**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROSEMARA MELCHIOR VALDEVINO SILVA

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS NA
OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO DE VIGILÂNCIA DA
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

São Paulo

2007

ROSEMARA MELCHIOR VALDEVINO SILVA

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS NA
OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO DE VIGILÂNCIA DA
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.**

**Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli**

São Paulo

2007

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

Silva, Rosemara Melchior Valdevino.

Análise da utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de vigilância da saúde: um estudo de caso. / Rosemara Melchior Valdevino Silva. – São Paulo, 2007.

126 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli

1. Indicadores sócio-econômicos 2. Diagnóstico da situação em saúde 3. Enfermagem em saúde pública 4. Desenvolvimento humano 5. Vigilância da população 6. Desigualdades sociais.

I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rosemara Melchior Valdevino Silva

Análise da utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de vigilância da saúde: um estudo de caso

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura _____

Dr^o Marcos Drumond Júnior

Instituição: Prefeitura do Município de São Paulo/Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo

Julgamento: _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho

a meus pais,
Zeni e Honório,
com amor,
pela oportunidade da vida.

Ao Ricardo,
pela compreensão,
carinho e valiosa presença

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de vida e amor.

A minha família, pelo importante apoio e compreensão.

Ao Ricardo e Ingrid, pelos momentos de descontração e alegria.

À Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli, minha orientadora, pela atenção, apoio constante e valiosos ensinamentos.

Ao Dr^o Marcos Drumond Júnior, pelas importantes e fundamentais contribuições na fase de qualificação e de coleta de dados.

À Prof^a Dr^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata, pelas valiosas contribuições na fase de qualificação.

À Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi, pelas contribuições no grupo de estudo.

A Débora Schettini Alves, amiga de todas as horas, pelo carinhoso incentivo.

Ao pessoal do PADI 10, queridos companheiros de trabalho, Andréa, Denise, Fátima, Inês, Odete, Tiana, Bete, Gerusa, Nice, Shirlei, Larissa e João, pela compreensão e apoio.

A Leny Kimie Yamashiro Oshiro (SMS - CEInfo), pela elaboração das figuras.

A Karla Melo (SMS – Ceinfo), pela elaboração do mapa da Supervisão Técnica do Butantã.

RESUMO

Silva, RMV. Análise da utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de vigilância da saúde: um estudo de caso. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, 126 p.

Introdução- A vigilância da saúde, prática sanitária referenciada pelo paradigma da produção social da saúde, prevê o reconhecimento do território, a identificação dos problemas nele contido e a ação intersetorial. Na proposta da vigilância da saúde, o uso de indicadores sociais pode permitir que se obtenha um quadro das condições de vida dos diferentes grupos sociais e servir como ponto de partida para a intervenção na situação de saúde desses grupos. **Objetivos-** Caracterizar a área de abrangência da subprefeitura do Butantã a partir de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde, buscando com isso compreender o perfil epidemiológico do território; e discutir a utilização das categorias “autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade” na operacionalização da vigilância da saúde nesse território. **Metodologia-** O presente estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo. O estudo seguiu as seguintes etapas: 1) descrição e análise dos pressupostos da vigilância da saúde e da teoria da produção social da saúde. 2) identificação de bancos de dados de domínio público, com informações relativas a indicadores sociais e de saúde, bem como os índices de exclusão/inclusão social utilizados para a construção das categorias “autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade”; 3) seleção, organização e distribuição dos indicadores e categorias de análise, segundo uma unidade territorial específica, no caso os distritos administrativos do Butantã e 4) análise dos indicadores selecionados, segundo sua pertinência como tecnologia para vigilância da saúde. **Resultados-** Os indicadores e as categorias utilizadas permitiram enfocar as diversas situações sociais e de saúde presentes no território, favorecendo conhecer o “lugar dos dados”. Os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno apresentaram os piores índices de exclusão/inclusão social na subprefeitura do Butantã. Os índices que representam a autonomia, qualidade de vida, o desenvolvimento humano e a equidade são potentes para monitoramento e diagnóstico dos determinantes de saúde de macroespaços. **Considerações finais-** As diferenças sociais e econômicas que permeiam os distritos da região do Butantã, apontam e reforçam a necessidade de desenvolvimento e implementação de políticas públicas locais que podem ter um efeito muito grande na melhoria das condições de vida da população que se encontra em situação de exclusão social, possibilitando a acumulação de saúde. O trabalhador de saúde precisa identificar as redes sociais de apoio presentes na região, além de desenvolver estratégias de “empoderamento” dos grupos sociais para o enfrentamento de seus problemas e necessidades sociais e de saúde, por meio de ações intersetoriais e de construção da cidadania. **Palavras-chave:** Vigilância da saúde; indicadores sociais; indicadores compostos; indicadores de saúde; exclusão social; diagnóstico de saúde.

ABSTRACT

Silva, RMV. Analysis of the utilization of social indicators for operating the Health Surveillance model: a case study. Thesis [Master Degree]. Nursing School of the University of São Paulo, São Paulo, Brazil, 2007, 126 p.

Introduction- To achieve health surveillance, which is a sanitation practice, alluding to the ideal of social health production, the following is required: recognition of the territory, identification of its problems, and an intersectorial action. According to the health surveillance proposal, with the utilization of social indicators, it is possible to obtain a situation of life condition of several social groups, which can represent a starting point for interference in the health of these groups. **Objectives** – Our objectives are to characterize the comprehensive area of the Butantã regional district in the city of São Paulo according to socioeconomic, demographic, and health indicators, so as to obtain elements to conceive an epidemiological profile of the territory and to discuss the utilization of categories of “autonomy, quality of life, human development, and equitableness” to operate health surveillance in this territory. **Methodology** – The hereby study is a qualitative research; it is a case study of exploratory and descriptive characteristics. This study had the following stages: 1) description and analysis of prior conjectures of Health Surveillance in Brazil and of the theory of social production of health; 2) identification of database of public domain, with information related to social exclusion/inclusion used for constituting the categories of “autonomy, quality of life, human development, and equitableness”; 3) selection, organization and distribution of indicators and categories of analysis, according to a specific territorial unity, in the case of the administrative districts of Butantã regional district; and 4) analysis of the chosen indicators, in accordance with its relevance as technology for health surveillance. **Results** – The compound indicators enabled us to focus on several contextual aspects of the territory, propitiating to identify the “place of data”. The districts of Raposo Tavares and Rio Pequeno presented the worst indexes of social exclusion/inclusion within the regional district of Butantã. The indexes that represent autonomy, quality of life, human development and equitableness are significant for the supervision and diagnosis of health determining factors of macro spaces. **Final Considerations** –The social and economical differences that permeate the Butantã region districts point to and reinforce the necessity of developing and implementing local public policies for the purpose of achieving the desired result of improving life conditions of the population who is in a condition of social exclusion, furthering health accumulation. The health professional must identify the social network of support in the region, aside from developing strategies of empowerment social groups to face their social and health problems and necessities through intersectorial actions and the construction of citizenship.

Key Words: Health surveillance; social indicators; compound indicators; health indicators; social exclusion; health diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Renda familiar de 25 e mais salários mínimos, segundo os distritos administrativos do Butantã, cidade de São Paulo, 2000.....	68
Figura 2: Renda familiar de até cinco salários mínimos, segundo os distritos administrativos do Butantã, cidade de São Paulo, 2000.....	69
Figura 3: IEX da taxa de oferta de empregos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo-1997.....	80
Figura 4: Índice distrital de exclusão/inclusão social da população em situação de rua segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo – 2000.....	82
Figura 5: Índice distrital de exclusão/inclusão social da renda média familiar, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo – 1996.....	83
Figura 6: Índice de exclusão/inclusão social da taxa distrital de densidade habitacional, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996.....	86
Figura 7: IEX de cobertura de vagas por creches por criança de 0 a 3 anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....	87
Figura 8: Índice Distrital de exclusão/inclusão social de atenção e educação infantil de crianças de quatro a seis anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....	89

Figura 9: Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas públicas de ensino fundamental, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999.....	90
Figura 10: Índice distrital de exclusão/inclusão social da cobertura da população por unidades básicas de saúde, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999.....	91
Figura 11: Índice distrital de exclusão social da incidência de chefes de família sem instrução, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo 1996.....	93
Figura 12: Índice distrital de exclusão/inclusão social de chefes de família com 15 ou mais anos de estudo, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo 1996.....	94
Figura 13: IEX Desenvolvimento educacional do chefe da família, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....	95
Figura 14: IEX Longevidade, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....	96
Figura 15: IEX Homicídio, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999.....	97
Figura 16: Índice distrital de exclusão/inclusão social de mulheres chefes de família, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996.....	99
Figura 17. Taxa de mortalidade infantil total, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2003.....	104

Figura 18. Gravidez na adolescência, segundo subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2005.....106

Figura 19. Mortes por homicídio, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2005.....108

Mapa 1. Supervisão de Saúde do Butantã - Área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, equipamentos de saúde e creches, 2007.....74

Mapa 2. Mapa da Exclusão/Inclusão Social – Distritos da cidade de São Paulo, 2002.....101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Área territorial e densidade demográfica da subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1991, 2004.....	62
Tabela 2: Estimativa populacional da subprefeitura do Butantã e distritos administrativos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia, por sexo e grupo de idade, cidade de São Paulo, 2005.....	63
Tabela 3: Emprego formal, por setor de atividade, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002.....	64
Tabela 4: Celetistas admitidos, por faixa etária, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2004.....	65
Tabela 5: Celetistas admitidos, por escolaridade, segundo a subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2004.....	66
Tabela 6: Emprego formal, por escolaridade, segundo a subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002.....	67
Tabela 7: Distribuição dos domicílios, por faixa de renda familiar, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2000. Em porcentagem.....	68

Tabela 8: Pontos críticos, subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2006.....	70
Tabela 9: Parques municipais na área da subprefeitura do Butantã, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2006.....	71
Tabela 10: Número de praças da subprefeitura do Butantã, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2006.....	72
Tabela 11: Domicílios particulares permanentes, por forma de esgotamento sanitário, segundo subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....	72
Tabela 12: Distribuição dos domicílios permanentes, por destino do lixo, segundo a subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002. Em porcentagem.....	73
Tabela 13: Equipamentos culturais por tipo, segundo a subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002.....	76
Tabela 14: Índice distrital de exclusão/inclusão social da taxa de oferta de empregos por moradores de 14 a 69 anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1997.....	80
Tabela 15: Índice distrital de exclusão/inclusão social da população em situação de rua segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....	82
Tabela 16: Índice de exclusão/inclusão social da taxa distrital de densidade habitacional, segundo distritos administrativos na cidade de São Paulo, 1996.....	85

Tabela 17: Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas por creches por criança de zero a três anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....87

Tabela 18: Índice distrital de exclusão/inclusão social de atenção e educação infantil de crianças de quatro a seis anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000.....88

Tabela 19: Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas públicas de ensino fundamental, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo , 1999.....90

Tabela 20: Índice distrital de exclusão/inclusão social de mulheres chefes de famílias, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996.....99

Tabela 21: Óbitos em menores de um ano, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo – 2003.....103

Tabela 22: Taxa de mortalidade Infantil, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2003.....103

Tabela 23: Adequação quantitativa do pré-natal, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005.....105

Tabela 24: Coeficiente de gravidez na adolescência, segundo distritos administrativos na subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005.....106

Tabela 25: Óbitos, segundo causas específicas (Tuberculose, CA de mama, CA de colo de útero, CA de útero porção não especificada, Diabetes mellitus, Doenças hipertensivas, Doenças cerebrovasculares e homicídios), segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005.....107

Tabela 26: Mortalidade precoce por Diabetes mellitus, segundo distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005.....109

Tabela 27: Mortalidade precoce por Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005.....109

Tabela 28:Tuberculose – casos novos, segundo distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005.....110

Tabela 29: Índice de vulnerabilidade juvenil e população de 15 a 19 anos, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade São Paulo, 2000.....112

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A vigilância da saúde: algumas perspectivas teóricas	18
1.2 A vigilância da saúde no Município de São Paulo.....	23
1.3 Indicadores sociais e de saúde: possibilidades e limites para monitorização das condições de vida.....	27

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos.....	38
--------------------	----

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 A produção social da saúde.....	40
-------------------------------------	----

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo.....	53
4.2 Cenário de estudo.....	54
4.3 Procedimentos para a coleta de dados e fontes de dados.....	55

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Um pouco da história do Butantã.....	60
5.2 O Butantã contemporâneo.....	61
5.3 Vigilância da saúde: quais indicadores utilizar?.....	78
5.3.1. Categoria autonomia	79
5.3.1.1 Empregabilidade.....	80
5.3.1.2 Situação de indigência.....	81
5.3.1.3 Renda familiar.....	83
5.3.2 Categoria qualidade de vida.....	84
5.3.2 .1 Número de pessoas por habitação.....	85
5.3.2.2 Disponibilidade de creches para crianças de zero a três anos.....	86
5.3.2.3 Disponibilidade de educação infantil para crianças de quatro a seis anos.....	88
5.3.2.4 Disponibilidade de escolas de educação fundamental para crianças de 7 a 14 anos.....	89

5.3.2.5 Cobertura da população por Unidade Básica de Saúde.....	91
5.3.3 Desenvolvimento humano.....	92
5.3.3.1 Nível educacional dos chefes de família.....	93
5.3.3. 2 Longevidade.....	96
5.3.3.3 Homicídios.....	97
5.3.4 Categoria equidade.....	98
5.3.4.1 Famílias chefiadas por mulheres.....	99
5.3.5 Indicadores sociais e de saúde.....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
7 REFERÊNCIAS.....	120

1.1 A VIGILÂNCIA DA SAÚDE: ALGUMAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

A proposta da vigilância da saúde emergiu do processo da Reforma Sanitária brasileira da década de 1970 e do ideário que motivou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos de 1980, que passou a apontar uma nova forma de interpretar a saúde e a doença que buscava transcender a multicausalidade e promover a articulação entre processo saúde-doença e seus determinantes e condicionantes, procurando entender a saúde-doença, como um processo determinado pelas formas de produção e reprodução social. (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004) Na década de 1990, inicia-se pela necessidade de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar os problemas de saúde e as condições de vida em sua amplitude. (BRASIL, 1993)

As autoras citadas acima, afirmam que:

[...] ao se recuperar o conceito de saúde posto no Sistema Único de Saúde, no qual a saúde é colocada como um amplo conceito que , ainda que não esteja totalmente contemplado na lógica da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, coloca em questão aspectos extremamente progressistas, que dizem respeito à forma de viver a vida e se referem ao trabalho, à habitabilidade, ao acesso à informação, à saúde, ao lazer, entre outros; é necessário o emprego de estratégias de intervenção que, da mesma maneira, contemplem a totalidade da vida. (BERTOLOZZI e FRACOLLI , 2004, p. 16)

Dessa maneira, torna-se preciso construir um modelo de assistência à saúde que contemple essas necessidades.

Paim advoga que:

[...] modelo de atenção é, [...] um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os 'meios de trabalho' (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de

trabalho em saúde.” Os modelos assistenciais constituem “[...] a maneira como são organizadas e combinadas, em uma sociedade concreta, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença. (PAIM, 2003, p. 165)

A vigilância da saúde, ampliando os métodos da tradicional vigilância epidemiológica, realiza um deslocamento substantivo em relação a esta, quando vincula o controle de riscos e agravos a processos regionalizados e democratizados de definição de preocupações prioritárias e de estratégias de intervenção e monitoramento e, também, quando incorpora objetos de vigilância mais amplos que os agravos de notificação compulsória tradicionais, como questões nutricionais, saúde ambiental, saúde mental, violência, relações entre saúde e trabalho, entre outras. (AYRES, 2004)

Ao se tomar a saúde como um produto social, posto num cenário político, econômico, ideológico, cultural, somente há sentido em se falar de modelos assistenciais que não se resumam à esfera das ações sobre o hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente, mas que respondam a essas dimensões. (BERTOLOZZI e FRACOLLI, 2004, p. 16)

Como modelo de assistência, a vigilância da saúde surgiu apoiada nos debates a respeito de uma nova forma de interpretação da saúde-doença, e, em meio a um momento pródigo de emergência do SUS, no qual aparecia a necessidade de mudança das práticas de saúde, apontando a possibilidade de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida.

Trata-se de uma designação para operacionalização de uma proposta à área da saúde para superar a insuficiência das ações circunscritas à vigilância epidemiológica e ao modelo médico-assistencial, buscando articular a Epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços de saúde. Para tanto, como afirmam Bertolozzi e Fracolli,

[...] requer-se dos trabalhadores de saúde que apliquem saberes e práticas da epidemiologia, para apreender as desigualdades

sociais, e, portanto a distribuição desigual dos agravos à saúde que não se limitam às doenças transmissíveis [...] essa apreensão representa um deslocamento da tradicional base conceitual, qual seja, a do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes, para a compreensão das relações sociais que acabam, também, por definir a desigualdade. (BERTOLOZZI e FRACOLLI, 2004, p. 17)

Diferentes propostas relacionadas à vigilância da saúde apresentam-se na literatura sob distintas terminologias: vigilância ‘à’ saúde; vigilância ‘em’ saúde; vigilância em saúde pública e vigilância ‘da’ saúde. Observa-se, sobretudo a formulação de duas concepções para a vigilância da saúde.

