

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

MULHER E SAÚDE.  
UM ESTUDO DE MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA  
DO BUTANTÃ - CSEB. SÃO PAULO, 1984.

CARMEN SOLEDAD AURAZO DE WATSON

Dissertação apresentada junto ao  
Departamento de Geografia da  
Faculdade de Filosofia, Letras e  
Ciências Humanas da Universidade  
de São Paulo, para obtenção do  
grau de Mestre em Geografia Humana

ORIENTADORA. Profa. Dra. ROSA ESTER ROSSINI

SÃO PAULO

- 1992 -

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Rosa Ester Rossini, pela amizade, o apoio e a orientação ao longo deste trabalho.

Ao pessoal do Centro de Saúde-Escola do Butantã, pela possibilidade de trabalhar com o arquivo do centro. Agradecimento especial ao Diretor e a Dra. Ana Sílvia.

À Laura Rodriguez Wong e ao Patrício Ortiz, do SEADE, pela força e contribuição com importantes comentários sobre o tema.

Ao Prof. Marcelo Martinelli, pela sua valiosa orientação na elaboração dos mapas.

À Keiko, da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela disposição em discutir pontos fundamentais do trabalho.

Ao Alan Sartorelli, pela sua dedicação e paciência na correção do *portunhol*.

Ao Paulo, do Departamento de Geografia pelo seu capricho na elaboração dos mapas.

À Iara, da Faculdade de Saúde Pública da USP, que brindou valiosa ajuda na elaboração das tabelas e ordenamento do texto.

À Jô, da Secretaria das Administrações Regionais da PMSP, e a outras pessoas de instituições como SEMPLA -PMSP, e da Fund. SEADE, pelas facilidades concedidas para o levantamento da informação.

À Amparo Castillo, pelo valioso apoio em casa e à Cléide, Marina e Dinah, pela solidariedade de tantas horas.

***A meus pais***

***A Alfonso (in memoriam)***

***Ao Aglas e a Gabi***

## RESUMO

O objetivo do trabalho é analisar a situação de saúde da população feminina, clientela do Centro de Saúde-Escola do Butantã, no município de São Paulo, em 1984.

Trabalha-se com a perspectiva de que a problemática da saúde é resultado de fatores não apenas biológicos, mas também sociais e econômicos, decorrentes das políticas desenvolvidas no setor, do acesso da população aos recursos de saúde e da particular inserção da população no espaço urbano - em termos habitacionais e ocupacionais.

Depois de abordar aqueles que seriam alguns dos aspectos constitutivos dos fatores acima mencionados, conclui-se que a multiplicidade de fatores associados a esta problemática, sugere que, a procura de sua solução exige a conjunção de políticas integrais, de um lado e, de outro, que esta problemática é diferente de um segmento social para outro.

## ABSTRACT

The aim of this work is to analyse the situation of the Health of the feminine population who uses the Centro de Saúde-Escola do Butantã (Butantan Medical Center and School)- CSEB, in São Paulo city, in 1984.

The work deals with the perspective that Health is not only the result of biological factors but also social and economic ones, deriving from Health Policy, from the access to medical care resources and from the particular way the population is located within the urban space, involving residencial and occupational aspects.

After taking in account what could be called as the constitutive elements of the facts above, the work concludes that the multiplicity of factors associated to Health problem proposes that the seeking of its solution must be based on the conjunction of integral Social Policies and that this problem should be viewed in a different way from a particular segment of population to another.

## **ÍNDICE GERAL**

<b>RESUMO</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>

## **ÍNDICE de MATÉRIAS**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
Objeto do estudo .....	1
Considerações Metodológicas e Objetivos .....	4
Estrutura do trabalho .....	7
 <b>CAPÍTULO I - SAÚDE DA MULHER: O DEBATE</b>	 <b>8</b>
O Enfoque das Ciências da Saúde .....	8
O Enfoque das Ciências Sociais .....	12
Da Reforma Sanitária .....	22
Da Reestruturação do Currículo .....	25
 <b>CAPÍTULO II - AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b>	 
<b>E A MULHER</b>	<b>28</b>
As Políticas de Saúde e a Mulher nas últimas décadas .....	28
Antecedentes ou Pré-64 .....	28
Período Pós-64 .....	30
Década de 1970: Saúde Materno-Infantil .....	31
Década de 1980: Saúde da Mulher: Novas Perspectivas .....	35

**Programas no Setor da Saúde:**

A- Em nível federal .....	36
B- Em nível estadual .....	38
B- Em nível municipal. Década de 1990 .....	40

**CAPÍTULO III - DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS EM SAÚDE NO  
SUBDISTRITO DO BUTANTÃ 43**

O Contexto: Município de São Paulo .....	43
O Subdistrito do Butantã Características Gerais .....	50
Distribuição Espacial dos Recursos em Saúde .....	59
O Centro de Saúde e a População Atendida .....	65
O Centro, Localização e Instalações .....	65
Histórico .....	66
Alcance dos Serviços do Centro de Saúde-Escola do Butantã - CSEB .....	69

**CAPÍTULO IV - FAMÍLIA, MULHER E TRABALHO 77**

Situação Ocupacional dos "chefes de família" Masculinos. ....	78
Situação Ocupacional das Mulheres Estudadas .....	80
Classificação Ocupacional .....	80
Condição de Emprego .....	82
Idade e Participação no Mercado de Trabalho ....	84
Tipo de Ocupação e Escolaridade .....	85
Tipo de Ocupação e Procedência .....	89
Condições de Habitação .....	91

Aspectos Populacionais: Procedência e Assentamento na Capital .....	94
------------------------------------------------------------------------	----

**CAPÍTULO V - SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM ESTUDO 96**

Constituição Física .....	97
Peso e Altura .....	97
índice de Massa Corpórea - IMC .....	99
Aspectos da Morbidade .....	101
Demais Grupos .....	105
Aspectos da Experiência Reprodutiva .....	108
Gravidez .....	108
Contracepção .....	112
Aborto .....	114

**CAPÍTULO VI- CONCLUSÕES 121**

Considerações Finais .....	121
----------------------------	-----

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**

## ÍNDICE DE TABELAS

### CAPÍTULO III

Tabela 3.1 - Município de São Paulo. Evolução da população segundo sub-distritos selecionados e Zonas. 1960-1990 .....	46
Tabela 3.2 - População Favelada no Município de São Paulo. 1973-1987 .....	47
Tabela 3.3 - Hospitais no Município de São Paulo. 1980-1990 .....	49
Tabela 3.4 - Município de São Paulo. "Leitos por mil habitantes". 1980-1987 .....	50
Tabela 3.5 - Município de São Paulo. Subdistrito do Butantã. População por grandes grupos de idade - 1980-1990 .....	54
Tabela 3.6 - Administração Regional do Butantã. Unidades de saúde. 1986-1990 .....	62
Tabela 3.7 - Localização por bairro da população feminina. CSEB, 1984 .....	73
Tabela 3.8 - Localização da população feminina segundo residência em favela - CSEB, 1984 .....	74

### CAPÍTULO IV

Tabela 4.1 - Ocupação "Chefes de família" masculinos por setores econômicos. CSEB, 1984 .....	79
Tabela 4.2 - Distribuição das mulheres por grupos etários, segundo condição de ocupação. CSEB, 1984 .....	83
Tabela 4.3 - Taxas de participação das mulheres no mercado de trabalho, por grupos etários. CSEB, 1984 .....	84
Tabela 4.4 - Taxas de participação das mulheres no mercado de trabalho, segundo nível de instrução. CSEB, 1984 .....	86
Tabela 4.5 - Distribuição das mulheres por condição de ocupação, segundo escolaridade. CSEB, 1984 .....	88

Tabela 4.6 - Distribuição das mulheres por condição de ocupação, segundo procedência. CSEB, 1984.	90
Tabela 4.7 - Ocupação das moradias segundo características dos materiais de construção. CSEB, 1984. ....	92
Tabela 4.8 - Cobertura dos serviços básicos do CSEB, em 1984. ....	93
Tabela 4.9 - Distribuição das mulheres, por tempo de residência em São Paulo, segundo grupos etários. CSEB, 1984. ....	95

## CAPÍTULO V

Tabela 5.1 - Distribuição das mulheres, segundo peso. CSEB, 1984 .....	97
Tabela 5.2 - Distribuição das mulheres, segundo altura. CSEB, 1984. ....	98
Tabela 5.3 - Distribuição das mulheres por grupos etários, segundo altura. CSEB, 1984. ....	98
Tabela 5.4 - Distribuição das mulheres, segundo IMC. CSEB, 1984. ....	100
Tabela 5.5 - Distribuição das mulheres, por grupos etários, segundo IMC. CSEB, 1984 .....	100
Tabela 5.6 - Distribuição das doenças, segundo grupos da CID. CSEB, 1984. ....	103
Tabela 5.7 - Distribuição das mulheres grávidas, segundo grupos etários. CSEB, 1984. ....	109
Tabela 5.8 - Distribuição das mulheres grávidas, segundo idade ao ter o primeiro filho. CSEB, 1984	110
Tabela 5.9 - Distribuição das mulheres, por estado de gravidez, segundo condição de uso de contraceptivos. CSEB, 1984. ....	112
Tabela 5.10 - Listagem dos métodos contraceptivos, segundo tipo. CSEB, 1984. ....	113
Tabela 5.11 - Distribuição dos abortos, por estado de gravidez, segundo forma. CSEB, 1984. ....	114
Tabela 5.12 - Distribuição dos abortos, por forma segundo grupos etários. CSEB, 1984 .....	115

<b>Apêndice 5.1 - Listagem das doenças declaradas pelas mu-</b>	
<b>lheres. CSEB, 1984. ....</b>	<b>118</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1, 2, 3 - Localização .....	52
Figura 4 - Administração Regional do Butantã - ARB. Limites e Divisão Setorial - 1984. ....	53
Figura 5 - Ocupação do solo na Administração Regional do Butantã - Uso residencial em 1974 ...	56
Figura 6 - Ocupação do solo ARB. Uso residencial: 1984	56
Figura 7 - Localização dos recursos em saúde na Administração Regional do Butantã em 1990	64
Figura 8 - Deslocamento da população ao CSEB - 1984 ...	72
Figura 9 - Estrutura Etária das Mulheres CSEB 1984 ....	109

## ANEXOS

- ANEXO III.1 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-MSP. Indicadores sociais segundo grupos de subdistritos - 1987 .....
- ANEXO III.2 - ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DO BUTANTÃ-ARB. Listagem das favelas e número de barracos - 1974-1980 .....
- ANEXO III.3 - ARB - Localização por bairro de equipamentos em saúde segundo entidade mantenedora - 1990 .....
- ANEXO III.4 - MSP - Capacidade potencial de atendimento e nível de atendimento da rede de assistência primária de saúde por subdistrito - 1989 .....
- ANEXO III.5 - MSP - Oferta de hospitais e leitos de assistência médico - hospitalar e coeficiente leitos por mil habitantes, por subdistrito-1989 .....
- ANEXO IV.1 - Atividade ocupacional "Chefes de família" masculinos . CSEB, 1984.....
- ANEXO IV.2 - Atividade ocupacional das mulheres CSEB, 1984.....
- ANEXO IV.3 - Classificação da atividade ocupacional das mulheres por grau de qualificação (Baixa, Média e Alta). CSEB, 1984.....
- ANEXO V.1 - Listagem das doenças declaradas pelas mulheres CSEB, 1984.....

## INTRODUÇÃO

### OBJETO DO ESTUDO

O propósito deste trabalho é analisar a situação de saúde da mulher no contexto das condições de vida das populações urbanas.

Nos últimos anos, o debate sobre a problemática da mulher vem ocupando espaço crescente em diferentes âmbitos. Este debate é manifestação de um processo amplo que ocorre na sociedade, atingindo instâncias sociais, políticas e acadêmicas e se expressa na criação de instituições que lidam com a questão da mulher, como é noticiado pela grande imprensa.

No meio acadêmico, este movimento se manifesta não apenas na relevância dos estudos vinculados à mulher (mulher-trabalho, violência sexual, saúde), mas, sobretudo, no esforço em aprimorar o conhecimento sobre a situação da mulher, refletido na introdução de novos paradigmas: desde a abordagem inicial centrada no patriarcalismo, até as atuais discussões sobre as relações de *gênero*.

No âmbito político, a discussão é travada por diversos atores sociais tais como, a Igreja e o Conselho de Medicina do Brasil, por exemplo, e gira em torno de questões como planejamento familiar, aborto etc. A forma como tem sido levada adiante esta discussão tornou-se mais evidente quando da elaboração da nova constituinte (1988), através da qual se procurou colocar a mulher em pé de igualdade com o homem.

no que tange a aspectos diversos dos direitos de família e dos direitos econômicos e políticos. Como resultado, as experiências obtidas pelos conselhos da condição feminina e pelas delegacias da mulher iniciadas no Estado de São Paulo em 1983, alcançaram a esfera federal.

Tão importantes quanto estes aspectos políticos, são os aspectos que se referem à dimensão social deste processo. Nas últimas décadas, o êxodo rural, a deterioração da qualidade de vida da população nos grandes centros urbanos, a proletarização dos jovens e a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho têm acarretado mudanças para a mulher. Além de cumprir com as funções tradicionalmente entendidas como *femininas* no seio da família, a mulher viu-se obrigada a contribuir com o sustento econômico da mesma. Assim ela passou a ocupar de forma crescente espaços *masculinos*, sem contar com os mesmos direitos e condições que são reconhecidos para os homens.

Embora seja uma problemática comum à mulher em geral, esta se encontra permeada pela condição das classes. Assim, o fato de a mulher pertencer a um segmento social mais ou menos abastado contribuirá para atenuar ou acentuar os problemas decorrentes da forma como ela se insere na atividade econômica.

Nas últimas décadas, o modelo de desenvolvimento que no Brasil levou a uma crescente participação do Estado na vida econômica, teve como uma de suas características a subordinação do gasto na área social ao gasto dirigido ao

setor produtivo. Como resultado, observa-se hoje que o Estado é incapaz de oferecer um volume de serviços públicos nas áreas de educação, saúde, transporte e saneamento, condizentes com os níveis demandados pela população em geral, e pela população residente nas grandes metrópoles, em particular.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, neste contexto, tem sido particularmente dramática no caso da população de baixa renda, porquanto é a que mais depende dos serviços públicos. A carência de uma adequada rede de serviços destinados ao grupo materno-infantil (creches, postos de saúde, escolas de primeiro grau etc.) soma-se a outros fatores, que têm levado à desestruturação do ambiente familiar. Expressão disso é: o alto número de crianças abandonadas, de mães solteiras e o quadro de delinquência juvenil em geral.

É a convergência de todos esses fatores em torno da problemática da mulher que particulariza sua situação de saúde. Disto depreende-se a importância deste tema.

Uma análise dos fatores que intervêm na situação de saúde da mulher, bem como dos enfoques subjacentes às políticas desenvolvidas neste setor até o presente, pode contribuir para apontar novas linhas de reflexão e ação.

## CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E OBJETIVOS

Este trabalho, de caráter analítico-descritivo quer constituir uma primeira abordagem do tema em questão, focalizando um determinado grupo populacional, qual seja a população feminina clientela do Centro de Saúde-Escola do Butantã-CSEB.

A ideia subjacente à nossa abordagem - ao enfocarmos a situação de saúde de um grupo populacional feminino,- através de variáveis não só biológicas, mas também sociais e econômicas desta população,- implica a aceitação de que o problema de saúde deve ser estudado como um fenômeno multifacetado, determinado também pela inserção deste grupo no contexto de urbanização do país na década de 1980.

Depreende-se disto, que este processo é assim definido em dois níveis, quais sejam, o biológico e o social.

A dimensão biológica será retratada a partir da análise de variáveis relativas à condição de saúde da população em foco. A dimensão social será abordada a partir da análise de variáveis demográficas e econômicas das unidades familiares a que pertencem as mulheres, bem como a outras, correspondentes ao *ambiente urbano* (contexto espacial e territorial) em que as mesmas residem.

Com base nesses elementos, procurar-se-á estabelecer as formas em que essas duas dimensões se articulam ao configurar e determinar o que estamos denominando de situação de saúde da mulher. Isto significa procurar

apreender a especificidade do biológico e do social e, ao mesmo tempo, desvendar como o processo biológico interage com o social e vice-versa. O trabalho foi encaminhado nesta direção, sem, contudo, ter o intuito de esgotá-la.

Reconhece-se nesta abordagem o caráter *histórico* do processo. Isto quer dizer que o mesmo adquire uma morfologia diferenciada segundo o grau de desenvolvimento e a complexidade do *tecido social* da coletividade na qual o fenômeno esteja sendo analisado.

Ao analisar a problemática da saúde relacionando-a ao *ambiente urbano*, está-se sugerindo a necessidade de levar em conta os fatores institucionais que intervêm na sua formação. Neste sentido, é conveniente destacar o papel que na sociedade contemporânea lhe cabe ao Estado a este respeito, o que nos leva a considerar as políticas públicas dirigidas ao setor da saúde. Esta afirmativa ademais de confirmar a complexidade da problemática em estudo implica no caráter necessário, mas não suficiente, que uma *adequada* política de saúde representará no equacionamento e solução da situação de saúde da mulher.

Os objetivos específicos do trabalho são:

1. Identificar alguns fatores intervenientes na situação de saúde da população feminina, clientela do Centro de Saúde do Butantã-CSEB.

2. Analisar o acesso da população em foco aos serviços do CSEB, quanto ao conjunto dos recursos de saúde existentes no subdistrito do Butantã

### **População Estudada**

A população analisada é constituída por 178 mulheres em idade fértil (15-49 anos) matriculadas no Centro de Saúde-Escola do Butantã-CSEB, em 1984. Este grupo constitui aproximadamente 50% do total da população feminina matriculada e 25% da população atendida no Centro, nesse ano. Ela foi superada pelo grupo de crianças menores de um ano. O restante da população atendida corresponde aos adolescentes menores de 14 anos, crianças menores de um ano, mulheres com mais de 50 anos e população masculina.

### **Instrumentos de Coleta de Dados**

As fontes utilizadas foram primária e secundárias. A primária composta a partir dos prontuários do CSEB e as secundárias provêm sobretudo de documentos oficiais: censos demográficos, anuários estatísticos do Estado de São Paulo e publicações de instituições como SEMPLA, Fund. SEADE, SES etc. O Guia, planta de São Paulo, foi de grande utilidade na realização do capítulo III.

A seleção destes prontuários efetuou-se de forma aleatória, tendo sido eliminados aqueles cuja informação estava incompleta. A informação levantada nos prontuários refere-se a variáveis: a) sócio-econômicas: atividade ocupacional, escolaridade, características da moradia, cobertura dos serviços básicos; b) demográficas: estrutura etária, procedência e tempo de residência em São Paulo; c) de saúde: altura, peso, características da morbidade e

aspectos da saúde reprodutiva (gravidez, contracepção e aborto).

### **ESTRUTURA DO TRABALHO**

O trabalho está estruturado em seis capítulos. No primeiro discutem-se as principais abordagens da saúde da mulher. No II se faz uma avaliação das políticas sociais, com ênfase na política de saúde, através das ações e programas em nível federal, estadual e municipal, no período recente.

O capítulo III constitui uma exposição dos recursos em saúde localizados no Butantã. Nele tenta-se analisar as condições de acesso da população em foco ao CSEB. No IV é apresentada a caracterização da população em estudo, com base nos indicadores sociais e demográficos. Ênfase é dada à situação ocupacional destas mulheres.

Aspectos da situação da saúde são tratados no capítulo V. O último capítulo - VI - contém as considerações finais.

## **CAPÍTULO I**

### **SAÚDE DA MULHER: O DEBATE**

Nesta parte do trabalho são apresentados os principais delineamentos teóricos presentes no debate sobre o problema da saúde da mulher.

Um balanço da literatura existente sobre o tema permite constatar que este debate é tratado sob o ponto de vista de várias disciplinas. Algumas com áreas de interesse e preocupação claramente definidas e que precisam menos do apoio de outras disciplinas, enquanto outras exigem o aporte complementar de outras áreas disciplinares.

Dentre as disciplinas e ramos do conhecimento nos quais foram desenvolvidos trabalhos sobre a saúde da mulher estão a história, a demografia, a sociologia, a psicologia, a medicina. Desta forma, com o fim de ilustrar os aspectos mais relevantes do debate, focalizar-se-á os aportes desenvolvidos nas disciplinas relacionadas às ciências sociais e aqueles incluídos nas chamadas ciências da saúde.

#### **O Enfoque das Ciências da Saúde**

As ciências de saúde abarcam uma multiplicidade de disciplinas que se articulam. O caráter complexo do fenômeno por elas estudado - o problema da saúde - tem motivado a aproximação destas ciências às ciências sociais. A saúde pública e, dentro dela, em especial, a epidemiologia, tem ampliado seus campos de abrangência

incorporando conhecimentos com disciplinas como a antropologia, a sociologia, a demografia, a geografia, entre outras.

Mudanças recentes nos postulados teóricos que embasam pesquisas e práticas médicas, aparecem como resultado da adoção de conceitos próprios das ciências sociais. Exemplo disso é a substituição do paradigma médico-biológico pela ideia de saúde/doença como processo social, na abordagem dos problemas da saúde. Tendência cuja origem se encontra na década de 1970, quando a abordagem do materialismo histórico passou a ocupar um espaço destacado, tanto em estudos nacionais quanto em outros países, conforme é assinalado por Nunes (1987).

Na ciência médica (clínica) tem se priorizado o conhecimento da biologia feminina e seu funcionamento. Os trabalhos desenvolvidos sob esta perspectiva tratam dos aspectos da morbi-mortalidade das mulheres, com ênfase nos aspectos obstétrico-ginecológicos. Avanços eminentes têm se conseguido no campo da genética. Este direcionamento pode ser observado através de inúmeros trabalhos encontrados, especialmente, em revistas médicas. (1)

Na saúde pública encontra-se várias linhas de preocupação. Uma delas é a da saúde materno-infantil, que enfoca a saúde da mulher nas etapas pré, intra e pós-gestacional, assim como a saúde da criança durante o

(1) Clinical Obstetrics and gynecology, Harper and Row Publishers, Pennsylvania, 1967-1991; Human Prenatal Diagnosis, Filkness & Russo J.F. Ed., 1991

processo de crescimento e desenvolvimento. Esta tendência emerge no país na década de 60 e se consolida nos anos 70, paralelamente às discussões sobre o aumento populacional e as altas taxas de mortalidade infantil e materna.

O denominado *desperdício reprodutivo* representado pelo excesso de óbitos maternos, perinatais e infantis, é apontado como resultado da confluência de diversos fatores existentes no indivíduo e no meio bio-físico e social que o cercam. (Nunes, 1977).

Diversos autores, entre os quais Oliveira et al. (1983) e Marques (1984) apontam o modelo multicausal como orientador destes trabalhos.<sup>(2)</sup> As críticas a este modelo referem-se ao modo como os aspectos sociais são incorporados nas pesquisas. O social aparece fragmentado, sob a forma de variáveis estatísticas, como *fatores*, em um prisma que lhe confere o caráter de atributo, perdendo em consequência sua força explicativa na gênese dos eventos morte-doença. (Arouca, 1976).

Na década de 1970 surge no campo das ciências da saúde a epidemiologia social, cujo modelo da determinação social questiona o objeto e método até então utilizados. Propõe-se o estudo dos problemas de saúde da coletividade,

---

(2) A concepção mais conhecida deste modelo é a História Natural da doença de Lavell e Clark, segundo a qual o processo da doença no homem depende das características dos agentes patológicos (biológicos, resistência, virulência), do indivíduo (idade, raça) e do ambiente (clima, instabilidade social) que desempenhariam um idêntico papel na determinação mecânica do equilíbrio (saúde).

recuperando-os como processos orgânicos; neste sentido, apontar-se-ão os determinantes sociais do processo de saúde/doença. (Breilh, J., 1982; Arouca, 1976). Ao transcender o individual, os problemas de saúde são relacionados a processos maiores, cuja abordagem segue o método das ciências sociais. É com esta ótica que, recentemente, aspectos da saúde da mulher - mortalidade materna, aborto - foram abordados. (Siqueira et al., 1991; Szklo, 1977).

Uma segunda linha de trabalhos vincula o problema em questão aos recursos do setor saúde com a finalidade de contribuir para o planejamento deste setor. Assim, a maioria dos estudos dedicam-se à análise da *qualidade* dos serviços de atendimento em saúde. (Barnes, 1982). Os temas tratados nesses trabalhos referem-se à cobertura e qualidade da assistência prestada.

Nesta perspectiva cabe salientar os avanços decorrentes da interrelação entre as ciências da saúde e a geografia. Nos últimos anos, desenvolveram-se trabalhos visando a construção de modelos matemáticos que optimisassem a localização dos recursos. (Bashshur et al, 1970; Mc Guick & Porell, 1984). Mais recentemente, desenvolveram-se trabalhos que estudam o acesso da população aos recursos em saúde. Estes propõem uma visão mais dinâmica da relação população-recursos, levando em consideração o ponto de vista da comunidade. Um texto pioneiro nesta linha é o de Unglert (1986), que propõe um modelo de implantação dos recursos a

partir da análise do acesso da população materno-infantil no subdistrito de Santo Amaro, em São Paulo.

O resultado destas experiências seriam mais tarde incorporados ao debate sobre a reforma sanitária que contempla a descentralização, hierarquização e distritalização, como instrumentos na formação de um sistema integrado de atenção à saúde.

### **O Enfoque das Ciências Sociais**

Neste grupo, em que incluir-se-iam, a sociologia, a demografia e a geografia, encontra-se uma segunda abordagem, cujo traço característico é o de associar, e explicar, a saúde da mulher a fatores de ordem sociais e econômicos e não apenas àqueles de ordem individual. A partir desta perspectiva, os fenômenos da saúde da mulher são tratados, por um lado, como decorrência de sua posição social e, neste sentido, vinculados à condição de ocupação, à distribuição no espaço etc. E, por outro, à forma como a sociedade organiza os serviços de saúde referentes aos diversos grupos populacionais.

Os estudos demográficos têm contribuído de forma significativa à identificação das mudanças ocorridas no perfil da população brasileira nas últimas décadas. Tem-se tentado quantificar determinadas variáveis-chaves, grande parte delas ilustrativas da situação de saúde em geral e da mulher em particular. Da mesma forma, procura-se melhorar a

qualidade dos métodos e procedimentos de mensuração de tais variáveis. Os aportes da demografia permitiram avanços na sociologia e na geografia no estudo do impacto do desenvolvimento brasileiro sobre a situação social da população, de sua saúde e de sua distribuição no espaço.

Estudos realizados no país mostram que a expectativa de vida ao nascer é maior na população feminina, independente de diferenças contextuais. A sobremortalidade masculina no primeiro ano de vida e nas faixas etárias de adultos jovens (20-29 e 30-39 anos) são também objeto de destaque. (Ortiz et al., 1984).

No Brasil, em 1980, a expectativa de vida ao nascer para indivíduos do sexo masculino era de 55,3 anos, enquanto as mulheres alcançavam 59,0 anos. Para a região Sudeste, na qual se localiza São Paulo, estes índices foram 59,35 e 66,08, respectivamente, sendo apenas um pouco inferiores aos apresentados pela região Sul, que tem os índices mais elevados do país. (Ibidem). O Estado de São Paulo está entre os que apresentaram os maiores índices no país. Assim, na década 1960-1970, a expectativa de vida ao nascer era 56,6 e 61,1 para a população masculina e feminina, respectivamente (Carvalho, 1978). Em 1979/80, segundo estimativas da Fundação SEADE, atinge 63,3 e 70,02, respectivamente.

Também foram amplamente analisadas as tendências nas taxas de morbi-mortalidade feminina assim como as causas de mortalidade materna. Apontou-se, para as mulheres jovens no

país, em 1989, como primeira e segunda causa de morte, as causas externas e as doenças do aparelho circulatório, respectivamente. A partir dos 30 anos de idade, as principais causas de óbito são as doenças cardio-vasculares seguidas dos neoplasmas. O câncer de mama é o que mais afeta a população feminina em quase todas as faixas etárias da idade reprodutiva (15-49 anos). (Landmann et al., 1989)

Verifica-se também uma diminuição acentuada das doenças infecciosas e parasitárias como causa de óbito em ambos os sexos, devido ao declínio da mortalidade por tuberculose. Destaca-se também, a diminuição dos óbitos por complicações da gravidez, parto e puerpério. No entanto, os índices de mortalidade materna (mortes por complicações de gravidez, parto e puerpério) para o Brasil em 1980 foram estimadas em 7,0 óbitos por 10.000 nascidos vivos, sendo cerca de dez vezes maior que os índices encontrados na Austrália, Escócia e Suécia, e cinco vezes maior que o dos Estados Unidos (Ibidem, p. 141). Estima-se que esses dados estejam sub-registrados. Os estados hipertensivos, as hemorragias, as infecções puerperais e o aborto foram as quatro primeiras causas básicas de morte. (Siqueira et al., 1984).

