

A utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde*

THE USE OF SOCIAL INDICATORS TO IMPLEMENT THE HEALTH SURVEILLANCE MODEL

LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES SOCIALES EN LA OPERACIONALIZACIÓN DEL MODELO DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Rosemara Melchior Valdevino Silva¹, Lislaine Aparecida Fracoli²

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar a área de abrangência da subprefeitura do Butantã a partir dos indicadores compostos que representam as categorias *autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade*; e discutir a adequação da utilização dessas categorias para a operacionalização da vigilância da saúde nesse território. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio de identificação de bancos de dados de domínio público, com informações relativas a indicadores sociais e de saúde, bem como os índices de exclusão/inclusão social utilizados para a construção das categorias *autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade*. Os resultados apontam que os indicadores compostos permitiram revelar as desigualdades nas condições de vida e saúde presentes no território. Os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno apresentam os piores índices de exclusão/inclusão social na subprefeitura do Butantã, configurando-se como os distritos que mais apresentam exclusão social.

DESCRITORES

Vigilância da população.
Indicadores sociais.
Diagnóstico da situação em saúde.
Iniquidade social.

ABSTRACT

The purpose of this study was to characterize the coverage area of the Butantã sub-district, based on compound indicators that represent the categories *autonomy, quality of life, human development and equity*; and discuss the adequacy of using said categories to execute Health Surveillance in this territory. This is a descriptive, exploratory study, with a quantitative approach, with data obtained through identification of public domain data banks with information about health and social indicators, as well as the indexes of social inclusion/exclusion used to build the categories *autonomy, quality of life, human development and equity*. The results show that the compound indicators allowed for the unveiling of the inequalities in health and life conditions in the territory. The Raposo Tavares and Rio Pequeno districts showed the worst indexes of social inclusion/exclusion in the Butantã sub-prefecture, configured as the districts with the highest social exclusion.

KEY WORDS

Population surveillance.
Social indicators.
Diagnosis of health situation.
Social inequity.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el área de influencia de la municipalidad de Butanta, a partir de indicadores compuestos que representan las categorías *autonomía, calidad de vida, desarrollo humano y equidad*; y discutir la adecuación de la utilización de esas categorías para la operacionalización de la vigilancia de la salud en ese territorio. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cuantitativo, cuyos datos fueron obtenidos por medio de la identificación en bancos de datos de dominio público, con informaciones relativas a indicadores sociales y de salud, así como los índices de exclusión/inclusión social utilizados para la construcción de las categorías *autonomía, calidad de vida, desarrollo humano y equidad*. Los resultados apuntan que los indicadores compuestos permitieron revelar las desigualdades en las condiciones de vida y salud presentes en el territorio. Los distritos de Raposo Tavares y Río Pequeno presentan los peores índices de exclusión/inclusión social en la municipalidad de Butanta, configurándose como los distritos que más presentan exclusión social.

DESCRIPTORES

Vigilancia de la población.
Indicadores sociales.
Diagnóstico de la situación en salud.
Inequidad social.

*Extraído da dissertação "Análise da utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde: um estudo de caso", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem em Saúde Coletiva. Docente do Centro Universitário São Camilo. São Paulo, SP, Brasil. rosemelchior@terra.com.br ² Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. lislaine@usp.br

INTRODUÇÃO

A concepção do processo saúde-doença tem se ampliado consideravelmente de uma maior vinculação com as doenças e morte (aproximação negativa), até concepções mais vinculadas à qualidade de vida de uma população, um produto social (aproximação positiva). Saúde, passa a ser entendida [...] *como expressão da qualidade de vida, e, resulta [...], da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas conseqüências*⁽¹⁾.

Defende-se na teoria da produção social que, salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Esta teoria sustenta o conceito de situação, no qual um ator social, como homem racional de ação, resgata a totalidade da realidade, buscando superar o conceito restrito de produção econômica e incorpora, também, outras produções: política, organizativa, cognitiva, ideológica, cultural e etc. como produções sociais.

Em uma sociedade sempre haverá um estoque de saúde, expresso num estado de saúde,

[...] que poderá acumular-se ou desacomular-se em virtude do jogo social. Este estado de saúde constitui um instante no processo saúde /doença e, portanto, está em permanente mutação, melhorando ou deteriorando, em seus diferentes momentos, segundo sua dinâmica reprodutiva e de acordo com as determinações positivas ou negativas para a saúde⁽¹⁾.