A primeira, de caráter amplo, reitera as ações para contenção das doenças, mas requer uma visão ampliada da saúde-doença e incorpora a necessária interpretação dos determinantes à luz da epidemiologia crítica. A segunda, é considerada mais restrita e compreende a vigilância da saúde como um conjunto de ações voltadas ao conhecimento, à previsão, à prevenção e ao enfrentamento dos problemas de saúde selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, significando uma ampliação da vigilância epidemiológica (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Segundo Teixeira, Paim e Vislasbôas (1998 p. 17,18), os debates sobre vigilância da saúde têm apresentado três vertentes no que se refere a seu foco de ação. A primeira, equivale à *“análise de situações de saúde”* e apresenta como objeto as situações de saúde dos grupos populacionais determinados em função de suas condições de vida, não apontando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas.

A segunda vertente coloca a possibilidade de *“integração institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária”* e concretizou-se em vários municípios; e a terceira vertente, refere-se a uma *“redefinição das práticas sanitárias”* e integra duas dimensões: uma que enfatiza a técnica, o que resulta

na concepção da vigilância da saúde, como modelo assistencial alternativo, conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos e a outra dimensão que enfatiza a gerência, caracterizando a vigilância da saúde como uma prática que organiza os processos de trabalho em saúde.

Para Teixeira; Paim e Vilasbôas (1998, p. 18), a vigilância da saúde corresponde a “um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais (...)” e apresenta, em síntese, sete características:

a) Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos; c) operacionalização do conceito de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações. (TEIXEIRA; PAIM e VILASBÔAS, 1998, p. 18)

A reorganização das práticas de saúde, mediante o conceito de modelo assistencial, da proposta de vigilância da saúde requer a recomposição dos saberes e instrumentos (meios de trabalho) e a reestruturação do trabalho como atividade, dos agentes de saúde e a redefinição das relações técnicas e sociais que permeiam o processo de trabalho. (PAIM, 2003)

Para Mendes, a vigilância da saúde diz respeito a um conjunto heterogêneo de práticas de saúde coletiva que têm sido desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde:

[...] é uma prática informada pelo modelo epidemiológico que articula sob a forma de operações um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde, a preservar riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas), grupos sociais e meio ambiente, normalmente dispersos em atividades setorializadas, em programas de saúde pública, na Vigilância

Epidemiológica, na Vigilância Sanitária, na Vigilância Nutricional, no controle de vetores, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, com ações extra-setoriais, para enfrentar problemas num território determinado. (MENDES, 1993)

Mendes, defende que:

[...] a vigilância da saúde é uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde [...] Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano [...] um modo de 'andar a vida' seja individual ou coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. (MENDES, 1996, P. 237,243)

Conforme o autor citado (1996), a construção de um sistema de vigilância da saúde, orientado por um modelo de análise de situações de risco em substituição ao modelo de risco individual, utiliza o território como espaço de referência e destaca a importância de se considerar a heterogeneidade da população quanto às suas necessidades e acesso aos serviços de saúde.

Assim, a vigilância da saúde seria informada pelos sistemas geográficos de informação e operacionalizada com base na microlocalização de problemas, visando ao planejamento local em saúde.

Na proposta de vigilância da saúde, o território constitui-se em importante conceito-chave e sua concepção vai além da delimitação de um espaço geográfico, pois se trata de um cenário onde ocorrem, processualmente, as relações de vida e trabalho de uma população. Neste sentido, é necessário que se reúnam informações demográficas, socioeconômicas, político-culturais, epidemiológicas e sanitárias de um dado território, tornando-se possível identificar e analisar os problemas, os perfis epidemiológicos e as necessidades

de saúde dos grupos populacionais para definir prioridades de atenção à saúde visando à intersectorialidade, à integralidade e à equidade (MENDES, 1995).

Desta forma, a vigilância da saúde propõe compreender a saúde-doença como um processo que reflete a forma, como o sujeito relaciona-se com a sociedade. Portanto, mais que vigiar riscos ou fatores, apresenta-se a idéia de estar alerta para compreender, continuamente, os processos que podem levar ao fortalecimento ou ao desgaste do corpo biopsíquico (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004).

1.2 A VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Até a década de 1980, a história do setor saúde no Município de São Paulo esteve ligada, sobretudo, à assistência individual, essencialmente orientada para a clínica, centrada na atenção à gestante e à criança. Desde então, de modo intermitente, vêm ocorrendo diversas iniciativas para desenvolver um sistema de saúde mais centrado na prevenção de agravos e na promoção da saúde. (NEVES, 2003)

Nos governos municipais, entre os anos de 1993 e 2000, a política pública instaurada levou a rede pública de saúde a perder sua capacidade de atuar na identificação das condições geradoras dos agravos à saúde da população atendida e na promoção da qualidade de vida da população da cidade, pois as unidades básicas de saúde foram transformadas em pronto-atendimento e os distritos de saúde com seus núcleos de epidemiologia foram desmantelados. (NEVES, 2003).

Na gestão seguinte, o Município de São Paulo optou por instituir um sistema municipal de vigilância da saúde, isso se apoiou no fato de que como muitas atividades vinham sendo realizadas de modo pouco coordenado e outras nem sequer eram realizadas. Desse modo, tratava-se de estruturar um sistema que pudesse dispor de grande competência de nível central para coordenar todo o sistema de vigilância para executar complementarmente as atividades de difícil realização pelos organismos de nível local. Coerentemente com todo movimento de descentralização do SUS e da proposta das subprefeituras, desejava-se, também, estruturar serviços que dessem conseqüência às ações de vigilância no plano local. (NEVES, 2003)

Em janeiro de 2001, a Secretaria Municipal da Saúde, gestora do SUS no Município, dividiu a cidade em Distritos de Saúde (DS), estes se conformaram na expressão de um processo de regionalização, no qual se buscou estabelecer a universalização da cobertura e do acesso de atenção à saúde às populações, com melhoria de seus níveis e condições de saúde. Cada DS tem autonomia e precisa estabelecer modo adequado de tecnologia, organização e divisão do trabalho, para obter capacidade resolutiva no âmbito de seu território-espço-população. Assim, construiu-se, em cada distrito de saúde, uma unidade de vigilância à saúde (UVIS), hoje chamada Supervisão de Vigilância da Saúde (SUVIS), que se responsabilizaria por aprimorar e desenvolver o modelo de vigilância da saúde no âmbito regional. (SÃO PAULO, 2006)

A constituição de uma unidade de vigilância da saúde em cada subprefeitura objetivava maior autonomia local no enfrentamento dos condicionantes e determinantes da saúde-doença, sem negligenciar as ações de responsabilidade central, voltadas às atividades previstas na Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Saúde do Trabalhador e Ambiental. A idéia, para se organizar o sistema de vigilância, é articular suas diferentes áreas e organizar suas atividades em função dos problemas. (NEVES, 2003)

Atualmente, o Município conta com vinte e oito SUVIS que têm como principais atribuições :

- Participação no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória, em que são realizadas investigações após a notificação daqueles agravos. Tem-se em mente a informação para a ação preventiva;
- Participação no Programa Nacional de Imunização (PNI), cujo objetivo é a garantia de oferecimento do esquema básico de vacinação às crianças e a outros grupos populacionais específicos e
- Estudo da ocorrência, distribuição e determinantes de agravos não-transmissíveis, para a proposição de medidas de prevenção primária (SÃO PAULO, 2005).

Em 2003, no Município de São Paulo, foi criada a Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA com o objetivo de coordenar o conjunto de serviços e atividades concernentes à vigilância, fortalecendo as atividades de normatização, pesquisa e organização da rede de laboratórios de saúde pública, além de controlar a qualidade dos serviços, como: hospitais, prontos-socorros, bancos de sangue hemodiálises e outros. Esta estrutura foi planejada a fim de superar a fragmentação e a verticalização das atividades de vigilância, normalmente, dispostas em diferentes áreas, partindo de uma organização por problemas. (NEVES, 2003; SÃO PAULO, 2006)

Conforme Neves (2003), o sistema de vigilância no Município de São Paulo foi pensado considerando os princípios norteadores dos distritos, destacando-se que suas competências vão além de cuidar da atenção dos indivíduos doentes, pensando, também, nos condicionantes de adoecimento e qualidade de vida, além de articular e gerir os recursos públicos disponíveis para melhoria da qualidade de vida no Distrito de Saúde (DS), justificando a opção de

construir em cada DS uma Unidade de Vigilância da Saúde para cuidar da vigilância no território.

Com a criação dos DS e das unidades de vigilância da saúde, outras iniciativas foram adotadas na perspectiva de subsidiar os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, como a construção do Painel de Monitoramento das Condições de Vida e de Saúde e da Situação dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O painel de monitoramento é “um amplo e sintético panorama da atuação dos serviços de saúde municipais e dos principais problemas a serem enfrentados”, constituindo-se, ainda, como instrumento de democratização da informação. (DRUMOND Jr., MENDES, 2003. p. 345,346)

Considerando-se a implementação das Supervisões de Vigilância da Saúde no Município de São Paulo, como uma das propostas estruturantes do SUS, justifica-se o desenvolvimento do presente estudo que tem como finalidade contribuir com tecnologias para operacionalização da vigilância da saúde em determinado território, baseando-se na utilização indicadores que traduzam as relações socioeconômicas, demográficas e de saúde no território.

As hipóteses que norteiam o presente estudo partem da suposição de que as concepções sobre vigilância da saúde são muito gerais e, mesmo ampliando o conceito de saúde-doença não apontam, de forma clara, estratégias para sua operacionalização, e a utilização de determinados indicadores permite (ou não) a discriminação dos diferentes grupos sociais e seus potenciais de desgaste.

Este estudo aposta, especificamente, na articulação entre indicadores sociais e de saúde para se entender a dinâmica do processo saúde-doença em uma dada comunidade e, assim, desenvolver ações de vigilância da saúde .

1. 3 INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA A MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA.

É consenso que as técnicas disponíveis ao monitoramento da situação de saúde e condições de vida têm se revelado insuficientes, razão pela qual se discute a necessidade de aperfeiçoá-las com base no desenvolvimento de novas técnicas e estratégias de coleta de informações, que permitam seu uso pelos sistemas locais de saúde (TEIXEIRA, 2002)

[...] o estudo das condições de vida e de seus impactos sobre a situação de saúde da população, em geral, e de grupos sociais, em particular, tem merecido atenção crescente no campo da Saúde Coletiva, seja no intuito de aprimorar teorias e métodos que possam sustentar os estudos de desigualdades e iniquidades no processo saúde-doença, seja com a preocupação de construir sistemas de monitoramento que permitam a tomada de decisões no âmbito das Políticas de Saúde. (BARATA, 1997)

Conforme refere a autora citada acima, os indicadores de saúde tradicionalmente usados não são capazes de refletir claramente essa situação.

Atualmente, por meio de vários estudos, tem-se revelado a preocupação relacionada ao aprimoramento conceitual e metodológico de instrumentos mais específicos de quantificação e qualificação das condições de vida e saúde e outras dimensões da realidade social. Assim, constitui-se um diversificado acervo de indicadores sociais que muito têm contribuído para desvelar as iniquidades históricas brasileiras. (JANUZZI, 2004)

Indicador social é definido como:

[...] uma medida, em geral quantitativa, dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre

um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (JANNUZZI, 2004, p. 15)

Em uma perspectiva programática, é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social com vistas à formulação de políticas públicas. Para o referido autor, é importante ressaltar que os indicadores sociais possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população, permitindo o aprofundamento da investigação sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais.

É necessário destacar a distinção entre indicadores sociais e estatísticas públicas; estas (levantadas nos Censos Demográficos, pesquisa amostrais ou coletadas nos registros administrativos de Ministérios, Secretarias de Estado ou Prefeituras), correspondem ao dado social bruto, não inteiramente contextualizado, na verdade, são “matérias-primas” para a construção de indicadores sociais.

Jannuzzi (2004, p. 16) cita: “O que diferencia a estatística pública do indicador social é o conteúdo informacional presente, isto é, o ‘valor contextual’ da informação disponível neste último”. Como exemplos de estatísticas públicas, podemos citar os eventos vitais, como óbitos e nascimentos, que ainda estão em um estágio preliminar, mas são úteis para construção de indicadores que permitam uma verificação mais contextualizada e comparativa (no tempo e espaço) da realidade social, como as taxas de natalidade e mortalidade.

Os indicadores são expressos como taxas, proporções, médias, índices, distribuições por classes e por cifras absolutas, que podem se referir à totalidade da população ou a grupos sociodemográficos específicos. (JANNUZZI, 2004)

O Sistema de Indicadores Sociais, conforme o autor citado, pode ser definido, como o conjunto de indicadores sociais referidos a um determinado

aspecto da realidade social ou área de intervenção programática. A montagem de um sistema de indicadores envolve uma série de decisões metodológicas, a saber:

- Definição operacional do conceito ou temática a que se refere o sistema em questão;
- Especificação de suas dimensões, das diferentes formas de interpretação ou abordagem, tornando-o de fato um objeto específico e claro;
- Obtenção das estatísticas públicas pertinentes (censos demográficos, pesquisas amostrais, cadastros públicos);
- Pela combinação orientada das estatísticas, computam-se os indicadores, compondo um sistema de indicadores sociais que traduzem o conceito abstrato inicialmente idealizado.

Existem várias formas de classificar os Indicadores Sociais, entre elas, as mais comuns são:

Classificação, segundo a área temática da realidade social:

- Indicadores de saúde;
- Indicadores educacionais;
- Indicadores de mercado de trabalho;
- Indicadores demográficos;
- Indicadores habitacionais;
- Indicadores de infra-estrutura urbana;
- Indicadores de segurança pública e justiça e
- Indicadores de renda e desigualdade.

Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Devem refletir, quando analisados

em conjunto, a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência dos casos, tamanho da população em risco, etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados, etc.).

Assim, é desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, para que sejam compreensíveis pelos usuários da informação. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituirão ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde em todos os níveis.

Um conjunto de indicadores de saúde tem com propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, até mesmo documentando as desigualdades em saúde. Esta evidência pode servir de base para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, definir o risco epidemiológico e identificar áreas críticas, constituindo insumo para o estabelecimento de prioridades e políticas de saúde ajustadas às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2002)

Há classificações temáticas mais agregadas, como os Indicadores Socioeconômicos, de Condições de Vida, de Qualidade de Vida, Desenvolvimento Humano e Indicadores Ambientais.

Os indicadores podem ser diferenciados em dois conjuntos: simples ou compostos. Os simples são construídos baseados em uma estatística social específica, referida a uma dimensão social eleita. Os compostos, também, denominados indicadores sintéticos ou índices sociais são construídos,

mediante aglutinação de dois ou mais indicadores simples, referidos a uma mesma ou diferentes dimensões da realidade social. O IDH – Índice de Desenvolvimento Humano – é um exemplo de indicador composto ou índice social, elaborado com base na combinação de indicadores mais simples, relacionados às áreas da saúde, educação e renda. A formulação de indicadores compostos costuma ser escolhida pela capacidade de síntese dos mesmos em situações onde se precisa ter uma avaliação geral das condições de vida ou nível socioeconômico de diferentes grupos sociais. (JANUZZI, 2004)

O indicador composto pode ser definido, como uma medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente em um índice sintético, para analisar as características de grupos populacionais, vivendo em determinadas áreas geográficas. (AKERMAN, 1997)

Paim descreve, a importância da categoria espaço/território como opção metodológica para possibilitar uma aproximação entre condições de vida e situação de saúde, afirmando que:

Na medida em que o conceito de território ou de espaço transcende a sua condição física ou natural e recupera o seu caráter histórico e social, o estudo das condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde. (PAIM, 1997)

A desigualdade econômico-social entre os grupos sociais e áreas geográficas coloca-se, como um dos principais desafios coletivos dos tempos atuais, e o enfrentamento dessa problemática clama pela busca de soluções que possam ser sustentáveis ao longo do tempo. (AKERMAN, 1997) O autor ainda, sugere que:

[...] ao se criar as possibilidades para medir as condições de vida e situação de saúde em um dado município, que se configure também a oportunidade de exercício da intersectorialidade mediante um processo

ampliado e negociado de construção de indicadores compostos.
(AKERMAN,1997)

A escolha de indicadores para medir problemas e avaliar resultados de forma pactuada mostra-se, como um caminho adequado para o envolvimento de atores sociais em estudos e projetos que pretendam influenciar a formulação de políticas públicas (AKERMAN, 2000)

Estudos epidemiológicos têm consistentemente demonstrado que desigualdades sociais são importantes fatores na distribuição de doenças e mortalidade na sociedade. Uma cidade é necessariamente heterogênea. A identificação de grupos populacionais de maior risco de adoecer ou morrer por determinados agravos vem sendo uma das questões chave da prevenção em saúde. Não basta a identificação de fatores causais de doenças, porém é necessária a localização mais precisa possível dos grupos populacionais, cujos fatores concentram-se, permitindo o direcionamento de medidas preventivas, sejam elas de cunho ambiental, educacional ou assistencial. (SANTOS, 1999)

A utilização de microdiagnósticos vem sendo freqüente, segundo áreas de abrangência de unidades ou de microáreas de risco, propostas pela vertente da vigilância da saúde que tem como modelo tecnoassistencial a territorialização. (DRUMOND Jr., 2003)

O autor citado afirma que:

Apesar da observação de avanços decorrentes de muitas destas aplicações nos níveis descentralizados, deve-se estar atento aos problemas que decorrem da utilização acrítica nos níveis locais da epidemiologia disponível em manuais e adequadas aos níveis centralizados. (DRUMOND Jr., 2003, p. 82)

Segundo Mendes *et al.* (1993), a microárea (socioeconômica e ambientalmente homogênea, com riscos à saúde similares) é o espaço

privilegiado, ainda que não o único, para enfrentamento dos problemas de saúde, de forma contínua, por meio de operações direcionadas à superação dos nós críticos identificados na rede causal. Nesta escala, ocorrem as relações do cotidiano que representam a realidade inserida no contexto socioespacial.