Análises apontam também um aumento no número de neoplasmas nas regiões mais desenvolvidas no país. Na década de 1980, predomina a mortalidade por câncer de colo uterino e estômago nas regiões menos desenvolvidas, o norte e o nordeste; e o câncer de mama e pulmão nas regiões mais desenvolvidas, como a região sul (Rio Grande do Sul) e

sudeste (São Paulo). (Faerstein et al., 1989).

São Paulo, no entanto, estaria apresentando um maior número de ocorrências de câncer decorrentes da coexistência de riscos típicos de regiões desenvolvidas e menos desenvolvidas. Verificou-se na década de 1970, um aumento de risco tanto para os neoplasmas de colo uterino e de mama quanto os de estômago, corpo uterino, pulmão e outros. (Ibid., p. 174).

Os resultados acima comentados permitem visualizar o estado da pesquisa relativa à situação de morbi-mortalidade feminina; no entanto, em relação à morbidade, não tem sido possível, até agora, estabelecer um quadro semelhante ao existente para a morbi-mortalidade devido, principalmente, à escassez e reduzida sistematização dos dados disponíveis.

Do ponto de vista da sociologia, os estudos visam a análise da dinâmica populacional e têm como cenário o debate sobre o crescimento da população e as posturas referentes ao *controle da natalidade*. Nesta discussão considera-se o fenômeno populacional estreitamente vinculado ao problema do desenvolvimento econômico do país.

Esses estudos que têm como objetivo definir os perfis reprodutivos e que assinalam mudanças no comportamento reprodutivo dos grupos femininos das diferentes camadas sociais, apontam como explicação destes fenômenos a predominância de fatores econômicos, como o crescimento na proletarianização da população e a maior participação da mulher no mercado de trabalho (Cano, 1986), e os sócio-culturais,

entre eles o crescimento na escolarização, as mudanças nos conteúdos valorativos como consequência da difusão da mídia. (Berquó, 1985).

Contudo, os números para a década de 70 mostram a tendência à queda da fecundidade no país como um todo e em algumas regiões. Assim, a Taxa de Fecundidade Total -TFT-<sup>(3)</sup> é de 5,76 para o Brasil, sendo menor para a região Sudeste, 4,56. As regiões Norte e Nordeste ainda conservam taxas altas, 8,15 e 7,54, respectivamente. (FIBGE, Censo 1970). Estas taxas apresentam-se menores para 1980, 4,35 para o Brasil; 3,45 para a região Sudeste. (FIBGE, Censo 1980).

No Estado de São Paulo, estas taxas estavam entre as menores do país. Segundo Wong (1985), entre 1960-80 a maior queda ocorreu no quinquênio 1970-75, quando a TFT passou de 4 filhos por mulher a um valor aproximado de 3,4, valor que se manteve constante até o início da década de 80; voltando a decrescer vertiginosamente a partir de 1983, quando atingiu um nível equivalente a 3 filhos por mulher. As preliminares do censo 1991, contudo, estimam taxas ainda menores para esta mesma década, chegando a 2,1 filhos por mulher. <sup>(4)</sup>

Outro fenômeno apontado é a gravidez na adolescência, fenômeno generalizado entre as diferentes regiões do país e vinculado às mudanças ideológico-culturais como decorrência da difusão dos meios de comunicação. (Trindade et al.,

(3) TFT refere-se ao número total de filhos tidos por mulher.

(4) Jornal da Semana, 12 de Janeiro de 1992, p. 3.

1988).

A constatação das mudanças nesses fenômenos levam a apontar outros fatores como intervenientes, entre os quais, o *controle da fecundidade* (regulação da fecundidade), resultado do desempenho das políticas de saúde via seus programas, como o de planejamento familiar, que faz parte do programa materno-infantil. (PSMI, 1974-76; Normas para Identificação e controle dos riscos reprodutivos, 1978).

Cabe mencionar a influência do setor saúde, neste fenômeno, em dois aspectos: o primeiro, ao promover o desenvolvimento e consolidação do sistema de saúde baseado no atendimento curativo-individual, levou à adoção por parte da população da sub-cultura médica, através da qual entrou em contato com métodos contraceptivos e as práticas médicas como laqueaduras e cesarianas <sup>(5)</sup>. E o segundo, a omissão do Estado, no seu papel de divulgador dos métodos contraceptivos, deixando uma lacuna logo ocupada por organizações privadas, que passaram a distribuir anticoncepcionais e a desenvolver atividades educativas que visavam esclarecer sobre as vantagens da família pequena.

A década de 1980 oferece um marco para a discussão destes problemas: 1985 marca o encerramento da Década da Mulher (1975-1985), e sob os auspícios da UNICEF, entidade

---

(5) Ocorreu na década dos 70 ampliação da cobertura, no país, da ordem de 52% no número das consultas pré-natais aumento de 6% (1977) e 12% (1978) na assistência ao parto; na região sul, 14,4% na assistência ao puerpério (Avaliação do Ministério da Saúde sobre o Programa Materno-Infantil, 1974-78)

promotora, se consolidam as propostas para a mulher, concretizando-se em um conjunto de textos sobre as distintas problemáticas femininas, dentre as quais o texto: Saúde da Mulher, de Carmen Barroso (Conselho Estadual da Condição Feminina-CECF, 1985)

Do ponto de vista da geografia, são escassos no país os estudos sobre saúde da mulher. Nos estudos realizados fora do país o tema foi abordado a partir do acesso da população feminina aos serviços de saúde. Nesses estudos mostra-se que aos fatores como distância e mobilidade, com frequência indicados como determinantes do acesso aos serviços em geral - saúde, educação, lazer -, estão associados outros fatores tais como o gênero e a raça. Assim, no referente ao gênero, foram examinadas as limitações enfrentadas pelas mulheres com filhos pequenos para fazer uso dos serviços de saúde. Encontrando-se que aspectos como o tempo (tempo de espera para ser atendido; a marcação das consultas) e a dificuldade de não contar com alguém que tome conta das crianças, constituem obstáculos para as mulheres na sua relação com os serviços existentes. (Coupland, 1982; Tivers, 1982).

Ainda dentro da perspectiva da geografia, o tema sobre a mulher aborda também as relações mulher/trabalho e espaço/gênero. Entre os primeiros, o trabalho de Rossini (1990) que estuda alguns aspectos da inserção da mulher no mercado de trabalho na agricultura canavieira no interior de São Paulo; entre os outros, o trabalho de Calió (1991), que analisa o aporte do feminismo no campo da geografia de

gênero.

Estudos recentes no país, partindo do enfoque sociológico, procuram analisar o problema da saúde da mulher recuperando uma abordagem que já ocupou espaço proeminente na literatura sobre a mulher. Esta refere-se à questão de gênero, enfoque cuja particularidade é a de sugerir uma leitura dos fenômenos de saúde a partir da situação sexual, no amplo sentido do termo, dos agentes sociais.

A particularidade de sua leitura reside, então, na denuncia que faz das assimetrias sexuais como determinantes da situação social bem como de saúde da mulher (Barroso, 1985; Labra, 1989; Almeida, 1987).

No prefácio do texto de Labra (org.) (1989), encontramos:

**"...na análise da doença deve-se considerar também as diferenças de sexo porque existem especificidades na forma em que homens e mulheres sofrem, enlouquecem e morrem". (p. 9).**

Estas colocações tiveram a influência do movimento feminista que debateu as questões relativas à saúde da mulher na década dos 60 a nível internacional e mais recentemente no âmbito nacional. Desde então, além do surgimento de um crescente número de organizações que trabalham com esses temas, produziu-se um vasto material teórico e prático nessa área. (Katz, 1984; Sathe, 1984; Leeson & Gray, 1978; Grupo Feminista Eva de Novo, 1983).

Partindo da reflexão que articula a condição feminina e os temas da saúde, analisou-se a relação entre o papel social das mulheres e sua capacidade reprodutiva. Constatou-se que esta função reprodutiva "continuava atuando como referência para sua socialização, para a formulação de seus direitos e deveres, para a limitação de sua participação política e social", como no século XIX, mas num novo contexto. (Xavier et al., 1989, p. 206).

De um lado, a consolidação da família nuclear que leva a mulher a desempenhar novos papéis e, a configuração de um sistema médico de saber e poder que opera na mediação entre os sujeitos sociais e entre estes e o mundo, de outro.

Nesse novo contexto, "o corpo das mulheres como lugar da função reprodutiva torna-se objeto de um controle rigoroso, como nunca havia acontecido antes na história da cultura feminina"... "O corpo feminino, enquanto referência fundamental de identidade, é usurpado pelos poderes e saberes particulares" (Ibid., p. 206).

Estas constatações, produto da vivência das próprias mulheres, as levaram a propor reivindicações com relação à assistência médica. Partindo de necessidade de definir as mulheres como *sujeitos integrais* as propostas feministas colocaram-se em confronto com o poder médico e o sistema de saúde.

Assim, as reivindicações na área da saúde constituem parte das diferentes dimensões respeito da identidade feminina. Perspectiva que incorpora no debate aspectos

relativos à sexualidade, aos direitos reprodutivos etc.

Desta forma o conceito de saúde passa a ser redefinido. Assim, saúde é concebida como o "bem-estar físico e mental de uma pessoa, ou grupo de pessoas, enquanto produz e reproduz sua existência". (Barroso, 1989). O que significa que ter saúde não se refere só à condição biológica, corporal, mas a situação das mulheres nas suas várias dimensões.

Este enfoque, por um lado, contribuiu para o debate sobre a saúde da mulher, que marca a década de 80, e que fora amplamente discutido na 8a. Conferência Nacional de Saúde, em Março de 1986 e na 1a. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em Outubro de 1986, em Brasília.

Nestes eventos, e em trabalhos que serão publicados a partir dessa época, a discussão sobre a saúde da mulher passa a ser abordada de forma mais abrangente, como parte dos direitos de cidadania. (Ariha, 1987; Labra, 1989, Barroso, 1987).

Por outro lado, este enfoque veio ao encontro de dois processos que começam a se destacar a partir da década de 1970: um deles é a crise e reestruturação do setor saúde, crise que atinge seu ponto de inflexão nos primeiros anos da década de 1980; e, o outro, é a redefinição do currículo, promovida no interior do sistema de ensino de medicina.

Interessa escrever brevemente sobre o primeiro processo, na medida em que as propostas da reforma sanitária trazem implícitas uma mudança na abordagem sobre a saúde da

mulher, concretizada na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, na rede pública de saúde, em 1986.

Da mesma forma sobre o segundo processo, porque o nosso objeto de estudo é um grupo populacional, clientela de um Centro de Saúde Escola denominado de Primeira Linha, que surge como uma proposta diferente de focalizar a relação entre os profissionais da saúde e a comunidade.

### **Da Reforma Sanitária**

Até os primeiros anos da década de oitenta o sistema oficial de saúde era constituído por dois sub-sistemas: o preventivo-coletivo, que integra o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, e o curativo-individual, do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social-INAMPS (1977). Além deste sistema oficial existe o atendimento particular e a chamada *medicina popular*.

Este modelo de sistema trouxe uma série de contradições no seu funcionamento. Com a perda de importância do sub-sistema preventivo-coletivo, o curativo-individual foi privilegiado, produzindo-se uma grande expansão no setor privado, que passou a beneficiar-se com os contratos/convênios realizados com o setor público. Além da corrupção associada à crise do setor, outros fatores inerentes ao modelo foram também apontados, entre eles a verticalização e a centralização.

A vocação curativo-individual do modelo teve implícita a atenção aos problemas relativos à doença, de ordem assistencial. Neste sentido, os Programas Materno-Infantil, dirigidos à mulher na década de 1970, incorporam-na porque constitui um *grupo de risco*. O objeto das políticas de saúde nesta época era a mulher em idade fértil, com assistência ao pré-natal, parto e puerpério, pois a gravidez constitui um *estado especial* (vulnerável) da mulher, assim como pela sua relação com o conceito. A estas preocupações somam-se aquelas relacionadas ao aleitamento materno, à nutrição materna e infantil etc.

A partir da criação dos Programas de Assistência Integral à Saúde, na década de 80, os serviços à mulher passam a considerar outras etapas de sua vida. Ela passa a ser encarada não somente segundo os aspectos relativos à gravidez, mas também em sua adolescência e velhice, culminando com a implantação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) na rede pública, em 1986. Posteriormente surge o Programa de Assistência Integral ao Adolescente (1989).

Estes Programas Integrais de Saúde-PAIS seriam implantados através das Ações Integradas de Saúde - AIS, criadas em 1984, e significa que a partir delas serão oferecidos à população ações curativas junto as ações preventivas. Estas AIS junto com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, criado em 1987, formam parte das estratégias adotadas no setor com o fim de

redefinir o papel do Estado com relação à saúde, visando a reorganização e integração dos serviços de saúde na esfera federal, estadual e municipal, e com relação aos prestadores privados.

Estas ações formam parte de um elenco maior de ações, cujas metas são a universalização dos serviços de forma *equânime*, democratizando o acesso e reduzindo as disparidades de atendimento à clientela (entre regiões e grupos sociais).

A consequência de tais metas esbarra em algumas dificuldades que foram apontadas por alguns pesquisadores (Draibe, 1986, Teixeira, et. al., 1985), entre as quais, o nível de produção e oferta dos bens e serviços, a capacidade de utilização da máquina administrativa e burocrática e a descoordenação das ações governamentais.

Além desses problemas de organização e funcionamento do sistema, aponta-se como um problema maior o fato de a reforma sanitária não trazer consigo uma nova concepção da prática sanitária. Assim, o PAISM e os outros programas, estariam ainda privilegiando uma assistência curativo-individual, e concebendo a população como parcelas separadas (a mulher, a criança etc.), motivo pelo qual os resultados das práticas sanitárias não teriam um impacto sobre os problemas de saúde pública, por exemplo, no que concerne à diminuição da mortalidade infantil, da mortalidade materna etc.

As mudanças, contudo, abriram uma perspectiva descentralizadora, que permitiram a alguns governos locais implantarem medidas de interesse mais específico para a mulher. Citamos, como exemplo, a implantação no município de São Paulo, do aborto legal (como resultado de estupro), em 1989. Estas medidas, no entanto, constituem ações isoladas e, na sua maioria, são propostas e executadas nos locais mais avançados do país, como é o caso do Município de São Paulo.

Em 1990 aparece uma nova proposta, entre outras, com relação à reestruturação do setor. Trata-se da Distritalização, Terceira Via. (Vilça, et al., s/d). Segundo este ponto de vista, não há uma fórmula para resolver o problema da saúde porque este é um problema particular a cada comunidade. Conhecer estes problemas constitui tarefa multidisciplinar de profissionais da saúde e sociais, entre os quais planejadores, sociólogos, geógrafos etc., que abordariam as várias dimensões do problema (epidemiológica, sócio-espaciais), e que priorizariam tanto os problemas de saúde (os de caráter individual e os de saúde pública), quanto os sociais aos quais estes estejam vinculados, problemas de saneamento básico, de educação, habitação etc.

Segundo esta proposta, infere-se que a saúde da mulher venha a ser contemplada dentro dos problemas globais de sua comunidade, e que serão específicos a este grupo populacional.

## **Da Reestruturação do Currículo**

No que se refere à reforma do ensino de medicina, foram também questionadas estas duas tendências, refletidas na orientação das especialidades: a individual e a coletiva. Observaram-se, de um lado, a ultra-especialização e sofisticação tecnológica de alto custo e o padrão hospitalar de ensino; e, de outro, uma grande proporção de população sem condições de acesso aos serviços de saúde. Isto levou a uma crise no interior do sistema de ensino (Paim, 1976), que passou a questionar a visão dicotômica de encarar a doença.

Dentre as estratégias que permitem um trabalho conjugado do setor saúde com as escolas médicas, destacam-se:

- 1) a formação de médicos generalistas;
- 2) a assistência primária à saúde;
- 3) numa vertiente intermediária entre as duas surge a denominada "Atenção Médica de Primeira Linha".

Nessa última estratégia propõe-se, entre outras diretrizes:

- dar atendimento a toda a população, sob o conceito de que esta deve ser universal.
- dar assistência aos casos menos graves (de não alto risco), servindo-se de recursos técnicos simples. Encaminhando os casos graves a unidades especializadas.
- preocupação com as várias dimensões da doença: biológica, psicológica e social.

- as atividades realizadas vão além da curativa, incluindo a promoção, reabilitação, proteção etc., que seriam executadas por uma equipe multiprofissional (psicólogos, educadores etc.). (Lólio, 1980).

Estas propostas visavam integrar as atividades curriculares das escolas de medicina com as práticas assistenciais, assim como viabilizar a pesquisa aplicada.

Desta forma, centros de saúde de nível local, com um hospital de retaguarda, em alguns casos, foram ligados às escolas de medicina no Estado de São Paulo.

Assim, em 1977, surge o Centro de Saúde-Escola do Burantã-CSEB, como necessidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, de desenvolver práticas médicas como parte da formação profissional e acadêmica de seus alunos.

## **CAPÍTULO II**

### **AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A MULHER**

Neste capítulo serão expostos os principais traços das políticas implantadas pelo setor público na área da saúde ao longo das últimas décadas, dando ênfase àqueles programas e ações que estiveram dirigidos à mulher.

Na exposição a seguir procurar-se-á salientar os objetivos e os instrumentos que caracterizam as ações realizadas pelas esferas federal, estadual e municipal na área da saúde da mulher, bem como as concepções em que estas se inspiraram. Deve-se frisar, em primeiro lugar, que as políticas de saúde passaram por mudanças ao longo das últimas décadas. Mudanças estas determinadas pelo tipo de regime político em vigor no país e pelas metas econômico-políticas por estes perseguidas.

#### **As Políticas de Saúde e a Mulher nas Últimas Décadas**

##### **Antecedentes ou Pré-64**

Durante o período anterior a 1964, as políticas de saúde governamentais estiveram orientadas pelos princípios da puericultura dentro dos postulados de higiene e desenvolvimento de uma prole sadia. Nesse contexto, as instituições em torno das quais giravam as políticas destinadas à mulher eram os ministérios do trabalho e o da saúde. Através do primeiro eram regulados e fiscalizados os benefícios sociais da mulher e da criança e, através do segundo, garantia-se atenção à saúde, à maternidade e à

infância. (Canesqui, 1986).

Neste período é criado o Departamento Nacional da Criança (1940), que em 1953 foi incorporado ao Ministério da Saúde. Além da criação de hospitais infantis, o Departamento Nacional de Criança geriu também programas educativos e de nutrição, tais como distribuição de leite em pó desnatado, recebido como doação do exterior. (Ibid, p.28).

Nos últimos anos da década de 1950 começa a tomar forma uma tendência que prevaleceria nos anos sessenta. A assistência materno-infantil perde a prioridade que detinha nos programas de saúde pública em favor do combate às moléstias endêmicas rurais. Ao mesmo tempo, observa-se o fortalecimento do sistema previdenciário, enquanto diminui a atuação do Ministério da Saúde. (Bodstein et al., 1989, p. 74).

Estas tendências se verificam em um momento em que o país sofre uma série de mudanças sócio-econômicas: crescimento industrial, desenvolvimento das áreas urbanas, inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento vertiginoso da fecundidade.

Este foi também o cenário para a discussão da questão demográfica, que teve seu auge na década de 1970. A América Latina começa a se preocupar com a *explosão demográfica* no início dos anos 1960, tentando explicar as dificuldades enfrentadas pela economia de substituição de importação no pós-guerra. A postura dos neo-malthusianos visava o controle da natalidade, já que se argumentava que o crescimento

populacional era um dos principais responsáveis pelos problemas nacionais. (Rocha, 1979). No seio do governo, alguns representantes aderiram a estes pressupostos, no entanto, a "posição oficial foi recusar qualquer preocupação junto à política demográfica" (Canesqui, 1986, p. 76).

### **Período Pós-64**

O governo que assumiu em 1964, implantou mudanças políticas significativas na estrutura de poder do Estado, acompanhadas de mudanças político-econômicas, o que acarretou o aprofundamento do modelo capitalista industrial que no final da década de 1960 resultou no *milagre econômico*.

O estado passa a ser mais centralizado e passa a formular de forma explícita a política econômica e social. Ao mesmo tempo em que começa a intervir na política de saúde e no processo de capitalização da medicina. (Braga, 1978)

Os traços mais evidentes das últimas décadas no setor saúde são: o domínio da medicina previdenciária, calcada no cuidado médico individualizado de base hospitalar e ambulatorial; a sua articulação com a produção privada em detrimento da produção de serviços estatais; o predomínio dos interesses privatistas e o padrão de financiamento baseado, principalmente, na contribuição dos assalariados. (Ibid.).

### **Década de 1970 - Saúde Materno-Infantil**

Foi no governo Geisel que a política social passou a ser considerada uma prioridade através da política de saúde, em particular, e da previdência social e de algumas medidas médico-sanitárias em geral.

A política de saúde tornou-se evidente através do aumento da cobertura dos serviços de saúde e dos benefícios sociais na medicina previdenciária. A saúde pública também reativou-se neste período, estendendo a cobertura dos serviços, mediante a descentralização de alguns programas como o de saneamento e serviços sociais, alimentação e nutrição.

No que se refere à política de saúde, as características mais importantes são:

- Em 1974, a Previdência Social se separa do Ministério do Trabalho passando a constituir um Ministério. Nesse mesmo ano, a Previdência Social cria o Programa de Pronta Ação com o objetivo de tornar os serviços de saúde mais acessíveis aos beneficiários da Previdência Social, passando a incluir os dependentes dos assegurados, autônomos e empregados domésticos. Aumenta os benefícios previdenciários, incluindo salário-maternidade e a assistência médica à população, abarcando a população rural. Tenta-se expandir ainda mais a cobertura de serviços através de 2 programas-impacto dirigidos à população urbana e do interior : o PREPPS - Programa Estratégico de Preparação de Pessoal de Saúde, e o PIASS - Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Lei 6168/1974 criando o Fundo de Apoio ao

Desenvolvimento Social (FAS) cujo resultado foi a transferência de 1/3 de seus recursos ao financiamento de hospitais privados. Em 1975, numa tentativa de racionalizar a estrutura dos serviços dentro de uma visão sistêmica, dita-se a lei de Sistema Nacional de Saúde. A necessidade de racionalização da assistência previdenciária leva, em 1977 à criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social - SIMPAS. Reativação da saúde pública mediante a criação de novos programas, dentre os quais se destacam, além do PIASS e do PPREPS, o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1976; o Programa de saúde Materno-Infantil, 1974, 1976; e o Programa de Controle de esquistossomose, 1976, entre outros.

- Programa de Saúde Materno-Infantil - Os programas de saúde materno-infantil, implantados em nível federal estavam orientados pelo II PND (1974). O momento era de uma revisão das metas otimistas quanto ao crescimento econômico, já que evidenciavam-se os sinais do fim do ciclo expansivo da economia do *milagre* brasileiro, que teve seu auge entre 1970-72. Aos problemas de índole estritamente econômica (inflação) somam-se aqueles decorrentes do empobrecimento das camadas urbanas pobres, entre outros. (Braga, 1978).

No período 1974-1978, o Ministério da Saúde definiu a política nacional de saúde materno-infantil de forma mais precisa que as anteriores, com previsão de recursos orçamentários a serem repassados às unidades federadas e às

secretarias estaduais e municipais de saúde.

No período mencionado foram apresentados dois programas de saúde materno-infantil (1974 e 1975) bastante semelhantes em seus propósitos de reduzir a mortalidade e a morbidade materno-infantil, cuja população que deveria ser atingida era a de gestantes, parturientes, puérperas, mulheres em idade fértil, crianças menores de 5 anos e adolescentes.

Estes grupos foram considerados prioritários a partir de dois conceitos: magnitude (volume que representavam na população total) e vulnerabilidade à doença e à morte.

As ações dirigidas à mulher no período de gestação e aleitamento, pretendiam contribuir para "uma maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho" (V Conferência Nacional de Saúde, 1975).

Destaque-se nos programas mencionados a inclusão do planejamento familiar a ser desenvolvido, dentre as ações, pela detecção dos riscos durante o pré-natal e pós-natal. As Normas para Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivos Obstétrico e da Infertilidade (1978) são mais explícitas nesta questão.

Estudos constataam o declínio dos níveis da fecundidade no país a partir da década de 1970 (Berquó, 1984, Wong, 1985). Este fenômeno é associado a fatores estruturais e conjunturais, entre os quais mencionam-se: o processo de proletarização das camadas de baixos recursos econômicos; fatores resultantes do processo de *modernização* da

sociedade, tais como mudanças ideológico-valorativas, onde a mídia teria papel importante; as políticas do Estado, em especial a política de população e de saúde, entre outros.

A influência do setor saúde se dá a partir de dois aspectos: por um lado, ao estender a cobertura dos serviços de saúde e promover a assistência à saúde no atendimento individual, levou a população a entrar em contato com a sub-cultura médica, passando a utilizar o que esta lhe oferecia: cesariana e métodos contraceptivos, por exemplo. Por outro, o Estado, ao não assumir explicitamente seu papel com relação ao planejamento familiar, deixou uma brecha que fora ocupada por organismos privados que atuam desde a década de 1960 junto à população de menores recursos, fornecendo anticoncepcionais e educação sobre as vantagens da família reduzida. (Entre estes organismos, a Sociedade Brasileira de Bem-Estar Familiar-BEMFAM; o Centro de Pesquisa e Atendimento Integrado Mulher e Criança-CPAICMC; a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana-SBRH).

Assim, em 1978, em São Paulo, das mulheres casadas na idade de 15 a 49 anos, 16% já estavam esterilizadas (Nakamura, 1978). As esterilizações eram efetuadas em hospitais municipais, estaduais e naqueles do INAMPS. Pesquisas mostram também o amplo uso de anticoncepcionais (pílula) por mulheres em idade reprodutiva, sendo que a maior porcentagem obtém o anticoncepcional sem prescrição médica. (Cordeiro, 1980).

### **Década de 1980: Saúde da Mulher. Novas Perspectivas**

A partir da década de 1980 assiste-se a vários acontecimentos que significam uma nova postura frente ao problema da saúde da mulher por parte das políticas oficiais. Por um lado, a saúde da mulher passa a ser vista de maneira diferente, o que implica na elaboração e implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, nas diferentes instâncias da rede pública. Por outro, uma descentralização das ações das instâncias estaduais e municipais com relação aos lineamentos e diretrizes propostos pelo governo federal, que levam à priorização de certos aspectos relativos à saúde da mulher.

Estes acontecimentos se iniciam num momento de abertura política no país, quando aparecem outros interlocutores na cena política, como a OAB e a CNBB, entre outros, o que implica a transferência do poder político aos civis e na conquista de governos estaduais por parte dos partidos políticos de oposição nas principais capitais e grandes municípios. (a escolha de Tancredo Neves à presidência da nação e de Franco Montoro para São Paulo, Leonel Brizola para o Rio de Janeiro, entre outros, nos governos estaduais).

Assim, com esta divisão de responsabilidades, a área de saúde pode ser distinguida entre as diferentes esferas públicas, como segue:

### **A- Em nível federal**

A década de 1980 inicia-se com a etapa do esgotamento do *milagre* e a crise recessiva da economia no país.

Na área da saúde propostas foram efetuadas quanto à extensão da rede básica dos serviços, enfatizando a cobertura dos serviços de saúde, sua integração e regionalização e melhoria da qualidade, resultando no PREV-SAÚDE (1980).

No PREV-SAÚDE tratou-se também de questões relativas à educação para a paternidade responsável, anticoncepcionais, legislação sobre a fecundidade etc., como um conjunto de atividades associadas a um abrangente programa materno-infantil. Embora nunca fora implementado, introduziu preocupação com a saúde da mulher.