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

A saúde, entendida como um produto social implica a construção social de uma nova prática sanitária, denominada vigilância da saúde que é conceituada como *uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde que organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção*⁽¹⁾.

A prática da vigilância da saúde deve estar centrada na intersetorialidade, [...] *baseada na articulação das ações de governo sobre problemas concretos, de pessoas concretas, identificados em territórios concretos e transformadas em demandas políticas*. Assim, a vigilância da saúde, em consonância com uma concepção positiva de saúde, apresenta-se como a prática sanitária de um novo paradigma, o da produção social da saúde⁽¹⁾.

A proposta da vigilância da saúde emergiu, no Brasil, do processo da Reforma Sanitária da década de 1970 e do ideário que motivou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos de 1980, que passou a apontar uma nova forma de interpretar a saúde e a doença que buscava transcender a multicausalidade e promover a articulação entre processo saúde-doença e seus determinan-

tes e condicionantes, buscando o entendimento da saúde-doença, como um processo determinado pelos processos de produção e reprodução social⁽²⁾. Inicia-se pela necessidade de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar os problemas de saúde e as condições de vida em sua amplitude⁽³⁾.

A vigilância da saúde, ampliando os métodos da tradicional vigilância epidemiológica, realiza um deslocamento substantivo em relação a esta, quando vincula o controle de riscos e agravos a processos regionalizados e democratizados de definição de preocupações prioritárias e de estratégias de intervenção e monitoramento e, também, quando incorpora objetos de vigilância mais amplos que os agravos de notificação compulsória tradicionais, como questões nutricionais, saúde ambiental, saúde mental, relações entre saúde e trabalho, violência, entre outras⁽⁴⁾.

A vigilância da saúde corresponde a

um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais [...]⁽⁵⁾

e apresenta, em síntese, sete características:

a) Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requeiram atenção e acompanhamentos contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações⁽⁵⁾.

Na proposta de vigilância da saúde, o território constituiu-se em importante conceito-chave e sua concepção vai além da delimitação de um espaço geográfico, pois se trata de um cenário onde ocorrem, processualmente, as relações de vida e trabalho de uma população. Neste sentido, é necessário que se reúnam informações demográficas, socioeconômicas, político-culturais, epidemiológicas e sanitárias de um dado território, tornando-se possível identificar e analisar os problemas, os perfis epidemiológicos e as necessidades de saúde dos grupos populacionais para definir prioridades de atenção à saúde visando à intersectorialidade, à integralidade e à equidade⁽⁶⁾.

É consenso que as técnicas disponíveis ao monitoramento da situação de saúde e condições de vida têm se revelado insuficientes, razão pela qual discute-se a necessidade de aperfeiçoá-las com base no desenvolvimento de novas técnicas e estratégias de coleta de informações, que permitam seu uso pelos sistemas locais de saúde⁽⁷⁾.

Os indicadores de saúde tradicionalmente usados não são capazes de refletir claramente a situação de saúde de uma população.

[...] o estudo das condições de vida e de seus impactos sobre a situação de saúde da população, em geral, e de grupos sociais, em particular, tem merecido atenção crescente no campo da Saúde Coletiva, seja no intuito de atri-

morar teorias e métodos que possam sustentar os estudos de desigualdades e iniquidades no processo saúde-doença, seja com a preocupação de construir sistemas de monitoramento que permitam a tomada de decisões no âmbito das Políticas de Saúde⁽⁸⁾.

Atualmente, tem-se revelado a preocupação relacionada ao aprimoramento conceitual e metodológico de instrumentos mais específicos de quantificação e qualificação das condições de vida e saúde e outras dimensões da realidade social, assim, constitui-se um diversificado acervo de indicadores sociais que muito têm contribuído para desvelar as iniquidades históricas brasileiras⁽⁹⁾.

A escolha de indicadores para medir problemas e avaliar resultados de forma pactuada mostra-se, como um caminho adequado para o envolvimento de atores sociais em estudos e projetos que pretendam influenciar a formulação de políticas públicas⁽¹⁰⁾.