Diversos estudos têm buscado caracterizar desigualdades sociais que se configuram em condições de iniquidade em saúde, pelo emprego de indicadores compostos e de territorialização. (XIMENES, MARTELLI, SOUZA, LAPA ALBUQUERQUE, ANDRADE et al (1999); TEIXEIRA (2002); CHIESA, WESTPHAL (2002); DRACHLER, CÔRTEZ, CASTRO, LEITE (2003); RESTITUTTI, ALMEIDA, ALMEIDA, BARROS (2004)

Partindo do território-microárea, os recursos e os serviços disponíveis podem ser avaliados e adequados os investimentos, preferencialmente, nos quais se concentram os problemas de saúde. Assim, avalia-se quais tipos de ações podem ser produzidas para que tenham impacto no nível geral da organização econômica, política e cultural, além dos reflexos que produzem na forma de inserção social dos grupos em questão.

A utilização de indicadores compostos pode permitir que se obtenha um quadro das condições de vida de determinados grupos sociais, e servir, como ponto de partida para a análise da situação de saúde desses grupos e conseqüente descrição dos perfis epidemiológicos.

Sposati (2000) utilizou indicadores compostos para evidenciar as desigualdades sociais existentes na cidade de São Paulo,

O Mapa da Exclusão/Inclusão Social é uma metodologia de análise geo-espacial de dados e produção de índices intra-urbanos sobre a exclusão/inclusão social e a discrepância territorial da qualidade de vida. Ele permite conhecer “o lugar” dos dados (sua posição geográfica no território) como elemento para a análise geo-quantitativa da

dinâmica social e da qualidade ambiental. Ele constrói índices de discrepância (**IDI**) e índices compostos de exclusão/inclusão social (**IEX**). No caso de São Paulo estes índices foram produzidos para os 96 distritos da cidade com base em 47 variáveis agregadas em 17 IEX, e distribuídas entre quatro grandes campos: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. Estes campos significam áreas de inclusão social, nos quais é determinado um ponto de inflexão entre a exclusão/inclusão social que é o padrão de inclusão social objetivamente definido. A concepção da exclusão aqui trabalhada se funda na desigualdade social, por isso estabelece um **padrão básico de vida** que leva em conta os padrões de vida relativos de toda a sociedade. Neste caso, é possível pensar um padrão de civilidade, de dignidade e de mínimos sociais de cidadania e não em cobertura de carências pessoais ou em regulações casuísticas, caso a caso, e sim, em seguranças e garantias de confronto aos riscos sociais. [...] A metodologia construída para o Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo, se propõe ousadamente a criar uma outra lógica. Mede a distância vivida pela população de um padrão básico de vida e, ao mesmo tempo, insere esse padrão dentre as melhores e piores situações detectadas em um território. Assim, inaugura o exame da exclusão social mesclando dados numéricos com o geoprocessamento construindo o que se poderia denominar de uma TOPOGRAFIA SOCIAL. O geoprocessamento acoplado a índices compostos construídos a partir de dados censitários produz novas relações e com eles novos conhecimentos. [...] “A metodologia do Mapa fundamenta-se na construção de uma escala que, ao integrar todas as áreas e setores populacionais da cidade permite ao mesmo tempo classificá-los pelas condições de afastamento de uma condição básica de inclusão social. Esta medida, operada por contraponto, compara a distância que a cidade constrói entre melhores e piores condições de vida a seus habitantes nos locais onde ele vive (SPOSATI, 2000).

O índice composto de exclusão/inclusão social foi construído com base nas seguintes categorias:

1. Categoria autonomia: (operacionalizada pelas variáveis renda familiar, empregabilidade e situação de indigência)
2. Categoria Qualidade de Vida (operacionalizada pelas variáveis número de pessoas por habitação, disponibilidade de creches para crianças de zero a três anos, disponibilidade de escolas de educação infantil para crianças de quatro a seis anos, disponibilidade de escolas de educação fundamental para crianças de 7-14 anos)
3. Categoria Desenvolvimento Humano (operacionalizada pelas variáveis, grau de instrução dos chefes de família, índice distrital de longevidade e anos potenciais de vida perdidos e homicídio)

4. Categoria Eqüidade (operacionalizada pelas variáveis famílias chefiadas por mulheres).

Bertolozzi e Fracolli (2004) contribuem para a operacionalização da proposta da vigilância da saúde, entendida como modelo de assistência de caráter intersetorial, propondo o uso de indicadores sociais, operacionalizados por meio das categorias: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e eqüidade.

As autoras afirmam que esses indicadores favoreceriam o conhecimento sobre a realidade de vida dos grupos sociais, instrumentalizando as equipes de saúde no âmbito da vigilância da saúde.

Por meio desses indicadores, é possível fazer uma aproximação com o perfil de reprodução social dos diferentes grupos sociais ou dos distintos distritos, possibilitando a construção do perfil epidemiológico da população. Esses indicadores podem auxiliar na discriminação de grupos sociais com maiores potenciais de desgaste.

As mesmas autoras propõem a construção de indicador que represente, aproximadamente, o conceito de processo saúde-doença, que diz a respeito a queixas ou quadros mórbidos referidos pelos sujeitos e suas famílias, à rede de apoio familiar durante o processo saúde-doença (cuidadores) e ao grau de articulação/informação para participação social. Os Indicadores de morbidade e mortalidade poderiam ser incluídos, possibilitando a definição do perfil de fortalecimento e desgaste dos grupos sociais.

O uso de tais indicadores representa a possibilidade de sistematizar e disponibilizar as informações que expressem a dinâmica social que ocorre no território, subsidiando o planejamento das ações de saúde a serem realizadas,

contribuindo para que essas ações e serviços não se restrinjam àqueles já ofertados tradicionalmente pelas unidades.

Por intermédio desta pesquisa, espera-se que seja possível contribuir com o processo de implantação do modelo de vigilância da saúde no distrito de saúde do Butantã, buscando, sobretudo, identificar indicadores para instrumentalizar os trabalhadores das SUVIS e das Unidades Básicas de Saúde para apreensão das desigualdades sociais que, em última instância, estão determinando os perfis de saúde-doença da população desse território.

2.1 OBJETIVOS

- Caracterizar a área de abrangência da subprefeitura do Butantã do ponto de vista socioeconômico, demográfico e de saúde, buscando obter elementos para compreensão do perfil epidemiológico do território.
- Caracterizar a área de abrangência da subprefeitura do Butantã utilizando-se das categorias “autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e eqüidade” (propostas por Sposati, 2000).
- Discutir a adequação do uso das categorias “autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e eqüidade” para operacionalização da vigilância da saúde com base na teoria da produção social da saúde.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Neste capítulo, procuro apontar os caminhos percorridos pela saúde e o modelo assistencial hegemônico que, em consonância com a crise do paradigma científico, culminou em um novo paradigma: o da produção social da saúde. Este novo paradigma defende uma nova prática: a vigilância da saúde.

Para Sousa Santos (2001), são muitos e fortes os sinais de que o modelo de racionalidade científica ou o paradigma científico dominante moderno atravessa uma profunda crise. A “identificação dos limites e das insuficiências estruturais do paradigma científico moderno é o resultado do grande avanço no conhecimento que ele propiciou”. A valorização do saber instrumental, do pensar quantitativo, do rigor científico, aferido pelo rigor das medições, o empirismo, no qual o conhecimento ocorre pela observação sistemática e rigorosa; o determinismo mecanicista e a recusa do senso comum são características que sintetizam sumariamente o paradigma científico moderno.

A ciência moderna e a tecnologia trouxeram enormes benefícios à vida humana, mas, por outro lado, provocaram destruição e alienação. Kuhn (1989) apud Drumond Jr. (2003, p.24), afirma que diferentes “[...] conceitos foram sendo questionados por novos conhecimentos adquiridos, em especial na física, que expunham as lacunas do modelo na explicação da realidade e abriram a crise do paradigma”.

A crise do paradigma da ciência moderna explica-se, segundo Sousa Santos (2001), por condições teóricas e sociais. O rigor científico, fundamentado no rigor matemático, quantifica e ao quantificar desqualifica, assim, o conhecimento ganha em rigor e perde em riqueza.

Sousa Santos (2001, p. 34), cita que a “[...] industrialização da ciência acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas”, confirmando a pouca capacidade de auto-regulação da ciência moderna.

Desse modo, Sousa Santos (2001, p.36 e 37) quando descreve a caracterização da crise do paradigma dominante, anuncia o perfil de um novo paradigma, dito emergente, onde sua configuração, “[...] no horizonte só pode obter-se por via especulativa”. O autor refere-se a uma revolução científica, e,

[...] sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente).

Desse modo, Sousa Santos apresenta o paradigma emergente por meio de quatro teses: a primeira tese, afirma que todo conhecimento é científico-natural e científico-social, declarando que a dicotomia “entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade”, estando as ciências naturais aproximando-se das ciências sociais e estas, por sua vez, das humanidades.

A segunda, defende que todo o conhecimento é local e total. Nesta tese, o autor critica a excessiva especialização e disciplinarização do saber científico e os males dessa parcelização do conhecimento são reconhecidos, mas as propostas para corrigir tal situação acabam por reproduzi-la. No paradigma emergente, o conhecimento é total e local “Constitui-se ao redor de temas que em dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais [...]”. (SOUSA SANTOS, 2001, p. 47).

A terceira tese, prevê que todo o conhecimento é autoconhecimento. “O objeto é a continuação do sujeito por outros meios [...] “é necessária uma nova

forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos". (SOUSA SANTOS, 2001, p. 54).

A última característica da ciência pós-moderna afirma que todo o conhecimento científico visa a constituir-se em senso comum. O senso comum, negado pela ciência moderna, que o considera superficial, falso e ilusório, é reabilitado pela ciência pós-moderna que reconhece nesta forma de conhecimento algumas características que enriquecem nossa relação com o mundo.

De acordo com Sousa Santos (2001), o senso comum faz coincidir causa e intenção, é prático e pragmático, é transparente e evidente, é indisciplinar e imetódico, reproduzindo-se espontaneamente no quotidiano e aceita o que existe tal como existe e, finalmente, não ensina, persuade. "[...] deixado a si mesmo, o senso comum é conservador e pode legitimar prepotências, mas, interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade. Uma racionalidade feita de racionalidades" e ainda:

A ciência pós-moderna ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida. (SOUSA SANTOS, 2001, p. 57)

Sousa Santos (1995) refere, ainda, que "[....] há crise ainda quando se pergunta pela lógica do desenvolvimento desigual da ciência que, no meio de seus êxitos estrondosos, deixa irresolvidos problemas básicos (de sobrevivência)"

A crise do paradigma científico e as suas insuficiências, também, pode ser observada no campo da saúde, desde a discussão ou reconstrução da

concepção do processo saúde-doença, até a proposição de um novo paradigma de saúde.

Para que o SUS possa afirmar-se como espaço da saúde há de se reconstruí-lo em seus fundamentos medulares. Isso implica um processo de construção social de um novo sistema de saúde o que vai exigir mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária.(MENDES, 1996, p. 234)

A concepção do processo saúde-doença tem se ampliado consideravelmente de maior vinculação com as doenças e morte (aproximação negativa), até concepções mais vinculadas à qualidade de vida de uma população, um produto social (aproximação positiva). (MENDES, 1996)

No passado, a concepção monocausal fundamentada na teoria dos germes defendia que os problemas de saúde explicam-se pela relação entre agente e hospedeiro. Mais tarde, incorporou-se à concepção ecológica, a multicausalidade, na qual o agente e os fatores determinantes (idade, raça, sexo, etc.) estão em relação com o hospedeiro e o ambiente.

A saúde é entendida como ausência de doença e a organização dos serviços é medicalizada, tendo como objetivo oferecer à população serviços preventivos e curativos em consonância com o paradigma flexneriano.

As limitações dessa concepção, no que se refere à sua capacidade explicativa e utilidade prática nas ações de saúde, tornam-se evidentes com o aumento da expectativa de vida, das doenças crônicas e das causas externas, além do declínio da importância das doenças transmissíveis. (MENDES, 1996). Para o autor citado (1996, p. 236), surgem “novas concepções de saúde, mais globalizantes, que articulam saúde com condições de vida”.

A profunda crise econômico-social, da América Latina dos anos de 1970, propiciou a retomada da discussão a respeito da determinação social do

processo saúde-doença. A teoria da determinação social do processo saúde-doença, baseada no materialismo histórico e dialético defende que a causa última do comportamento do processo saúde-doença deve ser buscada no modo, como a sociedade se organiza para a construção da vida social.

Esta teoria interpreta os fenômenos de saúde e doença, como expressões de um mesmo processo, que possui duplo caráter: o biológico e o social. A organização social é determinante fundamental das manifestações do processo saúde-doença e declara-se como uma forma de manifestação da qualidade de vida (determinada pelos processos de produção e reprodução social) dos agentes sociais. (FONSECA, EGRY, BERTOLOZZI, 1990)

[...] existindo uma articulação entre o processo social e o processo saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes. (LAURELL, 1983, P.145)

Desta forma, acredita-se que a distribuição do processo saúde-doença seja desigual, que seja possível detectar perfis patológicos específicos dos grupos sociais. O caráter simultaneamente social e biológico do processo saúde-doença não é contraditório, porém, na realidade declara-se como um processo único.

A *Carta de Ottawa*, elaborada por trinta e oito países durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, aponta que “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a eqüidade são requisitos fundamentais para a saúde”.

Segundo Mendes (1996, p. 258), saúde é entendida “[...] como expressão da qualidade de vida, resulta [...], da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas conseqüências.”

A Constituição Federal brasileira de 1988, inspirada na Conferência Nacional de Saúde de 1986, no capítulo de Saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), foi marcado pelo paradigma da produção social da saúde. Nesse documento inicial, saúde foi definida como direito universal e resultante de condições de vida e trabalho, "garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 1988)

Ser saudável, então, não pode ser apenas não estar doente, no sentido tradicional. Deve significar, também, a possibilidade de atuar, de produzir sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem seu meio, ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência, ou seja, exercício da cidadania. (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

Com base em uma noção mais abrangente de saúde e não mais a simples ausência da doença, a melhor denominação para o novo paradigma é a da produção social da saúde, o que pressupõe abandonar definitivamente os enfoques vertical e paternalista herdados do passado, decorrente de práticas prescritivas dos profissionais de saúde, apoiados no *biologismo* e *mecanicismo*. Por outro lado, supõe o desenvolvimento de novas relações com o Estado, com a sociedade civil e o desenvolvimento de novas habilidades dos profissionais para implementar novas práticas. (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

Segundo Mendes (1996), o paradigma flexneriano prevê a expansão do ensino clínico, especialmente, em hospitais; além de ênfase na pesquisa biológica, estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional, expressando-se por meio de um conjunto de elementos que coexistem e

complementam-se: o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo.

Este paradigma é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e sustenta a prática sanitária da atenção médica. Para superá-lo, há de se buscar a construção de um novo paradigma que permita dar conta da saúde em sua positividade e como um processo que melhore ou deteriore, conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes.

Para apreender a dinâmica da saúde como uma acumulação social, propõe-se um novo paradigma sanitário, o da produção social da saúde, fundamentada na teoria da produção social.

A teoria da produção social defende que, salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Esta teoria, segundo Mendes (1996), sustenta o conceito de situação, no qual um ator social, como homem racional de ação, resgata a globalidade da realidade, buscando superar o conceito restrito de produção econômica e incorpora, também, outras produções: política, organizativa, cognitiva, ideológica, cultural e, etc. como produções sociais. Assim, a produção social pode ser entendida como:

[...] um circuito em que o agir social de um ator supõe o uso de recursos econômicos, de recursos de poder, de conhecimentos e em que essa produção reverte-se para o ator-produtor como acumulações e desacumulações de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores ou conhecimentos (MENDES, 1996, p. 240)

Conforme aponta o autor citado, em uma sociedade sempre haverá um estoque de saúde, expresso num estado de saúde,

[...] que poderá acumular-se ou desacumular-se em virtude do jogo social. Este estado de saúde constitui um instante no processo saúde/doença e, portanto, está em permanente mutação, melhorando ou deteriorando, em seus diferentes momentos, segundo sua dinâmica

reprodutiva e de acordo com as determinações positivas ou negativas para a saúde. (MENDES, 1996, p. 241)

Assim, uma sociedade poderá acumular saúde, melhorando o estado de saúde ou desacumular saúde, produzindo socialmente enfermidade.

O entendimento da saúde, como produto social implica, segundo Santos; Westphal (1999), no reconhecimento de que “os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, mas também determinados pelas relações sociais, excludentes, que operam o sistema”; são necessárias *ações intersetoriais* para a operação de uma nova prática sanitária. Há necessidade de mudanças profundas nos padrões econômicos de uma população, com intensificação de políticas públicas sociais, além de uma sociedade civil organizada, que exija das autoridades políticas públicas saudáveis, buscando superar as profundas desigualdades sociais e iniquidades.