As resoluções 6 e 7 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação-CIPLAN, de 3 de Maio de 1984 (órgão da Secretaria de Planejamento da Presidência da República), regulam as Ações Integradas de Saúde, entre os governos federal, estaduais e municipais. Nesse documento, assinado pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Cultural, entre as áreas prioritárias e específicas encontra-se a "Promoção da Saúde da Mulher e da Criança".

Como desdobramento do programa interministerial, o Ministério da Saúde apresentou dois programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM, como formulação de políticas globais, significa uma mudança na concepção da saúde da mulher, o reconhecimento do fato de que "as assimetrias sexuais perpassam tornando mais complexo, todo um amplo espectro de questões e que as condições em que especificamente se encontram as mulheres não devem ser ignoradas" (Costa, 1985, p.88). Além disso a preocupação pela mulher grávida de *alto risco* passa a ser substituída pela preocupação pela mulher nas diferentes etapas de sua vida: criança, adolescente, adulta e idosa. (Brasil, 1986).

O Ministério da Saúde, ao criar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, tem como objetivo "oferecer assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção" (Brasil, 1986, p.6). Ou seja, "as ações são dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias" desse grupo populacional. O atendimento da saúde tem "ênfase no controle de patologias mais prevalentes" nesse grupo. O conceito de "integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas com a clientela de modo a que ela controle sua saúde". (Ibid., p.12).

O programa significa também que o Estado, através de sua política de saúde, tem assumido o compromisso com a regulação da fecundidade, não no sentido de uma planificação familiar como foi desenvolvida na década passada: "a estratégia de Assistência Integral à Saúde da Mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do Planejamento Familiar - o direito de todos os segmentos populacionais da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenha como indivíduos ou como casais". (Ib., p.11).

No seio do sistema de saúde, o PAISM propõe efetivar-se nas instituições componentes das AIS (Ações Integradas de Saúde). "A compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população". (Ib., p.10) As AIS são um conjunto de ações básicas de atendimento à população consideradas nos planos de reordenamento do sistema de saúde através da Reforma Sanitária que buscam uma nova "hierarquia e articulação das instâncias federais, estaduais e municipais". (Ib., p.2).

#### B- Em nível estadual

Entre 1983 e 1986, o governo do Estado de São Paulo prioriza os programas da área social. Assim, implantam-se programas como o *Pró-luz* (que leva energia elétrica às áreas periféricas da cidade); o Programa do Menor; os *sacolões*

etc. Cria-se também o Conselho Estadual da Condição Feminina, para debater os problemas concernentes à situação da mulher.

Em maio de 1983 cria-se o Grupo de Trabalho de Saúde da Mulher, junto ao Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde, com a finalidade de examinar a problemática da atenção à saúde da mulher e elaborar um plano de trabalho que reformule a assistência dada a este grupo populacional.

Além de promover a discussão sobre o tema <sup>1</sup> «1» o grupo publica dois documentos. Um em 1983, **Contribuição para o Planejamento de um Programa de Saúde da Mulher no Estado de São Paulo**, e outro em 1986, **Ações Integradas de Atenção à Saúde da Mulher**. Este último consta de 5 volumes, onde são defendidas exaustivamente as necessidades de saúde da mulher, de forma integral e incluindo aspectos relativos a contracepção, educação etc.

Estes documentos somam-se aos programas federais e tentam dinamizar as atividades do serviço público com relação ao atendimento das mulheres.

Estes programas são propostos numa conjuntura de amplo debate político no país, ao mesmo tempo em que se debatem intensamente temas relacionados com a saúde da mulher, entre os quais contracepção, aborto, excesso na medicalização

---

(1) Debate realizado em Julho de 1983 no auditório da Folha de São Paulo. Debate realizado em Maio de 1984 sobre "Saúde da Mulher e Planejamento Familiar, com representante da Secret. da Saúde do Estado de São Paulo, do Pró-Assistência do Município de Campinas, e da Secret. de Saúde do Estado de Goiás.

## ERRATA

### AGRADECIMENTO

À Profa. Dra. Maria Adélia A. de Sousa do Departamento de Geografia, e à Profa. Dra. Carmen Vieira de Sousa Unglert da Faculdade de Saúde Pública, da USP, pela contribuição com aportes fundamentais no momento da qualificação.

Pág.	Pará- grafo	Linha	DIZ	DEVE DIZER
6	1o.	5a.	da população atendida	população matriculada
6	1o.	7a.	da população atendida	população matriculada
15	2o.	2a.	à situação de morbi- mortalidade	às causas de mortalida- de
61	4o.	4a.	sendo 5 destas, hospitais	sendo 1 destas, hospi- tal.
62		1a.	de oito para seis	de sete para seis
90		3a.	NO-NE..% 33,93	33,33
90		10a.	M.Gerais..% 38,98	3,99
90		13a.	TOTAL .. Sub-total 11	46
94	2o.	5a.	(Tabela 4.9)	(Tabela 4.6)
96	1o.	10a.	estudo da morbi-morta- lidade	estudo das causas de mortalidade
114	4o.	1a.	49 abortos	43 abortos
114	4o.	3a.	48,93 espontâneos e 20,41	39,53 espontâneos e 22,92 %
114	Tabela 5.11	Óbito fetal..Tot. Abs. 2	....5	
123	4o.	4a.	5 hospitais	1 hospital
46	Tab. 3.1	falta depois do título	(em miles)	

(procura de serviços de assistência médica, como partos cesarianos).

**C- Em nível municipal** - Década de 1990 - Prefeitura do Município de São Paulo: Alguns Aspectos do Programa para o Setor.

A partir de 1989 o governo do Município de São Paulo, também com características *progressistas*, implanta uma série de programas com prioridade social, entre elas merecem destaques:

- . execução do projeto de municipalização do transporte coletivo;
- . implantação da coleta seletiva de lixo na cidade
- . construção de casas populares pelo sistema de mutirão;
- . reforma de prédios públicos ( Biblioteca Mário de Andrade, conclusão da reforma do Teatro Municipal);
- . construção de novas escolas, crèches, bibliotecas na periferia da cidade;
- . implantação de novos sacolões.

Na área de saúde:

- . construção de 12 novas unidades de saúde (incluindo 5 hospitais). Um deles localizado no Jd. Sarah, no Município de Butantã;
- . instalação de mais de 800 leitos hospitalares;
- . instalação de leitos hospitalares para doentes de AIDS;

- . execução de programas de combate à cárie.

Referente à saúde da mulher:

- . implantação, no hospital Jabaquara, do serviço de aborto legal (quando implica risco de vida para a mãe ou em gravidez resultante de estupro). Este serviço está funcionando desde final de 1989, tendo atendido 70 mulheres em um ano. Deste total procedeu-se ao aborto de 35 mulheres, tendo sido realizado um acompanhamento da gravidez das demais.

Esta é uma das iniciativas em que a prefeitura obteve sucesso, já que a implantação desta medida foi varias vezes impedida, primeiro no Rio de Janeiro, e depois em São Paulo.

Observa-se duas posturas diferentes com relação à saúde da mulher nas políticas da década de 1970 e de 1980.

Na década de 70, com a implantação de uma política de saúde, a mulher passa a ser considerada nos aspectos relacionados à gravidez. Já na década de 80, essas políticas se preocupam com a saúde da mulher, isto é, não restringindo-se apenas a uma fase de sua vida.

Nessa década de 1980 assiste-se ao rompimento do esquema verticalizado das ações do setor público: federal, estadual e municipal.

Com a abertura política e o surgimento de governos de caráter *progressista*, surge, para estes, a possibilidade não só de formular, como também, de implantar políticas alternativas nos seus diferentes campos de interesse. Estas políticas buscam dar resposta às demandas não atendidas e/ou

acumuladas de diferentes setores sociais nos regimes anteriores.

A proposta do PAISM no sistema de saúde tem a influência do movimento de mulheres, e dos esforços realizados pelo grupo de trabalho de saúde no interior do Governo do Estado, em especial de São Paulo, no período 1983-1986.

Esses debates formam parte de discussões mais amplas levadas a cabo pelo Conselho Estadual da Condição Feminina-CECF e pelo movimento de mulheres e giram em torno do trabalho, da educação, da violência, da escassez de creches. Com relação à saúde, referem-se aos aspectos ideológico-políticos do planejamento familiar, à sexualidade e à maternidade como opção individual de cada pessoa, do direito à contracepção, etc.

### **CAPÍTULO III**

#### **DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS EM SAÚDE NO SUBDISTRITO DO BUTANTÃ**

O propósito deste capítulo é delinear alguns aspectos da política de atenção à saúde da população do subdistrito de Butantã, no quadro geral do município de São Paulo, na década de 1980, que sirvam de pano de fundo ao estudo em questão. Estes aspectos dizem respeito a alguns recursos básicos de infraestrutura assim como aos recursos em saúde destinados à área, sua distribuição e localização, e sua relação com certos aspectos da população em estudo.

#### **O Contexto: Município de São Paulo**

A grande São Paulo tem se formado mediante o desdobramento de um padrão urbano desigual. A urbanização, nas últimas décadas, é resultado da incorporação à mancha urbana de bairros periféricos, em geral, sem planejamento. Criaram-se espaços segregados cuja população está excluída da adequada apropriação dos serviços urbanos.

Desta forma a cidade passou a apresentar áreas diferenciadas: algumas onde se verifica melhor qualidade de vida habitadas por camadas de renda mais alta com pleno acesso à infraestrutura básica e de serviços, e que apresentam baixa taxa de crescimento populacional, significativa concentração de edificações de uso residencial e níveis de saúde satisfatórios. E outras que se caracterizam pelo alto crescimento demográfico, baixo nível

de renda e de condições de saúde e problemas de infraestrutura.

Essa segregação sócio-espacial torna mais grave as condições já precárias desta população, como por exemplo o deslocamento das residências ao local de trabalho e o acesso desigual aos serviços urbanos.

Essas características apresentam-se no Município de São Paulo, onde uma população atual em torno de 9,7 milhões de habitantes <sup>(1)</sup> se distribuem em bairros diferenciados, centrais e periféricos, que expressam a correlação existente entre níveis de renda e acesso aos serviços de saúde, saneamento, educação, lazer etc.

A população do município de São Paulo, tem crescido em taxas inferiores às observadas nas décadas de 1960 e 1970, atingindo na década de 80 níveis inferiores aos projetados pela FIBGE e o SEADE, que estimavam uma população de aproximadamente 11 milhões de pessoas.

A população que era de 5 924 617 de hab. em 1970, passa para 8 493 226 em 1980, e para aproximadamente 9,7 milhões de hab. em 1990. As taxas de crescimento caíram vertiginosamente na última década, de 4,79 no período 70/80 para 1,22 no período 80/90, segundo estimativas da Fundação SEADE. <sup>(2)</sup>

---

(1) Censo de 1991- Resultados preliminares

(2) As cifras para 1990 são resultados preliminares do Censo 1991.

O subdistrito do Butantã está entre os que mais contribuíram nessa expansão, junto com outros como Santo Amaro e Santana. O Butantã, localizado na zona oeste do município, passou de 175 800 hab. em 1970 para aproximadamente 500 000 hab. em 1990, com taxas de crescimento de 6,12 no período 70/80 e 4,6 no período 80/90, segundo dados da EMPLASA-PMSP.

Em outros subdistritos, localizados em áreas centrais, observa-se um crescimento pequeno e até negativo, como nos casos de Pinheiros, localizado no centro expandido, que apresenta taxas de 0,67 no período 70/80 e -0,69 no período 80/90; Belenzinho, localizado no centro histórico, cujas taxas para os mesmos períodos são -0,58 e -1,9 respectivamente. (Tabela 3.1)

**TABELA 3.1 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO, SEGUNDO SUDISTRITOS SELECIONADOS E ZONAS - 1960-1990**

Zonas Sudistritos	60	70	80	90
Mun. de S.P.	3 709 274	5 924 615	8 493 226	9 700 111
CH* Belenzinho	63 153	52 238	49 273	40 653
CE** Pinheiros	36 201	44 080	47 129	43 983
CE Indianópolis	53 303	70 731	82 658	84 202
Oeste Butantã	68 652	175 800	318 421	499 020
Norte Santana	120 284	198 340	274 101	329 236
Sul Santo Amaro	109 110	377 168	765 743	1 342 563

TGCA (%)

	60/70	70/80	80/90
MSP	4,79	3,67	2,97
Belenzinho	- 1,88	-0,58	-1,90
Pinheiros	1,99	0,67	-0,69
Indianópolis	2,87	1,57	0,19
Butantã	9,86	6,12	4,60
Santana	5,13	3,29	1,85
Santo Amaro	13,21	7,34	5,78

\* CE-Centro expandido \*\*CH-Centro histórico

Fonte: Sumário de Dados da Grande São Paulo-1990. Gov. de Estado de São Paulo- SHDU-EMPLASA. Censo 1991, dados preliminares.

Alguns indicadores sociais revelam as difíceis condições de vida nas áreas periféricas e nos bairros decadentes do centro da cidade. A população favelada correspondia a 7,7% do total da população do Município em 1987. Nos oito primeiros anos da década passada esta população mais que dobrou (incremento de 116,7%). (Tabela 3.2).

**TABELA 3.2 - POPULAÇÃO FAVELADA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 1973-1987**

População	Anos			Taxas de Variac. %		
	1973	1980	1987	73/80	80/87	73/87
Pop. Mun. de SP	6 561	8 559	10 554	30,5	23,3	60,9
Pop Favelada	72	375	813	422,0	116,7	1 031,4

Fonte: Dados e projeções do SEMPLA.

Chama-se a atenção para o maior crescimento relativo da população favelada no período 73/87. Enquanto a população do município como um todo cresceu aproximadamente 60% a da favela aumentou dez vezes em relação a 1973.

Em 1980, 18% da população (1,7 milhões) viviam em cortiços. Atualmente esta população deve estar em torno de 3 milhões de pessoas, ou seja 26% da população total, segundo estimativas da Fundação SEADE.

Assim, em 1988, 59% da população do município (6,2 milhões de pessoas) viviam numa destas três formas de moradia: favelas, cortiços e casas precárias da periferia. Segundo dados da Fundação SEADE, 22,8% das famílias da Grande São Paulo não alcançam padrão de habitabilidade, entendendo-o como acesso a pelo menos 4 cômodos (sala, quarto, banheiro e cozinha). Estes dados revelam a incapacidade de certas camadas da população de se inserir no mercado habitacional.

Aproximadamente 20% da população do município auferem rendimentos de até 3 salários mínimos. No Butantã esta

parcela é 17,71% da população, em Capela do Socorro 30,48%, segundo estimativas do SEMPLA.

No final da década de 1970, as políticas de saneamento e saúde repercutiram positivamente na redução da mortalidade infantil. Com a ampliação da rede de água e esgoto, cloração domiciliar da água de beber, suplementação alimentar a gestantes e nutrízes e ampliação dos programas de vacinação, o índice de mortalidade infantil que era de 97,06 por mil no município passou para 62,99 nas áreas intermediárias e 52,44 nas centrais, chegando a 41,49 até 1983, embora se mantivessem as diferenças entre a área central e as demais.

Em 1986, segundo dados da PNAD-1988, a cobertura de água no município de São Paulo atingiu 95,81% dos domicílios, no entanto, o retardamento na solução dos problemas de esgoto tem repercutido na manutenção dos ainda elevados índices de mortalidade infantil.

Assim, em 1987, o índice de mortalidade infantil foi 36,2% no município e 32,4% no Butantã. Estes índices foram superados pelos apresentados em Santa Cecília: 42,2%; Santana: 46,7%; Liberdade: 43,2%; Limão: 49%; Santo Amaro: 43,8%, entre outros subdistritos. (Anexo III.1)

Além dos fatores de moradia e saneamento, as condições de saúde da população dependem também dos serviços disponíveis para enfrentar ou prevenir doenças.

Mudanças na implementação dos recursos em saúde no município de São Paulo na década de 80 apontam dois períodos distintos: o compreendido entre 1980-1987 e o que se inicia

em 1987.

No período 1980-1987, enquanto a população do município aumentou cerca de 1 milhão de pessoas, o número de hospitais *diminuiu*. Esta diminuição se deu basicamente no caso de hospitais particulares (gerais e especializados). A perda destes hospitais, conjugada à falta de investimento público neste setor, certamente constituiu um dos fatores para que a situação de saúde no município deteriorasse ainda mais período. (Tabela 3.3)

**TABELA 3.3 - HOSPITAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 1980-1990**

TIPO	Gerais			Especiais			Total		
	1980	1987	1990	1980	1987	1990	1980	1987	1990
Tot Ger	149	146	166	29	23	26	178	169	192
Públic	22	27	39	4	3	3	26	30	42
Fed.	6	7	7	-	-	-	-	-	-
Est.	10	11	17	-	-	-	-	-	-
Mun.	6	9	15	-	-	-	-	-	-
Partic.	127	119	127	25	20	23	152	139	150

Fonte: Fund. SEADE, PMSP-SEMPA/DEMPAN, SES.

O pequeno aumento verificado no número de hospitais públicos no período 1980-1987 foi insuficiente mesmo para manter o indicador "leitos por mil habitantes". Este piorou nas duas categorias de hospitais, fazendo com que o número de leitos por mil hab. caísse de 4,08 para 3,2 no município. No Estado de São Paulo, este passa de 5,2 para 4,2 leitos por 1 000 habitantes no mesmo período. (Tabela 3.4)

A desigualdade na assistência hospitalar e na distribuição dos leitos hospitalares reflete também a disparidade na alocação dos recursos entre as áreas centrais e as periféricas.

**TABELA 3.4 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. "LEITOS X 1000 HABITANTES" - 1980-87**

	A N O S	
	1980	1987
Públicos	1,01	0,92
Particulares	3,08	2,28
Total	4,08	3,20

Fonte: Fundação SEADE

Este quadro se reverte no final da década de 1980, como demonstram as cifras para 1989, quando se observa incremento no número de hospitais, tanto no setor público como no privado.

### **0 Subdistrito de Butantã.**

#### **Características Gerais**

O Butantã é um subdistrito do Município de São Paulo, localizado na Zona Oeste. (Fig. 3)

A área correspondente à Administração Regional do Butantã, é quase a mesma do subdistrito: 6 287 hectares.<sup>(3)</sup> Em quilômetros corresponde a 53,86 Km<sup>2</sup>, representando 3,6%

(3) Administração Regional - é o território que corresponde a uma divisão administrativo territorial

da área do município de São Paulo (em torno de 1 500 Km<sup>2</sup>). Esta área é superior à de Santana, que tem 34,07 Km<sup>2</sup>, 2,3% da área do município, e é inferior à de Santo Amaro, com 94,56 Km<sup>2</sup>, 6,3% da área total do município, segundo dados da EMPLASA.

Limita-se ao norte e a oeste com o município de Osasco, ao sul com o município de Taboão da Serra e com as Administrações Regionais de Campo Limpo e Santo Amaro, e a leste com as Administrações Regionais de Pinheiros e Lapa, das quais está separada pelo Rio Pinheiros. Está dividida em 6 setores: Jaguaré, Rio Pequeno, Butantã, Raposo Tavares, Vila Sônia e Morumbi. (Fig.4) Apesar da presença de áreas de alto padrão se observa a predominância de áreas menos servidas a medida em que se avança em direção oeste do subdistrito.



**Fig. 1**



**Fig. 2**



**Fig. 3**

# ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE BUTANTÃ LIMITES E DIVISÃO EM SETORES

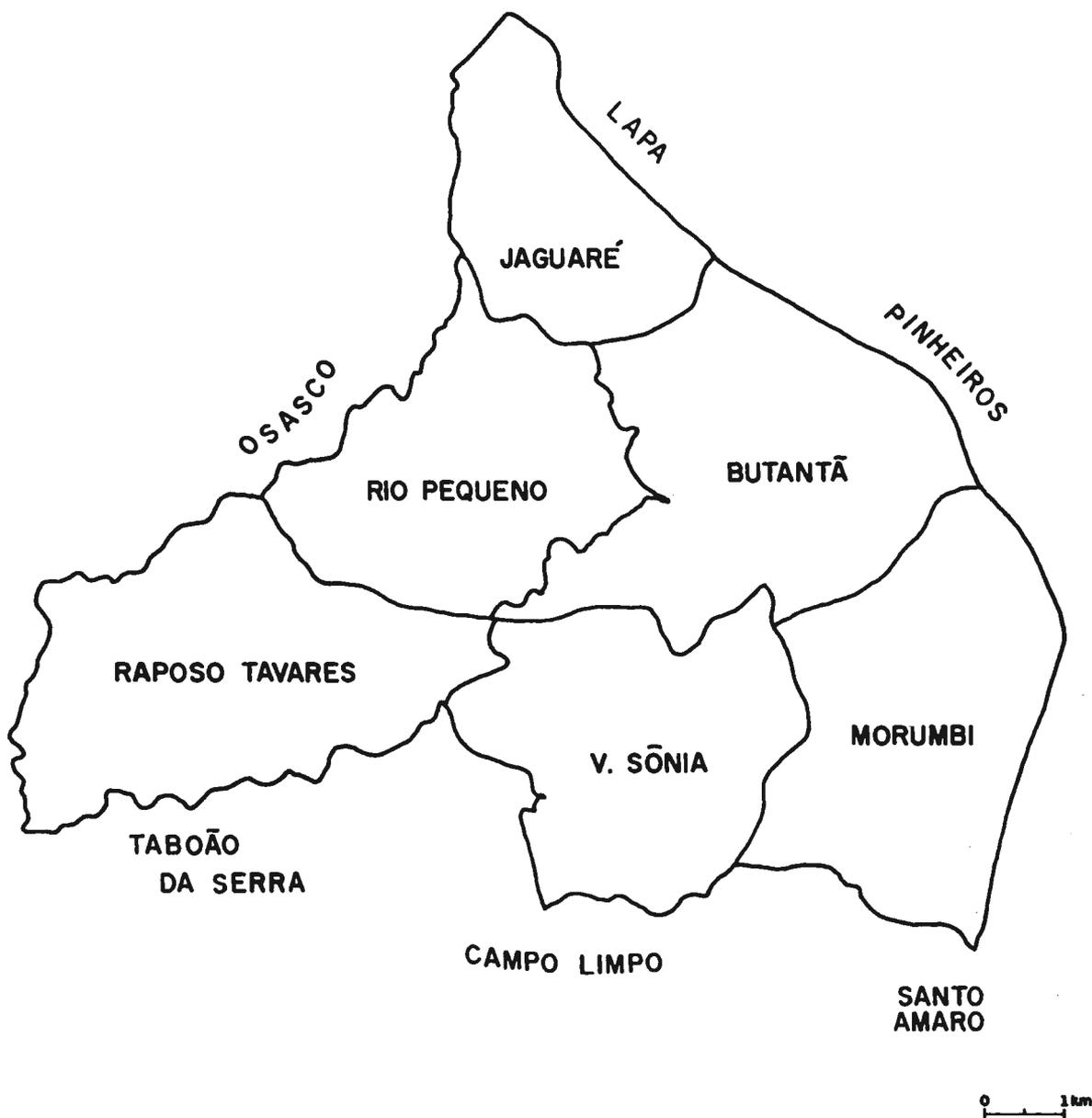


Fig. 4

Sua população cresceu na última década, passando de aproximadamente 318 mil habitantes em 1980 para quase 500 mil habitantes em 1990, segundo projeções da Fundação Seade.

A estrutura da população do subdistrito do Butantã se assemelha à do município de São Paulo. Em ambas as populações há uma predominância dos grupos de idade com menos de 20 anos. (Tabela 3.5)

**TABELA 3.5 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SUBDISTRITO DO BUTANTÃ. POPULAÇÃO POR GRANDES GRUPOS DE IDADE - 1980-1990**

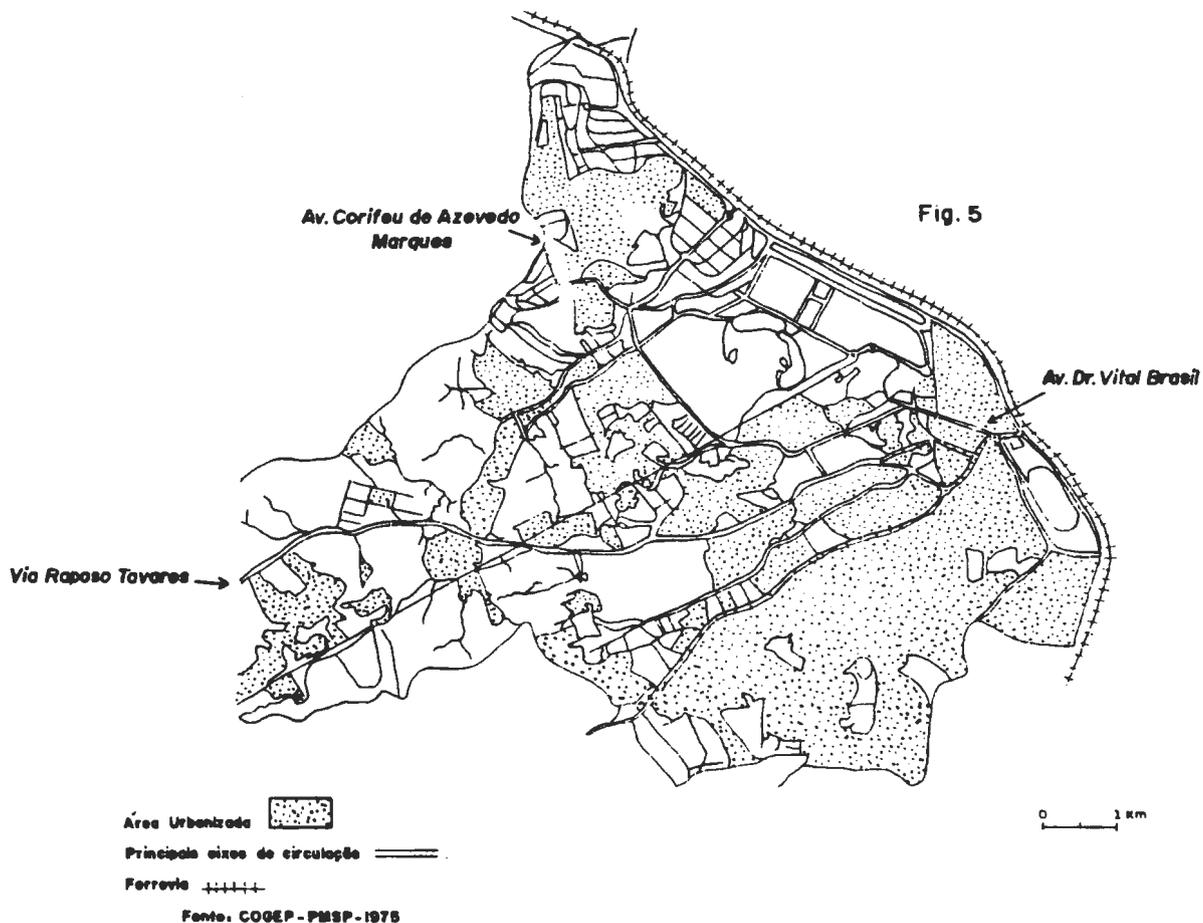
GRUPOS DE IDADE	A N O S											
	1980				1990							
	Mun de SP		Butantã		M de SP		Butantã					
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%				
0-19	2724	214	38,3	135	607	42,6	4418	366	38,8	197	848	39,6
20-29	1576	235	22,1	66	504	20,9	1991	082	17,5	84	098	16,9
30-39	1037	123	14,6	47	465	14,9	2121	781	18,6	96	227	19,3
49-49	733	674	10,3	32	757	10,3	1223	389	10,8	56	642	11,4
50-59	549	524	7,7	20	369	6,4	801	092	7,0	33	266	6,7
60-69	304	641	4,3	9	874	3,1	525	594	4,6	19	730	4,0
70 +	184	456	2,6	5	419	1,7	298	996	2,6	11	209	2,2
	7114	258	100	318	421	100	11380	300	100	499	020	100

Fonte: Censo 1980, Sumário de Dados da Grande São Paulo. 1990

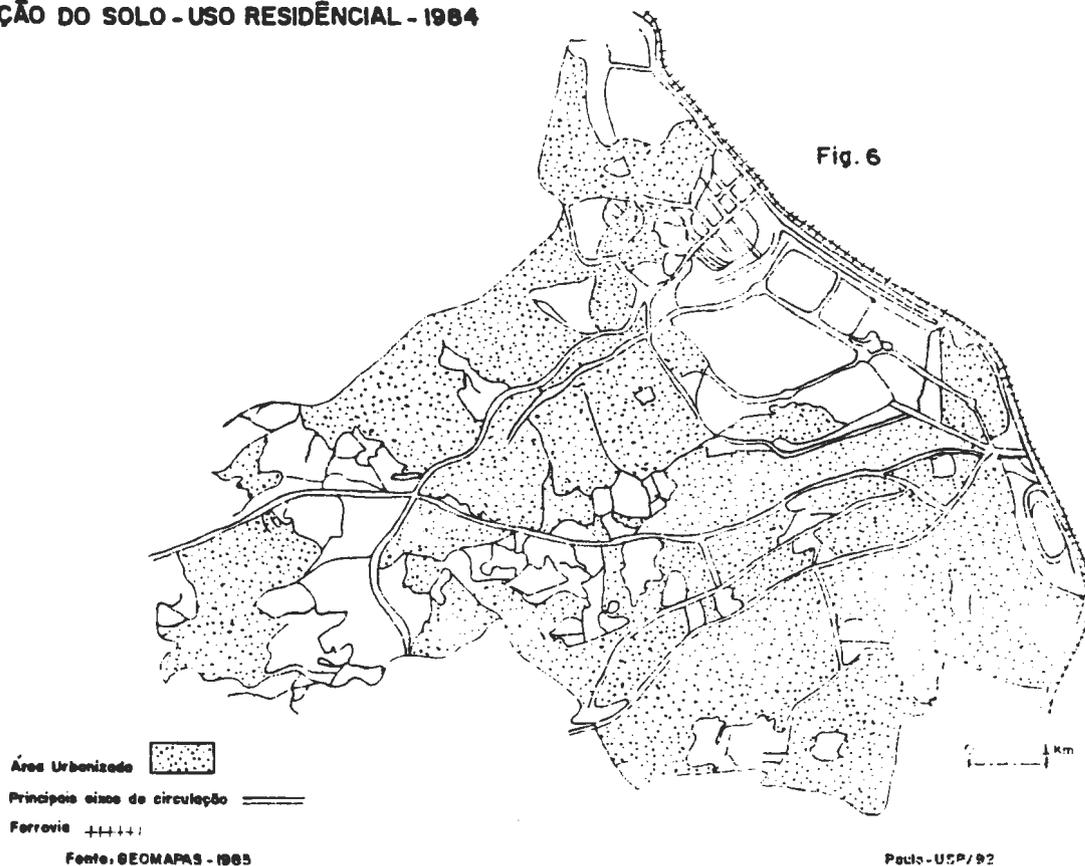
Cabe salientar que enquanto no Município de São Paulo o grupo de idade 0-19 anos mantém sua importância relativa - em torno de 38%-, no subdistrito do Butantã produziu-se uma diminuição deste valor no período 80-90, passando de 42,58% para 39,6%, respectivamente. Isto revela

uma queda do crescimento da população, com ênfase nos grupos de menor idade; o que implica que a pressão por serviços, no futuro próximo, será maior por parte da população acima de 20 anos.