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

Os indicadores compostos, também, denominados indicadores sintéticos ou índices sociais são construídos, mediante aglutinação de dois ou mais indicadores simples, referidos a uma mesma ou diferentes dimensões da realidade social. O IDH – Índice de Desenvolvimento Humano – é um exemplo de indicador composto ou índice social, elaborado com base na combinação de indicadores mais simples, relacionados às áreas da saúde, educação e renda. A formulação de indicadores compostos costuma ser escolhida pela capacidade de síntese dos mesmos em situações onde se precisa ter uma avaliação geral das condições de vida ou nível socioeconômico de diferentes grupos sociais⁽⁹⁾.

A utilização de indicadores compostos permitiram colocar em evidência as desigualdades sociais existentes na cidade de São Paulo⁽¹¹⁾.

A escolha dos indicadores compostos que compõem o Mapa de Exclusão/Inclusão⁽¹¹⁾, teve como propósito evidenciar as desigualdades sociais existentes nos distritos administrativos da Subprefeitura do Butantã.

O Mapa de Exclusão/Inclusão Social, possibilita uma leitura da realidade social dos territórios de uma região, estabelecendo uma relação de comparação da parte com o todo, e, permitindo examinar a presença de exclusão/inclusão social. O Mapa representa uma metodologia de análise georeferenciada dos territórios de uma cidade através de variáveis que medem o grau de desenvolvimento humano, equidade, qualidade de vida e autonomia. O Mapa permite conhecer o *lugar dos dados* e constrói índices compostos de exclusão/inclusão social (IEX) simbolizado por notas decimais negativas e positivas. Através destas notas foi construído um ranking dos distritos pelo afastamento negativo ou positivo do padrão de inclusão. Esta medida compara a distância que

a cidade constrói entre as melhores e piores condições de vida. No caso da Cidade de São Paulo estes índices foram produzidos para os 96 distritos⁽¹¹⁾.

O índice composto de exclusão/inclusão social foi construído a partir das seguintes categorias⁽¹¹⁾.

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

A operacionalização da proposta da vigilância da saúde, entendida como modelo de assistência de caráter intersetorial, pode se dar pelo uso de indicadores sociais, operacionalizados por meio das categorias: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. Esses indicadores favoreceriam o conhecimento sobre a realidade de vida dos grupos sociais, instrumentalizando as equipes de saúde no âmbito da vigilância da saúde⁽²⁾.

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

Espera-se, por intermédio desta pesquisa, contribuir com o processo de implantação do modelo de vigilância da saúde nos distritos da Subprefeitura do Butantã, buscando, sobretudo, identificar indicadores para instrumentalizar as equipes de saúde para a apreensão das desigualdades sociais que, em última instância, estão determinando os perfis de saúde-doença da população desse território.

OBJETIVOS

- Caracterizar a área de abrangência da subprefeitura do Butantã a partir da utilização de indicadores compostos que representam as categorias *autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade*.
- Discutir a adequação da utilização das categorias *autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade* para a operacionalização da vigilância da saúde.

MÉTODO

O presente estudo configura-se como uma pesquisa quantitativa, de caráter exploratório e descritivo. Buscou analisar a adequação das categorias autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade para a operacionalização da vigilância da saúde.

O cenário do estudo foi o distrito de saúde do Butantã, que corresponde à subprefeitura do Butantã, no Município de São Paulo. A subprefeitura do Butantã é formada pelos distritos administrativos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. A área total desta subprefeitura é de 56,1 km², que correspondem a 3,75% da área total do Município de São Paulo. A população estimada, para 2005, foi de 377.351 habitantes.

O desenho deste estudo seguiu as seguintes etapas: 1) identificação e seleção dos índices de exclusão/inclusão social utilizados para a construção das categorias *autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade*; 2) organização e distribuição dos indicadores e categorias de análise, segundo uma unidade territorial específica, no caso os distritos administrativos da Subprefeitura do Butantã; e 3) análise desses indicadores segundo sua pertinência como tecnologia para vigilância da saúde.