[...] integrar e articular diferentes saberes e práticas intra e intersetoriais, de tal forma que o novo quadro teórico e as novas práticas assumam uma nova qualidade ao serem organizadas pelo paradigma da *produção social da saúde*, para propor solução aos problemas existentes em um território singular, nacional, estadual e/ou local (SANTOS, WESTPHAL, 1999. p. 74).

Conforme Mendes (1996, p. 241) “a prática sanitária é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde”.

O paradigma flexneriano, conceitua a saúde como ausência de doença e estrutura uma resposta social organizada sob a forma da prática de atenção médica, curativista. Segundo sua lógica o sistema de saúde deve responder aos problemas de saúde da população no âmbito das consequências das perdas de estado de saúde, ofertando serviços médicos.

Mendes (1996), defende que a prática sanitária da atenção médica, do paradigma flexneriano está na raiz da crise da saúde, já que, “[...] mais serviços médicos não tem necessariamente que ver com mais saúde, como também, a equidade em atenção médica, não garante a equidade em saúde”.

Para Mendes (1996, p. 243, 245), a saúde entendida como um produto social, implica a construção social de uma nova prática sanitária, denominada vigilância da saúde, que é conceituada como “uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde” que “organiza os processos de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção”. Estas estratégias resultam da combinação de três tipos de ações: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

No contexto da vigilância da saúde, a atenção curativa responde às necessidades de seus demandantes e deve ser provida adequadamente, como parte dos direitos de cidadania. A vigilância da saúde deve, ainda, estar estruturada em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade. (MENDES, 1996)

A vigilância da saúde amplia a atuação do paradigma anterior (*curativista*), para dar conta da globalidade do processo saúde-doença e orienta a reformulação das práticas assistenciais e coletivas. (SANTOS, WESTPHAL, 1999)

O conceito de território vai ao encontro dos pressupostos da vigilância da saúde, entende-o, como “um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação, na arena política.” (MENDES, 1996, p. 248)

Desse modo, as tensões são permanentes, logo, o território nunca está acabado, mas, em constante reconstrução. Este território é palco de vida pulsante, vai além do território-solo. Assim, trata-se de território político, econômico, cultural e sanitário. É o território da vigilância da saúde, que deverá ser esquadrihado de modo a configurar determinada realidade, segundo a lógica das condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde que estará sempre em movimento. Um território-processo, que vai além do espaço político-operativo do sistema de saúde, esse espaço apresenta, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente construção. (Mendes, 1996)

Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p. 20), esse esquadrihamento do território “[...] implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados[...]”.

O reconhecimento do território é um passo básico para caracterização da população, de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para avaliação do impacto das ações dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde dessa população, permitindo, também, o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações implica a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no território e a produção da saúde e da doença. (SANTOS, WESTPHAL, 1999)

Mendes (1996, p. 249), descreve que o segundo pilar da vigilância da saúde é o problema, que é entendido como a “[...] identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com os padrões e valores

considerados desejáveis do ponto de vista de uma ator social determinado [...]” ou seja,

[...] por problema de saúde deve entender-se a representação social de necessidades sanitárias, derivadas de condições de vida e formuladas por determinado ator social, com base em uma percepção de uma discrepância entre a realidade e uma norma instituída. (MENDES, 1996, p. 249)

No âmbito da vigilância da saúde, o propósito fundamental da territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o que se refletirá na escolha de ações que atendam à natureza dos problemas identificados, buscando um impacto positivo sobre os níveis de saúde e condições de vida. (TEIXEIRA, PAIM, VISLASBÔAS, 1998).

Mendes (1996), aponta a intersetorialidade, como o terceiro elemento que alicerça a vigilância da saúde, cuja questão fundamental é a ruptura das barreiras de comunicação que impedem o diálogo entre diferentes setores, buscando uma unidade no fazer. Pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências na identificação dos problemas coletivos, visando a promover um impacto positivo nas condições de vida e de saúde da população.

A intersetorialidade busca superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da *questão saúde*, não somente do *setor saúde*, permitindo incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, a educação, trabalho e renda, o meio ambiente, a habitação, o transporte, etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política. (BUSS, 2000)

Mendes (1996), defende que a prática da vigilância da saúde deve estar centrada na intersetorialidade, (...) “baseada na articulação das ações de

governo sobre problemas concretos, de pessoas concretas, identificados em territórios concretos e transformadas em demandas políticas”. Assim, a vigilância da saúde, em consonância com uma concepção positiva de saúde, apresenta-se como a prática sanitária de um novo paradigma, o da produção social da saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Vale ressaltar como um aspecto relevante para a escolha do método de pesquisa, o caráter extremamente dinâmico do fenômeno em investigação e a escassez de estudos sobre o tema. O presente estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo. Buscou analisar a utilização e a adequação das categorias autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade para a operacionalização da vigilância da saúde com base na teoria da produção social da saúde.

O estudo de caso caracteriza-se por constituir uma unidade dentro de um sistema mais amplo, enfocando, portanto, as singularidades, aquilo que se tem de único, mesmo que, posteriormente, fiquem evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações. (LÜDKE, ANDRÉ , 1986)

Conforme descreve Triviños, (1987, p.136) “um aspecto interessante do Estudo de Caso é o de existir a possibilidade de estabelecer comparações entre dois ou mais enfoques específicos, o que dá origem aos Estudos Comparativos de Casos”. Assim, o enfoque comparativo permite enriquecer a pesquisa qualitativa, descrevendo, explicando e comparando os fenômenos.

A hipótese norteadora da pesquisa baseia-se na proposta de Bertollozzi e Fracolli (2004) para a vigilância da saúde. Dentro desta proposição, as autoras consideram que a vigilância da saúde precisa ser um recurso tecnológico, com base em indicadores de condições de vida e saúde, que sejam (ou estejam) acessíveis a todos os trabalhadores de saúde.

O desenho deste estudo seguiu as seguintes etapas: 1) descrição e análise sobre os pressupostos da vigilância da saúde no Brasil e a teoria da produção social da saúde; 2) trabalho de campo, no qual se buscou bancos de dados de domínio público, com informações relativas a indicadores sociais e de saúde, bem como as categorizações propostas por Sposati (2000); 3) escolha e sistematização dos dados, com base em Bertollozzi e Fracolli (2004); 4) seleção, organização e distribuição dos indicadores e categorias de análise, segundo uma unidade territorial específica, no caso os distritos administrativos do Butantã e 5) análise dos indicadores selecionados, segundo sua pertinência como tecnologia para vigilância da saúde.

Com este estudo, buscou-se experimentar uma tecnologia de vigilância da saúde e com isso contribuir com as tecnologias disponíveis para realização da mesma em unidades de saúde que atuam na Atenção Básica.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida, tomando como base do estudo de caso a área de abrangência de um distrito de saúde no Município de São Paulo. O distrito de saúde do Butantã, hoje, denominado Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, pertence à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e corresponde à subprefeitura do Butantã.

Esta subprefeitura é formada por cinco distritos administrativos, criados pela Lei nº 11.220 de 20/05/92 que são os seguintes: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. A área total desta subprefeitura é de 56,1

km², que correspondem a 3,75% da área total do Município de São Paulo. A população estimada, para 2005, foi de 377.351 habitantes. (SÃO PAULO, 2005)

4.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS E FONTES DE DADOS

Para georreferenciar os equipamentos de saúde, as creches e as favelas, utilizou-se o mapa da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, subprefeitura do Butantã (mapa 1). Foram selecionados indicadores socioeconômicos, demográficos, de saúde e os índices de exclusão/inclusão social que apresentam como menor nível de agregação os distritos administrativos, especificamente os distritos da subprefeitura do Butantã. Os dados foram coletados diretamente nas seguintes fontes:

Fundação Seade: Sistema Estadual de Análise de Dados (Site de domínio público)

Dados demográficos

- Estimativa populacional, por sexo e grupo de idade (2005)
- Densidade demográfica (2004)

Saneamento ambiental

- Destinação do lixo (2002)
- Esgotamento sanitário (2000)

Acesso à cultura e lazer

- Equipamentos culturais (2002)

Indicadores de saúde/doença

- Mortalidade infantil (2003)

Vulnerabilidade social

- Vulnerabilidade juvenil (2000)

Renda e trabalho

- Renda familiar (2000)
- Emprego formal por setor de atividade (2002)
- Celetistas admitidos por faixa etária e escolaridade (2004)
- Emprego formal por escolaridade (2002)

Prefeitura do Município de São Paulo (Site de domínio público)Infra-estrutura urbana e lazer

- Parques Municipais (2006)
- Praças públicas (2006)
- Pontos críticos (2006)

Mapa Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90 (CD – ROM)Índice de exclusão/inclusão social**Autonomia**

- Empregabilidade
- Renda familiar
- Situação de indigência

Qualidade de vida

- Número de pessoas por habitação

- Disponibilidade de creches para crianças de zero a três anos
- Disponibilidade de educação infantil para crianças de quatro a sete anos
- Disponibilidade de educação fundamental para crianças de 7 a 14 anos
- Cobertura da população por unidade básica

Desenvolvimento humano

- Desenvolvimento educacional do chefe de família
- Chefes de família sem instrução
- Chefes de família com mais de 15 anos de estudo
- Longevidade
- Homicídios

Eqüidade

- Famílias chefiadas por mulheres

CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação - Prefeitura do Município de São Paulo (dados coletados na instituição)

Indicadores de saúde/doença

- Tuberculose – casos novos (2005)
- Mortalidade precoce por Diabetes mellitus (2005)
- Mortalidade precoce por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2005)
- Coeficiente de gravidez na adolescência (2005)
- Adequação quantitativa do Pré-Natal (2005)

PRO-AIM – Mortalidade no Município de São Paulo - Prefeitura do Município de São Paulo (Site de domínio público)

Indicadores de saúde/doença

Óbitos por causa específica (2005)

- Tuberculose
- Câncer de mama
- Câncer de colo de útero
- Câncer de útero
- Diabetes mellitus
- Doença hipertensiva
- Doenças cerebrovasculares

Os dados coletados foram sistematizados e organizados em tabelas e figuras, por distrito administrativo.

A análise dos dados foi qualitativa e descritiva, de forma a caracterizar os distritos administrativos do ponto de vista social, econômico, demográfico, de saúde e da exclusão/inclusão social. Nesse processo de análise e descrição dos dados, buscou-se identificar as diferenças no perfil epidemiológico entre os distritos da região do Butantã e a adequação dos indicadores compostos que compõem o Mapa de Exclusão/Inclusão Social (SPOSATI, 2000) na operacionalização da vigilância da saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 UM POUCO DA HISTÓRIA DO BUTANTÃ

A região do Butantã era rota de passagem de bandeirantes e jesuítas que se dirigiam ao interior do País. Em 1607, à margem do Rio Pinheiros surgia o primeiro trapiche de açúcar em São Paulo. O local era conhecido como Ubutatã, palavra tupi para ‘terra firme’ ou ‘terra dura’. (SÃO PAULO, 2006)

O Butantã é um dos bairros do Município de São Paulo que manteve uma ocupação predominantemente rural, com grandes fazendas até o final do século XIX. As terras pertenceram, primeiramente, a Afonso Sardinha e, depois, foram doadas aos jesuítas. Durante o século XVII, o maior problema vivido pelos moradores da vila era transpor o Rio Jurubatuba, hoje, Rio Pinheiros. (CHIESA, 1999)

Em 1898, uma epidemia de peste bubônica iniciada no porto de Santos ameaçava alastrar-se pelo Estado e, diante da urgência, a Secretaria Estadual da Saúde decidiu construir um laboratório para produção do soro em local distante do centro da cidade. A fazenda Butantã foi a escolhida e, em fevereiro de 1901, foi inaugurado o Instituto Serumtherapico, atual Butantan, sendo designado para primeiro diretor o médico Vital Brazil. (SÃO PAULO, 2006)

Em 1905, a Companhia City comprou uma grande extensão territorial: inicia-se o loteamento urbano da área. O processo inicial de urbanização da região buscava atrair setores diferenciados da população. Em 1958 a região é descrita como um subúrbio em processo de urbanização como prolongamento de Pinheiros e com a construção da Cidade Universitária em curso. Na década de 1960, iniciou-se a ocupação desordenada do território, dando início ao surgimento das favelas da região. (CHIESA, 1999).

5.2 O BUTANTÃ CONTEMPORÂNEO

Em 1º de agosto de 2002, a então prefeita da cidade de São Paulo, Marta Suplicy, promulga a Lei de nº 13.399 que dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das subprefeituras no Município de São Paulo. A Administração Municipal, no âmbito das subprefeituras, passou a ser exercida pelos subprefeitos, a quem cabe a decisão, direção, gestão e o controle dos assuntos municipais em nível local, respeitada a legislação vigente e observadas as prioridades estabelecidas pelo Poder Executivo Municipal. (SÃO PAULO, 2005)

O poder público passa a ficar mais próximo do cidadão, estimulando a Participação Popular e o Desenvolvimento Local, permitindo a ação integrada das diversas áreas da prefeitura: saúde, educação, transportes, entre outras. No total, são 31 subprefeituras que foram instaladas em áreas administrativas de limites territoriais estabelecidos em função de parâmetros e indicadores socioeconômicos. O distrito do Butantã constituiu a subprefeitura de mesmo nome e comporta os distritos administrativos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia. (SÃO PAULO, 2005)

A área da subprefeitura do Butantã é cortada por importantes eixos rodoviários que fazem a ligação Norte-Sul do País, além da ligação entre o Município de São Paulo e o interior Sul e Oeste do Estado. Os principais eixos viários são: av. Prof. Francisco Morato, que dá acesso à rodovia Régis Bittencourt; av. Eliseu de Almeida; av. Corifeu de Azevedo Marques; av. Vital Brasil; av. Morumbi; av. Rio Pequeno e rodovia Raposo Tavares.

Nesta parte da Capital, encontram-se entidades emblemáticas da educação, ciência e saúde do País, como a Universidade de São Paulo, o Instituto Butantan e o Hospital Albert Einstein.

Atualmente, a área total da subprefeitura do Butantã é de 56,1 km², o que corresponde a 3,75% da área total do Município de São Paulo, apresentando, segundo a Fundação Seade, em 2004, uma densidade demográfica de 6.730,4 hab/km². Os dados da Tabela 1 abaixo, apresentam a densidade demográfica da subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, em 2004. Segundo a Fundação Seade, o distrito administrativo Rio Pequeno apresenta a maior densidade demográfica, 11.684,12 hab/k². O crescimento populacional da região do Butantã, entre 1991 e 2000, foi de 0,32%.

Tabela 1: Área territorial e densidade demográfica da subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1991, 2004

Subprefeitura do Butantã e Distritos Administrativos	Área (Km ²)	Densidade Demográfica (Hab./Km ²)	
		1991	2004
Butantã	56,1	6.513,15508	6.730,249554
Butantã	12,5	4.624,32	4.058,96
Morumbi	11,4	3.498,59	2.883,77
Raposo Tavares	12,6	6.554,44	7.365,79
Rio Pequeno	9,7	10.558,14	11.684,12
Vila Sônia	9,9	8.353,53	8.869,70

Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico - IGC; IBGE; Fundação Seade.

Os dados da Tabela 2 apresentam a população estimada da subprefeitura do Butantã e seus distritos administrativos, por sexo e grupo de idade, segundo dados da Fundação Seade, que ficou em 377.351 habitantes. O distrito administrativo do Rio Pequeno apresenta o maior número de habitantes, seguido pelos distritos de Raposo Tavares, Vila Sônia, Butantã e, finalmente, Morumbi.

Tabela 2: Estimativa populacional da subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia, por sexo e grupo de idade, cidade de São Paulo, 2005

População por Sexo e faixa etária	Butantã	Morumbi	Raposo Tavares	Rio Pequeno	Vila Sônia	Subprefei- tura
Sexo masculino	23.063	14.912	44.808	54.397	41.987	179.167
Sexo feminino	27.160	17.513	48.359	59.276	45.876	198.184
0 a 4 anos	2.541	2.149	9.003	9.930	6.943	30.566
5 a 9 anos	2.447	2.033	8204	8.870	6.414	27.968
10 a 14	2.665	1.882	7.461	8.650	6.059	26.717
15 a 19	3.307	2.173	8.322	9.420	6.777	29.999
20 a 24	4.211	2.812	8.954	10.162	7.594	33.733
25 A 29	4.271	2.921	8.935	10.076	7.651	33.854
30 a 34	3.784	2.686	8.059	9.421	7.352	31.302
35 a 39	3.779	2.581	7.093	9.145	6.893	29.491
40 a 44	3.867	2.497	6.672	8.525	6.795	28.356
45 a 49	3.865	2.388	6.018	7.707	6.170	26.148
50 a 54	3.679	2.332	5.031	6.282	5.372	22.696
55 a 59	3.153	1.994	3.576	4.853	4.223	17.799
60 a 64	2.436	1.296	2.157	3.682	2.900	12.471
65 a 69	2.108	949	1.501	2.862	2.361	9.781
70 a 74	1.623	701	922	1.873	1.775	6.894
75 e mais	2.487	1.031	1.259	2.215	2.584	16.568
População total	50.223	32.425	93.167	113.673	87.863	377.351

Fonte: Fundação Seade, IBGE

Nota: População em 1º de julho de 2005

As populações aqui consideradas resultam de um modelo de projeção demográfico, baseado nos resultados do Censo Demográfico 2000 (Fundação IBGE) e nos Indicadores de crescimento calculados a partir das Estatísticas Vitais processadas na Fundação Seade. (Seade, 2007)

As principais atividades econômicas do Butantã referem-se a serviços, empregando 56,82% dos trabalhadores, seguida de comércio com 19,8%, indústria com 13,74%, construção civil com 9,44% e, os 0,2% restantes empregados em outras atividades. (SEADE, 2006).