O aumento da população na área significou uma maior ocupação do território de uso residencial, especialmente as residências populares, com o surgimento de novos bairros e vilas, e o adensamento dos existentes. Ocupação que num primeiro momento se deu ao longo das avenidas que atravessam o subdistrito e em torno das áreas destinadas ao uso industrial. Nos últimos anos, estão sendo ocupados os bolsões vazios mais distantes destas avenidas e áreas industriais. (Fig. 5 e 6)



OCUPAÇÃO DO SOLO - USO RESIDENCIAL - 1984



As avenidas Corifeu de Azevedo Marques, Raposo Tavares e Francisco Morato influenciaram na dinâmica referida, já que elas atravessam o subdistrito; assim como avenidas menores como a Rio Pequeno e Heitor Eyras Garcia, na zona oeste deste.

Os núcleos industriais encontram-se no setor do Jaguaré, que também é servido pela ferrovia, na parte sul do setor Butantã, na Vila Sônia, e na Raposo Tavares, ao longo da adutora Cotia que atravessa estes setores.

O padrão das áreas residenciais é heterogêneo. No setor Morumbi, localizado no sudeste, e no setor Butantã, no nordeste, predominam as residências de alto padrão. No setor Morumbi encontram-se o Estádio do Morumbi, o Palácio dos Bandeirantes, as instalações da TV. Bandeirantes, e um número importante de hospitais, entre os quais o Hospital Albert Einstein. Nos setores Vila Sônia e sudoeste de Butantã predominam as residências de padrão médio, junto com moradia populares. A presença destas últimas aumenta à medida que se avança para a zona oeste do subdistrito, onde os cortiços e favelas se fazem mais visíveis.

A população migrante e de baixa renda tem importância na área, contribuindo com o surgimento de algumas favelas, assim como com a expansão de outras.

Localizam-se no subdistrito 41 favelas, que concentram 8 158 barracos. As favelas com maior número de barracos se encontram nas regiões:

- Jaguaré: Fav. Jaguaré (1518 barracos), Nossa Sra. da

Paz (423 barracos).

- Butantã: Jd. São Remo (827).

- Rio Pequeno: Sapé (780), Rio Pequeno (560), Vila Dalva (354).

- Raposo Tavares: Educandário (508), entre outras.

As outras favelas são menores e encontram-se espalhadas nessas mesmas regiões assim como em outras. (Anexo III.2)

É importante salientar a existência de córregos na região e a localização das favelas próximas a estes. O córrego Água Podre, com vários ramais se estende nas áreas do Rio Pequeno e São Domingos.

Mais de 1/3 de sua população (39,6%) tem entre 0 e 20 anos de idade, que implica numa necessidade importante de recursos em saúde e educação: crèches, escolas de educação infantil e de primeiro e segundo grau; áreas de lazer, etc.

Embora não apresente a situação mais precária do município, o subdistrito do Butantã, junto com outros, como Santo Amaro e Vila Maria, compõem um grupo com baixos níveis de serviços básicos: 73% das residências possuem água, e só 50% têm esgoto.

Esses índices se refletem nos níveis de mortalidade infantil: 32,4% para menores de 1 ano no Butantã. Apesar de outros subdistritos apresentarem índices mais elevados, (como Santo Amaro, Santana e Limão, por exemplo, com 43,8%; 46,7% e 49,6%, respectivamente), o valor referente ao Butantã é um índice alto. Ainda mais se comparado a subdistritos que apresentam índices em torno de 8%, (entre

eles Indianópolis e Belenzinho), índices similares aos dos países desenvolvidos e aos de Cuba, entre os países latinos. (Anexo III.1)

Acompanhando as condições dos serviços básicos, a estrutura dos salários enfatiza as disparidades existentes no interior da população estudada. No subdistrito analisado, 13,43% da população recebem até 3 salários mínimos (SM). Quando consideramos a Administração Regional do Butantã, esta proporção se eleva para 17,71%, quase um quinto da população total. A parcela da população que recebe entre 4-8 SM é de 18,51%. Indianópolis apresenta proporções menores nestas faixas de salário, de 8,12% e 10,58%, respectivamente.

### **Distribuição Espacial dos Recursos em Saúde**

Dentre as propostas dos órgãos governamentais para melhoria da assistência à saúde está a expansão dos recursos nas áreas periféricas do município. Assim, o Butantã e outros subdistritos foram beneficiados com a implantação de novas unidades para atender a alta concentração da população nestas áreas. (Anexo III.3)

O subdistrito do Butantã conta na atualmente com 31 unidades. Deste total, 25 unidades são públicas, e 21 destas conforma a rede de assistência primária à saúde (Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica e Unidades Básicas de Saúde)

Estas 21 unidades localizadas no subdistrito do Butantã representam 5,45% do total da rede existente no município de São Paulo ( 385 unidades).

A população do Butantã representa em torno de 3% da população do município. Desta forma, pode-se dizer que há uma correlação entre o volume dos recursos públicos alocados em saúde e a população local. Embora a capacidade potencial <sup>(4)</sup> para atender a população seja elevada em relação a outros subdistritos - 86,8% no Butantã, 45,9% no Belenzinho, 33,8% em Santana, 18,0% em Indianópolis, superando inclusive a média do município (58,2%) - esta não chega a atingir o patamar ideal (100%). (Anexo III.4)

Isso não significa que Butantã ofereça assistência de saúde em níveis compatíveis à demanda. Por um lado, apenas os recursos públicos não são suficientes para atender à população e, por outro, não existe interesse em alocar recursos privados neste subdistrito, como ocorre em alguns outros.

Considerando o número de hospitais, leitos e o coeficiente leitos x 1 000 hab, observa-se:

O Butantã tem 6 hospitais, 915 leitos, e um coeficiente de 1,9 leitos x 1 000 hab. <sup>(5)</sup>. Esta situação é parecida com a de outros subdistritos periféricos, assim Santo Amaro possui 11 hospitais, 1725 leitos e seu coeficiente é 1,3;

(4) Capacidade de Atendimento: cada unidade deve atender 20 000 hab./ano

(5) O conselho Nacional de Saúde Previdenciária recomenda garantir no mínimo 1,8 leitos por 1 00 hab. A OMS recomenda 4,0.

Capela do Socorro: 2 hospitais, 217 leitos e coeficiente 0,2. Já os subdistritos das áreas centrais apresentam melhores índices entre eles: Belenzinho: 5 hospitais, 492 leitos e coeficiente 11,8; Indianópolis: 9 hospitais, 2 175 leitos e coeficiente 25,7; Jardim América: 2 hospitais, 2 447 leitos e coeficiente 43,1. (Anexo III.5)

Cabe destacar dois fatores: a maior participação do setor privado na oferta de hospitais e leitos nas áreas centrais do município; e o fato de que estes subdistritos não apresentam a mesma tendência de crescimento populacional, como verificado anteriormente.

Do total de unidades existentes no Butantã (31), 80,65% (25) são públicos e 19,35% (6) particulares. Dentre as públicas, 41,93% (13 unidades) são estaduais; 35,48% (11 unidades) municipais e 1 hospital é federal, o Hospital Infantil Darcy Vargas. Os particulares são hospitais prioritariamente especializados: psiquiátricos, geriátricos, sendo que dois deles oferecem também atendimento geral. (Tabela 3.6)

Merece destaque a implantação de novas unidades na região em anos recentes. Desde 1986, ano em que contava com 19 unidades de saúde, foram construídos pelo setor público mais 13, sendo 5 destas, hospitais. O incremento mais sensível vem do setor municipal que construiu 8 postos de atendimento e 1 hospital a serviço da população do Butantã. Ao setor estadual deve-se a construção de 4 unidades. Já o setor privado, constituído apenas por hospitais, o número de

unidades diminuiu de oito para seis.

**TABELA 3.6 - ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DO BUTANTÃ -  
UNIDADES DE SAÚDE. 1986-1990**

		1 9 8 6(1)			1989(2)	1 9 9 0(2)			
		P/C/UBS*	Hosp.	Tot.	Tot.	P/C/UBS	Hosp.	Tot.	
		G	E			G	E		
Pub	F	-	-	1	1	-	-	1	1
	E	7	2	-	9	11	1	1	13
	M	2	-	-	2	10	1	-	11
Sub tot		9	2	1	12	21	2	2	25
Par		3	2	2	7	-	-	6	6
Total		12	4	3	19	21	2	8	31

Fonte: (1) Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde, IBGE, 1986.

(2) Coordenação SEMPLA, 1991.

\* C-Centro, P-Posto e UBS-Unidade Básica de Saúde

Embora seja importante o esforço do setor público neste subdistrito, este ainda não consegue satisfazer as necessidades da população residente, no que tange à oferta de recursos implantados na região.

Considerando que a população infantil de 0-5 anos e a população feminina de 15-49 anos somam em torno de 150 mil pessoas, e que os leitos oferecidos na especialidade materno-infantil constituem menos de um terço do total existente, o coeficiente leitos por 1 000 habitantes certamente será inferior ao encontrado para o subdistrito como um todo.

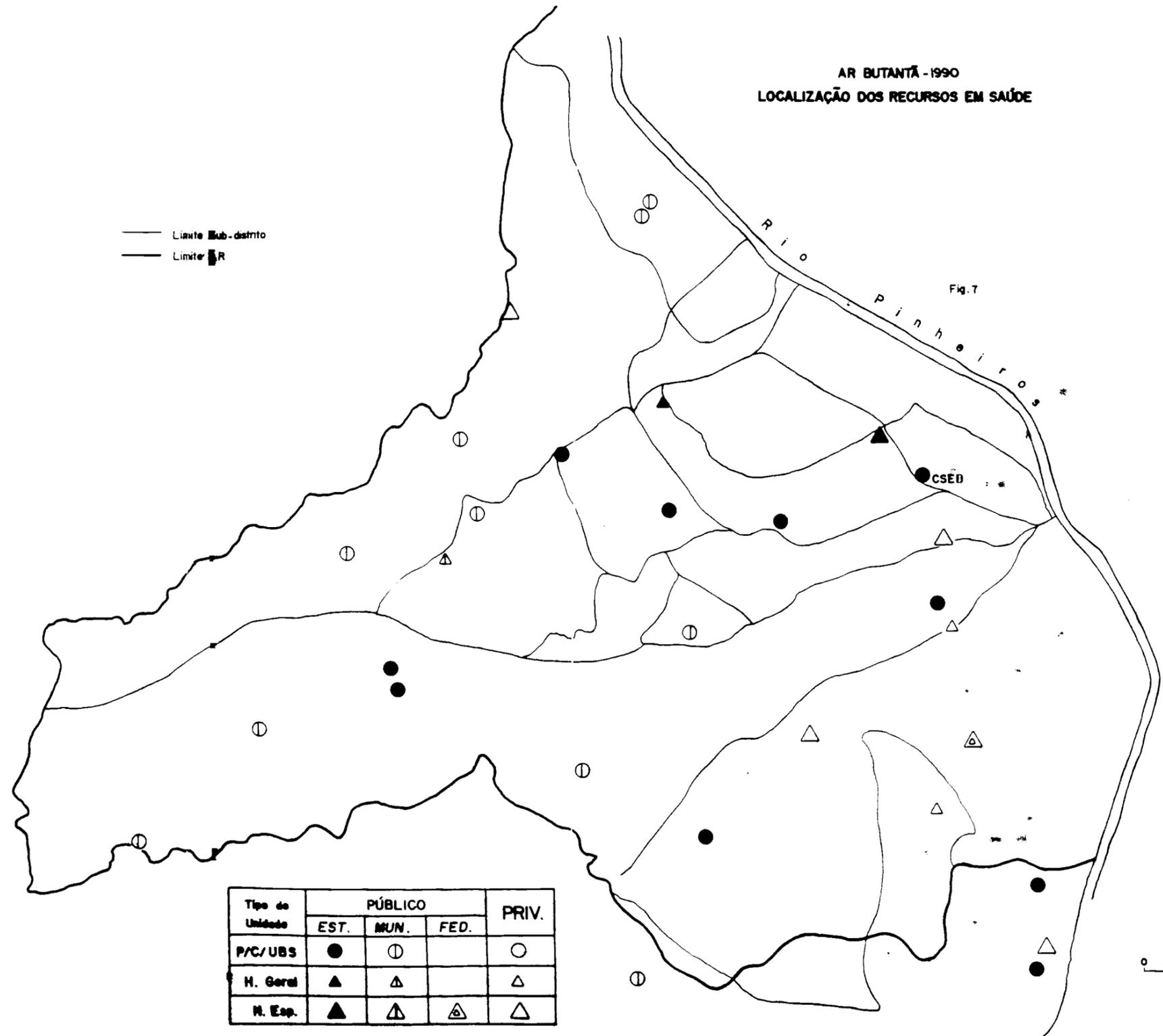
O problema, contudo, não reside apenas na falta de unidades. Outro fator relevante é o difícil acesso a certos grupos da população aos serviços existentes, resultado da distribuição destes na área.

Assim, das 31 unidades do subdistrito, dez encontram-se no setor Morumbi, das quais cinco são hospitais (quatro particulares e outro, federal). Estes correspondem à metade dos hospitais existentes em toda a região.

O Hospital Universitário, localizado no setor Butantã, atende, desde 1980, quando começou a funcionar, grande parte dos moradores da região e municípios vizinhos.

As demais unidades: centros, postos, e Unidades Básicas de Saúde encontram-se espalhadas na área. Enquanto há bairros que contam com até duas unidades, outros carecem de qualquer recurso. Existem bairros como o Caxingui, Vila Tramontano, Jd. Cláudia e Rio Pequeno em que são encontrados centros de saúde próximos a hospitais, alguns deles recentemente implantados. No Jaguaré, existe um bairro com duas unidades na mesma rua e quarteirão, e uma área, próxima, sem qualquer unidade de saúde. Já na área compreendida entre a Francisco Morato e a Raposo Tavares, em direção sudoeste, foram alocados menos recursos. em saúde. (Fig. 7)

AR BUTANTÃ - 1990  
LOCALIZAÇÃO DOS RECURSOS EM SAÚDE



— Limite Sub-distrito  
— Limite R

Tipo de Unidade	PÚBLICO			PRIV.
	EST.	MUN.	FED.	
P/C/UBS	●	⊙		○
H. Geral	▲	△		△
H. Esp.	▲	△	△	△

0 500m

Fonte: GEOMAR

## **O Centro de Saúde-Escola do Butantã e a População Atendida**

### **O Centro de Saúde-Escola do Butantã Localização e Instalações**

O Centro de Saúde-Escola do Butantã tem localização estratégica pois se encontra próximo à Avenida Vital Brasil - que se prolonga na Av. Corifeu de Azevedo Marques (Fig. 8) - ao Instituto Butantã, à Cidade Universitária e ao HU - Hospital Universitário - servidos por ônibus gratuito da universidade, o "Circular", o que facilita o deslocamento da população que reside no entorno da USP.

O Instituto Butantã serve como via de acesso livre tanto à população que chega ao centro de saúde nos circulares - através do portão localizado na Cidade Universitária - como àquela que é encaminhada ao HU - mulheres parturientes e outras pessoas que precisam de um atendimento mais especializado (raios X, ultra-som etc.)

Entre outras instalações complementares o Centro possui um centro de documentação, sala de reuniões, dispensário médico. Na atualidade o Centro conta também com uma creche, que recebe os filhos dos funcionários.

Apesar dos espaços amplos, algumas necessidades das mulheres com filhos pequenos estariam para ser levadas em consideração, entre as quais, um espaço para que as mães "troquem" as fraldas das crianças com conforto, necessidade

inevitável nos longos períodos de espera para ser atendido.

O corpo de funcionários está formado por médicos clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Além dos funcionários encarregados de atividades administrativas, de estatísticas e o pessoal da limpeza.

### **Histórico**

O Centro de Saúde-Escola do Butantã foi criado em 1977, segundo convênio assinado entre a Faculdade de Medicina da USP e a Secretaria do Estado da Saúde, ocupando terreno que até então pertencia ao Centro de Saúde II do Butantã.

Em resposta à necessidade de um centro de saúde e de um hospital próprios à prática médica em laboratórios, hospitais e outras unidades da saúde como parte de sua formação profissional, os alunos da Faculdade de Medicina conseguiram que fosse instalado este centro de saúde-escola.

Desde o momento em que começou a prestar serviços à população, o CSEB se comprometeu "a cumprir as atividades dos demais centros de saúde da rede da Secretaria de Estado da Saúde, sendo integrado à Divisão São Paulo - Norte - Oeste (R1 - 4) do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo".

"O CSEB foi comparado a um centro de saúde do tipo II com população residente estimada em 60 000 habitantes, servindo uma área geográfica que de início seria aquela atendida pelo CS II de Butantã, anteriormente existente na

área.

O CSEB iniciou suas atividades em julho de 1977, com implantação progressiva da Programação Assistencial da Secretaria da Saúde: Programa de Atendimento ao Adulto, à Gestante e à Criança, bem como os subprogramas de Tuberculose, Hanseníase e Saúde Mental". (Lólio, 1980)

O Centro atualmente funciona em conjunto com o HU - construído três anos mais tarde (1980), em terreno da Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira". Tanto o centro como o hospital universitário acabaram por atender pessoas não só da comunidade como também de outras regiões, especializando-se no tratamento de doenças denominadas de *não alto risco*.

Tanto o trabalho conjunto com o HU quanto as políticas desenvolvidas no setor pela Secretaria do Estado, entre 1983-1986, contribuíram para dinamizar o funcionamento do CSEB. O Governo do Estado de São Paulo, que assumiu em 1983, incrementou o investimento público no setor saúde, destinando parte importante deste orçamento aos Hospitais Universitários e Hospitais de Pesquisa, subvenções hospitalares e bolsas para médicos residentes. (6)

Atualmente as atividades desenvolvidas no Centro são preventivas, terapêuticas e de reabilitação. Constituem prioridades de atendimento a saúde materno-infantil (com os serviços pré-natal e pediátrico), e saúde mental. Além das

---

(6) Governo do Estado de São Paulo, ... Secretaria de Economia e Planejamento, SP, 1983, p 12.

consultas médicas, fornecem-se vacinas e se realiza a coleta de material para análises laboratoriais de sangue e urina.

Além do atendimento à população, existe uma área voltada à pesquisa junto aos pacientes e trabalhos de informação de saúde através de dinâmica de grupo - mães em período de aleitamento, psicóticas, alcoólatras, entre outros.

Cada grupo de mães, por exemplo os de 1985, constituía-se por oito mulheres que haviam realizado na ano anterior (1984) o pré-natal no Centro.

Em reuniões mensais, elas eram orientadas ao respeito do desenvolvimento das crianças. Foram discutidos os problemas de saúde desta faixa etária (problemas intestinais, respiratórios, entre outros), os problemas nutricionais, cuidados com a higiene, as mudanças no comportamento etc. As discussões propiciavam a reflexão e o envolvimento das mães no que concerne ao desenvolvimento geral das crianças. (7) Um dos temas mais trabalhados foi o aleitamento materno.

---

(7) A autora dessa dissertação integrou um desses grupos. "Foi uma experiência muito interessante. Éramos 8 mães. Três delas deixaram de amamentar seus filhos antes dos 3 meses por motivo de trabalho. Poucas chegaram aos 6 meses. Pelo fato de a maioria ser jovem, apresentávamos dificuldades em lidar com os problemas que as crianças apresentavam, por mais simples que pudessem ser; isto acontecia inclusive com as mães que já haviam tido filhos anteriormente. Na saúde das crianças influíam fatores como moradia e o tipo de alimentação e muitas sofriam de constantes resfriados e problemas respiratórios".

Nestas reuniões tratava-se também, quando necessário dos problemas e sintomas das mulheres decorrentes de sua situação de puérperas. Embora as mulheres tenham se beneficiado com orientações práticas muito úteis, a ênfase centrou-se na criança e no papel da mulher como mãe.

### **Alcance dos Serviços do Centro de Saúde-Escola do Butantã -CSEB**

Devido ao fato de os serviços de atendimento materno-infantil serem prioritários, a grande proporção de usuários que se matriculam no Centro é constituída por crianças menores de 1 ano e por mulheres entre 15 e 49 anos, com ênfase nas grávidas que procuram atendimento pré-natal. Estes grupos representaram aproximadamente 75% do total da população matriculada no período em estudo.

Um dos objetivos do CSEB no momento de sua criação era dar atendimento a população da periferia do subdistrito. Além de atender à população que mora nas redondezas do Centro (região do Butantã) e nas proximidades da Cidade Universitária, foram beneficiadas as populações de regiões mais distantes como o Rio Pequeno e São Domingos. Com algumas exceções (3 casos) esta população reside na área demarcada pelas avenidas Corifeu de Azevedo Marques e Raposo Tavares. (Tabela 3.7)

A expansão do sistema viário, com a construção de novas avenidas e ruas, que acompanhou o adensamento da ocupação do

uso residencial, estimulou o sistema de transporte urbano. As avenidas Corifeu de Azevedo Marques, Rio Pequeno e Raposo Tavares foram interligadas por diversas ruas, a Engenheiro António Eyra Garcia, entre outras, por onde circula um número grande de linhas de ônibus: Jd. Maria Luisa, Shopping Continental, Jd. Peri-Peri, Jd. Bonfiglioli, João XXIII, Rio Pequeno etc.

Este fator aparece como um dos determinantes do deslocamento da população que reside em bairros mais distantes ao Centro de Saúde. O "Circular", integra esta rede de transporte, como evidenciado pela localização dos bairros de onde a população provém e pelo fato de as moradias se localizarem, em grande parte, junto às principais ruas e avenidas.

A população que teria se servido do "Circular" para seu deslocamento reside nas áreas próximas à entrada da USP (junto à avenida Av. Waldemar Ferreira), nos bairros Jd. Rizzo e Vila Indiana, e na região do Jaguaré, nas favelas próximas à USP. (Fig. 8)

A população que utilizou o transporte urbano coletivo vem das regiões do:

- Butantã: Vila Gomes, Vila Pirajussara, Vila São Luis.
- Bonfiglioli: Jd. Bonfiglioli, Cidade Bandeirantes, Jd. Pinheiros.
- Rio Pequeno: Rio Pequeno, Vila Nova Alva, Vila Butantã, Polopoli, Jd. Centenário, entre outros.
- São Domingos: São Domingos, Jardim Esmeralda, Jardim

Maria Luiza, Vila Ramos, Jd. Nelly, entre outros.

Três usuárias provinham de regiões diferentes: Cidade Jardim (empregada doméstica), Osasco e Jd. São Jorge (no setor Raposo Tavares).

O Centro teria atingido, na mesma época, outro objetivo: dar atendimento à população menos abastada: 26,4% desta população (47 casos) declarou morar em barracos (em favelas), e 12% declarou morar em casas de fundos, que as vezes são construídas com materiais precários e/ou apresentam más condições de moradia.

