB. Análise estatística de dados geológicos multivariados: Texto Didático 03. [citado 22 abr 2006] Lab. Geomatemática:DGA:IGCE:UNESP. (Rio Claro) 2000:34-53. Disponível em <http://www.rc.unesp.br/igce/aplicada/textodi.html>
41. Laurell AS. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos: São Paulo: Global; 1983:133-158.
42. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro) 2005;10(1):35-46.
43. Machado C, Perpétuo I, Camargos M. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Públ. 2005;17(5-6):379-386. Disponível em http://journal.paho.org/?a_ID=142&catID=
44. Marin L, Queiroz MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. Cad Saúde Pública. (São Paulo) 2000;16(1):7-21.
45. Medeiros M, Diniz D. A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento: Texto para discussão nº 1040. [citado 28 jun 2006] Brasília:Ipea;2004. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1040.pdf
46. Mello Jorge MHP, Yunes J. Violência e saúde no Brasil. Rev USP. (São Paulo) 2001;(51):114-127.
47. Mendonça RN DA S, Alves JGB. Custos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de traumatismos no Estado de Pernambuco em 1999. Acta Ortop Bras (São Paulo) 2004;12(3):141-5.
48. Metz J, Monard MC. Clustering hierárquico: uma metodologia para auxiliar na interpretação dos clusters. [citado 10 abr 2006] In: XXV Congresso da Sociedade Brasileira de Computação; 2005 jul 22-29; São Leopoldo, BR. Anais do Encontro Nacional de Inteligência Artificial. Disponível em

<http://bibliotecadigital.sbc.org.br/bibliotecadigital/?module=Public&action=PublicationObject&subject=0&publicationobjectid=34>

49. Nahas MIP, Ribeiro CA, Esteves AO, Moscovitch SK, Martins VLAB. O Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte: metodologia de construção de um instrumento de gestão urbana. Cad de Ciências Sociais (Belo Horizonte) 2000;7(10):75-88.

50. Nunes ATGL. Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. [citado em 20 jun 2006] Textos Envelhecimento. (Rio de Janeiro) 2001;3(5) Disponível em http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282001000100003&lng=pt&nrm=iso

51. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português; 1995.

52. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, organizador. Tradução CM Buchala, coordenadora. São Paulo: Edusp; 2003. 324p.

53. Pereira APP. Formação em serviço social, política social e o fenômeno do envelhecimento. [citado em 28 jun 06] Comunicação apresentada, em Mesa Redonda, no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil. (Brasília) 11-12 mai 2005. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/envelhecimento/formacaosocialpotyara.pdf>

54. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2001.

55. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid-España: Ediciones Diaz de Santos; 1991. p.225-6.

56. Pochmann M, Amorim R, organizadores. Atlas da Exclusão Social no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. 223p.

57. Pochmann M, organizador. Outra cidade é possível: alternativas de inclusão social em São Paulo. São Paulo: Cortez; 2003. 263p.

58. Prefeitura de São Paulo. [homepage]. Informações sobre estimativa populacional para o município de São Paulo para o quinquênio 2000/ 2005 e 2010. [citado 25 mar 2006] (São Paulo) 2000; Disponível em : http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/planejamento/sp_em_numeros/dados_socioeconomicos/demografia/0001/0004

59. Prefeitura de São Paulo. [homepage]. Lei n. 13.399 de 1 de agosto de 2002. Dispõe sobre a regulamentação das subprefeituras no município de São Paulo. São Paulo (SP); 2002. [citado 20 out 2004] Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
60. Prefeitura de São Paulo. Desigualdade em São Paulo: o IDH. Secretaria de Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. (São Paulo) 2002; Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
61. Prefeitura de São Paulo. [homepage]. Informações sobre mortalidade por causas externas no município de São Paulo e distritos administrativos em 2002. São Paulo (SP); 2004. [citado 20 out 2004] Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br>.
62. Prefeitura de São Paulo. [homepage]. Informações sobre Programa de Atenção à Saúde do Idoso. São Paulo (SP); [citado 25 jul 2006] Disponível em http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/planejamento/sp_em_numeros/dados_socioeconomicos/demografia/0001/0004
63. Ramos LR, Rosa TE da C, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. (São Paulo) Rev Saúde Pública 1993;27(2):87-94.
64. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Esperança de vida ao nascer, por sexo, segundo região e UF. [citado 20 mar 2006] Indicadores demográficos (Brasil) 2000: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2002/a11.htm>.
65. Ribeiro M. Exclusão: problematizando o conceito. Educ Pesq (São Paulo) 1999; 25(1): 35-49.
66. Santos TS dos. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. Sociologias (Porto Alegre) 2001;(6):170-198.
67. Scalón MC. Mapeando Estratos: critérios para Escolha de uma Classificação. Dados (Rio de Janeiro) 1998;41(2):337-375.
68. Soares LTR. Globalização e exclusão: o papel social do enfermeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm (Rio de Janeiro) 1997;1(1):13-21.
69. Sousa MF, Mendes A org. Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003. 432p.
70. Sousa, MF. A Cor-Agem do PSF. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003. 141p.
71. Sportello EF. Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital

Universitário da Universidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

72.Sposati A, coordenadora. Mapa da Exclusão/ Inclusão Social da Cidade de São Paulo. São Paulo: Educ; 1996. 126p.

73.Sposati A, coordenadora. Mapa da Exclusão/ Inclusão Social da Cidade de São Paulo 2000: Dinâmica social dos anos 90. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Polis: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais; 2000.

74.Statistical Package for the Social Sciences – SPSS. Tutorial. Versão 13.0 for Windows[®]. Apache Software Foundation; Release 13.0 de 1º de setembro de 2004.

75.Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Comunicação. [homepage] Livro mapeia incapacidade física em sete municípios mineiros. [citado em 26 jul 2006] (Belo Horizonte) 2005. Disponível em <http://www.ufmg.br/online/arquivos/002076.shtml>

76.Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. Diretrizes para a apresentação de dissertações e teses da USP. São Paulo: SIBi-USP; 2004. 110p.

77.Wieczynski MM. Envelhecimento e Cidadania: realidade ou utopia? [citado em 28 jun 2006] (Florianópolis) 2001. Disponível em <http://www.portalsocial.ufsc.br>