Observa-se que a atividade econômica difere, em muito, de um território para outro: os serviços estão concentrados no Butantã e Morumbi; o setor industrial, na área do distrito Raposo Tavares, que é cortada pela Rodovia de mesmo nome, um dos eixos rodoviários que fazem a ligação Norte-Sul do País e por onde trafegam, em média, 70 mil carros/dia.

Os dados da Tabela 3 apresentam a distribuição do emprego formal, por setor de atividade, nos distritos administrativos do Butantã, que segue o mesmo padrão observado na subprefeitura, e, pode-se observar que, no distrito de Raposo Tavares, o total de empregos formais está bem abaixo dos demais distritos, chegando a representar quase um terço do total de empregos formais do distrito administrativo do Butantã, o que, por sua vez, tem praticamente a metade da população do primeiro.

Tabela 3: Emprego formal, por setor de atividade, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002

Subprefeitura e Distritos	Indústria	Construção Civil	Comércio	Serviços	Total (1)
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	472.208	131.150	524.175	2.134.827	3.264.793
Butantã	2.229	4.327	4.882	14.840	26.313
Morumbi	874	933	2.849	11.241	15.920
Raposo Tavares	2.860	1.103	2.598	3.390	9.954
Rio Pequeno	3.281	1.254	3.561	17.327	25.528
Vila Sônia	3.336	1.026	4.234	5.216	13.818

Fonte: Fundação Seade.

Emprego formal refere-se ao total de vínculos empregatícios compostos por contratos regidos pela CLT (trabalhador urbano/rural vinculado a empregador pessoa jurídica/física, por tempo determinado/indeterminado; trabalhador avulso, trabalhador temporário e menor aprendiz), pelo Regime Jurídico Único e Militar (federal, estadual e municipal) e pela Legislação Especial (servidor público não efetivo). Deve-se mencionar que um único trabalhador pode ter mais de um vínculo empregatício.

(1) Inclui o setor Agropecuário.

Reforçando, ainda, as diferenças de acesso e oportunidade de trabalho formal apontada acima, os dados da Tabela 4 apresentam o número de trabalhadores admitidos com vínculo empregatício por contratos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), por faixa etária, segundo a subprefeitura e distritos administrativos e relevam mais uma vez que o distrito administrativo de Raposo Tavares está em último lugar em relação à oportunidade de emprego, em todas as faixas etárias, estando o Butantã e Rio Pequeno com os melhores resultados.

Tabela 4: Celetistas admitidos, por faixa etária, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2004

Subprefeituras e Distritos	10 a 17 Anos	18 a 24 Anos	25 a 39 Anos	40 Anos e Mais	Total (1)
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	8.158	104.612	137.010	47.977	297.830
Butantã	371	3.990	5.503	1.853	11.730
Butantã	82	1.063	1.577	539	3.273
Morumbi	25	659	1.082	451	2.217
Raposo Tavares	25	442	515	155	1.137
Rio Pequeno	83	1.197	1.401	418	3.099
Vila Sônia	156	629	928	290	2.004

Fonte: Ministério do Trabalho. Fundação Seade.

Referem-se somente aos contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho- CLT.

Dados referentes ao período de janeiro a abril de 2004.

(1) Inclui idade ignorada

Ao se comparar, ainda, os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, em relação ao número de celetistas admitidos, por escolaridade, em 2004, constata-se outro grande contraste, no distrito de Raposo Tavares somente 51 trabalhadores, com nível superior completo, foram contratados com vínculo empregatício regido pela CLT, distanciando-se, em muito, dos demais distritos (Tabela 5). Tal fato pode refletir a dificuldade de acesso, não somente

ao trabalho formal, mas também à educação e a uma condição de vida o mínimo favorável.

Tabela 5: Celetistas admitidos, por escolaridade, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2004*

Subprefeituras e Distritos	Fundamental Incompleto (1)	Fundamental Completo (2)	Médio Completo (3)	Superior Completo	Total
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	60.712	78.154	124.569	34.395	297.830
Butantã	3.219	2.984	4.169	1.358	11.730
Butantã	982	702	1.181	408	3.273
Morumbi	953	381	592	291	2.217
Raposo Tavares	236	390	460	51	1.137
Rio Pequeno	469	828	1.378	424	3.099
Vila Sônia	579	683	558	184	2.004

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Referem-se somente aos contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

* Dados referentes ao período de janeiro a abril de 2004.

(1) Inclui analfabetos.

(2) Inclui ensino médio incompleto.

(3) Inclui ensino superior incompleto.

Os dados da Tabela 6, abaixo, apresentam o número de empregos formais (vínculo empregatício composto por contratos regidos pela CLT, servidores públicos e servidores públicos não efetivos) por escolaridade, segundo a subprefeitura do Butantã e seus distritos, apontando, ainda, a situação extremamente distinta entre o distrito de Raposo Tavares e os demais, com relação à oportunidade de vagas no mercado de trabalho formal.

Tabela 6: Emprego formal, por escolaridade, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002

Subprefeituras e Distritos	Fundamental Incompleto (1)	Fundamental Completo (2)	Médio Completo (3)	Superior Completo	Total
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	654.212	678.355	1.264.576	667.650	3.264.793
Butantã	25.820	23.347	28.513	13.853	91.533
Butantã	7.867	6.329	6.549	5.568	26.313
Morumbi	4.477	3.274	5.743	2.426	15.920
Raposo Tavares	3.823	3.141	2.443	547	9.954
Rio Pequeno	5.774	6.435	9.827	3.492	25.528
Vila Sônia	3.879	4.168	3.951	1.820	13.818

Fonte: Fundação Seade.

Emprego formal refere-se ao total de vínculos empregatícios composto por contratos regidos pela CLT (trabalhador urbano/rural vinculado a empregador pessoa jurídica/física, por tempo determinado/indeterminado; trabalhador avulso, trabalhador temporário e menor aprendiz), pelo Regime Jurídico Único e Militar (federal, estadual e municipal) e pela Legislação Especial (servidor público não efetivo). Deve-se mencionar que um único trabalhador pode ter mais de um vínculo empregatício.

(1) Inclui não letrados.

(2) Inclui ensino médio incompleto.

(3) Inclui ensino superior incompleto.

Os contrastes sucedem-se, enquanto 60,58% dos moradores do Morumbi ganham mais do que 25 salários mínimos; em Raposo Tavares, apenas 7,2% estão na mesma situação (Figura 1). Ao contrário, mais de 40% dos habitantes dos distritos de Raposo Tavares e 34% do Rio Pequeno recebem até cinco salários mínimos, ao passo que nos distritos Butantã e Morumbi esse índice não passa de 16% (Tabela 7 e Figura 2).

Tabela 7: Distribuição dos domicílios, por faixa de renda familiar, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2000. Em porcentagem

Distritos	Faixas de Renda (em Salários Mínimos)					
	Menos de 2 SM	De 2 a menos de 5 SM	De 5 a menos de 10 SM	De 10 a menos de 15 SM	De 15 a menos de 25 SM	De 25 SM e mais
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	13,30	24,39	25,97	11,29	10,98	14,06
Butantã	4,93	10,60	16,23	12,10	18,25	37,88
Morumbi	4,00	9,05	10,76	5,67	9,95	60,58
Raposo Tavares	12,73	27,95	29,05	12,50	10,54	7,24
Rio Pequeno	11,80	22,00	22,77	12,38	13,08	17,96
Vila Sônia	9,58	16,05	20,05	11,28	13,96	29,07

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Excluindo-se os domicílios cuja espécie é do tipo coletivo. Salário mínimo de referência do Censo 2000: R\$151,00.

Figura 1: Renda familiar, segundo os distritos administrativos do Butantã, cidade de São Paulo, 2000

Fonte: Fundação Seade

Figura 2: Renda familiar, segundo os distritos administrativos do Butantã, cidade de São Paulo. 2000

Fonte: IBGE; Fundação Seade

As Figuras 1 e 2 ilustram a desigualdade de renda existente entre os distritos da subprefeitura do Butantã, apresentando-se o distrito de Raposo Tavares como aquele que a população dispõe de menor renda familiar.

A reprodução social está relacionada diretamente com a reprodução material, traduzida pelas condições concretas de existência da população. A reprodução material gera diferentes contextos, nos quais o estado de saúde ou de enfermidade da população será relacionado às condições de vida desses contextos. Estes são os reflexos de uma rede de interações diversas no âmbito sociopolítico-econômico-cultural-territorial implicados no processo social como um todo. (MONKEN, 2003)

No Butantã, as paisagens, as condições sociais, as atividades econômicas de um ponto a outro, revelam sinais de que existem grandes contrastes. Assim, são 81 favelas que abrigam 13% da população local, e 3.649 domicílios em áreas de risco, representando 10% de todas as

residências existentes nos cinco distritos: Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Raposo Tavares e Rio Pequeno, contrastando com áreas de alto poder aquisitivo na mesma região.

A população pobre está assentada em áreas de extrema fragilidade, sendo uma decorrência da desigualdade econômico-social e política, na qual se constituiu o Município de São Paulo e, especialmente, do funcionamento dos mercados imobiliários urbanos. (SÃO PAULO, 2006)

Os dados da Tabela 8 apresentam três pontos críticos na região, todos concentrados nos arredores do córrego Pirajussara. O transbordamento do córrego Pirajussara e, conseqüente alagamento, configura-se em um risco ambiental com impacto negativo sobre as condições de vida e saúde da população da região.

Tabela 8: Pontos críticos, subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2006

Subprefeitura	Ponto Crítico	Tipo
Butantã	CÓRREGO PIRAJUSSARA Av. Caxingui e travessas	Transbordamento e alagamento por refluxo de água em galerias
	CÓRREGO PIRAJUSSARA Av. Eliseu de Almeida travessas	Transbordamento e alagamento por refluxo de águas e insuficiência de vazão.
	CÓRREGO PIRAJUSSARA Rua Alvarenga e travessas	Transbordamento e alagamento por refluxo de água em galerias.

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo, subprefeitura municipal do Butantã

A degradação ambiental, sobretudo com o desmatamento nos distritos mais periféricos de Raposo Tavares e Rio Pequeno, é outra

questão preocupante, onde, ano a ano, comunidades carentes vão invadindo terras em busca de moradia.

Conforme dados do Atlas Ambiental de São Paulo (2007), de 1991 a 2000, quase 121 hectares foram desmatados no primeiro distrito, e 49 hectares, no segundo; porém, a região ainda apresenta uma enorme área de cobertura vegetal: quase metade dos 56,1 Km² de toda a região é verde. Os dados das Tabelas 9 e 10, respectivamente, apresentam o número de Parques Municipais da região e o número de praças dos distritos administrativos.

Assim, o distrito de Raposo Tavares, o maior em extensão territorial, e com a segunda maior população da região, apresenta o menor número de praças públicas. (SÃO PAULO, 2006).

Tabela 9: Parques municipais na área da subprefeitura do Butantã, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2006

Distrito administrativo	Parques	Área
Butantã	Parque Previdência	91.500 m ²
Butantã	Parque Luis Carlos Prestes	27.100 m ²
Morumbi	Parque Alfredo Volpi	142.400 m ²
Raposo Tavares	Parque Raposo Tavares	195.000m ²

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo, subprefeitura municipal do Butantã

Tabela 10: Número de praças da subprefeitura do Butantã, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2006

Distritos Administrativos	Número de praças
Butantã	32
Morumbi	67
Raposo Tavares	10
Rio Pequeno	22
Vila Sonia	17
Total Subprefeitura do Butantã	148

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo, Supervisão de Serviços Públicos do Butantã

O percentual de domicílios com rede de água é de 99,4%, com rede de esgoto de 92,4% e com coleta de lixo de 99,5%. Os dados das Tabelas 11 e 12, abaixo, apresentam alguns aspectos sanitários do Butantã e seus distritos. A forma de esgotamento também representa um contraste entre os distritos, estando os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno em piores condições.

Tabela 11: Domicílios particulares permanentes, por forma de esgotamento sanitário, segundo subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Subprefeituras e Distritos	Total de Domicílios Particulares Permanentes	Rede Geral	Fossa Séptica	Fossa Rudimentar ou Vala	Cursos d'Água ou Outros
Butantã	106.548	98.426	2.541	1.215	4.366
Butantã	16.388	16.032	136	170	50
Morumbi	9.578	8.787	421	316	54
Raposo Tavares	24.617	22.991	883	550	193
Rio Pequeno	31.135	27.523	465	24	3.123
Vila Sônia	24.830	23.093	636	155	946

Fonte: IBGE; Fundação Seade.

Tabela 12: Distribuição dos domicílios permanentes, por destino do lixo, segundo subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002 . Em porcentagem

Subprefeituras e Distritos	Total de Domicílios Particulares Permanentes	Coletado por Serviço de Limpeza	Coletado em Caçamba de Serviço de Limpeza	Queimado ou Enterrado na Propriedade	Jogado em Terreno Baldio, Logradouro, Curso d'Água ou Outro Destino
Município de São Paulo	2985977	96,55	2,65	0,16	0,64
Butantã	106548	93,97	5,52	0,03	0,47
Butantã	16388	99,64	0,35	-	0,01
Morumbi	9578	93,23	6,39	0,11	0,26
Raposo Tavares	24617	98,27	1,64	0,02	0,08
Rio Pequeno	31135	92,94	5,74	0,02	1,30
Vila Sônia	24830	87,56	12,16	0,05	0,22

Fonte: IBGE; Fundação Seade.

A região do Butantã possui seis hospitais: um municipal, dois estaduais e três privados, que no conjunto dispõem de 544 leitos SUS. (SÃO PAULO, 2006)

O distrito de Raposo Tavares não tem hospital ou pronto-socorro público, e, por estar no extremo, na periferia da região e da cidade, a população enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde para atendimento de urgência e emergência. O atendimento por Unidade Básica de Saúde, segundo Sposati (2000), é estimado em 1:20.000 habitantes (uma UBS para cada 20 mil habitantes). O Mapa 1 apresenta a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da subprefeitura do Butantã, os equipamentos de saúde da região e a distribuição das creches no território.

Mapa 1: Supervisão de Saúde do Butantã - 2007

Área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, equipamentos de saúde e creches.

Elaborado por: SMS/CEinfo/GISA (2007)

Os distritos de Raposo Tavares e Vila Sônia não possuem hospitais públicos, prontos-socorros e ambulatórios de especialidades. O distrito do Butantã concentra o maior número de hospitais, prontos-socorros e ambulatórios de especialidades, além de um número de unidades básicas de saúde que supera o estimado. O distrito do Morumbi tem apenas uma unidade básica de saúde, estando a relação população-UBS bem abaixo do preconizado, porém, pode justificar-se pelo perfil socioeconômico predominante na região onde, possivelmente, a população SUS dependente seja atendida a contento. A maior concentração de creches está nos distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno, estando os demais distritos com uma grande área geográfica desprovida desse equipamento social.

Os dados da Tabela 13, abaixo, apresentam os equipamentos culturais que a região possui, estando os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno desprovidos desses equipamentos, refletindo mais uma vez a heterogeneidade da região quanto ao acesso aos serviços. A região da subprefeitura do Butantã possui quatro telecentros, estando um deles no distrito de Raposo Tavares. Os telecentros, destinados à inclusão digital, desenvolvem também várias oficinas que abrangem temas como educação ambiental, criação de sites, entre outros, temas sociais, ambientais e profissionais, proporcionando também à comunidade a inclusão social. (SÃO PAULO, 2007a)

Tabela 13: Equipamentos culturais, por tipo, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2002

Subprefeituras e Distritos	Salas de Cinema	Salas de Teatro	Casas de Cultura	Centros Culturais	Museus	Espaços e Oficinas Culturais
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	235	121	12	33	72	35
Butantã	12	2	1	-	20	2
Butantã	9	2	1	-	15	1
Morumbi	-	-	-	-	4	1
Raposo Tavares	-	-	-	-	-	-
Rio Pequeno	-	-	-	-	-	-
Vila Sônia	3	-	-	-	1	-

Fonte: Fundação Seade.

Segundo dados da Prefeitura do Município de São Paulo, houve uma redução do número de ônibus que servem à região nos oito últimos anos:

[...] Das 798 linhas operadas em São Paulo, 53 servem à região do Butantã, ou seja, 6,64%. No Município de São Paulo são transportados mensalmente 93 milhões de passageiros, dos quais 7.315.000 referem-se à região do Butantã. A frota em operação no Município é composta por 9.831 carros, dos quais 856 (8,7%) circulam no Butantã. (SÃO PAULO, 2007b)

De maneira geral, foi possível visualizar, nesta primeira aproximação, a nítida heterogeneidade entre os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã. O território desenha-se repleto de contrastes, abrigando, como nas grandes cidades, grupos populacionais em condições socioeconômicas extremamente avantajadas e distantes de outros, que vivem em situação pouco favorável, caracterizada por baixa renda, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, difícil acesso a serviços de saúde, lazer e espaços de cultura.

Classicamente, vários estudos têm procurado explicar as desigualdades na saúde da população, segundo fatores socioeconômicos, tais como: renda,

educação, habitação, ambiente, apontando que a saúde da população apresenta forte gradiente social.