A população que declarou morar em barracos provém de favelas localizadas nas regiões de Rio Pequeno, São Domingos, Bonfiglioli e Jaguaré. (Tabela 3.8). Dentre estas, destacam-se usuárias da Fav. São Domingos (16 mulheres em um total de 157 barracos), Fav. São Remo (10 em 827 barracos); Fav. Rio Pequeno (7 em 560). (Anexo III.2)

DESLOCAMENTO DA POPULAÇÃO AO CENTRO DE SAÚDE  
ESCOLA DO BUTANTÃ - CSEB - 1984

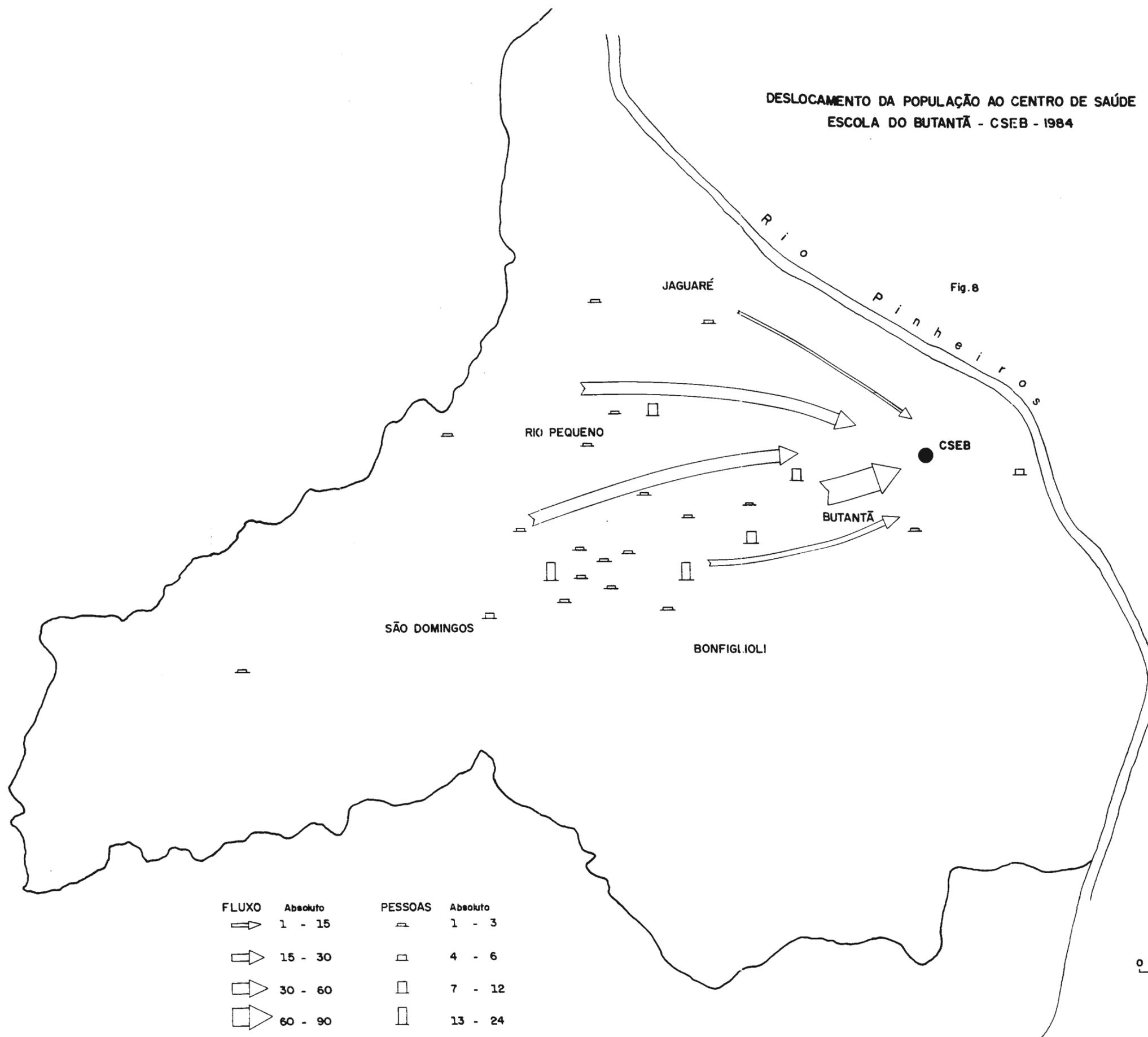
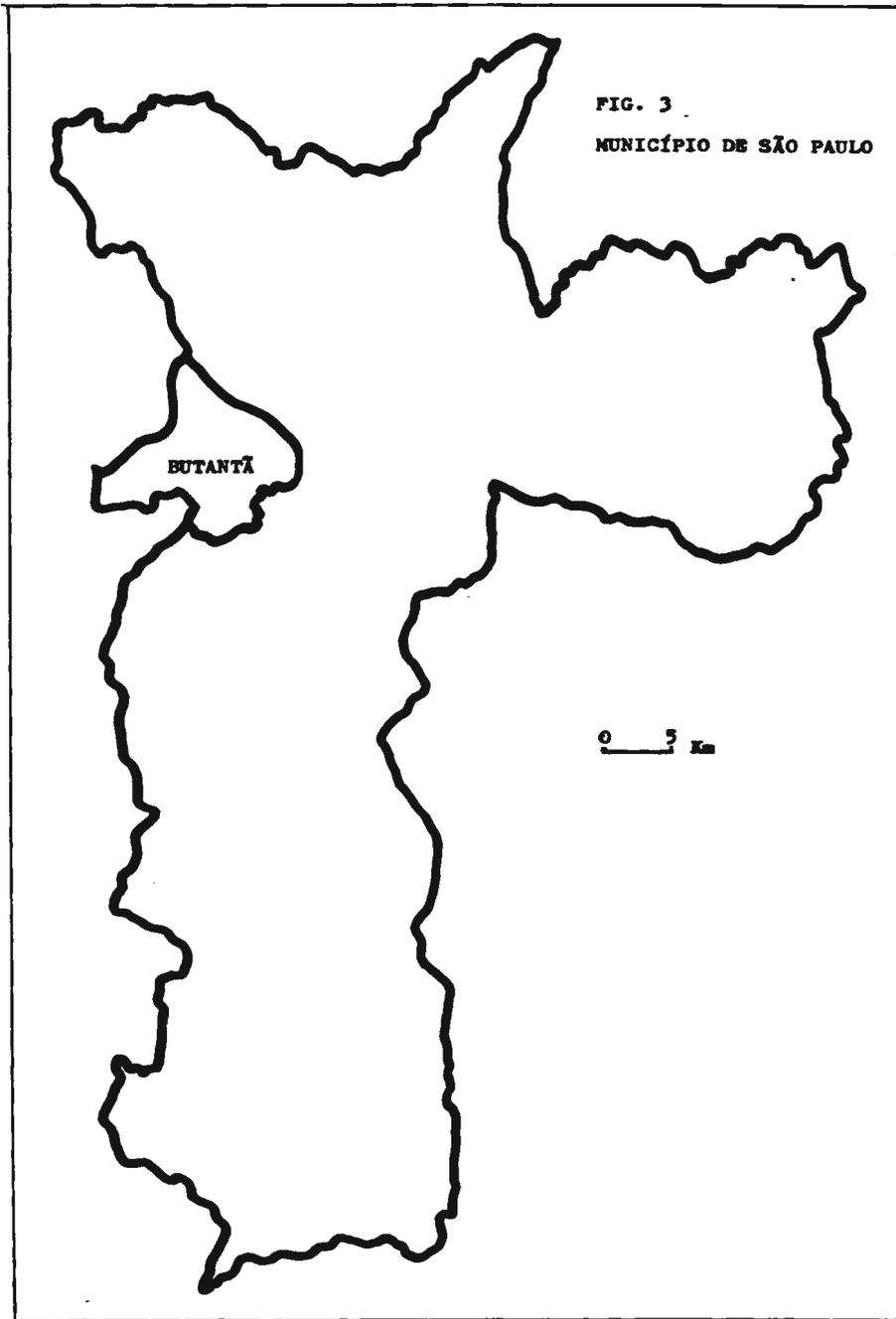


Fig. 8

FLUXO	Absoluto	PESSOAS	Absoluto
	1 - 15		1 - 3
	15 - 30		4 - 6
	30 - 60		7 - 12
	60 - 90		13 - 24

0 500m



**TABELA 3.7 LOCALIZAÇÃO POR BAIRRO DA POPULAÇÃO FEMININA, CSEB - 1984**

- 1- Região do Butantã- 88 mulheres.
  - Butantã (30)
  - São Remo (11)
  - V. Gomes (9)
  - V. Indiana (6)
  - Jd. Rizzo (3)
  - V. Pirajussara (2)
  - V. São Luís (2)
  
- 2- Região do Rio Pequeno - 38 mulheres.
  - Rio Pequeno (11)
  - V. Nova Alva (7)
  - V. Butantã (4)
  - Polopoli (3)
  - Jd. Centanário (3)
  - V. Tiradentes (2)
  - V. Rio Pequeno, V. Sol, V. Alva, Pque. Malagoli, V. Dalva, Jd. Rio Pequeno, (uma em cada)
  
- 3- Região São Domingos - 40 mulheres.
  - São Domingos (22)
  - Jd. Maria Luisa (7)
  - Jd. Ester (4)
  - V. Ramos (3)
  - Jd. Nelly, Jd. Esmeralda (2 em cada)
  
- 4- Bonfiglioli - 25 mulheres.
  - Jd. Bonfiglioli (12)
  - Bonfiglioli (7)
  - Cid. Bandeirantes (3)
  - Jd. Pinheiros (3)
  
- 5- Jaguaré - 4 mulheres.
  - Fav. Nossa Sra. da Paz (2)
  - Fav. Beira da Linha (1)
  - V. Lageado (1)
  
- 6- Raposo Tavares - 1 mulher.
  - Jd. São Jorge (1)

TABELA 3.8- LOCALIZAÇÃO, SEGUNDO RESIDÊNCIA EM FAVELA,  
DA POP. FEMININA. CSEB - 1984

- 1- São Domingos (16)  
V. Jóia (2)
- 2- Rio Pequeno (7)  
V. Dalva (1)  
V. Butantã (1)
- 3- Jd. São Remo (10)
- 4- Nossa Sra. da Paz (2)  
Beira da Linha (1)  
V. Lageado (1)
- 5- Jd. São Jorge

O subdistrito do Butantã tem apresentado taxas de crescimento populacionais acima das observadas em outros subdistritos e no município de São Paulo, no seu conjunto - 9,86%; 6,12% e 4,6% - nas décadas de 60 a 90, respectivamente. Este aumento populacional não foi acompanhado pelo aumento nos recursos nos mesmos níveis, o que ocasionou deterioração nas condições de vida de alguns segmentos da população, expressa na cobertura dos serviços básicos: 73% das residências possuíam água e 50% esgoto, nos primeiros anos da década de 1980.

Observa-se também que a taxa de crescimento da população tende a cair, seguindo a tendência do município. E a importância relativa dos grupos de idade com menos de 20 se reduz, na última década. Esta mudança na estrutura etária da população no subdistrito é importante e deve ser salientada, na medida em que os serviços com maior demanda virão dos grupos etários em idade de trabalhar, e dos idosos.

Por encontrar-se na periferia da cidade, os recursos básicos e de serviços existentes no subdistrito de Butantã são escassos, como ficou demonstrado neste capítulo.

O crescente aumento de sua população implica em uma necessidade de ampliação da cobertura de determinados serviços públicos, tais como escolas, hospitais, transporte, áreas de lazer etc.; mas com claro ênfase por aqueles destinados à população adulta trabalhadora, entre os quais destaca-se os serviços de saúde.

Este quadro se complica quando se constata que quase um quinto da população recebe até 3 salários mínimos.

Nos últimos anos da década de 1980 incrementou o número de unidades de saúde na região. Constata-se um esforço, por parte dos governos estadual e municipal, com relação à criação de recursos no setor saúde.

A localização dos recursos no espaço revela, segundo esta distribuição, que ocorre segregação espacial, concentração dos recursos em áreas de mais alto padrão (Morumbi) e irracionalidade em sua alocação: de um lado,

existem áreas nas quais há unidades próximas umas às outras e, de outro, áreas onde não existem centros.

Do ponto de vista da relação entre população e a forma como são alocados os recursos, nota-se que os grupos populacionais que residem em áreas afastadas, zona oeste do subdistrito são os mais prejudicados uma vez que o acesso aos centros é dificultado devido à distância que estes grupos devem percorrer.

## CAPÍTULO IV

### FAMÍLIA, MULHER E TRABALHO

O objetivo deste capítulo é caracterizar a condição social do público-alvo do Centro de Saúde-Escola do Butantã-CSEB, a partir da análise de variáveis sócio-econômicas e demográficas.

Duas dimensões pretende-se recuperar desta caracterização: a situação social e ocupacional e alguns aspectos demográficos. Estas serão analisados a partir de variáveis presentes na fonte utilizada (prontuários do CSEB), referentes às mulheres matriculadas em 1984.

Estas variáveis foram divididas em dois grupos; No primeiro grupo, reuniram-se , as seguintes: a) Condição de ocupação, nível de participação, nível de escolaridade, Tipo de moradia e serviços básicos disponíveis. Estas variáveis como definidoras da condição ou situação social. E, no segundo grupo, reuniram-se as seguintes: b) Idade, procedência e tempo de residência em São Paulo. Estas como definidoras do perfil demográfico.

Cabe salientar que a variável ocupação foi analisada também para um grupo de 81 homens, parceiros ou pais das mulheres entrevistadas. Embora inferior em número à amostra, sua inclusão na análise considerou-se importante, para que ajudasse a completar o quadro da situação familiar da população em questão.

Os aspectos abordados neste capítulo complementam o quadro descrito no capítulo III, que descreve as

características gerais do território em que se localiza o CSEB. Neste, serão apresentadas as características da população usuária do Centro. Esses elementos configuram o contexto no qual o CSEB desenvolve suas atividades.

Considera-se importante o esclarecimento sobre a classificação da ocupação das entrevistadas e das moradias. Na leitura desta informação encontrou-se grande heterogeneidade nos conceitos utilizados, dificultando sua comparação com as categorias convencionais, por exemplo as censitárias. Devido a isto, e à necessidade de utilizar uma classificação que expressasse certa hierarquia, resolveu-se adotar uma de natureza *ad hoc*, que será descrita com detalhe mais adiante.

## **SITUAÇÃO OCUPACIONAL DOS "CHEFES DE FAMÍLIA" MASCULINOS**

### **A Classificação Ocupacional Realizada**

A informação sobre a ocupação do chefe de família masculino refere-se a atividade econômica exercida pelos maridos das entrevistadas. Esta informação foi classificada segundo as categorias censitárias: Setor Serviços, Comércio, Indústria, incluindo os grupos Não Determinados, Não Classificáveis, Desempregados e Fazendo *Bicos*. (Anexo IV.1) Os resultados são expostos a seguir.

No setor de Serviços declararam trabalhar 38,27% dos chefes de família masculinos, e 20,98% no setor de Comércio. Ambos os setores englobam 59,25% destes. (Tabela 4.1)

**TABELA 4.1.- OCUPAÇÃO "CHEFES DE FAMÍLIA" MASCULINOS  
POR SETORES ECONÔMICOS. CSEB, 1984**

I. SETOR SERVIÇOS		NO ABS.
1. Alojamento/Alimentação		9
2. Reparação/Manutenção		5
3. Pessoal/Higiene/Saúde		1
4. Ativ. Setor Público		4
5. Auxiliares Diversos (Limpeza)		6
6. Setor Transporte		6
Sub-Total		31
II. INDÚSTRIA		
II.1.		
1. Operário		3
2. Madeira		3
3. Metalúrgica		2
4. Brinquedos		1
II.2.		
1. Construção Civil		5
Sub-Total		14
III. COMÉRCIO		
1. Comércio Varejista		10
2. Diversos		6
3. Farmacêutico		1
Sub-Total		17
IV. NÃO CLASSIFICADOS		
1. Trabalha em Escritório		1
2. Chefe de Custos		1
3. Contador		1
4. Colocador de Portas		1
Sub-Total		4
V. NÃO DETERMINADOS		
1. Aposentado		1
2. Missionário		1
3. Prestando Serviço Militar		1
Sub-Total		3
VI. DESEMPREGADOS		9
VII. FAZENDO "BICOS"		3

No setor de Serviços desenvolvem atividades relacionadas a alojamento, transporte, reparação, serviços diversos (limpeza) etc. No setor de Comércio como balconistas, vendedores, entre outras.

O setor Industrial agrupa 17,28% dos estudados. Neste setor estão na indústria madeireira, metalúrgica, construção civil.

Dentre os que não foram classificados estão: trabalha em escritório, chefe de custos em escritório, contador e colocador de postas. Os classificados como Não Determinados: aposentado, missionário e prestando serviço militar.

Declararam estar Desempregados 11,1%, e Fazendo *Bicos* 3,70%. Se somarmos estes dois itens (fazendo "bicos" disfarza o desemprego), observa-se que aproximadamente 15% dos chefes de família masculinos declararam estar desempregados na época da entrevista.

## **SITUAÇÃO OCUPACIONAL DAS MULHERES ESTUDADAS**

### **Classificação Ocupacional Realizada**

Foram declaradas um total de 50 atividades. (Anexo IV.2) Dentro deste leque encontraram-se atividades que não exigem qualquer qualificação, como por exemplo, arrumadeira, copeira, garçonne, empregada doméstica, e outras que supõem alguma formação profissionalizante ou superior, tais como costureira, secretária professora.

Baseado nesse critério - qualificação atribuída às atividades declaradas - chegou-se à classificação que reconhece três tipos: Baixa Qualificação, Média Qualificação e

### Alta Qualificação. (Anexo IV.3)

Além dessa classificação para indicar o "tipo" de atividade desenvolvida, realizou-se outra referente à "condição" de emprego constituída por:

a) Efetivamente Empregada - EE: engloba as que declararam estar empregadas no momento da entrevista, especificando o tipo de atividade desenvolvido.

b) Empregada Anteriormente - EA: agrupa as que declararam ter parado de trabalhar. Inclui dos grupos as que especificaram o tipo de atividade e as que não especificaram.

c) Não Empregadas - E: declararam não trabalhar.

d) Estudantes - Est.: declararam estar estudando.

e) ND - as que não têm informação.

A análise destas categorias procurará estabelecer sua relação com as variáveis idade, grau de escolaridade e procedência das entrevistadas.

Embora a população aqui analisada esteja constituída por um grupo específico de mulheres - o que a torna uma amostra *dirigida* - considerou-se válida a comparação com os resultados apresentados para a Grande São Paulo (Haga, 1986) de forma a destacar as particularidades do grupo em estudo. No entanto, uma ressalva é necessária: Os índices de participação encontrados nessa pesquisa apresentam-se superiores àqueles da Grande São Paulo - GSP. Esta diferença pode, eventualmente, ser explicada pelas diferenças na forma de cálculo da População Economicamente Ativa - PEA, e na População em Idade Ativa - PIA, em cada caso. <sup>(1)</sup> Os resultados alcançados para

---

(1) Nessa pesquisa a PEA foi definida: somatória de mulheres Efetivamente Empregadas-EE e as que trabalharam anteriormente-EA. A PIA inclui a totalidade das mulheres. Ao não considerar na PEA as que estão na categoria Não

as diversas variáveis salientadas são expostos a seguir.

### Condição de Emprego

Dentre as mulheres entrevistadas, 41,57% estavam efetivamente empregadas na época da entrevista. (Tabela 4.2). Dado bastante aproximado do apresentado para a Grande São Paulo, em 1984 - 45% - segundo Haga (1986).

Este índice se eleva se à cifra anterior somarmos a das mulheres que, no momento da entrevista, declararam ter deixado de trabalhar por motivos alheios a sua vontade: a maioria delas declarou ter sido demitida por causa de gravidez. Considerando que estas também formam parte da PEA, ao incluí-las, a taxa de participação da amostra passa para 58,42%, superando à referente a Grande São Paulo - GSP.

As mulheres incluídas na categoria Baixa Qualificação representam 31,46% do total de mulheres entrevistadas. é o maior grupo, englobando predominantemente atividades do setor de serviços, destacando-se: empregada doméstica, faxineira, garçonete, entre outros.

---

Trabalha, mas que não se sabe se trabalharam, ambas PEA e PIA estão sub-estimadas. Para Haga: PEA-mulheres trabalham do ou em idade de trabalhar de 10 anos e mais. PIA - todas as mulheres de 10 anos e mais de idade.

**TABELA 4.2.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR GRUPOS ETÁRIOS,  
SEGUNDO CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO. CSEB, 1984.**

COND. \ Gr. OCUP. \ ET.	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	Nº	TOTAL
E	16 (0,98)	14 (7,86)	11 (6,18)	7 (3,93)	2 (1,92)	1 (0,56)	1 (0,56)	52	(29,21)
E <sub>a</sub>									
BB	3 (1,68)	3 (1,68)	4 (2,24)	1 (0,56)		2 (1,12)		13	(7,30)
BO	4 (2,24)	1 (0,56)				1 (0,56)		6	(3,37)
AO		1 (0,56)	1 (0,56)	1 (0,56)				3	(1,68)
BE	1 (0,56)	3 (1,68)	2 (1,12)	1 (0,56)				7	(3,93)
BC		1 (0,56)						1	(0,56)
E <sub>x</sub>									(41,57)
BB	1 (0,56)	13 (7,30)	9 (5,50)	4 (2,24)	10 (5,61)	6 (3,37)		43	(24,16)
BO		7 (3,93)	6 (3,37)	2 (1,12)	2 (1,12)	1 (0,56)		18	(10,11)
AO	4 (2,24)	3 (1,68)	1 (0,56)	1 (0,56)	2 (1,12)		1 (0,56)	12	(6,74)
BC		1 (0,56)						1	(0,56)
EST.	10 (5,61)	1 (0,56)						11	(6,18)
BD	4 (2,24)	2 (1,12)		2 (1,12)		3 (1,68)		11	(6,18)
<b>TOTAL</b>									
	43 (24,157)	50 (28,08)	34 (19,10)	19 (10,67)	16 (8,98)	14 (7,86)	2 (1,12)	178	(99,96)

Na categoria Média Qualificação encontram-se 13,48% destas. Constitui-se de atividades como balconista, cozinheira, cabeleireira, auxiliar de costura, feirante, etc.

O menor é o grupo de Alta Qualificação, com 8,43%. Neste estão consideradas, entre outras, costureira, metalúrgica, professora, secretária.

### Idade e Participação no Mercado de Trabalho

Ao considerar a taxa de participação por grupos etários (Tabela 4.3) nota-se que esta é maior entre as mulheres de 35-39 anos - 87,5%, e que é alta nas faixas de idade mais avançadas das mulheres - 57,14% nas idades 40-44 anos. Na GSP as taxas para estes grupos são menores - inferiores a 55%.

**TABELA 4.3.- TAXAS DE PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO, POR GRUPOS ETÁRIOS. CSEB, 1984**

EM PORCENTAGEM						
-----						
GRUPOS ETÁRIOS						
-----						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
-----						
TAXAS	30,23	63,26	60,0	47,36	87,5	57,14
-----						

A análise das categorias ocupacionais relacionadas com a idade, revela que há uma predominância de mulheres jovens nos empregos de melhor qualificação. De 15 mulheres na categoria Alta Qualificação, cinco delas tinham idade entre 15-19 anos e 5 com idade 20-24. No entanto, estas faixas

etárias apresentam o menor índice de participação como atesta a tabela 4.3. O fato de encontrar neste grupo, 15-19 anos, o menor grau de participação deve-se a que nele incluem-se a maioria das que declararam ser estudantes (5,61% das mulheres).

Nota-se também, que as mulheres acima de 30 anos além de apresentarem altas taxas de participação no mercado de trabalho, têm menos tendência a perder o emprego. Isto se relaciona com a informação anterior, segundo a qual as mulheres que declararam "ser demitidas" deram como causa da ruptura do vínculo empregatício a ocorrência de gravidez, fato associado predominantemente às mulheres com idades entre 15-29 anos.

As mulheres analfabetas constituem 11,23% da população. aquelas que chegaram ao 3o. grau representam 2,8%. Apenas um quarto da população - 24,15%, concluíram o 1o. Grau (Ginásial Completo) ou alcançaram nível de escolaridade maior. A maioria das mulheres apresentam Primário Completo - 20,22% ou Ginásial Incompleto - 26,96%. (Tabela 4.5)

Ao se focar a taxa de participação a partir do grau de escolaridade, os dados não indicam uma relação direta entre estas variáveis. Se observa que a taxa de participação das mulheres analfabetas e as das mulheres com 1o. Grau completo são as mais altas: 71,43% e 70,58%, respectivamente. (Tabela 4.4)

Esta característica é diferente da correspondente à GSP segundo Haga (1986), onde a correlação entre taxas de

participação da população feminina e grau de escolaridade é positiva. Nesta as analfabetas apresentam as menores taxas - 27,7%, as maiores são para as que completaram o 3o. grau - 81,9%.

O fato de encontrar taxas altas de participação no mercado de trabalho não relacionadas com o grau de participação nas mulheres em estudo, *sugere* que o trabalho para este grupo populacional é uma questão de necessidade e que, se realiza com o imperativo de *aumentar* a renda familiar.

**TABELA 4.4.- TAXAS DE PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO, SEGUNDO NÍVEL DE INSTRUÇÃO. CSEB, 1984.**

	EM PORCENTAGEM
-----	
Analfabeta	71,43
Primário Incompleto	54,28
Primário Completo	34,37
Ginásial Incompleto	48,97
Ginásial Completo	70,58
Colegial Incompleto	58,33
Colegial Completo	44,44
Superior	42,85
-----	

### **Tipo de Ocupação e Escolaridade**

Embora os dados mostrem que escolaridade não está associada à participação no mercado de trabalho, neste grupo de mulheres, eles mostram associação entre escolaridade e tipo de atividade desenvolvida. No caso das mulheres que desenvolveram atividades de Baixa Qualificação, a escolaridade modal foi Primário Incompleto. No grupo Média Qualificação a modal foi Ginásial Completo e no Grupo de Alta Qualificação foi Ginásial Incompleto. (Tabela 4.5).

No primeiro grupo - BQ - 18% das mulheres eram analfabetas e 48% delas tinham como máximo grau de escolaridade Primário Incompleto, e 68% como máximo grau de escolaridade Primário Completo.

No segundo grupo - MQ - não se encontrou nenhuma analfabeta. 41% delas tinha como máximo Ginásial Incompleto, e 70% como máximo Ginásial Completo.

No último grupo - AQ - não se encontrou nenhuma analfabeta, nem mulheres com Primário Incompleto. Apenas um terço da população - 33,22% - não conseguiu concluir o Ginásial. Ou seja, as duas terças partes deste grupo tinham como mínimo Ginásial Completo.

TABELA 4.5. - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO, SEGUNDO ESCOLARIDADE.

ESCOL.	CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO													TOTAL	%
	E	EA BQ	MQ	AQ	NE	NC	EE BQ	MQ	AQ	NC	EST.	ND	NQ		
ANALF.	4 2,24	2 1,12					7 5,61					1 0,56	14	11,23	
PI	8 4,49	3 1,68			2 1,12	1 0,56	12 6,74	1			1 0,56	2 1,12	2 1,12	32 17,97	
PC	12 6,74	5 2,80	1 0,56	1 0,56	2 1,12		10 5,61	2 1,12	1 0,56			2 1,12	36 20,22		
GI	17 9,55	2 1,12	4 2,24		2 1,12		9 5,05	3 1,68	4 2,24		3 1,68	4 2,24	48 26,96		
GC	4 2,24		1 0,56				3 1,68	6 3,37	2 1,12			1 0,56	17 9,55		
CI	2 1,12				1 0,56		2 1,12	2 1,12	1 0,56		3 1,68		11 6,18		
CC	4 2,24			1 0,56				2 1,12	2 1,12		1 0,56		10 5,61		
SUP.				1 0,56					2 1,12		2 1,12		5 2,80		
OUTRO	1 0,56	1 0,56											2 1,12		
ND/NE								2 1,12				1 0,56	3 1,68		
TOTAL	52 29,21	13 7,30	6 3,37	3 1,68	7 3,93	1 0,56	43 24,16	18 10,11	12 6,74	1 0,56	11 6,18	11 6,18	178 (100,0)		

### **Tipo de Ocupação e Procedência**

Para a análise da procedência classificaram-se as mulheres nos seguintes grupos: São Paulo capital, São Paulo interior, sul-sudeste: S-SE, norte-nordeste: N-NE, Minas Gerais: MG, Outros Estados.

As Paulistas da capital constituem 28,65% da população total. Mais de um terço destas - 36% - declararam desempenhar atividades denominadas de Alta Qualificação. Este grupo apresentou uma taxa de participação de 48%; 15% delas declarou ser estudante. (Tabela 4.6)

As duas terças partes deste grupo encontram-se engajadas em atividades de Média e Alta Qualificação.

O grupo das mulheres procedentes do Norte-Nordeste representou 39,88% do total. Este grupo tem uma participação de 56%, superior portanto, ao das mulheres paulistas. Resultado semelhante ao da pesquisa da GSP (Ib., p.7)

À diferença do primeiro grupo - uma proporção significativa maior - 38,2% - desempenharam atividades consideradas de Baixa Qualificação, contra apenas 11,76% daquelas. As mulheres que desenvolveram atividades de Média e Alta Qualificação somaram 12,6%, contra 68% do primeiro grupo.

TABELA 4.6. - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO, SEGUNDO PROCEDÊNCIA.

PROCED.	CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO											EST.	ND	TOTAL	
	E	EA BQ	MQ	AQ	NE	NC	SUB- TOTAL	EE BQ	MQ	AQ	NC				SUB- TOTAL
SP CAP.	12	1	3	2	1	1	15,68	5	5	7		33,33	8	6	51 28
	23,53												15,68		
SP INT.	5	3						5		1					14 7
															100
A DO LADO															113 63
S - SE	4				1			4	5		1				16 8
NO - NE	24	6	1		4			21	6	2			3	4	71 38
	33,80						15,49	29,57				40,84			100
M.GERAIS	5	3	1		1			5	1						16 38
O. EST.	2		1	1				3	1	2					10 5
ND/NE															
TOTAL	52	13	6	3	7	1		43	18	12	1	11	11	10	178 10

Constatou-se com isso que as mulheres paulistas apresentam uma melhor colocação relativa no mercado de trabalho quando comparadas com as procedentes do norte-nordeste, o que também é válido para as outras migrantes do interior do estado e de outros estados.

### CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

As condições de moradia influenciam de forma significativa nas condições de saúde. Estão associadas ao nível de salário familiar, entre outros fatores, e se expressam no lugar em que se localizam na cidade e na qualidade dos materiais de que estão construídas as moradias, assim como nos serviços básicos de que estão servidas.

Essas condições serão analisadas a partir de dois grupos de variáveis: a) nas moradias, classificadas nos tipos: Casa térrea, Sobrado, Apartamento, Casa de Fundo e Barraco, e segundo os materiais utilizados na construção: alvenaria e madeira ou bloco; e b) na cobertura dos serviços de água, luz e esgoto.

A análise da tabela 4.7 revela que o tipo de moradia mais comum era casa térrea, estas abrigavam 41,57% da população. Em sobrado declarou morar 7,86% da população e em apartamento 8,43% (15 casos). Destas, 9 especificaram ocupar as dependências dos empregados; ao todo 18 mulheres declararam morar nessas dependências, representando 10,11% do total.

**TABELA 4.7.- OCUPAÇÃO DAS MORADIAS SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DOS MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO. CSEB, 1984.**

TIPO	MATERIAIS		TOTAL	
	ALVENARIA	MADEIRA/ BLOCOS	ABS.	%
Casa Térrea	74		74	41,57
Sobrado	14		14	7,86
Apartamento	15		15	8,43
Casa de Fundos	21		21	11,80
Barraco	-	47	47	26,40
N D	7		7	3,93
<b>TOTAL</b>	<b>131 (73,59)</b>	<b>47 (26,40)</b>	<b>178</b>	

Barraco foi a modalidade de moradia ocupada por 26,4% das mulheres em estudo, sendo o segundo grupo em importância relativa. Em casa de fundos moravam 11,8% destas. Se somarmos estas duas últimas modalidades de moradia, representavam 38,2% do total.

Os resultados referentes aos serviços básicos foram: Quatro quintos da população - 80,34% - declararam possuir serviços completos e 10,76% declararam "sem esgoto", utilizando banheiro "fora de casa", esgoto a "céu aberto", córrego, fossa, entre outras modalidades. (Tabela 4.8)

Os 16 casos - 8,99% - classificados como Não Declarados - ND, correspondem a barracos, o que sugere da possibilidade desta porcentagem se somar ao 10,76% que não possui esgoto, representando aproximadamente 20% do total.

O tipo de moradia casa térrea diz pouco com relação a boas condições de habitação (ambientes ventilados e ensolarados ou com número de cômodos que permitam a realização satisfatória de funções básicas como higiene e descanso). Fato que leva a pressupôr que a proporção da população que não possui condições mínimas adequadas de moradia supera a porcentagem que declarou morar em barraco - 26,4% - que, na sua maioria não conta com os serviços básicos completos.

O quadro de moradia apresentado pela população analisada na época, parece ser melhor ao correspondente do subdistrito do Butantã, em 1980, no que tange à cobertura de serviços básicos. Segundo dados censitários, 80,42% dos domicílios do Butantã estavam ligados à rede geral de água com canalização interna e 6,14% sem canalização; e 57,82% destes possuíam instalações de esgoto na rede geral.

**TABELA 4.8.- COBERTURA DOS SERVIÇOS BÁSICOS. CSEB, 1984**

MORADIAS		
COBERTURA	ABS.	(%)
Completo (água,luz,esgo.)	143	80,34
Incompleto (s/esgoto)*	19	10,67
N.D., N.E.**	16	8,99
TOTAL	178	99,99

\* banheiro fora de casa (2), fossa(5), esgoto a céu aberto(3), esgoto vai num córrego(3), sem esgoto(6)

\*\* a maioria são barracos, não contém a informação sobre os serviços básicos

## ASPECTOS POPULACIONAIS: PROCEDÊNCIA E ASSENTAMENTO NA CAPITAL

A procedência é analisada a partir da seguinte classificação : São Paulo capital, São Paulo interior, Norte-Nordeste-NE, Sul-Sudeste-S-SE; Minas Gerais- MG e Outros Estados (inclui as estrangeiras). O tempo de residência na capital constitui 5 grupos: 0 - 1,9 (menos de dois anos de residência); 2 - 4,9 (de dois a menos de cinco anos de residência); 5 - 9,9 (de cinco a menos de 10 anos de residência) ; 10 -19,9 (de 10 a menos de 20 anos de residência); e, finalmente, mais de 20 anos.

Os resultados foram os seguintes: a população tem um contingente significativo de migrantes - 70,78% do total. Destas, 7,3% procedem do interior do estado de São Paulo e 63,48% de outros estados do país. Da capital são 28,65% das mulheres. (Tabela 4.9).

Da região N-NE provem 39,89% das mulheres, especialmente da Bahia e Pernambuco. De Minas Gerais e da região S-SE procede 8,99% destas, respectivamente.

A análise do tempo de residência na capital mostra que aproximadamente 12% da população tem menos de dois anos residindo em São Paulo.

Ao se considerar o tempo de residência na capital por faixa de idade, constata-se que as migrantes com mais de 2 anos em São Paulo na faixa 20-24 representam porcentagens superiores à faixa 15-19 com menos de 2 anos de residência. Isto pode sugerir que menos mulheres migrantes chegaram ao Butantã nos últimos anos, como decorrência da queda dos fluxos

migratórios à região da Grande São Paulo, especialmente do nordeste, como apontado por pesquisas recentes sobre migração. (Tabela 4.9).

**TABELA 4.9.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, POR TEMPO DE RESIDÊNCIA EM SÃO PAULO, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO. CSEB, 1984.**

Gr. \ TEMPO ETÁRIO MES.	0 -- 2	2 -- 5	5 -- 10	10 -- 20	20 +	SEMPRE	Nº	TOTAL
15 - 19	8 (4,49)	4	8 (4,49)	1	1	21 (11,79)		43
20 - 24	2	12 (6,74)	8	11 (6,18)	6 (3,37)	10 (5,62)	1	50
25 - 29	5	5	6	6	1	11 (6,18)		34
30 - 34	2	2	3	7	3	2		19
35 - 39	1		2	4	7 (3,93)	1	1	16
40 - 44	4 (2,24)		1	1	4	3	1	14
45 - 49					2			2
<b>TOTAL</b>	<b>22 (12,36)</b>	<b>23 (12,92)</b>	<b>28 (15,73)</b>	<b>30 (16,85)</b>	<b>24 (13,48)</b>	<b>48 (26,97)</b>	<b>3 (1,68)</b>	<b>178</b>

## CAPÍTULO V

### SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Neste capítulo pretende-se analisar a situação da saúde das mulheres em estudo, com base em três aspectos: constituição física, características da morbidade e aspectos da experiência reprodutiva. A principal diferença da abordagem aqui utilizada, em relação àquela presente em grande parte da bibliografia consultada sobre o tema, consiste na incorporação da morbidade como um dos fatores que compõe o quadro de saúde da mulher, uma vez que em grande parte das pesquisas, tanto na área das ciências médicas quanto nas ciências sociais (em particular na demografia) dá-se ênfase ao estudo da morbimortalidade e da gravidez e dos diversos aspectos que lhe são correlatos: fecundidade, mortalidade materna, aborto etc. (Schor, 1984; Gonzalez de Morel, 1986; Swarcwald et al., 1989).

A constituição física será estudada a partir do peso, altura e índice de massa corpórea - IMC. A morbidade a partir do exame dos sintomas que as mulheres declararam no momento de sua matrícula no Centro. Estes sintomas foram então arrolados com base na Classificação Internacional de Doenças - CID, proposta pela Organização Mundial da Saúde - OMS em 1985. A experiência reprodutiva será analisada nas variáveis: gravidez, método contraceptivo e abortos apresentados.

## CONSTITUIÇÃO FÍSICA

### Peso e Altura

A análise dos dados revela que a maioria das mulheres entrevistadas apresentavam altura e peso abaixo da média. A metade delas tinha altura inferior a 1,57m e peso inferior a 55,5Kg. (Tabelas 5.1 e 5.2).

Dentre o total, aquelas que superaram 1,59m constituíram 20,78%, das quais 59,45% tinham idade inferior a 25 anos. (Tabela 5.3). Os dados sugerem que a população mais jovem é mais alta que a população acima de 25 anos.

**TABELA 5.1.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO PESO. CSEB, 1984.**

Peso (kg.)	Abs.	%	Total % Acum.
40 - 44	12	6,74	
45 - 49	33	18,54	25,28
50 - 54	36	20,22	45,5
55 - 59	33	18,54	64,04
60 - 64	25	14,04	78,08
65 - 69	19	10,67	88,75
70 e +	12	6,74	95,49
ND	8	4,49	99,98
Total	178	99,98	99,98

Mediana: 55,2 Kg.

**TABELA 5.2.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO ALTURA. CSEB, 1984.**

Altura(m)	Total		
	Abs.	%	% Acum.
1.42-1.49	29	16,29	
1.50-1.55	49	27,52	43,81
1.56-1.59	54	30,34	74,15
1.60-1.64	27	15,17	89,32
1.65-1.69	7	3,93	93,25
1.70 e +	3	1,68	94,93
ND	9	5,06	100,86
<b>Total</b>	<b>178</b>		

Mediana: 1,57m.

Embora não se possa apontar este fato como uma tendência generalizada, esses resultados foram similares aos encontrados em outros grupos populacionais. Pesquisa realizada com mulheres gestantes no Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza" (Jd. América) identificou uma estatura média de 155,6cm para essas mulheres. (Siqueira, 1975).

**TABELA 5.3.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR GRUPOS ETÁRIOS, SEGUNDO ALTURA. CSEB, 1984.**

Altura(m)	Grupos Etários							ND	Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
1,42-1,49	3	9	7	4	2	4	0	0	9
1,50-1,54	11	13	10	3	7	4	1	0	49
1,55-1,59	15	15	8	9	5	2	0	0	54
1,60-1,64	6	7	7	3	2	2	0	0	27
1,65-1,69	4	2	0	0	0	1	0	0	7
1,70 e +	3	0	0	0	0	0	0	0	3
ND	0	0	0	0	0	0	0	9	9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>178</b>
<b>%</b>	<b>23,59</b>	<b>25,84</b>	<b>17,97</b>	<b>10,67</b>	<b>8,98</b>	<b>7,30</b>	<b>0,5</b>	<b>5,05</b>	

O peso e a altura das mulheres já foram estudados tanto para determinar a influência que têm no produto da gestação - no caso de mulheres gestantes (Ciari et. al. 1975, Siqueira et. al., 1975), como para determinar o estado nutricional de grupos femininos de camadas sociais pobres (Ballard, 1971; Tanaka, 1986).

A análise de peso e altura com a orientação seguida em algumas das pesquisas comentadas, realizadas com mulheres grávidas, exigiria um período maior de observação, que não foi realizado por não fazer parte do objetivo do trabalho.

#### **Índice de Massa Corpórea-IMC**

O índice de massa corpórea é um indicador utilizado para medir o desenvolvimento físico de uma pessoa em relação a um certo padrão. <sup>(1)</sup> Considera-se como ideal o valor do IMC igual a 25. IMC inferior a 25 significa que a pessoa está com falta de peso. Com índice 26 a 30 a pessoa é considerada *pesada*. IMC a partir de 30 é indicador de obesidade.

A análise do IMC para a população total (178 casos) apresentou os seguintes resultados:

- Apenas 11% das mulheres estão em torno do índice ideal. Mais da metade da população estudada - 56,18% - apresenta índice inferior a 25 e 15,17% tem índice inferior a 20. (Tabela 5.4)

---

(1) Este índice é elaborado segundo a fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em m.)}}$$

**TABELA 5.4.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA. CSEB, 1984.**

IMC	TOTAL		
	No. Abs.	%	% Acum.
- 20	27	15,17	
20 - 24	73	41,01	56,18
25	20	11,24	67,42
26 - 30	41	23,03	90,45
30 e +	8	4,49	94,94
ND	9	5,06	100,0
Total	178		

Considerando que dentre esta população existem mulheres grávidas cujos pesos estariam alterados por causa da gestação, analisou-se o IMC para as mulheres não grávidas (80 casos) segundo a faixa etária.

- Os resultados indicam que 15% das mulheres não grávidas possuem IMC ideal. Com índice inferior a 25 estão 56,2% destas e 20% com índice inferior a 20. (Tabela 5,5)

**TABELA 5.5.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES NÃO GRÁVIDAS, POR GRUPOS ETÁRIOS, SEGUNDO IMC. CSEB, 1984.**

IMC	GRUPOS ETÁRIOS								Abs.	%
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	ND		
-20	5	5	4	1	1				16	20,0
20-24	7	9	5	2	3				29	36,2
25			4	3	1	4	1		12	15,0
26-30		1	1		4	2			8	10,0
30 e +				2	2	1			5	6,2
ND								9	9	11,2
Total	12	15	14	8	11	10	1	9	80	
%	15,0	18,75	17,5	10,0	13,75	12,5	1,25	11,25	99,9	

Como se observa, os resultados permaneceram iguais para ambos os grupos - mais da metade das mulheres apresentaram índices inferiores ao ideal. Ou seja, a constituição física de grande porcentagem das mulheres em estudo encontra-se aquém do desejável.

Esta alta porcentagem de mulheres com níveis de IMC relativamente baixos poderia estar associada à alta porcentagem de mulheres jovens presentes na população total. Contudo, a presença de mulheres com idade superior a 25 anos com níveis de IMC inferiores a 25, estaria indicando que além da variável idade há outros fatores associados a este índice.

Merece destaque o fato de que dentre as mulheres grávidas 13,26% apresentaram IMC inferior a 20 e 42%, índice inferior ao ideal. Outros comentários sobre este aspecto serão discutidos no item Gravidez.

#### ASPECTOS DA MORBIDADE

A partir da análise da informação codificada com base na Classificação Internacional de Doenças - CID, foi possível estabelecer algumas características da morbidade da população estudada.

Classificaram-se as doenças e/ou sintomas em 15 grupos, cujas incidências definem o padrão de demanda por atendimento em saúde de tipo ambulatorial. <2>

---

(2) Demanda ambulatorial é a assistência médica em várias especialidades, fornecida à população nos centros e postos de saúde de forma permanente, em regime de não internação. Difere do atendimento de Prontos Socorros e de Hospitais, por exemplo.

Considerou-se valioso comparar os resultados desta pesquisa com os apresentados por Godinho (1990), referentes à população atendida em três hospitais da região de Santo Amaro.

-Em primeiro lugar, constatou-se que os determinantes da procura desses estabelecimentos de saúde pela população feminina constituem a gravidez, parto e puerpério (Grupo XI da CID)

Entretanto, embora este seja um aspecto comum a ambas populações, há uma diferença que deve ser salientada: nas mulheres que frequentam o CSEB, a demanda está mais associada ao pré-natal e às intercorrências referentes ao aparelho genito-urinário, cujos sintomas declarados são aqueles referentes à gravidez, ao corrimento vaginal, entre outros (Grupo XI da CID). O grupo XI representa o maior grupo de declarações entre as mulheres que procuraram o centro de saúde. Por sua vez, nas que procuram os hospitais, a demanda aparece mais associada ao parto e às complicações decorrentes do aborto. Tabela 5.6 (Anexo V.1)

**TABELA 5.6.- DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS, SEGUNDO GRUPOS DA CID. CSEB, 1984.**

Grupo	Não Grav.	Grav	Frequência
I	11	8	19
II	2	0	2
III	0	1	1
IV	1	2	3
V	11	1	12
VI	12	7	19
VII	3	6	9
VIII	4	2	6
IX	7	7	14
X	33	4	37
XI	2	92	94
XII	3	1	4
XIII	16	7	23
XVI	37	24	61
Les. e Env	6	1	7

#### CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS-CID

- I Doenças Infecciosas e Parasitárias
- II Neoplasmas Malignos
- III Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários
- IV Doenças do sangue e dos Órgãos Hemotopoéticos
- V Transtornos Mentais
- VI D. do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos
- VII D. do aparelho Circulatório
- VIII D. do Aparelho Respiratório
- IX D. do Aparelho Digestivo
- X D. do Ap. Genitourinário
- XI Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério
- XII D. da Pele e do Tecido Muscular subcutâneo
- XIII D. do Tecido Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
- XVI Sintomas, Sinais e Afecções Mal definidas.  
Lesões e Envenenamentos.

O segundo grande grupo é constituído pelos Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidos (XVI da CID), no qual se destacam o nervosismo, a dor abdominal e cefaleias.

O terceiro grupo refere-se às Doenças do Aparelho Genito-urinário ( X na CID). Neste são significativos, o corrimento

vaginal, irregularidades menstruais, leucorreias e infecção do trato urinário. No estudo de Godinho, 73,4% do total de casos inscritos neste grupo é constituído pela população feminina entre 20 e 49 anos.

No quarto grupo estão as Doenças do Tecido Osteo Muscular e do Tecido Conjuntivo (XII da CID), entre as quais são frequentemente mencionadas as dores lombares, a dor nas costas e nos membros inferiores. Apresentou-se só um caso de reumatismo na coluna. No caso de Santo Amaro, este grupo teve pouca relevância.

Formam o quinto e o sexto grupo as Doenças Infecciosas e Parasitárias e as Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos, respectivamente. No quinto grupo destacam-se leucorréias vaginais, candidíase e doenças venéreas (2 casos de sífilis e um de gonorreia). São mencionados também 3 casos de tuberculose, 3 de parasitose e 2 casos de poliomelite. No sexto grupo predomina a enxaqueca, epilepsia (4 casos) e conjuntivite (3 casos). Na pesquisa de Santo Amaro, as Doenças Infecciosas e Parasitárias ocupam o 8o. lugar em importância, e as Doenças do Sistema Nervoso e Dos Órgãos dos Sentidos têm pouca representação, fazendo referencia a catarata, meningite e epilepsia.

As Doenças do Aparelho Digestivo ocupam o 7o. grupo com destaque para a cárie dentária e a gastrite. Apenas um caso de úlcera com hemorragia foi declarado, o que é mais frequente nos hospitais de Santo Amaro.

No 8º. grupo estão os Transtornos mentais, com a ocorrência de casos graves com atendimento psiquiátrico anterior (2 de psicose esquizofrênica e um de histeria). A maioria dos outros casos refere-se a problemas transitórios: depressões e neurastenias.

As doenças do Aparelho Respiratório e do Aparelho Circulatório formam o 9º. e o 10º. grupo, respectivamente. Do aparelho respiratório são mencionados problemas de garganta e rinite alérgica. E no aparelho circulatório são frequentes as varizes dos membros inferiores. Apresentou-se um caso de varizes esofágica sangrante, um caso de hipertensão e um caso de problema do coração. Na pesquisa de Godinho estes grupos ocupam o 2do e 3ro. lugar, respectivamente; sendo que o 9º grupo tem uma maior participação da população com menos de 4 anos. E no caso de 10º. grupo, a hipertensão se apresenta na população feminina maior de 50 anos de idade.

#### **Demais Grupos**

As menores incidências referem-se a Lesões e Envenenamentos (5 casos), tendo sido declarados como alergias. No outro estudo, este grupo ocupa o 5o. lugar. As Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos referem-se a anemias (3 casos).

Ocorreram também neoplasmas (2 casos) (Grupo II da CID): um caso de câncer no estômago e um caso caso de câncer no ovário. Apenas um caso de diabetes, que corresponde ao grupo de Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do

Metabolismo e Transtornos Imunitários (III da CID).

Por último, deve-se salientar o registro de 3 declarações de violência sexual, dos quais 2 casos aconteceram no ano anterior à data da pesquisa.

Por tratar-se de população feminina em idade fértil, as principais causas da morbidade relacionam-se à Gravidez, Parto e Puerpério, com destaque para os problemas relativos à gravidez. As doenças do aparelho Genito-urinário são também predominantes, trate-se de mulheres grávidas ou não.

As doenças Infecciosas e Parasitárias que ocupam o 5o. lugar têm predominância de leucorreias infecciosas e alguns casos de doenças venéreas. Além destas e das doenças genito-urinárias e dos sintomas de gravidez, um segundo grupo importante constitui os Sintomas, Sinais e Males Mal Definidos, sendo mencionados cefaléia, nervosismo, mal-estar e fadiga, cujas causas ou sua relação com doenças definidas não foram devidamente assinaladas.

Os problemas do Aparelho Digestivo aparecem como mais importantes que os Circulatórios e Respiratórios.

Cabe destacar que os casos de epilepsia são importantes nesse estudo (4 casos), sendo a ocorrência bem menor na pesquisa de Santo Amaro (11 casos para uma amostra de mais de 8 000 pessoas).

A partir das informações analisadas não foi possível identificar grande incidência de anemia ou carência protéica, contudo se forem considerandos os baixos índices de peso das mulheres, acreditamos que esta incidência seja mais

significativa.

Embora as características aqui encontradas não se relacionem a doenças específicas que determinem um quadro definido da morbidade, elas conseguem apontar algumas tendências próprias da morbidade na população feminina no seu conjunto.

Assim, dentre as doenças infecciosas, as leucorréias infecciosas e as infecções genito-urinárias constituem problemas significativos neste grupo de mulheres. Estes sintomas podem estar associados a doenças sexualmente transmissíveis que, quando não tratadas adequadamente ou não detectadas precocemente, são causa de neoplasmas malignos: câncer de colo uterino, por exemplo. Sabe-se que em São Paulo, na morbi-mortalidade feminina predominam tanto os neoplasmas de mama (próprios das áreas desenvolvidas) quanto os de colo uterino (próprio de áreas menos desenvolvidas). (Landman, 1986)

## ASPECTOS DA EXPERIÊNCIA REPRODUTIVA

A análise da experiência reprodutiva será realizada com base nas variáveis gravidez, contracepção e aborto. No exame da gravidez se levou em conta apenas as mulheres grávidas - 98 mulheres. Nos outros itens considerou-se o total - 178.

### Gravidez

As mulheres grávidas constituem 55% da população total analisada. O exame da estrutura etária apresentou os seguintes resultados:

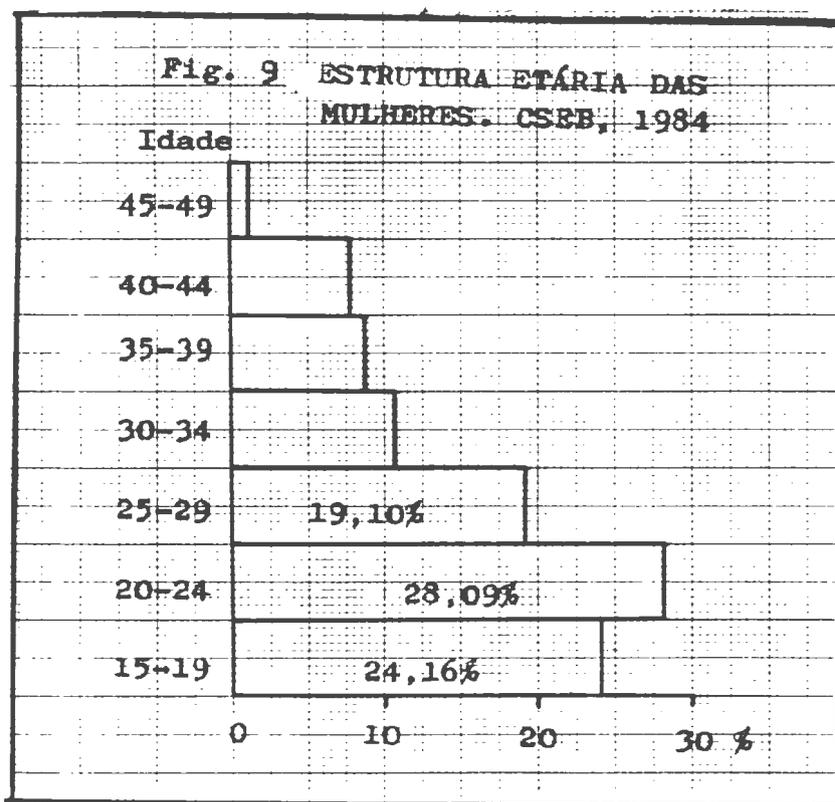
Na faixa etária de 20-24 anos se concentraram 32,65% das mulheres. O segundo grupo em importância relativa foi o de mulheres entre 15-19 anos - 28,57%. A mediana foi 23 anos. (Tabela 5.7)

A estrutura etária das mulheres grávidas é semelhante à das mulheres estudadas no seu conjunto. O grupo de maior importância relativa é o de 20-24 anos, seguido pelo de 15-19 anos - 28,1% e 24,2%, respectivamente. (Fig. 9)

Embora a amostra deste trabalho apresente limitações para sua comparação, cabe salientar que estes resultados apresentaram-se similares aos observados na população feminina do subdistrito do Butantã, em 1980, segundo dados censitários. Neste caso, os grupos de população feminina de 20-24 e 15-19 anos, ocupam o primeiro e segundo lugar, com 21,75% e 21,21%, respectivamente. Fato que indicaria a maior importância relativa das mulheres jovens, nestas populações, relativamente ao município de São Paulo.

TABELA 5.7.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS,  
SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS. CSEB, 1984.

Idade	Abs.	%	% Acum
15-19	28	28,57	
20-24	32	32,65	61,22
25-29	18	18,37	79,59
30-34	11	11,22	90,81
35-39	6	6,12	96,93
40-44	3	3,06	99,99
Total	98	99,99	



Estes dados apontam a ocorrência de gravidez em idades precoces nesta população. Goldani (1990) ao estudar dois tipos de cortes de mulheres brasileiras em 1984, indica que as idades ao ter o primeiro filho variaram entre 18,8 e 24,3 anos, com mediana 21.3.

A partir desta tendência geral nas mulheres brasileiras, ela considera precoce a mulher que teve seu primeiro filho antes dos 18 anos, encontrando-se nesta situação 16% do total de mulheres alguma vez unidas que tiveram filhos.

O exame da estrutura de idade das mulheres grávidas aqui analisadas ao ter o primeiro filho indica diferenças relativas significativas: a) as mulheres que tiveram o primeiro filho, ou que estavam prestes a tê-lo na data da entrevista (1984), com idade igual ou inferior a 18 anos constituem 40,82% do total das grávidas; b) com idade inferior a 20 anos encontram-se 47,96% destas. A mediana é 20 anos. (Tabela 5,8)

**TABELA 5.8.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS, SEGUNDO IDADE AO TER O PRIMEIRO FILHO. CSEB, 1984.**

Idade	Abs.	%	%Acum
14	3	3,06	
15-19	44	44,9	47,96
20-24	29	29,59	77,55
25-29	11	11,22	88,77
30-34	6	6,12	94,89
35-39	2	2,04	96,93
ND	3	3,06	99,99
Total	98	99,99	

As mulheres que entraram tardiamente na *carreira* de mãe, ou seja, mulheres que tiveram seu primeiro filho aos 25 anos ou mais englobam 22,45% da população em estudo, cifra ligeiramente superior à encontrada para o país - 21.5%.

Estes resultados vão de encontro com outros que salientam a gravidez na adolescência como um problema proeminente em diversos setores populacionais, tanto na esfera estadual, como em São Paulo, quanto na esfera nacional. (Goldani, 1990; Trindade, 1988; Merighi, 1989).

A gravidez precoce pode influenciar a saúde da mulher, pois ocorre em uma época e que seu peso é baixo devido a sua idade. Sendo determinante no estado da saúde da mulher, especialmente durante a gestação e no período da lactação. Se, além de entrar na gravidez com baixo peso, seu regime alimentar nesse período for insuficiente, ela não ganhará o peso adequado e a amamentação envolverá desgaste de seu organismo, em detrimento de sua saúde.

### Contracepção

O uso de métodos contraceptivos é significativo segundo declarações da maioria das mulheres em estudo: 52,8% do total da amostra (178) declarou ter utilizado algum, contra 35,39 % que declarou nunca ter usado. (Tabela 5,9)

**TABELA 5.9.- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, POR ESTADO DE GRAVIDEZ, SEGUNDO CONDIÇÃO DE USO DE CONTRACEPTIVOS. CSEB, 1984.**

	Grav.	Não Grav.	Total Abs.	%
Usou	57	37	94	52,80
Não usou	35	28	63	35,39
ND	6	15	21	11,8
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>80</b>	<b>178</b>	<b>99,99</b>

Em 1978, em São Paulo, 62% das mulheres casadas com idades entre 15-49 anos estavam usando contraceptivos, sendo pequenas as diferenças entre o município de São Paulo, as áreas urbanas, o interior e as áreas rurais. (Barroso, 1986).