Esta discrepância entre os distritos administrativos do Butantã, reforça a contribuição da proposta, descrita por Mendes (1996), da distritalização da saúde (distrito sanitário), como processo social de mudanças das políticas de saúde.

Deste modo, a preocupação primária da proposta de distritalização da saúde é o afastamento da visão de distrito sanitário reduzido a uma instância topográfica, de natureza geográfica e burocrática, que atende às demandas da organização política.

O distrito sanitário, segundo Mendes:

[...] deve ser entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e a eficácia sociais, a equidade e a democratização e que se institui em um território – normalmente a microrregião – no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviços de saúde [...] e os conjuntos sociais em situação, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos e organizativos. (MENDES, 1996, p. 256)

Assim, a vigilância da saúde, como prática sanitária do paradigma da produção social, deve centrar-se na intersectorialidade baseada em ações sobre problemas e pessoas concretas e em territórios concretos e transformados em demandas políticas. (MENDES, 1996 p. 255)

O correto dimensionamento da realidade do território e de suas demandas torna-se necessário, para que se possa priorizar a alocação de recursos e a proposição de ações intersectoriais que atendam aos diferentes grupos sociais e, em especial, àqueles com condições de vida que possam interferir na produção social da saúde.

5.3 VIGILÂNCIA DA SAÚDE: QUAIS INDICADORES UTILIZAR?

Considerando-se a vigilância da saúde, como prática sanitária referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde, neste capítulo, serão apresentados alguns indicadores que podem representar diferentes dimensões do processo saúde-doença, buscando aproximar-se do perfil epidemiológico da população da região do Butantã.

Inicialmente, são mostrados alguns indicadores compostos que podem descrever, de forma mais aproximada, as condições de vida dos moradores dos distritos administrativos do Butantã (indicadores de processo) e, a seguir alguns indicadores usualmente empregados para descrever as condições gerais de vida e saúde de uma população, os indicadores clássicos (indicadores de resultado).

A escolha dos indicadores compostos que compõem o Mapa de Exclusão/Inclusão Social elaborado por Sposati (2000), teve como propósito evidenciar as desigualdades sociais existentes na região do Butantã.

O Mapa de Exclusão/Inclusão Social possibilita uma leitura da realidade social dos territórios de uma região, estabelecendo uma relação de comparação da parte com o todo, permitindo examinar a presença de exclusão/inclusão social. Além de representar uma metodologia de análise georreferenciada dos territórios de uma cidade pelas variáveis que medem

o grau de desenvolvimento humano, equidade, qualidade de vida e autonomia.

Desse modo, o Mapa permite conhecer o “lugar dos dados” e construir índices compostos de exclusão/inclusão social (**IEX**) simbolizados por notas decimais negativas e positivas. Por meio dessas notas, foi construído um ranking dos distritos pelo afastamento negativo ou positivo do padrão de inclusão. Esta medida compara a distância que a cidade constrói entre as melhores e piores condições de vida. No caso da cidade de São Paulo, estes índices foram produzidos para os 96 distritos, (SPOSATI, 2000). (Mapa 2)

A seguir, as figuras apresentadas procuram ilustrar, o “lugar no ranking”, ou seja, o afastamento positivo ou negativo do padrão de inclusão ocorrido na região do Butantã e distritos administrativos, trazendo, a título de comparação, os distritos da cidade considerados mais afastados da inclusão e os menos afastados e com isso discutir a viabilidade dessas categorias para se realizar a vigilância da saúde em uma dada região.

5.3.1. Categoria Autonomia

A autonomia refere-se à “capacidade e possibilidade do cidadão suprir suas necessidades vitais, especiais, culturais, políticas e sociais [...]”. Possibilidade de exercer sua liberdade com sua dignidade reconhecida. (SPOSATI, 2000). A categoria autonomia foi operacionalizada pelas variáveis, empregabilidade, renda familiar e situação de indigência.

Abaixo, é possível visualizar nas Tabelas de 14 e 15 os dados relativos aos indicadores que compõem a categoria autonomia, distribuídos por distritos.

5.3.1.1 Empregabilidade

Tabela 14: Índice distrital de exclusão/inclusão social da taxa de oferta de empregos por moradores de 14 a 69 anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1997

Ranking	DISTRITO	População 14 a 69 anos	Total de Empregos 97	Taxa	IEX
1	Cidade Tiradentes	107.489	19.076	0,18	-1,00
20	Vila Sonia	60.102	17.648	0,29	-0,87
36	Rio Pequeno	74.261	28.966	0,39	-0,76
42	Raposo Tavares	59.968	24.629	0,41	-0,73
73	Butantã	41.673	50.377	1,21	0,02
80	Morumbi	31.020	50.534	1,63	0,08
96	Sé	17.628	144.506	8,20	1,00

Fonte: Sposati A. Mapa Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 3: IEX da taxa de oferta de empregos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo – 1997

Fonte: Sposati A. Mapa Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

No IEX empregabilidade (Tabela 14 e Figura 3), o distrito de Vila Sônia representa a região em pior situação, com taxa de 0,29, isto é, de cada dez moradores quase três têm emprego no próprio distrito. Os distritos do Butantã e do Morumbi encontram-se dentro do padrão de inclusão, significando que a oferta de emprego é de uma vaga para cada morador, aproximadamente. Vale lembrar que os serviços, na região do Butantã, estão concentrados nos distritos do Butantã e Morumbi e o setor industrial, na área do distrito de Raposo Tavares.

5.3.1.2 Situação de Indigência

A população de rua é constituída por pessoas sem moradia fixa, que pernoitam em albergues, nos logradouros da cidade, em casas abandonadas, cemitérios, carcaças de veículos, terrenos baldios ou em depósitos de sucata. São pessoas para as quais algumas das instituições básicas da sociedade - propriedade privada, família, mercado - deixaram de propiciar as estratégias usuais de sobrevivência. Certamente, quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde da população, de uma forma geral, e do indivíduo e sua família, em particular. (ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2005)

Os dados da Tabela 15 e Figura 4, abaixo, apresentam o IEX da população em situação de rua nos distritos do Butantã.

Tabela 15: Índice distrital de exclusão/inclusão social da população em situação de rua, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Ranking	Distrito	Logradouro	Albergue	Total	%	IEX
1	Mooca	61	1.000	1.061	12,19	-1,00
44	Vila Sonia	14	-	14	0,16	-0,01
49	RioPequeno	11	-	11	0,13	-0,01
51	Butantã	10	-	10	0,11	-0,01
76	RaposoTavares	3	-	3	0,03	0,00
87	Morumbi	1	-	1	0,01	0,00
96	VilaCuruça	-	-	0	0,00	0,00
MSP		5.013	3.693	8.706	100,00	

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 4: Índice distrital de exclusão/inclusão social da população em situação de rua, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo – 2000

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Certamente, a concentração maior da população de rua será em locais que tenham albergues, como no caso da Mooca. Neste índice, os distritos de Vila Sônia e Rio Pequeno apresentam as piores condições, onde são

encontrados o maior número de pessoas em situação de rua, o que representa o extremo da exclusão social e a utopia da produção social de saúde.

5.3.1.3 Renda Familiar

O cálculo do IEX renda familiar tomou como padrão básico o valor aproximado de um terço da maior renda da cidade, que representa 14 salários mínimos. (SPOSATI, 2000)

Figura 5: Índice distrital de exclusão/inclusão social da renda média familiar, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo – 1996

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 6 informa que a maior renda está no distrito do Morumbi, quase se igualando ao índice encontrado em Moema, local que apresenta a maior renda da cidade. Pode-se observar que na subprefeitura do Butantã somente o distrito de Raposo Tavares apresenta índice de exclusão, ou seja, uma renda média familiar abaixo do padrão de inclusão.

Na categoria autonomia, os distritos de Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia mostraram índices de exclusão social nos indicadores empregabilidade e renda que, estão relacionados diretamente, com a aquisição em quantidade e qualidade de bens de consumo para a satisfação das necessidades básicas (alimento, moradia, vestimenta, educação, lazer, etc.) que refletirá na produção social da saúde, ou seja, na acumulação de saúde.

As desigualdades nas condições de vida, por consequência das diferenças nos processos de reprodução social, ou seja, nos padrões de trabalho e consumo, terão reflexos nas situações de saúde da população (BARATA, 1997). Assim, renda e trabalho são condições essenciais na geração de condições produtoras de saúde.

Szwarcwald, Bastos, Esteves, Andrade, Paez, Médici, et al (1999), citando Wallace, afirmam que “[...] a desigualdade de renda tem efeitos sobre a qualidade de vida, aumentando a frustração, o *stress*, fomentando rupturas sociais e familiares, o que implica deterioração adicional das condições de saúde [...]” (SZWARCWALD, BASTOS, ESTEVES, ANDRADE, PAEZ, MÉDICI, et al, 1999)

5.3.2 Categoria qualidade de vida

A qualidade de vida é representada pela “possibilidade de melhor redistribuição e usufruto da riqueza social e tecnológica aos cidadãos de uma comunidade [...]”, “[...] é a garantia de um ambiente de desenvolvimento ecológico e participativo de respeito ao homem e à natureza”. Esta categoria é composta pelos indicadores: número de pessoas por habitação; disponibilidade de creches para crianças de zero a três anos; educação infantil para crianças de

quatro a seis anos; educação fundamental para crianças de 7 – 14 anos e cobertura da população por Unidade Básica de Saúde. (SPOSATI, 2000)

Abaixo são apresentadas as tabelas relativas aos indicadores que compõem a categoria qualidade de vida.

5.3.2 .1 Número de pessoas por habitação

O IEX densidade habitacional tomou como padrão a densidade habitacional de 3,54 pessoas/domicílio, estando o distrito de Vila Sônia dentro desse padrão, Raposo Tavares é o distrito da região com maior densidade habitacional, seguido pelos distritos de Rio Pequeno e Morumbi. O distrito do Butantã apresentou uma densidade habitacional menor do que o índice -padrão. Este índice por si só não é capaz de medir o conforto domiciliar, que exigiria o cálculo de pessoas por dormitório/banheiro, nem a qualidade do domicílio que exigiria a análise de infra-estrutura (água, luz, lixo, esgoto). (SPOSATI, 2000)

Tabela 16: Índice de exclusão/inclusão social da taxa distrital de densidade habitacional, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996

Ranking	Distrito	Total de domicílios 96	Total população	Densidade habitacional	IEX Dens. habitacional
1	Lageado	31.484	129.729	4,12	-1,00
33	RaposoTavares	23.051	87.209	3,78	-0,41
34	Rio Pequeno	26.582	99.428	3,74	-0,34
37	Morumbi	10.347	38.550	3,73	-0,31
51	Vila Sônia	22.412	79.320	3,54	0,00
72	Butantã	16.926	53.520	3,16	0,28
96	República	22.654	49.666	2,19	1,00
MSP		2.778.558	9.839.066	3,54	

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 6: Índice de exclusão/inclusão social da taxa distrital de densidade habitacional, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Para o IEX densidade habitacional, somente os distritos do Butantã e Vila Sônia estão em situação de inclusão, porém este indicador não avaliou o número de cômodos nos domicílios o que poderia modificar o resultado, sobretudo no Morumbi, onde se encontrou uma renda familiar bem superior aos padrões de inclusão. O distrito de Raposo Tavares encontra-se na pior situação para esta categoria.

5.3.2. 2 Disponibilidade de creches para crianças de zero a três anos

Segundo Sposati (2000), o déficit de vagas em creches em São Paulo aumentou em 34%, entre 1995 e 1999, apontando que ocorreu uma diminuição da população de zero a quatro anos, de forma geral, na cidade, porém, a oferta de vagas não melhorou.

Tabela 17: Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas por creches por criança de zero a três anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Ranking	Distrito	Creche Particular	Creche Municipal	Total vagas	% cobertura total	População 0 a 3 anos	Déficit vagas públicas	%Déficit vagas públicas	IEX creches
1	Marsilac	0	0	0	-100,00	731	-292	-100,00	-1,00
55	Raposo Tavares	219	976	1.195	-82,09	6.673	-1.693	-63,43	-0,64
70	Vila Sônia	147	871	1.018	-77,28	4.480	-921	-51,40	-0,53
73	Rio Pequeno	176	1.333	1.509	-76,40	6.393	-1.224	-47,87	-0,49
78	Morumbi	447	435	882	-54,40	1.934	-339	-43,77	-0,45
91	Butantã	240	623	863	-54,46	1.895	-135	-17,81	-0,20
96	Bela Vista	156	1.105	1.261	-50,33	2.539	89	8,80	1,00
	MSP	17.105	81.022	98.338	-84,60	638.653	-174.439	-68,28	

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 7: IEX de cobertura de vagas por creches por criança de zero a três anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Na região do Butantã, todos os distritos apresentam um IEX negativo (Figura 7), o que representa um déficit de vagas em creches, estando o distrito de Raposo Tavares com o pior índice de exclusão.

A oferta de vagas em creches pode ser um fator protetor para famílias e crianças, dada sua importância social, ressaltando-se algumas vantagens da assistência: local seguro para a criança; alimentação de acordo com as necessidades e possíveis cuidados preventivos de saúde (SANTOS, RESCK, CARNEIRO, 2003)

5.3.2. 3 Disponibilidade de Educação infantil para crianças de quatro a seis anos

A educação infantil deve ocorrer de forma obrigatória da faixa etária dos quatro a seis anos (SPOSATI, 2000). Os dados da Tabela 19 apresentam o IEX educação infantil dos distritos administrativos da subprefeitura do Butantã.

Tabela 18: Índice distrital de exclusão/inclusão social de atenção e educação infantil de crianças de quatro a seis anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Ranking	Distrito	EMEI municipal	EMEI partic.	EMEI total	Total de 4 a 6	% Cobert. municipal	% Cobert. Partic.	% Déficit/ Superávit	% Déficit/ Superávit	IEX EMEI
1	Marsilac	0	0	0	540	0	0	-540	-100,00	-1,00
21	Morumbi	387	1.106	1.493	1.508	25,66	73,34	-1,121	-74,34	-0,74
65	Vila Sônia	1.925	456	2.381	3.483	55,27	13,09	-1,558	-44,73	-0,45
70	Rio Pequeno	2.873	928	3.801	4.931	58,26	18,82	-2,058	-41,74	-0,42
76	Raposo Tavares	3.195	307	3.502	4.721	67,68	6,50	-1.526	-32,32	-0,33
82	Butantã	1.296	1.278	2.574	1.704	76,06	75,00	-408	-23,94	-0,24
96	Lapa	2.419	779	3.198	1.868	129,50	41,70	551	29,50	1,00
	MSP	215.034	74.139	289.173	479.674	44,83	15,46	-264.640	-55,17	

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 8: Índice distrital de exclusão/inclusão social de atenção e educação infantil de crianças de quatro a seis anos, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 8 ilustra os graus de exclusão, para este índice, apontando que em todos os distritos há um déficit de vagas públicas, estando o distrito do Morumbi com o pior índice, onde se verifica que a cobertura desta faixa etária, na educação infantil, em sua grande maioria, se dá no ensino privado (Tabela 19).

5.3.2.4 Disponibilidade de escolas de educação fundamental para crianças de 7 a 14 anos

Segundo Sposati (2000), “ o ensino público obrigatório na cidade de São Paulo não garante as vagas necessárias às crianças de 7 a 14 anos em todos os distritos “[...] Ainda assim a cidade registra um superávit de 20% , considerando-se a defasagem entre série/idade, encontram-se no ensino fundamental jovens de 19 anos de idade”.

Tabela 19: Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas públicas de ensino fundamental, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999

Ranking	Distrito	Total 07 a 14	Matrículas	Déficits	%	IEX Ens. Fundamental
1	República	3.646	868	-2.778	-76,19	-1,00
18	RaposoTavares	14.273	14.738	465	3,26	0,01
23	Vila Sônia	10.899	11.737	838	7,69	0,03
36	Rio Pequeno	15.270	17.286	2.016	13,20	0,05
88	Morumbi	4.553	7.249	2.696	59,21	0,20
93	Butantã	5.852	11.329	5.477	93,59	0,32
96	Pari	1.655	6.461	4.806	290,39	1,00
	MSP	1.435.665	1.730.420	294.755	20,53	

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 9: Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas públicas do Ensino fundamental, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

O distrito do Butantã apresenta o melhor índice de cobertura de vagas no ensino fundamental, enquanto o distrito de Raposo Tavares tem o pior, porém, enquadra-se dentro do padrão de inclusão.

5.3.2.5 Cobertura da População por Unidade Básica de Saúde

Como referido anteriormente, o atendimento por Unidade Básica de Saúde (UBS) é estimado em 1:20.000 habitantes. (SPOSATI, 2000)

Figura 10: Índice distrital de exclusão/inclusão social da cobertura da população por Unidades Básicas de Saúde, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 10 aponta que, na categoria cobertura por UBS, o distrito do Morumbi apresenta pior situação, ou seja, está fora do padrão de inclusão para esta categoria, estando os demais distritos em melhor situação.

Conforme descreve Assis:

O conceito de saúde, assegurado na legislação brasileira, constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa. (ASSIS, 2003. P. 816)

Na categoria qualidade de vida, o distrito de Raposo Tavares apresenta de forma geral os piores índices. Resgatando Mendes (1996, p. 258, 262), saúde é entendida “(...) como expressão da qualidade de vida” e o mesmo autor aponta a necessidade fundamental da construção, na vigilância da saúde, de indicadores compostos de qualidade de vida, que “[...] ao combinar diferentes referenciais para a descrição da cidade, presume a interação de vários fatores na determinação da qualidade da vida daquela cidade” logo, de seus habitantes.