O anticoncepcional oral (pílula) é o mais difundido (declarado por 42 das entrevistadas). Sendo seguido pelo coito interrompido (7 declarações), a tabelinha e a laqueadura (6 declarações cada) e o preservativo (3 declarações). (Tabela 5.10)

**TABELA 5.10- LISTAGEM DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS,  
SEGUNDO TIPO. CSEB, 1984.**

Tipo	Frequência
Oral, pílula	40
Coito interrompido	7
Tabela	6
Laqueadura *	6
Condom, preservativo	3
Ducha vaginal, curativo	2
Diaphragma	1
Geleia	1
Pílula + outro	2
Vasectomia	1
Tratam. para engravidar	3
NE	21

\* Foi realizado em mulheres com 22, 24, 25, 31 e 32 anos de idade.

Cabe destacar que a laqueadura foi realizada em 4 mulheres com menos de 30 anos de idade, e em outras 2 com 31 e 32 anos.

Esta característica no uso de métodos contraceptivos segue a tendência apresentada no Estado de São Paulo em 1978, sendo o método prevalescente o uso de pílulas (25%), seguido pela esterilização (16,9%), coito interrompido (7,5), condom (6,1%) e o método do ritmo (5,2) (Ibid. p )

Constatou-se que os métodos naturais e de barreira são os menos utilizados. Não foi declarado nenhum caso de uso do DIU. Aparecem com pouca significação ducha vaginal e diafragma (2 declarações cada), geleia (uma). Foi declarado apenas um caso de vasectomia.

Finalmente, apresentaram-se 3 casos de mulheres procurando tratamento para engravidar.

Verifica-se que é amplamente difundido o uso da pílula que, embora seja um método reversível, seu uso inadequado afeta a saúde da mulher; que a laqueadura tem uma relativa importância e que não são usados métodos de barreira.

A presença significativa de adolescentes grávidas e das que declararam *nunca* ter usado contraceptivos, revela a necessidade de melhorar os canais de informação ao respeito dos métodos contraceptivos.

### Aborto

O aborto é também um fenômeno importante na experiência reprodutiva destas mulheres, seja como um acontecimento espontâneo ou provocado. Dos 98 casos de gestantes em 1984, quatro terminaram em aborto.

Do total da amostra (178) foram declarados 49 abortos realizados pelas mulheres até a data da entrevista, dos quais 48,98 % espontâneos e 20,41 provocados. (Tabela 5.11)

**TABELA 5.11.- DISTRIBUIÇÃO DOS ABORTOS POR ESTADO DE GRAVIDEZ, SEGUNDO FORMA. CSEB, 1984.**

Forma	Grávidas		Não Gráv.		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Espontâneo	11	35,48	8	47,06	19	39,58
Provocados	8	25,81	3	17,65	11	22,92
óbito Fetal	3	9,68	2	11,76	2	4,17
Erro Médico	0	--	2	11,76	2	4,17
ND	9	29,03	2	11,76	11	22,92
<b>Total</b>	<b>31</b>		<b>17</b>		<b>48</b>	

**TABELA 5.12.- DISTRIBUIÇÃO DOS ABORTOS POR FORMA, SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS. CSEB, 1984.**

ABORTOS				
Gr. Et.	Espontâneo	Provocado	ND	Total
15-19	5	1	1	7
20-24	4	1	1	6
25-29	4	0	0	4
30-34	2	2	1	5
40-44	2	0	0	2
ND	2	7	15*	24
Total	19	11	18	48
%	39,58	22,92	37,51	

\* Inclui os óbitos fetais e os erros médicos

Ao relacionar o aborto com idade, encontrou-se uma maior incidência dos abortos espontâneos nas faixas etárias inferiores, 15-19 e 20-29 anos. (Tabela 5.12)

Existe dificuldade em comparar estes dados com outros resultados, porém, eles revelam a grande incidência deste fato na população em estudo, que enfatiza a tendência encontrada em outras pesquisas. Assim Schor (1984), ao estudar o aborto em internações em um hospital público de Santo Amaro, entre 1978 e 1982, encontrou que o número de abortos duplicou enquanto o número de partos cresceu apenas 14 %. Melo (1982), ao estudar a rede previdenciária, que cobre 40 % dos leitos hospitalares brasileiros, encontrou 7,2 internações por mil mulheres de 15-49 anos relativas a aborto.

Cabe destacar que esta é uma experiência repetida várias vezes por algumas mulheres estudadas. Apresentaram-se também 7 casos denominados de óbitos fetais; e 2 casos de aborto como consequência de erro médico.

Se considerarmos o aborto como método contraceptivo, verificamos que ele ocupa o segundo lugar segundo declaração no presente estudo, depois do uso da pílula. Sendo que estes 10 casos correspondentes aos abortos provocados presumem-se ainda subestimados. (Tabela 5.11).

A partir da informação analisada foi possível definir as características da demanda em saúde por parte das mulheres em estudo, assim como detectar alguns traços que definem o quadro de saúde desta população.

O CSEB é procurado por uma população feminina, que demanda serviços em saúde denominados de intercorrências (sintomas e doenças de "não alto risco"), sobretudo, relativos à gestação (pré-natal) e genito-urinários.

As características da morbidade e da constituição física das mulheres (peso, altura, IMC) revelam uma população deficiente em termos biológicos ou físicos.

É um grupo populacional caracterizado por baixos patamares de peso e altura. Estas características junto com os sintomas de morbidade (infecções, dores) sugerem um estado de saúde precário. Doenças de mais gravidade como anemias não aparecem de forma direta a partir dos dados, no entanto, os resultados sugerem sua existência, através do baixo peso das mulheres em geral, e das grávidas, em particular.

Os problemas de saúde mencionados, segundo a ordem de importância, depois dos genito-urinários, são os do grupo Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidos, onde cefaleias, fraqueza, enfatizam a situação deficiente deste grupo. Outros

estudos referentes à saúde das mulheres destacam estes sintomas como relativos à população feminina. Todavia, não foram analisadas as causas deles, já que estes podem ser de ordem biológica ou psico-somáticas. No caso em questão, pareceria que elas são biológicas, precisando ser verificadas.

Nesta idade fértil, os problemas de reprodução nas mulheres não se limitam à gestação. Eles incluem problemas de gravidez indesejada, abortos, contracepção. Estes problemas sugerem por um lado uma necessidade de controlar seus corpos, assim como incapacidade por parte delas.

Em resumo, a saúde das mulheres em estudo estaria ligada a uma situação nutricional (alimentação deficiente e/ou inadequada), decorrente de sua situação social específica, assim como à desinformação respeito do funcionamento de seu organismo. Desde uma idade precoce (menos de 20 anos) a gestação aparece na vida da maioria deste grupo populacional.

## APÊNDICE 5.1.

## LISTAGEM DAS DOENÇAS DECLARADAS PELAS MULHERES. CSEB, 1984.

I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	Frequência	
	Não Grav.	Grav.
1. Candidíase (112.9)	1	0
2. Herpes Simples Labial (054.9)	0	1
3. Difteria Não Especificada (032.9)	0	1
4. Tricomoníase (Leucorreia Vag.) (031.0)	4	2
5. Parasitose Intestinal (129)	3	0
6. Poliomielite Aguda (045/323.2)	1	1
7. Sífilis (096/097)	1	1
8. Tuberculose N.E. (011.9)	2	0
9. Gonorreia (0.98)	0	1
II Neoplasmas Malignos		
1. Câncer Estômago (239.0/151.9)	1	0
2. Neoplasma do Ovário de nat. N.E. (239.5)	1	0
III Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários		
1. Diabete (250)	0	1
IV D. do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos		
1. Anemia (285)	1	2
V Transtornos Mentais		
1. Histeria (300.1)	0	1
2. Psicoses Esquizofrénic. tipo paran.(295.3)	2	0
3. Reação de Ajustamento (3009)	5	0
4. Neurastenia (300.5)	2	0
5. Transtornos Depressivos não classif. em outra parte (311)	2	0
VI D. do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos		
1. Conjuntivite N. e. (372.3)	1	2
2. Epilepsia (345)	3	1
3. Laberintite (386.3)	0	1
4. Otite (382)	2	0
5. Paralisia Facial (351.0)	0	1
6. Enxaqueca Clássica (346.0)	5	0
7. Distúrbios da Visão (368.9)	1	2
VII D. do Aparelho Circulatório		
1. Hipertensão (401)	1	0
2. Varizes Esofágica Sangrante (456.0)	1	0
3. Variz. Extrem. Inferior. (inc. gráv.)(454)	1	5
4. D. do coração (orgânica) (429.9)	0	1

## VIII D. do Ap. Respiratório

1. Gripe (478)	1	0
2. Bronquite (466)	1	0
3. Rinite Alérgica (477)	0	2
4. Faringite (infecc. garganta) (462)	0	1
5. Nosofaringite Aguda (460)	1	0
6. Amigdalite (463)	1	0

## IX D. do Ap Digestivo

1. Dor Estômago (536.9)	1	0
2. Gastrite (535)	1	0
3. Cárie Dentária (521.0)	2	6
4. Gastrite Superficial (535.5)	1	1
5. Úlcera Gástrica (531)	2	0
6. Hemorragia do reto e anus (569.3)	1	0

## X D. do Ap. Genitourinário

1. Corrimento Vaginal ( exc. gráv.)(616)	12	
2. Síndrome de Tensão pré-menst.(625.4)	5	
3. Dor (em coito) (625)	2	
4. Sangramento Vaginal (626.8)	1	1
5. Ciclo menstrual irregular (626.4)	5	
6. Leucorreia (não infecciosa) (623.5)	4	
7. Cistite (595)	2	
8. Prolapso (útero-vaginal) (618)	1	1
9. Infertilidade Feminina (628)	2	
10. Rotura de Bexiga, não traumati.(596.6)	0	1
11. Prolapso ovário (620.4)	1	0
12. Infecção do rim (590)	0	1
13. Infecç. do trato urinár. local NE(599.0)	1	0

## XI Complicações da Grav., Parto e Puerpério

1. Amenorreia (626.0)		16
2. Inf. do trato urinário (646.6)		4
3. Transtornos Mentais (neurose, fadiga)		13
4. Vômitos (643)		32
5. Doenças infecc. complicando a grav (647)		3
6. Grávida ectópica (Tubária) (633.1)	3	
7. Aborto espontâneo (634)		4
8. Hemorragia no início da grav.(640.0)		2
9. Hemorr. pós parto		1
10. Corrimento NE (616.9)		15
11. Infecç. puerpério		1
12. Primigesta Idosa (659.2)		
13. Inflamaç. da mama no puerpério		2

## XII D. da pele e do tecido Celular Subcutâneo

1. Prurido- NE- Coceira (698.9)	2	0
2. Dermatite por detergente (692.0)		1
3. Eritrema por drogas e medicamentos (692.3)	1	0

## XIII D. do Tecido Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

1. Dor nos Membros (729)	3	2
2. Dor na coluna vertebral (724.1)	2	0
3. Dor Articular (719.4)	2	0
4. Dor nas costas NE (724.5)	3	1
5. Dor Lombar (724.2)	4	4
6. Caimbras Membros (729.8)	1	0
7. Reumatismo na coluna (724.9)	1	0

## XVI Sintomas , Sinais e Afecções Mal Definidos

1. Cefaleia (784.0)	4	2
2. Tontura (exc. a grav. ) (789.4)	1	0
3. Distúrbios do sono (insônia) (780.5)	2	0
4. Mal estar e fadiga (780.7)	3	0
5. Sintomas relativos a pele	1	0
6. Distúrb. sensitivos da pele(782.0)	2	0
7. Palpitações (785.4)	2	0
10.Sintomas relat. ao ap. respiratór (786)	1	0
11.Dor Abdominal (789.0)	4	18
12.Dor hipocondrio (789.6)	0	1
13.Desmaio (780.2)	2	0
14.Perda de peso (783.2)	1	1
15. Perda de apetite (783)	1	1
16. Ganho de peso (783.1)	1	0
17.Tumefação (cabeça , pescoso)(784.2)	1	0
18.Taquicardia (785.0)	1	0
19.Edema MMII (782.3)	1	0

## Lesões e Envenenamentos

1. Alergia após-transfusão de sangue (999)	1	0
3. Alergia NE (995.3)	3	1

VIOLÊNCIA (Estuprada) 3

## CAPITULO VI

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs estudar a situação de saúde das mulheres atendidas no Centro de Saúde-Escola do Butantã-CSEB, em 1984, através da análise de alguns fatores a ela associados.

Partindo da concepção de que a problemática da saúde de qualquer grupo populacional diz respeito a um processo biológico e social, examinou-se as políticas da saúde, com ênfase nos programas dirigidos à população feminina; as ações do Estado, os seus objetivos e concepções, e os diversos instrumentos e programas instituídos. Paratanto, fez-se um apanhado das principais abordagens sobre a saúde da mulher presentes no debate acadêmico e no âmbito social que influenciaram estas políticas.

As diferentes abordagens sobre a saúde da mulher, descritas no capítulo I, revelaram sua interdisciplinaridade, participando do debate disciplinas tanto das ciências da saúde quanto das ciências sociais.

Nas ciências médicas, a clínica tem contribuído de forma importante no reconhecimento e tratamento de doenças femininas, que precisam dos avanços tecnológicos como nos casos dos neoplasmas malignos.

São Paulo é uma cidade de contrastes também no referente a situação de saúde de sua população: traços de morbimortalidade próprios de países desenvolvidos misturam-se com outros característicos de países menos desenvolvidos. Esta

realidade, entre outros aspectos, levou aos profissionais da saúde a questionarem os alcances das práticas médicas assim como as concepções referentes aos processos de saúde/doença.

Na área da saúde coletiva, saúde pública, as pesquisas incorporaram entre seus instrumentos de análise conhecimentos e métodos das ciências sociais visando uma melhor compreensão das questões da saúde.

Uma destas questões respeito à saúde da mulher é a relativa ao *gênero*. Esta abordagem que amplia o campo da reflexão multidisciplinar, incorpora uma nova dimensão do problema, tencionando dar conta da singularidade da situação social e individual das mulheres na sociedade contemporânea, fato que transcende as diferentes sociedades e culturas. Debate recente e em torno do qual ainda não existem resultados concludentes.

Os diversos momentos deste debate influenciaram as políticas de saúde nas últimas décadas, como verificado através das mudanças ocorridas no setor - capítulo II. Dois aspectos retratam estas mudanças: a descentralização e a maior autonomia decisional das unidades operativas (postos, hospitais, etc.). Aspectos, estes, que se contrapõem à hierarquização e verticalização predominante nos anos setenta. Outro exemplo disto são os programas integrais e, as iniciativas estaduais e municipais por implantar políticas específicas; destacando avanços recentes nesta linha no município de São Paulo, alguns atingindo áreas polêmicas como a do aborto.

Os alcances das ações do setor saúde em relação à população, foram estudados com maior detalhe, no capítulo III, no qual focalizaram-se os recursos implantados no subdistrito do Butantã. Recursos estes referentes aos serviços básicos de saneamento e à rede de estabelecimentos de saúde na região.

Encontrou-se que o Butantã teve um aumento importante de sua população na década dos 80, da ordem de 4,60% a.a., cifra superior à média do município no seu conjunto e às de outros subdistritos. Este aumento levou à diminuição da importância relativa dos indicadores de cobertura dos serviços básicos e dos da saúde. Assim, em 1980, 80,42% das residências possuíam água e 57,82% esgoto, valor que passa para 73% e 50%, respectivamente, em 1986.

Os indicadores de saúde revelaram que o Butantã está entre os subdistritos deficitários do município: com coeficiente de leitos por mil habitantes de 1,9, inferior ao de outros subdistritos e à média recomendada por organismos especializados - 4,0; e, por outro lado, no que tange à capacidade potencial de atendimento, o subdistrito apresentou um índice de 86,8%, sendo que o ideal é de 100,0%.

Constatou-se, no entanto, que no último quinquênio da década de 1980, houve um aumento das unidades de saúde pertencentes ao setor público - 8 postos e centros de saúde e 5 hospitais -, as que foram alocadas nas áreas menos servidas da região.

Merece destaque a tendência observada na estrutura populacional do subdistrito, entre 1980 e 1990. Os grupos

etários com menos de 20 anos perderam importância relativa, em favor dos de 20-39 anos de idade, o que implicou numa mudança pelo tipo de recursos demandados. O maior crescimento relativo deste grupo populacional deve ter contribuído na alteração dos padrões e conteúdos da demanda social (de determinados bens e serviços).

O Centro de Saúde do Butantã cumpre um papel importante na região. Na época da pesquisa, o quadro de funcionários desenvolveu suas atividades atingindo vários objetivos, entre os quais, dar atendimento a uma população universal, beneficiando aquela que residia em bairros e favelas afastados, da zona oeste do subdistrito, tais como São Domingos, Rio Pequeno, Vila Butantã, incorporando a educação em saúde como parte da assistência preventiva.

Assim definido o contexto no qual se insere a população atendida pelo Centro de Saúde do Butantã, no capítulo IV apresentou-se os principais traços definidores da condição sócio-econômica das mulheres em estudo.

Estes revelaram que a população analisada fez parte de um segmento social de baixos recursos econômicos: homens e mulheres desempenharam atividades, predominantemente, no setor serviços e comércio. As mulheres trabalharam sobretudo como empregadas domésticas ou em atividades de limpeza. Ocupações que não lhes ofereciam estabilidade laboral nem outros benefícios sociais, como serviços médicos, por exemplo.

Apesar de uma grande proporção terem um período de residência importante na capital, a baixa escolaridade as condicionou a realizar trabalhos pouco remunerados.

Em torno de 26% das mulheres estudadas apresentaram situação habitacional precária (ocupando moradias tipo barraco e sem cobertura de serviços de esgoto). Cifra que considera-se subestimada devido ao tipo de questionário utilizado no levantamento da informação.

O quadro de saúde das mulheres foi analisado no capítulo V, baseado na constituição física, em alguns aspectos da morbidade e da experiência reprodutiva. Este quadro revelou sérias deficiências em termos da constituição física das mulheres entrevistadas e deu um complexo perfil da morbidade: na sua grande maioria, as mulheres apresentaram baixos níveis de peso e de índice de massa corpórea.

Por tratar-se de mulheres com idades entre 15-49 anos as doenças mais comuns relacionaram-se com a gravidez e os sintomas correlatos. No entanto, houve uma predominância das doenças genito-urinárias e dos sintomas, sinais e afecções mal definidos. Também se destacaram as doenças infecciosas e parasitárias. Não encontrou-se presença importante de doenças cardio-vasculares, porém alguns sinais - tais como obesidade, hábito de fumar - sugerem a presença daquelas em mulheres com mais idade ou o seu aparecimento em um grupo das mulheres analisadas, assim que estas se tornem mais idosas. O mesmo pode se dizer respeito da anemia e da desnutrição. A presença delas em um número maior nas mulheres estudadas, é sugerida

pelos baixos níveis de peso e de índice de massa corpórea encontrados.

Alguns destes resultados confirmam a tendência observada na pesquisa de Lólio (1980), realizado no mesmo centro de saúde no período 1977-79. Nela evidenciaram-se predominância de doenças crônico-degenerativas, sobretudo hipertensão, com relação à população adulta. Da mesma forma que a procura dos serviços de pré-natal e atenção ginecológica, por parte da população feminina em idade fértil.

Os problemas da gravidez na adolescência, a ausência no uso ou o uso inadequado de contraceptivos e a alta incidência de abortos, ampliam o leque dos problemas de saúde deste grupo populacional. Transcendendo o quadro da morbidade, merece menção a violência sexual (3 casos de estupro declarados), o qual aponta para aspectos educacionais (educação em saúde, sexual etc.), ideológico-valorativos, predominantes na sociedade.

Por fim, cabe destacar a validade metodológica da fonte primária utilizada (prontuários). Uma padronização das respostas coletadas, permitirá que elas sirvam para estudos não apenas médicos, mas também sociais, pela riqueza de geração de informação ali existente e os baixos custos de seu processo de geração .

**BIBLIOGRAFIA**

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- ABRASCO - Anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.**  
Rio de Janeiro, 22-26 Setembro, 1986
- ALMEIDA, M.B. de - Contribuição ao Debate Sobre Saúde da Mulher Dentro da I Jornada do Comité das Nações Unidas no Brasil Contra a Discriminação à Mulher.** São Paulo, Brasília. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1987.
- ALMEIDA, M.do C.R.R. - Estudo das Características da População Gestante do Serviço Pré-natal do Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza" Janeiro a Dezembro de 1978.** São Paulo, 1980.
- ARAUJO, J.G. et al. - Parteras Tradicionales en la Atención obstétrica del Nordeste de Brasil. Boletín de la Oficina Panamericana.** 96 (2) 147-59. Feb., 1984.
- ARILHA, M. - Reflexões sobre a Saúde da Mulher.** São Paulo, Brasília. in **I Jornada CEDAM,** São Paulo, Brasília, 1987.
- AROUCA, A.S. História natural das doenças. Saúde em Debate.** (1) CEBES, São Paulo, 1976.
- ARRUDA, J.M. et al. - Pesquisa Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar.** Amazonas. BENFAM 1982.
- BALTAR, M.I. - População, Reprodução e Saúde: Anotações Sobre a Questão de uma Política Social.** in **Rev. Bras. de Est. Pop.** v5, n2 Jul/Dez 1988. 21-23, 1988.
- BARNES, F. - Ambulatory maternal health care and planning family policies, principles and practices.** 1978.
- BARROSO, C. - A saúde da mulher.** Nobel, São Paulo, CECF, 1985.
- **A Saúde da Mulher no Brasil: 1975-1985.** in **Rev. Fundação SEADE** São Paulo. v2 ní 25-33. Jan./Jul, 1986.

- **Gravidez na Adolescência. Série Instrumentos para a Ação. 6.** IPLAN/IPEA-UNICEF Fundação CARLOS CHAGAS. Brasília, 1986.
- , e Amado T. **O Impacto da Crise Sobre a Saúde da Mulher Pobre. O Caso do Brasil.** São Paulo, 1986.
- **A Contribuição do Movimento da Mulheres à Questão do Planejamento Familiar no Brasil.** Rio de Janeiro, 1987.
- BARROSO, C. & BRUSCHINI, C. 1989 Construindo a política a partir da vida pessoal: discussão sobre sexual: mulheres pobres no Brasil. p. 223-240. In: LABRA (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil.** Vozes, Rio de Janeiro, 1989.
- BASHSHUR, R.L. et al. - The application of three-dimensional analogue models to the distribution of medical care facilities. **Med. Care** 8:395. Set.-Oct. 1970.
- BERQUÓ et al. - **A fecundidade em São Paulo. Características demográficas, biológicas e sócio-econômicas.** São Paulo, CEBRAP, 1977.
- BERQUÓ, E. - **São Paulo e sua Fecundidade: Um estudo das variáveis intermediárias e dos diferenciais sócio-econômicos.** São Paulo SEADE, 1985
- **Sobre o Declínio da Fecundidade e a Anticoncepção em São Paulo: Análise Preliminar.** Campinas. NEPO, 1986
- BOELL, C.P. - **Peso ao Nascer e sua relação com variáveis Maternas de Florianópolis.** (DISS), Santa Catarina, 1980
- BRAGA, J.C. de S. - **Um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina preventiva no desenvolvimento capitalista.** (DISS), Campinas, 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.** Brasília. Centro de

Documentação do Ministério da Saúde. 1984. -

----- **Assistência Integral da Mulher e da Criança: Projeto de acordo entre o governo do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para Atividades da População.** Brasília, 1985 (mimeo) -

----- **Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher: Relatório Final.** Brasília, 1987

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigación de la salud en la sociedad.** Quito, Ed. El Centro de Estudio y Asesoría en Salud. 1982.

BURDEN, D. S. - **The Woman Client: Providing Human Services in a Changing World.** New York. Tavistok, 1967.

CALIÓ, S. - **Relações de gênero na cidade. Uma contribuição do pensamento feminista à Geografia Urbana.** (Tese Dout.), Dpto. Geografia, USP., S.P., 1991.

CAMPANILI, M. - "Censo 1991: São Paulo com menos gente. alguma surpresa?". Artigo in **Jornal da Semana, S.P.**, 12 de janeiro, 1992, p. 3.

CANESQUI, A. M. - **Políticas de Saúde e Reprodução Humana na Nova República.** in **Enc. Nac. de Est. Pop. São Paulo, 1986. ANAIS, ABEP, p. 1159-78.**

- CANO, W. - Transformações da economia e repercursões no mercado de trabalho: Roteiro para uma investigação histórica (1920-1986). In: **ANAIS, ABEP, V. ENEP** Àguas de São Pedro São Paulo, 1986 vol. 2, p. 877-888.
- CARVALHO, J.A.M. Fecundidade de Mortalidade no Brasil 1960/1970. **Relatório de Pesquisa. CEDEPLAR, Belo Horizonte, 1978.**
- COSTA, A. G. de O. - Política governamental e a mulher. Nobel, CECF, São Paulo, 1985.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE V, **ANAIS**, Agosto, 1975.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE VIII . **ANAIS**. Brasília. Março, 1986
- CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE E DIREITOS DA MULHER I. **ANAIS**. Outubro, 1986.
- CORDEIRO, H., - A indústria da saúde no Brasil. Graal, Rio de Janeiro, 1980..
- FAERSTEIN, et al. - Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: LABRA (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil, 1989.**
- FERREIRA, M. R. - Aleitamento Materno e Saúde da Mulher: algumas considerações. in Labra (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil.**
- FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS - **Bibliografia anotada. São Paulo, nº 3, 1989.**
- FUNDAÇÃO IBGE - **Anuário Estatístico do Brasil - 1990.**
- FUNDAÇÃO IBGE - **CENSO DEMOGRÁFICO, 1980, Brasil, Rio de Janeiro, 1981.**
- GOLDANI, A.M. - Famílias, trajetórias individuais e mudanças demográficas. In **ANAIS, ABEP, VII ENEP, 1990, vol. 1, p. 55-85.**
- GONZALEZ, G. & SOUZA. R. -Influência de História Genésica na

- contribuição para um debate.** Graal, R.J., 1984, p. 121-146.
- MCGUICK, M.A. & PORELL, F.W. - Spatial patterns of hospitalization: the impact of distance and time. *Inquiry*, 21:84-95, 1984.
- MELO, C. - **O Sistema de Saúde em Crise.** São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981
- MERIGHI, M.A.B. et al. - Gravidez na Adolescência. Alguns aspectos perinatais. In: **Anais ABRASCO**, 2º Congresso Bras. de Saúde Coletiva, SP, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Seminário situação de saúde nas áreas metropolitanas brasileiras, **Anais**, São Paulo, 1976.
- NAKAMURA, M. et al. - São Paulo. **State Contraceptive prevalence survey.** Campinas Pontifícia Universidade Católica. (mimeo). 1978.
- NUNES, E.D. - Ciências sociais em saúde no Brasil: notas para a sua história. In: **Caderno CERU**, nº 2, 2ª Série, p. 21-27, São Paulo, 1987.
- NUNES, R.M. - Estudo e ações sobre reprodução humana e nutrição em Recife. In: Organização Panamericana da Saúde. **Investigação e mortalidade na infância: descobertas e atividades.** Washington, D.C. 1977, p. 17 (Publicação Científica, 343).
- OLIVEIRA, L.R. de et al. - Saúde, visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. **Rev. S. públ.**, São Paulo, 17: 208-20, 1983.
- ORTIZ, L.P. & Yazaki, L.M. - Aumento do Diferencial por Sexo da Mortalidade no Estado de São Paulo. in **Rev. Bras. de Est. Pop.** Campinas, vi, n1/2, 1984
- PASCALL, G. - **Social Analysis.** Tavistock, London & New York, 1986
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO-PMSP - Coordenadoria do Bem Estar Social - COBES. **Favelas no Município de São Paulo.** São Paulo,

- Mortalidade Intra-uterina. **ANAIS ABEP. 367-368. V ENEP, v1, 1986**
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO - Secretaria de Economia e Planejamento, **Orçamento, Programas, 1984, S.P, 1983, parte 1.**
- SHDU/EMPLASA - **Sumário de dados da Grande São Paulo - 1990.**
- GRUPO FEMINISTA EVA DE NOVO - **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) o que pensamos dele. Goiânia, 1983, 6 p. (mimeo).**
- GUIMARÃES, R. - **Saúde e Medicina no Brasil. Contribuição para um Debate. Graal, Rio de Janeiro, 1984**
- HAGA, A. - A participação atual da mulher no mercado de trabalho. In **Rev. Fund. SEADE/S. Paulo em Perspectiva. 2 (1): 5-16, São Paulo jan/abr., 1986.**
- KATZ, B.R. - Woman, health and medicine. In: **Rev. Socialist. Hlth Review, vol. 1, nº 2, Bombay, India, 1984, p. 58-64.**
- LABRA, M.E. (ORG.) - **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Vozes, Petrópolis-RJ, 1989.**
- LANDMANN, C. et al - Características da mortalidade da mulher brasileira. In LABRA (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. 1989.**
- LEESON, J. & GRAY, J. - **Women and Medicine. Tavistock, London, G.B., 1978**
- LÓLIO, C. A. de - **Atenção médica de primeira linha. Levantamento da Morbidade da Demanda do CSE do Butantã de Agosto de 1977 a Julho de 1979 . São Paulo, 1980 [Dissertação de Mestrado Apresentada na Faculdade de Medicina da USP].**
- MARQUES, M.B. - A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. (org.) **Saúde e medicina no Brasil**

1981.