5.3.3 Desenvolvimento humano

Representa a “possibilidade de todos os cidadãos de uma sociedade melhor desenvolverem seu potencial com menor grau possível de privação e de sofrimento; possibilidade da sociedade poder usufruir coletivamente do mais alto grau da capacidade humana. “(SPOSATI, 2000)

A mesma autora faz referência às diferenças entre o *IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)* produzido pela Organização das Nações Unidas (ONU) para comparar os diversos países e que vem sendo utilizado usualmente no Brasil para comparação entre os Estados, e o *Mapa*, e aponta que:

[...] um dos diferenciais básicos é que o **IDH** não estabelece uma referência de padrão de vida desejado, que caracterize as situações de exclusão e de inclusão social. Outro diferenciador é que o *Mapa* coloca a localização geográfica como parte da análise e não só como denominação do índice. [...] o *Mapa* inspira-se nos conceitos do *Relatório de Desenvolvimento Humano*, pois não mede a residualidade mas, a discrepância ou a distância das condições de vida, considerando-as como uma condição de impacto coletivo” (SPOSATI, 2000)

No *Mapa de exclusão/inclusão social* (2000), o IEX desenvolvimento humano foi construído, baseado nos índices de longevidade, nível educacional dos chefes de família, anos potenciais de vida perdidos (APVP) e taxa de homicídio. (SPOSATI, 2000)

No presente estudo, para a categoria desenvolvimento humano, são apresentados os indicadores que se referem ao nível educacional dos chefes de família, longevidade e homicídio.

5.3.3.1 Nível educacional dos chefes de família

A necessidade de se avaliar a escolaridade do chefe de família ocorre pela sua importância na inserção no mercado de trabalho, bem como por configurar-se, como condição mais permanente de renda.

Figura 11: Índice distrital de exclusão social da incidência de chefes de família sem Instrução, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 11 ilustra o IEX da incidência de chefes de família sem instrução, verifica-se que todos os distritos apresentam graus de exclusão social para este índice e, Rio Pequeno e Raposo Tavares estão em pior condição.

Figura 12: Índice distrital de exclusão/inclusão social de chefes de família com 15 ou mais anos de estudo, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 12, acima, apresenta o IEX de incidência de chefes de família com 15 ou mais anos de estudo, onde todos os distritos da Região do Butantã encontram-se em situação de inclusão social para este índice, porém, o distrito de Raposo Tavares apresenta índice bem inferior e distante em relação aos demais.

Figura 13: IEX Desenvolvimento educacional do chefe da família, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 13 ilustra o IEX desenvolvimento educacional dos chefes de Família, índice composto pelas taxas de nível instrucional (sem instrução, um a três anos de instrução, quatro a sete anos de instrução, 8 a 14 anos de instrução e mais de 15 anos de instrução), tendo como padrão de inclusão a faixa de quatro a sete anos de estudo. Os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno encontram-se abaixo do padrão de inclusão para o desenvolvimento educacional do chefe de família.

5.3.3. 2 Longevidade

Para avaliar a longevidade, foi utilizado o percentual de moradores com 70 anos ou mais por distrito.

Figura 14: IEX Longevidade, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2000

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 14, acima, apresenta o IEX longevidade para os distritos do Butantã, onde se observa, mais uma vez que os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno apresentam as menores taxas de longevidade, estando mais afastados do padrão de inclusão.

5.3.3.3 Homicídios

Uma das variáveis que compõe o estudo do desenvolvimento humano é a taxa distrital de homicídios.

Figura 15: IEX Homicídio, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1999

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 15 apresenta o IEX homicídio nos distritos da subprefeitura do Butantã, onde, em 1999, as taxas de homicídio apresentavam-se maiores nos distritos do Morumbi e Rio Pequeno. Dados recentes sobre a taxa de homicídio informam que, atualmente, o distrito de Raposo Tavares apresenta as maiores taxas. (Figura 19)

O estudo de Gawryszewski e Costa (2005) considera que “[...] o crescente processo de exclusão social contribui para o aumento da violência em áreas urbanas [...]” e aponta a existência de diferenciais intra-urbanos em relação à

violência, onde as taxas mais altas são encontradas nas regiões que concentram os grupos com condições socioeconômicas mais desfavoráveis.

Na categoria desenvolvimento humano, os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno apresentam os piores índices dentro da região, configurando-se como locais de exclusão social, enquanto o distrito do Butantã apresenta os melhores.

5.3.4 Categoria Eqüidade

A eqüidade refere-se à possibilidade das diferenças serem manifestadas e respeitadas, sem discriminação; condição que favorece o combate das práticas de subordinação e preconceito em relação às diferenças de gênero, políticas, éticas, religiosas, culturais, de minorias, etc.” (SPOSATI, 2000)

O conceito de eqüidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, refere-se ao enfrentamento das desigualdades existentes entre os diversos grupos sociais, tratando de forma desigual aos desiguais, buscando o atendimento às necessidades de cada parcela da população (AQUINO et al, 1997).

A categoria eqüidade foi operacionalizada por Sposati (2000) pelo indicador número de famílias chefiadas por mulheres. No Mapa 95 da mesma autora, o IEX eqüidade constituiu-se de duas variáveis, o número de mulheres chefes de família e o número de mulheres chefes de família não letradas.

5.3.4.1 Famílias chefiadas por mulheres

Tabela 20: Índice distrital de exclusão/inclusão social de mulheres chefes de famílias, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996

Ranking	DISTRITO	Domicílio Permanente 96	Total de Mulheres chefes	% Mulheres	IEX
1	SantaCecília	27.970	11.728	41,93	-1,00
31	Butantã	15.286	3.985	26,07	-0,1
46	Rio Pequeno	26.068	6.258	24,01	0,0
49	RaposoTavares	21.776	5.188	23,82	0,0
51	Vila Sonia	20.383	4.796	23,53	0,08
81	Morumbi	9.986	2.021	20,24	0,38
96	Marsilac	1.833	247	13,48	1,00
MSP		2.708.845	660.422	24,38	

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

Figura 16: Índice distrital de exclusão/inclusão social de mulheres chefes de família, segundo distritos administrativos, cidade de São Paulo, 1996

Fonte: Sposati A. Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000 - Dinâmica Social anos 90

A Figura 16 apresenta o IEX de mulheres chefes de família da subprefeitura do Butantã, apontando que somente o distrito administrativo do Butantã registrou grau de exclusão, isto é, apresentou uma taxa superior ao padrão de inclusão e os demais distritos registraram graus de inclusão superiores ao padrão. Para a construção do IEX mulheres chefes de família, foi considerado como padrão de inclusão o percentual de 24,38 % de mulheres chefes. Segundo Sposati (2000), “os distritos com maior taxa do que esta foram considerados com graus de exclusão, por se tratarem de lares monoparentais associados à feminilização da pobreza e à redução de salários que ocorre para as mulheres”

No geral, o distrito de Raposo Tavares, seguido do Rio Pequeno são locais com os piores índices de exclusão/inclusão social na região do Butantã, configurando-se como aqueles que mais apresentam exclusão social.

Conforme Mendes:

[...] a prática da vigilância da saúde parte do reconhecimento do território para, nele, identificar, descrever e explicar os problemas aí contidos, definindo seus nós críticos e atuando, sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações, organizadas intersetorialmente. (MENDES, 1996, p. 252)

O mesmo autor (1996, p. 258) chama a atenção para a eficiência das ações com enfoque intersetorial, já que os recursos são provenientes de diversos setores, por intermédio do planejamento participativo, contribuindo para equidade “[...] ao focalizarem-se em espaços e grupos sociais em situação de exclusão social” .

Mapa 2: Mapa da Exclusão/Inclusão Social – Distritos da cidade de São Paulo, 2002

Fonte: PUC/SP, Inpe, Instituto Polis; Prefeitura Municipal de São Paulo-Mapa da Exclusão/Inclusão Social/-Município em Mapas – Série temática: Índices Sociais

Disponível em: http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/mm/index.php?texto=corpo&tema_cod=5 (acesso em Janeiro de 2007)

Nota: Destaque em verde nosso.

5.3.5 Indicadores sociais e de saúde

A mortalidade infantil, indicador que se refere aos óbitos ocorridos entre menores de um ano, representa um dos principais indicadores das condições de vida e estado de saúde a que estão submetidos quaisquer grupos populacionais. Sua capacidade de aferir as formas de produção e reprodução da vida material de famílias e comunidades está relacionada às variáveis que influenciam a concretização do problema, tais como: disponibilidade de redes de distribuição de água tratada e coletora de esgotos; nível de escolaridade das mães; acesso a trabalho e renda e cobertura e capacidade resolutiva dos serviços de saúde. (BARBOSA, 2000)

As taxas ou coeficientes de mortalidade representam um indicador social tradicionalmente empregado para avaliação do estado de saúde e das condições de vida de uma população, ou seja, permitem avaliar o estado de saúde geral de uma comunidade se associado a outros indicadores. (ROUQUAYROL, 2006)

Os dados das Tabelas 21 e 22 apresentam os óbitos em menores de um ano e as taxas de mortalidade infantil nos distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, onde se pode verificar que, em Raposo Tavares, a taxa de mortalidade infantil total é de 18,70 , sendo o distrito com a maior taxa de mortalidade da região, superando, até mesmo, o Município de São Paulo (Figura 15).

Tabela 21: Óbitos em menores de um ano, segundo a subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2003

Subprefeitura Distritos Município	Nascidos Vivos	Óbitos Menores de 1 ano				
		Neonatal			Pós- Neonatal	Total
		Precoce	Tardia	Total		
Butantã	7.676	56	17	73	28	101
Butantã	730	2	1	3	2	5
Morumbi	931	6	2	8	2	10
Raposo Tavares	2.032	21	8	29	9	38
Rio Pequeno	2.313	17	4	21	7	28
Vila Sônia	1.670	10	2	12	8	20
Município de São Paulo	183.552	1.237	519	1.756	856	2.612

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 22: Taxa de mortalidade infantil, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2003

Subprefeitura Distritos Município	Nascidos Vivos	Taxa de mortalidade Infantil (*)				
		Neonatal			Pós- Neonatal	Total
		Precoce	Tardia	Total		
Butantã	7.676	7,30	2,21	9,51	3,65	13,16
Butantã	730	2,74	1,37	4,11	2,74	6,85
Morumbi	931	6,44	2,15	8,59	2,15	10,74
Raposo Tavares	2.032	10,33	3,94	14,27	4,43	18,70
Rio Pequeno	2.313	7,35	1,73	9,08	3,03	12,11
Vila Sonia	1.670	5,99	1,20	7,19	4,79	11,98
Município de São Paulo	183.552	6,74	2,83	9,57	4,66	14,23

Fonte: Fundação SEADE
(*) Por Mil Nascidos Vivos

As taxas de mortalidade expressam desde a qualidade e adequação das condições sociais e ambientais até a qualidade do pré-natal e parto (SÃO PAULO, 2007c).

Vários estudos apontam uma estreita relação entre mortalidade infantil e os fatores socioeconômicos, referidos à grande vulnerabilidade que as crianças menores de um ano apresentam em relação às alterações ocorridas no ambiente social e econômico e às ações de saúde.

Os estudos realizados em países em desenvolvimento têm demonstrado que esta estreita relação deixou de ser tão evidente. Apesar da crise econômico-mundial dos anos de 1980 e do agravamento das desigualdades sociais, houve manutenção e até intensificação da queda das taxas de mortalidade infantil. Assim, as questões relacionadas às desigualdades em saúde passam a incorporar a necessidade de identificação de grupos sociais ou populações submetidas a riscos mais elevados. (COSTA, AZI, PAIM, SILVA, 2001)

Ao se considerar a renda familiar da população dos distritos administrativos da região do Butantã e as taxas de mortalidade infantil, há uma relação entre renda e mortalidade, já que o distrito de Raposo Tavares apresenta a maior taxa de mortalidade infantil e a menor renda familiar.

Figura 17. Taxa de mortalidade infantil total, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2003

Fonte: Fundação Seade

Segundo Chiesa:

[...] as discrepâncias dos índices de mortalidade infantil em diversos países, evidenciam que se trata de um fenômeno relacionado à forma de organização social, constituindo, por isso, um excelente indicador de desenvolvimento social. A partir do momento em que a sociedade humana detém conhecimentos suficientes para intervir sobre os agravos capazes de provocar a morte nessa faixa etária de grande vulnerabilidade, os profissionais de saúde passam a enfrentar um problema de ordem técnica e de ordem política, uma vez que o mesmo tem relação direta com a distribuição e acesso aos bens produzidos pelos diferentes segmentos da sociedade. (CHIESA, 1999, p. 115)

Pode-se, também, apontar que há uma associação; neste caso, com a adequação quantitativa do pré-natal (Tabela 23), onde o distrito administrativo de Raposo Tavares apresenta 67,0% de adequação quantitativa do pré-natal, superando apenas o Rio Pequeno, com 61,5%.

Tabela 23: Adequação quantitativa do pré-natal, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005

Distrito	7 ou mais CPN	Total	% PNA
Administrativo		consultas	
Butantã	550	800	68,8
Morumbi	657	872	75,3
Raposo Tavares	1.283	1.916	67,0
Rio Pequeno	1.402	2.280	61,5
Vila Sonia	998	1.351	73,9
Total Subprefeitura	4.890	7.219	67,7
Total município	119.580	171.416	69,8

Fonte: CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação - Prefeitura do Município de São Paulo

O distrito de Raposo Tavares apresenta, ainda, o maior número de gravidez na adolescência, conforme ilustram os dados da Tabela 24 e a Figura 18.

Tabela 24: Coeficiente de gravidez na adolescência, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005

Distrito administrativo	Gestantes adolescente	Gestantes total	Total
Butantã	83	800	10,4
Morumbi	85	872	9,7
Raposo Tavares	306	1916	16
Rio Pequeno	360	2280	15,8
Vila Sonia	162	1351	11,9
Total subprefeitura	995	7219	13,8
Total município	25257	171416	14,7

Fonte: CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação - Prefeitura do Município de São Paulo

Figura 18. Gravidez na adolescência, segundo a subprefeitura do Butantã e distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2005

Fonte: CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação Prefeitura do Município de São Paulo

A gravidez na adolescência é um problema de natureza complexa, cujas ações de saúde podem influenciar parcialmente em sua resolução. Assim, demonstra uma problemática social enfrentada pelas jovens e pela sociedade, impondo emergentes soluções assistenciais e educacionais à saúde. Com a maternidade precoce, a adolescente tem suas opções educacionais e profissionais restringidas, contribuindo, desta forma, para a manutenção de um estado socioeconômico carente. (BERETTA, DENARI, PEDRAZZANI, 1995)

Para Januzzi (2004), as estatísticas de mortalidade ou morbidade por causas demonstram uma forte associação com o nível de desenvolvimento socioeconômico e com a oferta de prestação de serviços e ações de saúde à população, podendo favorecer o aprofundamento descritivo das condições de saúde dessa população.

Conforme os dados apresentados na Tabela 25, observa-se que, os óbitos por doença hipertensiva e cerebrovasculares estão concentrados nos distritos de Rio Pequeno, Raposo Tavares e Vila Sônia.

Tabela 25: Óbitos segundo causas específicas (Tuberculose, CA de mama, CA de colo de útero, CA de útero porção não especificada, Diabetes mellitus, Doenças hipertensivas, Doenças cerebrovasculares e homicídios), segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005

Óbitos – Causas Específicas	Butantã	Morumbi	Raposo Tavares	Rio Pequeno	Vila Sônia	Subprefeitura
Tuberculose	00	00	00	02	01	03
Ca de mama	06	06	06	09	19	46
Ca de colo de útero	01	00	03	02	02	08
Ca de útero	01	01	01	01	00	04
Diabetes mellitus	11	07	09	18	11	56
Doença Hipertensiva	04	06	15	27	16	68
D. cerebrovasculares	31	16	39	49	34	169

Fonte: PRO-AIM – Mortalidade no Município de São Paulo

A escolha das causas específicas acima apresentadas baseou-se na possibilidade de que as ações de saúde desenvolvidas na atenção básica podem provocar um impacto positivo sobre a saúde da população com relação à morbidade e mortalidade por tais causas.

A Figura 19 apresenta o número de mortes por homicídio na região do Butantã e distritos, apontando que no distrito de Raposo Tavares ocorreu o maior número de mortes por homicídio.

Esta informação reflete as situações de risco doméstico e de violência urbana, além da disponibilidade e qualidade do atendimento urgência e emergência.

Figura 19. Mortes por homicídio, segundo subprefeitura do Butantã e os distritos administrativos, cidade de São Paulo, 2005

Fonte: PRO-AIM – Mortalidade no Município de São Paulo

Os dados das Tabelas 26 e 27 apresentam a proporção de mortes relacionadas ao Diabetes mellitus e à hipertensão arterial que ocorreram na população dos distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, antes dos 60 anos. Este indicador reflete a adesão ao tratamento e controle continuado do Diabetes mellitus e da Hipertensão arterial e o

acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, incluindo desde orientação e medicação até internação (SÃO PAULO, 2007c).

No distrito de Raposo Tavares, ocorreu um número elevado de mortes precoces por Acidente Vascular Cerebral (AVC), comparando-se aos demais distritos. A mortalidade por AVC pode estar relacionada, além do tratamento e controle da Hipertensão Arterial, ao acesso aos serviços de urgência e emergência.

Tabela 26: Mortalidade precoce por Diabetes mellitus, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005

Distrito Administrativo	Total < 60 anos	total	% anual
Butantã	02	11	18,2
Morumbi	04	07	57,1
Raposo Tavares	00	09	0,0
Rio Pequeno	01	18	5,6
Vila Sônia	03	12	25,0
Total no Município	397	1937	20.5

Fonte: PRO-AIM – Mortalidade no Município de São Paulo
CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação - Prefeitura do Município de São Paulo

Tabela 27: Mortalidade precoce por Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005

Distrito Administrativo	Total < 60 anos	total	% anual
Butantã	07	31	22.6
Morumbi	00	16	0,0
Raposo Tavares	12	39	30,8
Rio Pequeno	07	49	14,3
Vila Sônia	05	34	14,7
Total no Município	1261	5164	24.4

Fonte: PRO-AIM
CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação – Prefeitura do Município de São Paulo

Os dados da Tabela 28 apresentam o coeficiente de incidência de tuberculose na subprefeitura do Butantã e distritos.

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, que atinge a população mundial; sua incidência relaciona-se diretamente à organização e estruturação da sociedade, pois as condições de vida favorecerão ou não a disseminação da doença. A ocorrência da doença é um dos indicadores que retrata a qualidade de vida da população, pois as desigualdades sociais tornam vulneráveis os indivíduos no desenvolvimento da enfermidade. (RUFFINO-NETO, 2002)

Tabela 28: Tuberculose – casos novos, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade de São Paulo, 2005

Distrito Administrativo	Total	População	Coeficiente
Butantã	05	50.223	10,0
Morumbi	05	32.425	15,4
Raposo Tavares	29	93.167	31,1
Rio Pequeno	30	113.673	26,4
Vila Sônia	12	87.863	13,7
Total subprefeitura	81	377.351	21,5
Total município	3294	10.744.060	30,7

Fonte: CEinfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação - Prefeitura do Município de São Paulo

O distrito de Raposo Tavares apresenta a maior incidência de tuberculose, seguido pelo distrito de Rio Pequeno, onde, como já foi citado, concentram-se as populações com menor inserção no mercado de trabalho e com menor renda familiar.

O Índice de vulnerabilidade juvenil nos distrito administrativos do Butantã é apresentado conforme dados da Tabela 29. Este indicador sintético, elaborado pela Fundação Seade, considerou em sua composição os níveis de crescimento populacional e a presença de jovens entre a população distrital, freqüência à escola, gravidez e violência entre jovens e adolescentes residentes no local. Assim, varia em uma escala de zero a 100 pontos, em que o zero representa o distrito com menor vulnerabilidade e 100, o de maior.

Conforme a Fundação Seade (2007), as variáveis selecionadas para compor o índice são:

- taxa anual de crescimento populacional entre 1991 e 2000;
- percentual de jovens, de 15 a 19 anos, no total da população dos distritos;
- taxa de mortalidade por homicídio da população masculina de 15 a 19 anos;
- percentual de mães adolescentes, de 14 a 17 Anos, no total de nascidos vivos;
- valor do rendimento nominal médio mensal, das pessoas com rendimento, responsáveis pelos domicílios particulares permanentes e
- percentual de jovens de 15 a 17 anos que não freqüentam a escola.

Tabela 29: Índice de vulnerabilidade juvenil e população de 15 a 19 anos, segundo os distritos administrativos da subprefeitura do Butantã, cidade São Paulo, 2000

Subprefeitura e Distritos	Índice de Vulnerabilidade Juvenil	Grupos de Vulnerabilidade	População de 15 a 19 Anos
Butantã	29	Pouco Vulnerável	4.307
Morumbi	29	Pouco Vulnerável	2.860
Raposo Tavares	60	Vulnerável	9.759
Rio Pequeno	51	Vulnerabilidade Intermediária	11.176
Vila Sônia	44	Vulnerabilidade Intermediária	8.196

Fonte: Fundação Seade; IBGE - Censo Demográfico 2000.

Nota: O Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ), criado pela Fundação SEADE, é calculado a partir da identificação dos fatores socioeconômicos e demográficos potencialmente capazes de afetar a vida dos adolescentes e jovens residentes nos distritos da capital. O IVJ varia em uma escala de 0 a 100 pontos, em que o zero representa o distrito com a menor vulnerabilidade e 100 com a maior. Este índice pode ser resumido em cinco categorias, que agrupam os 96 distritos da cidade segundo níveis de vulnerabilidade: até 21 pontos (vulnerabilidade muito baixa); de 22 a 38 pontos (baixa); de 39 a 52 (vulnerabilidade intermediária) de 53 a 65 (alta vulnerabilidade) e mais de 65 pontos (vulnerabilidade muito alta).

A vulnerabilidade juvenil aqui retratada, segundo a Fundação Seade, aponta que “[...] a sua maior sujeição à vulnerabilidade está na sua condição de adolescente amplamente potencializada pela sua situação de pobreza”.

O distrito de Raposo Tavares destaca-se como o distrito mais vulnerável na região do Butantã.

As condições de vida e vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias e jovens, como, a falta de recursos financeiros, materiais e afetivos e de apoio por parte das instituições públicas, favorecem a ocorrência de situações geradoras de iniquidades, afetando negativamente a situação de saúde dessas famílias.

Castellanos (1997) apud Barata (2006, p. 426) afirma que “nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença

ou desigualdade redutível, vinculada às condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade”.

Nesse sentido, no âmbito da vigilância da saúde, sob a égide da territorialização, do enfoque por problemas e da abordagem intersetorial, torna-se necessário o desenvolvimento de ações sociais e de saúde que trabalhem com as vulnerabilidades desses jovens e de suas famílias, possibilitando a produção da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores apresentados, especialmente, os índices de exclusão/inclusão social procuram apontar as desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças nos processos de produção e reprodução social, que se refletem na situação de saúde da população, ou seja, na acumulação de saúde ou enfermidade.

Para Monken (2003) “A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde ficasse impotente frente aos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social. [...]”

[...] a atenção voltada para a produção social da saúde das populações, gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença, tornando imperativo desenvolver estratégias de investigação, com seus correspondentes instrumentos de coleta e análise de informações que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise [...] (MONKEN, 2003)

O geoprocessamento tem auxiliado na organização e análise espacial dos dados sobre ambiente, sociedade e saúde e permitido a elaboração de diagnósticos da situação de saúde e o intercâmbio de informações entre setores. Esse conjunto de técnicas vem sendo gradativamente incorporado à prática de vigilância em saúde. (MONKEN, 2003)

Os indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde apontaram elementos que permitem a compreensão do perfil epidemiológico do território, porém os indicadores compostos, que agregam um teor qualitativo, são imprescindíveis quando se necessita entender a dinâmica social que ocorre no território, denunciando os diferenciais ocorridos na região, o que é fundamental para a orientação de políticas ou ações equitativas e produtoras de saúde. Assim, acredita-se que estes indicadores sejam viáveis à operacionalização da vigilância da saúde.

Neste estudo, a utilização dos indicadores compostos propostos por Sposati (2000) permitiram enfocar as diversas contextualidades do território, favorecendo conhecer o “lugar dos dados”. Entende-se que os problemas de saúde apresentam multideterminações.

Desta forma, uma proposta de operacionalização da vigilância em saúde deve prever o reconhecimento do território do distrito ou da área de abrangência de uma unidade de saúde, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de seleção e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

O *Mapa de Exclusão/Inclusão Social* (SPOSATI, 2000) foi objeto de debates em diversos fóruns científicos no Brasil e no mundo, incluindo diversas universidades e mostrou forte condição de diálogo com diferentes saberes, incluindo a epidemiologia social.

Os índices compostos de exclusão/inclusão social (IEX) representam quatro grandes campos que significam áreas de inclusão social: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. Esses índices podem contribuir na elaboração de diagnósticos de saúde, na perspectiva da vigilância da saúde pelo monitoramento de condições de vida produtoras de saúde pela conquista de um padrão básico de inclusão.

A partir dos índices compostos, é possível estabelecer a distância entre os graus de exclusão em relação aos graus de inclusão em um determinado território. Desta forma, o necessário reconhecimento das situações que se configuram em desigualdades sociais em saúde, ou seja, as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos, pode ser viável através de metodologias que identifiquem as singularidades e a heterogeneidade presentes

no território, baseadas em uma abordagem que reconheça a distância real entre as formas de inclusão e de exclusão geradas em uma mesma sociedade, favorecendo a construção de diagnósticos de situação de saúde ou perfis epidemiológicos para operacionalização da vigilância em saúde.

Consideramos que os índices que representam a autonomia, qualidade de vida, o desenvolvimento humano e a equidade são potentes para o monitoramento e diagnóstico dos determinantes de saúde de macroespaços, como os distritos administrativos de uma região. Desta forma, foram apontadas as diferenças nas condições de vida, ou seja, as desigualdades sociais, presentes na subprefeitura do Butantã, que podem configurar-se em iniquidades em saúde.

A saúde, entendida como um conceito positivo, deve ser tratada desde o nível local até o central, por meio de uma política pública inclusiva, baseada em ações intersetoriais e coerentes com as condições concretas de vida dos grupos sociais locais, contribuindo, para que os indivíduos de uma população possam conquistar sua cidadania e o alcance de uma melhoria da qualidade de vida, a fim de que atinjam e acumulem saúde.

Assim, as diferenças socioeconômicas que permeiam os distritos da região do Butantã, apontam e reforçam a necessidade de desenvolvimento e implementação de políticas públicas locais que podem ter um efeito muito grande na melhoria das condições de vida da população que se encontra em situação de exclusão social, possibilitando a acumulação de saúde.

O trabalhador de saúde, também, ator social na produção social da saúde, deve identificar as redes sociais de apoio presentes na região, além de desenvolver estratégias de “empoderamento” dos grupos sociais, para

enfrentamento de seus problemas e necessidades sociais e de saúde por meio de ações intersetoriais e construção da cidadania.

Conhecer a situação de saúde do território implica a utilização de diversas técnicas que incluem, além da construção de indicadores sociais e de saúde, objetivos e quantificáveis, metodologias qualitativas que propiciem uma aproximação com a realidade, com as percepções e desejos dos cidadãos. (RUMEL, SISSON, PATRÍCIO, MORENO, 2005)

Agora, é necessário que se desenvolvam pesquisas que validem a utilização desses indicadores compostos em microespaços, ou seja, para monitoramento de populações menores, como a área abrangência das equipes do Programa Saúde da Família ou uma Unidade Básica de Saúde.

No âmbito da vigilância da saúde, o enfoque por problemas possibilita o entendimento das percepções e necessidades da população, o que exige sua microlocalização, entendendo que o enfrentamento das causas desses problemas, deva se dar por meio de ações desenvolvidas a partir do reconhecimento dos grupos em situação de exclusão social.

Nesse sentido, espera-se que o presente estudo tenha contribuído para o reconhecimento das desigualdades sociais, presentes na região da subprefeitura do Butantã, que podem configurar-se em iniquidades em saúde, possibilitando uma reflexão e discussão em torno das possibilidades de operacionalização da vigilância da saúde e do equacionamento intersetorial dos problemas vivenciados pela população.

7 REFERÊNCIAS

Akerman M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos: "o chão contra o cifrão". *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1):115-23

Akerman M. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: Barata, RB (org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.95 -113

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2003 [citado 2007 Mar 12] ; 8(3): 815-823. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320030003000016&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-812320030003000016

Ayres, JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004 Jul/Set ;9 (3): 583-592

Atlas Ambiental do Município de São Paulo. Cobertura Vegetal. (Acesso em 18 janeiro 2007). Disponível em: http://200.230.190.125/atlas/conteudo/cobertura_vegetal/veg_desmat_02.htm

Aquino R. et al. Informação para gestão de sistemas locais de saúde: o sistema de informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 4, p. 47-56, 1997.

Barata RB (org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997

Barata RB. Desigualdades sociais e saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 457-486

Barbosa NB. Estudo de um caso de implantação de Projeto de redução de Mortalidade Infantil e seu papel. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social. UERJ, 2000

Beretta MIR, Denari FE, Pedrazzani JC. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do Estado de São Paulo . Rev. Latino-Am. Enfermagem. [serial on the Internet]. 1995 July [cited 2007 Feb 19] ; 3(2): 181-191. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691995000200013&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11691995000200013)

Bertolozzi MR, Fracoli LA. Vigilância à Saúde: alerta continuado em saúde coletiva. O Mundo da Saúde, 2004; 28 (1): 14-20.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Unidade de Vigilância Epidemiológica. Relatório Final. In: Anais do seminário nacional de vigilância epidemiológica. Brasília, 1993, p. 15 -34

Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a saúde – Ripsa. Brasília, 2002. p. 11-13

BRASIL. Senado Federal. Constituição Federal. Brasília, Senado Federal, 1988.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. [periódico na Internet]. 2000 [citado 2007 Jan 27] ; 5(1): 163-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014

Chiesa, A. M. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999.

Chiesa AM, Westphal MF, Kashiwagi NM. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2002 Out; 36 (5): 559-567.

Costa MCN, Azi PA, Paim JS, Silva LMV. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. Cad. Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2001 Jun [citado 2007 Jan 27] ; 17(3): 555-567. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300011&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2001000300011

Drachler LM, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta metodológica para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. Ciên. saúde coletiva, 2003; 08 (2):461-470.

Drumond Jr. M Epidemiologia dos Municípios: muito além das normas. São Paulo: Hucitec, 2003. 217p.

Drumond Jr. M, Mendes R. O painel de monitoramento das condições de vida e da situação dos serviços de saúde: instrumento para uma gestão cidadã. In: Sousa MF, Mendes A. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003. p.341-346

Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR . O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para compreensão do processo saúde-doença. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1990. 34 p. [texto de apoio: curso de atualização em Saúde Coletiva realizado em 2004 – Curso pré-área de concentração].

Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2005 Abr [citado 2007 Mar 13] ; 39(2): 191-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200008&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89102005000200008

Jannuzzi PM. Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. 3ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2004. 141 p.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (org). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 137 – 158.

Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In Mendes EV (org), Vilasbôas, AL, Melo, C, Mendes, EV, Almeida, LMA, Souza, LE, Fekete, MC, Tasca, R, Gevaerd, S. *A vigilância à Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10). 1993. p. 7-19.

Mendes EV. Distrito Sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

Monken, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2003

Neves H. Vigilância em Saúde na capital paulista. In: Sousa MF, Mendes A. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a Construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003. p.259-363

Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB (org). Condições de vida e saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.7-30

Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D, Freitas CM (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-171

PRO-AIM. Mortalidade no Município de São Paulo. (acesso em outubro 2006) em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/defthtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM/obito.def> Disponível em:

Restitutti MC, Almeida SDM, Almeida CAA, Barros MBA. Índice de condição de vida segunda áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de Campinas. In: Anais da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. 2004, p.118-120

Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas CP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2005 Ago [citado 2007 Fev 22] ; 13(4): 576-582. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400017&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692005000400017

Rouquayrol MZ. Contribuição da epidemiologia. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 319-370

Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 35(1): 51-58, 2002.

Rumel D, Sisson M, Patrício ZM, Moreno CRC. Cidade saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. Saúde e Sociedade. 2005 set-dez; 14 (3): 134-143

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estud. av. 1999; 13 (35): 71-88.

Santos LES, Resck ZMR, Carneiro VG. A creche e o contexto social. Nursing (São Paulo). 2003 . 2003 ; 6(59):42-45

Santos SM. Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto socioespacial. Dissertação [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 133 p.
São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Distritos Sanitários. (on line) Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br> (acesso em março 2005)

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Telecentro – Internet gratuita. (acesso em : 10 fevereiro 2007a). Disponível em: <http://telecentros.sp.gov.br/>

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Subprefeitura Municipal de Butantã. (Acesso em 20 fevereiro 2007b). Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spbt/dados/0001/portal/subprefeituras/spbt/dados/transito/0001>

São Paulo Prefeitura do Município de São Paulo. Paineis de monitoramento. (acesso em: 7 de fevereiro 2007c). Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretaria/saude/painel_monitoramento/0002

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. (Acesso em: 29 janeiro 2006). Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>,

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Subprefeituras. (Acesso em: 20 outubro 2005). Disponível em: <http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeitura/spbt/dados> .

Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Informações dos distritos da capital. 2006. São Paulo. (acesso em dezembro 2006). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/distritos/>

Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice de vulnerabilidade juvenil. (acesso em 21 fevereiro 2007). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php>

Sousa Santos B. Introdução a uma ciência pós-moderna. 4ª ed. Porto: Afrontamento, 1995.

Sousa Santos B. Um discurso sobre as ciências. 12ª ed. Porto: Afrontamento, 2001. 58 p.

Sposati A, (coordenador). Mapa de exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo/2000: dinâmica social dos anos 90.[CD-ROM] São Paulo: PUC – São Paulo, 2000

Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. [periódico na Internet]. 1999 Jan [citado 2007 Mar 13] ; 15(1): 15-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100003&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X1999000100003

Teixeira, C F, Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública, 2002; vol 18: 153-162

Teixeira CF; Paim, JS; Vilasbôas, AL. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, n. 2, 1998. p. 7- 28,

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

Ximenes RAA, Martelli CMT, Souza WV, Lapa TM, Albuquerque MFM, Andrade ALSS, et al. Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. Cad. Saúde Pública, jan/mar. 1999, vol. 15, p. 53-62.