-----  
Secretaria de  
Planejamento/DEMPLAN Coordenadoria de Informações. BDP/90.  
**Distribuição espacial da população e das atividades. Evolução e  
perspectivas. versão 1.0., Agosto 1990.**

-----  
SEMPLA/DEMPLAN -  
Coordenadoria. **Cadastro Setorial. 1991.**

ROSSINI, R.E. - A mulher na palha da Cana: Família e Trabalho. In  
**ANAIS, ABEP, VII ENEP, Belo Horizonte, 1990, v2, p. 335-354.**

SATHE, N. - Women's health is women's concern in rev. **Socialist  
Health Review, India, 1984, p. 65-68.**

SCHOR, N. - Aborto como Questão de Saúde Pública. Estudo da Demanda  
nos Hospitais por Complicações. 1984 [Tese Doutorado FSP-USP],  
1984.

SIQUEIRA, A.A.F. et al. - **Estudo da mortalidade materna na Região  
Sul do Município de São Paulo - Brasil (Série preliminar) São  
Paulo, FSP-USP, nº 1, 1991.**

SZKLO, M. - A saúde materna como prioridade na assistência médica:  
enfoque epidemiológico. **Men. Int. Med. Soc., UERJ, 1(2): 3-48,  
1977.**

SZMRECSÁNYI, M.I. - Educação e fecundidade: objetividade e  
subjetividade na determinação social da reprodução humana. São  
Paulo, 1980. [Tese de Doutorado - FFLCH-USP]

TANAKA, A. C. DA. de - Saúde Materna e Saúde Perinatal: relações  
entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais.  
(Tese de Doutorado) FSP/USP São Paulo 1986

TEIXEIRA S.M.F. et al. (Im)Previdência Social: Sessenta Anos de  
História da Previdência Social no Brasil. Petrópolis RJ. Vozes  
1985.

- TRINDADE H., MH. et. al. - Gravidez na Adolescência: um problema emergente? In **ANAIS ABEP, VI ENEP. 1988, vol. 1, p. 357-411.**
- UNGLERT, C. V. DE S. - Contribuição para o Estudo da Localização de serviços de saúde - Uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. (Tese Dout.), FSP DA USP, 1986..
- VILAÇA, E. et al. - **Implantação e desenvolvimento de distrito sanitário: conceito-chave.** Doc. Interno, OPS/OMS, s/d.
- WONG, L. - Tendência recente da fecundidade no Estado de São Paulo. In: **ABEP, Rev. Bras. de Est. Pop., v. 2, n. 1, jan/jun, 1985.**
- XAVIER, D. et al 1989 Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. p. 203-222. IN: **LABRA, (org.) Mulher, saúde e sociedade no Brasil.**

**ANEXOS**

---

**ANEXO III.1**

**MUNICÍPIO de São Paulo-MSP - Indicadores Sociais segundo grupos de subdistritos, 1987**

Município de São Paulo

Grupos de Subdistritos	Pop 0 a 8 SM (%)	ÁGUA (%)	ESGOTO (%)	MORT INF (%)
<b>Grupo 1 - 0 a 20%</b>				
Cerqueira César	13,5	100,0	100,0	21,0
Jardim Paulista	15,4	100,0	100,0	22,1
Indianópolis	18,7	100,0	100,0	9,7
Jardim América	18,9	100,0	100,0	24,4
Vila Mariana	20,8	100,0	100,0	25,8
<b>Subtotal</b>	<b>17,7</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>20,6</b>
<b>Grupo 2 - 21 a 30%</b>				
Consolação	23,0	100,0	100,0	31,0
Pinheiros	25,1	100,0	100,0	32,8
Barra Funda	25,2	100,0	41,0	38,4
Belenzinho	25,6	100,0	100,0	8,1
Perdizes	27,2	100,0	100,0	25,9
Vila Madalena	27,4	100,0	100,0	18,3
Mooça	28,4	100,0	100,0	35,0
Ibirapuera	29,3	100,0	82,0	35,5
Bela Vista	29,4	100,0	100,0	31,6
Aclimação	29,9	100,0	100,0	29,2
<b>Subtotal</b>	<b>27,5</b>	<b>100,0</b>	<b>88,7</b>	<b>28,6</b>
<b>Grupo 3 - 31 a 30%</b>				
Lapa	32,2	90,0	92,0	22,0
Saúde	32,4	94,0	82,0	29,3
Pari	32,4	100,0	79,0	25,4
Casa Verde	33,5	96,0	87,0	25,0
Cambuci	35,4	100,0	100,0	31,9
Alto da Mooça	36,0	100,0	100,0	45,0
Butantã	36,6	73,0	50,0	32,4
Ipiranga	36,7	78,0	71,0	30,3
Santa Cecília	37,2	100,0	100,0	42,2
Vila Guilherme	39,3	94,0	92,0	28,2
Santana	39,4	94,0	94,0	46,7
Santo Amaro	40,1	85,0	30,0	43,8
Tatuapé	40,4	99,0	86,0	26,9
<b>Subtotal</b>	<b>37,4</b>	<b>87,0</b>	<b>72,0</b>	<b>33,0</b>

Grupo 4 - 41 a 50%

Tucuruvi	41,1	90,0	33,0	39,3
Vila Maria	41,3	80,0	63,0	33,6
Liberdade	41,4	100,0	100,0	43,2
Sé	42,3	100,0	100,0	33,5
Vila Prudente	42,3	96,0	92,0	46,7
Penha	43,3	97,0	86,0	25,5
Vila Jaguará	43,3	70,0	62,0	
Bom Retiro	43,6	100,0	100,0	43,6
Cangaíba	44,0	100,0	30,0	31,5
Pirituba	44,5	57,0	33,0	19,5
Santa Efigênia	44,9	100,0	94,0	35,4
Nossa Senhora do O	45,2	92,0	92,0	33,0
Limão	45,4	92,0	87,0	49,6
Vila Formosa	47,2	100,0	67,0	32,4
Vila Nova Cachoeirinha	47,2	100,0	100,0	9,2
Subtotal	43,0	88,0	77,0	34,0

Grupo 5 - 51 a 60%

Brás	51,0	100,0	100,0	23,9
Itaquera	52,1	88,0	10,0	34,0
Jabaquara	52,6	100,0	94,0	32,0
Vila Matilde	53,4	83,0	27,0	62,2
Ermelino Matarazzo	56,5	80,0	12,0	65,3
Brasilândia	56,9	88,0	36,0	63,0
São Mateus	57,4	60,0	14,0	
São Miguel Paulista	59,2	74,0	39,0	31,6
Capela do Socorro	60,2	52,0	27,0	
Subtotal	56,5	65,1	30,0	44,6

Grupo 6 - 61% e mais

Guaianazes	61,0	71,0	7,0	57,7
Campo Limpo	62,7			
Jaraguá	62,9	63,0	15,0	59,2
Parelheiros	63,8	83,0		24,2
Sapopemba	64,1	93,0	18,0	
Itaim Paulista	68,2	72,0	11,0	75,9
Perus	75,9	67,0		49,4
Subtotal	64,1	74,0	11,0	53,3
Total do Município	44,8	81,0	54,0	36,2

Fonte: SEMPLA. Elaboração: SEMPLA.

**ANEXO III.2**

**ARB. Listagem das Favelas por número de barracos. 1972-80**

FAVELA	No. de Barracos		
	72/73	74/75	80
Jaguaré	579	685	1 518
Jd. São Remo	-	-	827
Sapé	132	278	780
Rio Pequeno	96	342	560
Educandário	19	107	508
Nossa Sra. da Paz	34	118	423
Vila Dalva	34	105	354
Jaqueline	-	-	266
Vila Mirapuru	-	-	266
Jd. D'AbriI II	3	15	264
Jd. D'AbriI I	17	59	255
Jd. São Jorge II	-	9	245
Butantã	5	56	224
Vila Jéia	-	70	205
Jd. São Jorge I	-	78	181
Fumaça	-	48	171
Jd. Raposo Tavares	-	-	161
São Domingos	30	131	157
Favela sem nome	-	-	109
Jd. Colombo	-	-	92
Morumbizinho	-	40	91
Morumbi	-	-	84
Beira da Linha	-	53	61
Torres de Oliveira	-	-	55
Cidade Jardim	-	-	54
Jd. Cambará	-	3	47
Núcleo da Fav do Jd. Paraisópolis	-	-	40
Núcleo da Fav Diogo Pires	-	-	37
Núcleo da Rua 22	-	-	30
N. da Av. Mal. Fiuza de Castro	-	-	20
N. da Rua 26	-	-	16
N. da Rua R. Valentim de Carvalho	6	7	10
N. da Rua Peri Peri	-	-	8
N. Fav da Av. Eng. Queirós Telles	7	11	7
N. da Rua Varonese Mercadante	-	7	7
N. da Rua Laudelino Gonçalves	-	-	6
N. da Rua Abadia dos Dourados	-	16	5
N. da Rua 57	12	10	4
N. da Rodovia Raposo Tavares	-	4	4
N. da Rua 5	-	3	4
N. da Rua Aura Batista dos Santos	-	7	2
<b>T O T A L</b>			<b>8 158</b>

Fonte: COBES, Favelas no Município de São Paulo, PMSP, 1981

### ANEXO III.3

#### ARB - Localização por bairro de Equipamentos em Saúde segundo Entidade Mantenedora - 1990

1 - Municipal	Bairro
Jd. Sarah - Mini Hosp.	Jd. Sarah
V. Nova Jaguaré - PAM	Jaguaré
José Narcílio Malta Cardoso - PAM	Jd. Sarah
Jd. São Jorge - PAM	Jd. São Jorge
Jd. Jaqueline - UBS	Jd. Jaqueline
Guilherme Pinto Coelho - UBS	V. Dalva
Jd. D'Abril - UBS	Jd. D'Abril
V. Praia - PAM	S Pq. Morumbi
Cid. dos Bandeirantes - PSM	Jd. Pinheiros
V. Nova Jaguaré - PSM	Jaguaré
Jd. Paulo VI - UBS	Jd. João XXIII
2 - Estadual	
Monte Kemel - CSIII	Jd. Monte Kemel
V. Borges - UBS	V. Maria Augusta
Rio Pequeno - CSII	Butantã
V. Borges - CSIII	V. Borges
Universitário - Hosp	Cid. Universitária
Butantã - CSII	Jd. Rizzo
V. São Luiz - CSIII	Butantã
S. Bansley Pessoa, Dr, Exp Butantã-CS	Butantã
Vital Brasil - Hosp	Butantã
Real Parque - UBS	V. Tramontano
Sto. Amaro, Ambulatório - UBS	Brooklin novo
Caxingui - CSII	Inst. Previdência
Real Parque - CSII	Real Parque
3 - Federal	
Darcy Vargas - Hosp Infantil	Jd. Guedala
4 - Privada	
Inst. Morumbi de Psiquiatria-Hosp	V. Sônia
Inst. Iguatemi Clínica EPS - Hosp	Caxingui
Clínica Repouso Butantã - Hosp	Butantã
Chácara Falgetano, Geriátrico-Hosp	Cid. São Francisco
Inst. de Neuropsiquiatria - Hosp	V. Tramontano
Albert Einstein - Hosp	Jd. Leonor

Fonte: SEMPLA, Coord. Informações - Cadastro Setorial.

**ANEXO III.4**

**MSP - Capacidade Potencial de Atendimento e Nível de Atendimento da Rede de Assistência Primária de Saúde por Distrito e Subdistrito - 1989.**

Subdistrito	Populaç Demandat	Capac. Potencial de Atendimento			Nível de At
		Estado	Municíp	Total	%
Aclimação	55 027	-	-	-	-
Alto da Moóca	121 442	-	-	-	-
B. Funda	28,158	84 480	-	84 480	300,0
B. Vista	89 203	7 680	-	7 680	8,6
Belenzinho	41 799	19 200	-	19 200	45,9
B. Retiro	21 978	-	-	-	-
Brás	39 287	11 520	-	11 520	29,3
Brasilândia	260 163	132 960	156 320	289 280	111,2
Butantã	480 679	238 880	178 240	417 120	86,8
Cambuci	52 184	-	11 520	11 520	22,1
Cangaíba	82 260	62 240	5 000	67 240	81,7
C. Verde	109 081	58 400	26 880	85 280	78,2
C. César	83 665	7 680	-	7 680	9,2
Consolação	73 878	-	-	-	-
Ibirapuera	194 111	23 040	-	23 040	11,9
Indianópolis	84 741	15 360	-	15 360	18,1
Ipiranga	166 810	88 320	46 080	134 400	80,6
Jabaquara	313 710	146 720	77 600	224 320	71,5
Jd. América	56 801	49 920	-	49 900	87,9
Jd. Paulista	128 180	23 040	7 680	30 720	24,0
Lapa	130 604	53 760	11 520	65 280	50,0
Liberdade	78 552	-	-	-	-
Limão	92 232	54 560	20 000	74 560	80,8
Moóca	33 023	11 520	7 680	19 200	58,1
N.Sra. do ô	186 735	116 800	50 720	167 520	89,7
Pari	22 673	15 360	-	15 360	67,7
Penha	131 372	61 440	3 840	65 280	49,7
Perdizes	141 858	19 200	-	19 200	13,5
Pinheiros	44 660	42 240	-	42 240	94,6
Pirituba	138 509	65 280	42 240	107 520	77,6
Sta. Cecília	92 498	-	-	-	-
Sta. Efigênia	41 070	-	-	-	-
Santana	325 827	92 960	17 280	110 240	33,8
Santo Amaro	1 278 509	339 520	384 480	724 000	56,6
Saúde	310 501	220 480	74 880	295 360	95,1

Sé	7 460	-	-	-	-
Cap. do Socorro	981 186	139 040	320 720	459 760	46,9
Tatuapé	271 883	107 520	46 080	153 600	56,5
Tucuruvi	517 898	142 880	137 920	280 800	54,8
V. Formosa	129 579	30 720	11 520	42 240	32,6
-----					
V. Guilherme	71 423	54 560	5 760	60 320	84,5
V. Jaguará	84 881	23 040	7 680	30 720	36,2
V. Madalena	59 082	7 680	7 680	15 360	26,0
V. Maria	131 577	38 400	71 080	109 480	83,2
V. Mariana	125 107	-	-	-	-
-----					
V. Matilde	321 792	104 480	94 880	199 360	62,0
V.N. Cachoerinha	39 551	7 680	40 000	47 680	120,6
V. Prudente	210 240	77 600	51 520	129 120	61,4
Erm. Matarazzo	324 786	124 480	55 680	180 160	55,5
Guaianazes	231 336	46 880	256 040	302 920	130,9
-----					
Itaquera	388 892	117 600	176 320	293 920	75,6
Jaraguá	100 226	31 520	43 040	74 560	74,4
Parelheiros	49 075	11 520	25 000	36 520	74,4
Perus	70 639	23 040	-	23 040	32,5
S.Miguel Paulista	493 676	111 360	101 440	212 800	43,1
-----					
Itaim Paulista	205 286	49 920	53 040	102 960	50,7
Sapopemba	380 260	92 960	97 600	190 560	50,1
S. Mateus	370 307	242 720	89 120	331 840	89,6
-----					
Total	11 097 962	3 648 160	2814 080	6462 240	58,2

Fonte: Pub. in D.O.C.; São Paulo, 35 (33), 17 fev. 1990-Suplemento, p. 22.

ANEXO III.5

MSP - Oferta de Hospitais e Leitos de Assistência Médico-hospitalar Geral e Coeficientes de Leitos por 1 000 habitantes por Distrito e Subdistrito, Município de São Paulo - 1982

Distrito/ Subdistrito	Número de Equipamentos										Coef. Leitos /mil h
	R Mun.		R Est.		R Fed.		R Priv.		Total		
	H	Leit	H	Leit	H	Leit	H	Leit	H	Leit	
Aclimação	-	-	-	-	-	-	2	310	2	310	5,6
Alto da Moóca	-	-	1	250	-	-	2	287	3	537	4,4
Barra Funda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bela Vista	1	150	-	-	-	-	4	1138	5	1 288	14,4
Belenzinho	-	-	-	-	1	175	4	317	5	492	11,8
Bom Retiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brás	-	-	-	-	-	-	1	280	1	280	7,1
Brasilândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Butantã	1	62	2	418	1	200	2	235	6	915	1,9
Cambuci	-	-	-	-	1	501	1	544	2	1 045	20,0
Cangaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Casa Verde	-	-	-	-	-	-	2	125	2	125	1,1
C. César	-	-	-	-	-	-	6	876	6	876	10,5
Consolação	-	-	-	-	-	-	2	1225	2	1 225	16,6
Ibirapuera	-	-	-	-	-	-	3	568	3	568	2,9
Indianópolis	-	-	1	1113	-	-	8	1062	9	2 175	25,7
Ipiranga	1	122	-	-	2	658	3	572	6	1 352	8,1
Jabaquara	1	172	-	-	-	-	6	674	7	866	2,7
Jd. América	-	-	2	2447	-	-	-	-	2	2 447	43,1
Jd. Paulista	-	-	-	-	-	-	4	471	4	471	3,7
Lapa	-	-	-	-	-	-	6	1215	6	1 215	9,3
Liberdade	1	347	-	-	-	-	8	2565	9	2 912	37,1
Limão	-	-	1	220	-	-	-	-	1	220	2,4
Moóca	-	-	-	-	-	-	4	488	4	488	14,8
N.Sra. da Ô	-	-	2	430	-	-	1	98	3	528	2,8
Pari	-	-	-	-	-	-	2	261	2	261	11,5
Penha	-	-	-	-	-	-	1	235	1	235	1,8
Perdizes	-	-	1	124	-	-	2	298	3	422	3,0
Pinheiros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pirituba	1	60	-	-	-	-	-	-	1	60	0,4
Sta. Cecília	-	-	-	-	-	-	3	457	3	457	4,9
Sta. Efigênia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santana	-	-	2	895	1	47	5	793	8	1 735	5,3
Sto. Amaro	1	296	-	-	-	-	10	1429	11	1 725	1,3
Saúde	-	-	-	-	-	-	10	1761	10	1 761	5,7

Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap. Socorro	-	-	-	-	-	-	2	217	2	217	0,2
Tatuapé	1	447	-	-	-	-	2	237	3	684	2,5
Tucuruvi	-	-	1	180	-	-	6	1083	7	1 263	2,4
V. Formosa	-	-	-	-	-	-	1	140	1	140	1,1
V. Guilherme	-	-	1	142	-	-	-	-	1	143	2,0
V. Jaguará	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V. Madalena	-	-	-	-	-	-	3	285	3	285	4,8
V. Maria	1	100	-	-	-	-	1	153	2	253	1,9
Vs: Mariana	-	-	1	81	1	240	6	851	8	1 172	9,4
V. Matilde	1	62	-	-	-	-	1	122	2	184	0,6
V.N.Cachoerim	1	96	-	-	-	-	-	-	1	96	2,4
V. Prudente	-	-	-	-	-	-	1	136	1	136	0,6
E. Matarazzo	1	390	-	-	-	-	-	-	1	390	1,2
Guaianases	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaquera	1	250	1	210	-	-	1	314	3	774	2,0
Itaquá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaneiros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaperus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SM Paulista	1	174	-	-	-	-	1	50	2	224	0,5
Itaim Paulista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sapopemba	1	62	-	-	-	-	-	-	1	62	0,2
S. Mateus	-	-	1	210	-	-	-	-	1	210	0,6
Total	15	2790	17	6720	7	1821	127	21 872	166	33 203	3,0

Fonte: Pub. in Diário Oficial do Município de São Paulo. São Paulo, 35 (33), sábado, 17 fev. 1990 - Suplemento, p. 23.

ANEXO IV.1

ATIVIDADE OCUPACIONAL "CHEFES DE FAMÍLIA" MASCULINOS-CSEB.1984

I. SETOR SERVIÇOS

1.1 Alojamento/Alimentação	
Gerente de restaurante .....	2
Chefe de cozinha .....	1
Cozinheiro em restaurante .....	1
Trabalha em bar .....	1
Trabalha em padaria .....	2
Trabalha em buffet .....	1
Garçom .....	1
1.2 Reparação/Manutenção	
Mecânico .....	3
Funileiro .....	1
Torneiro mecânico .....	1
1.3 Pessoais/Higiene	
Cabeleireiro .....	1
1.5 Atividades Setor Público	
Professor .....	2
Funcionário Público .....	1
Técnico em instal. telefônica .....	1
1.6 Serviços Auxiliares Diversos (limpeza)	
Faxineiro .....	1
Zelador .....	2
Toma conta de casa .....	1
Vigilante .....	1
Guarda .....	1
1.8 Setor Transporte	
Trabalha em transportadora .....	1
Motorista de caminhão .....	5

II. INDUSTRIA

2.1 Operário .....	3
Madeira	
Serralheiro .....	3
Metalúrgica	
Metalúrgico .....	2
Brinquedos	
Fábrica de bonecas .....	1

2.2 Construção Civil	
Pedreiro .....	3
Empreiteiro .....	1
Servente .....	1
III. COMÉRCIO	
Gerente em loja de calçado .....	1
Balconista .....	3
Faturista em frigorífico .....	1
Trabalha em adega .....	1
Trabalha em açougue .....	1
Trabalha em supermercado .....	1
Vendedor de peixe no CEASA .....	1
Representante de móveis .....	1
Entrega de materiais de construção ....	1
Vendedor .....	1
Farmacêutico .....	1
Comerciário .....	1
Feirante .....	1
IV. NÃO CLASSIFICADOS	
Trabalha em escritório .....	1
Chefe de custos em escritório .....	1
Contador .....	1
Colocador de postas .....	1
V. NÃO DETERMINADOS	
Aposentado .....	1
Missionário .....	1
Prestando serviço militar .....	1
VI. DESEMPREGADO .....	9
VII. FAXENDO "BICOS" .....	3

ANEXO IV.2

ATIVIDADE OCUPACIONAL DAS MULHERES - CSEB, 1984

	No. Abs.
Empregada doméstica .....	37
Arrumadeira .....	2
Limpadeira .....	1
Faxineira (diarista) .....	5
Servente em escola .....	1
Cozinheira .....	2
Ajudante de cozinha .....	1
Garçonete .....	1
Vendedora em loja .....	1
Balconista .....	3
Caixa em supermercado .....	1
Toma conta de uma criança .....	1
Trabalha em gráfica .....	1
Trabalha em firma limpadora .....	1
Trabalha em berçário .....	1
Trabalha em fábrica de panelas .....	1
Recepcionista .....	2
Ascensorista .....	1
Manicure .....	2
Feirante .....	2
Comerciária .....	1
Cabeleireira .....	2
Auxiliar de compras .....	1
Trabalha em escritório .....	1
Ajudante em firma de costura .....	1
Auxiliar de costura .....	1
Operária .....	1
Metalúrgica .....	1
Auxiliar produção laborat. farmacéuticos ....	1
Trabalha produção de medicamentos .....	1
Auxiliar de montagem .....	1
Auxiliar fábrica de mebalagens .....	1
Professora primária .....	1
Professora prendas domésticas .....	1
Secretária.....	1
Secretária consultório odontológico .....	1
Encadernadora USP .....	1
Escriturária FAU .....	1
Artesanato em cerâmica .....	1
Costureira .....	4
Bordadeira .....	2

### ANEXO IV.3

#### CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE OCUPACIONAL DAS MULHERES POR GRAU DE QUALIFICAÇÃO (Baixa, Média e Alta), CSEB, 1984

##### BAIXA QUALIFICAÇÃO

-----  
Doméstica  
Arrumadeira  
Limpadeira  
Faxineira  
Ajudante em cozinha  
Garçonete  
Manicure  
Prendas domésticas  
Cuidadora de uma criança  
Alfabetizante em escola  
Monitoria  
Ajudante em fábrica de embalagens

##### MÉDIA QUALIFICAÇÃO

-----  
Balconista  
Enfermeira domiciliar  
Cozinheira  
Caixa em supermercado  
Recepcionista  
Feirante  
Vendedora em loja  
Vendedora em boutique  
Comerciária  
Cabeleireira  
Ajudante de costura  
Operária  
Encadernadora  
Escriturária  
Trabalha em artigos de cerâmica

##### ALTA QUALIFICAÇÃO

-----  
Metalúrgica  
Auxiliar de produção em farmácia  
Trabalha em produção de medicamentos  
Professora de prendas domésticas  
Professora primária  
Secretária  
Secretária odontológica  
Costureira  
Bordadeira  
Trabalha em contabilidade  
Auxiliar de compras

##### INDEFINIDA (\*)

-----

Auxiliar de montagem  
Trabalha em firma limpadora  
Trabalha em fábrica de painéis  
Trabalha em berçário  
Trabalha em escritório  
Trabalha em gráfica

(\*) Não ficou claro a função desempenhada, assim por exemplo no caso da que trabalha em berçário, não definiu-se se era faxineira, professora ou auxiliar.

ANEXO V.1

LISTAGEM DAS DOENÇAS DECLARADAS PELAS MULHERES - CSEB, 1984  
No. Abs. (Frequencias)

Corrimento vaginal .....	22
Dor baixo ventre .....	25
Sintomas da gravidez (enjoo, vômito) .....	40
Seguimento pré-natal .....	25
Dor de cabeça/cefaléia .....	19
Fraqueza/cansaço/desmaios/tontura .....	16
Nervosismo/tensão emocional/crise nervosa .....	15
Irregularidades menstruais /transt. menst. ....	13
Leucorréia .....	10
Amenorréia .....	13
Queda do ovário/útero .....	4
Sangramento vaginal/amezça de abortamento .....	9
Cistite/problema de micção/bexiga baixa .....	8
Varizes nas pernas .....	6
Dor nos membros inferiores .....	4
Inflamação da mama .....	2
Dificuldade para engravidar .....	2
Seguimento ginecológico .....	2
Sífilis .....	2
Gonorréia .....	1
Candidíase .....	1
Isônia .....	3
Resfriados frequentes/inflamac. garganta .....	4
Bronquite/rinite .....	3
Tuberculose .....	3
Pólio (ocorrência antiga) .....	1
Parasitose .....	3
Difteria .....	1
Caroso no rosto /micose no corpo/alergia pele ....	11
Herpres labial .....	1
Otite .....	2
Conjuntivite .....	3
Laberintite .....	1
Queda do cabelo .....	3
Diabetes .....	1
Epilepsia .....	4
Carência proteica .....	1
Anemia .....	2
Pressão alta .....	1
Sofre do coração .....	1
Palpitações .....	2
Taquicardia .....	1
Formigamento lado esquerdo do corpo .....	1
Dor nas mãos/caimbras .....	1
Escurecimento da língua e pescoso .....	1
Inchaço da face, lábios e olhos .....	1
Inflamação dos rins .....	2
Úlcera, varizes no esôfago .....	1
Dor no peito .....	3

Gastrite .....	1
Câncer no estômago .....	1
Dor na coluna .....	2
Reumatismo na coluna .....	1
Dor nas articulações .....	2
Sangramento nas fezes .....	1
Somatização após aborto .....	1
Distúrbios psicológicos/delírio persecução .....	4
Histeria .....	1
Depressão por morte de filho .....	1
Problemas na escola por morte da mãe .....	1
Parálisia facial .....	1

A digitalização deste documento foi possível graças ao investimento do Programa de Pós-graduação em Geografia Humana (PPGH-FFLCH-USP) e realizada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Essa ação integra as atividades de comemoração dos 50 anos do PPGH no ano de 2021. Para mais informações sobre o PPGH e sua história, visite a página do programa: <http://ppgh.ffeilch.usp.br/>.