A análise dos dados foi quantitativa e descritiva, de forma a caracterizar os distritos administrativos com relação

à exclusão/inclusão social. Nesse processo de análise e descrição dos dados, buscou-se identificar as diferenças entre os distritos da Subprefeitura do Butantã e a adequação da utilização dos indicadores sociais selecionados, na operacionalização da vigilância da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As figuras e tabelas apresentadas a seguir procuram ilustrar, o *lugar no ranking*, ou seja, o afastamento positivo ou negativo do padrão de inclusão ocorrido na Região do Butantã e seus distritos administrativos (Butantã, Morumbi, Raposo Tavares e Vila Sônia), trazendo, a título de comparação, os distritos da Cidade considerados mais afastados da inclusão e os menos afastados.

Categoria Autonomia

A categoria autonomia foi operacionalizada pelas variáveis empregabilidade, renda familiar e situação de indigência.

A Tabela 1 aponta o distrito de Vila Sônia como a região em pior situação, com taxa de 0,29, isto é, de cada dez moradores quase três têm emprego no próprio distrito. Os distritos do Butantã e do Morumbi encontram-se dentro do padrão de inclusão, significando que a oferta de emprego é de uma vaga para cada morador, aproximadamente.

Tabela 1 - Índice distrital de exclusão/inclusão social da taxa de oferta de empregos por moradores de 14 a 69 anos, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 1997

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

Fonte: Mapa Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

A Tabela 2 apresenta o IEX da população em situação de rua, nos distritos do Butantã. Certamente a concentração maior de população de rua será em locais que possuem albergues, como no caso da Mooca. Neste índice os distritos de Vila Sonia e Rio Pequeno apresentam as piores condições, com o maior número de pessoas em situação de rua, que representa o extremo da exclusão social e, a utopia da produção social de saúde.

A população de rua é constituída por pessoas para as quais algumas das instituições básicas da sociedade - propriedade privada, família, mercado - deixaram de propiciar as estratégias usuais de sobrevivência. Certamente quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente de saúde, da população de uma forma geral e do indivíduo e sua família em particular.

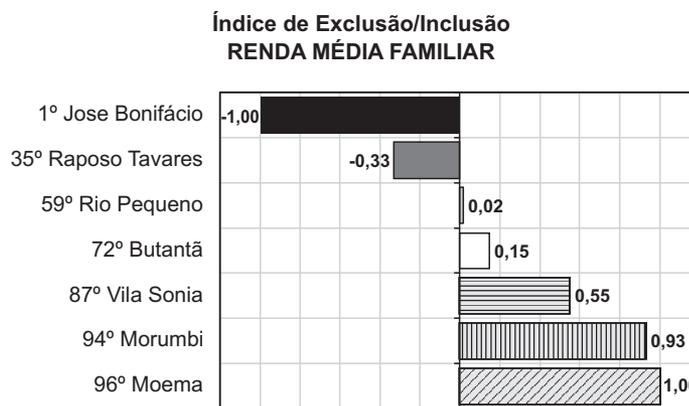
Tabela 2 - Índice Distrital de Exclusão/Inclusão Social da População em Situação de Rua, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 2000

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

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

O cálculo do índice de exclusão/inclusão social (IEX) renda familiar tomou como padrão básico o valor aproximado de um terço da maior renda da cidade, que representa 14 salários mínimos⁽¹¹⁾. A maior renda familiar (Figura 1) concentra-se no distrito do Morumbi, que quase se iguala ao

índice encontrado em Moema, local que apresenta a maior renda da cidade, pode-se observar que na subprefeitura do Butantã somente o distrito de Raposo Tavares apresenta índice de exclusão, ou seja, uma renda média familiar abaixo do padrão de inclusão.



Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

Figura 1 - Índice distrital de exclusão/inclusão social da renda média familiar - São Paulo, SP - 2000

As desigualdades nas condições de vida, por consequência das diferenças nos processos de reprodução social, ou seja, nos padrões de trabalho e consumo, terão reflexos nas situações de saúde da população⁽⁸⁾. Assim, renda e trabalho são condições essenciais na geração de condições produtoras de saúde.

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

Categoria qualidade de vida

Para esta categoria foram selecionadas as seguintes variáveis: número de pessoas por habitação; disponibilidade de creches para crianças de zero a três anos; educação infantil para crianças de quatro a seis anos; educação fundamental para crianças de 7 – 14 anos e cobertura da população por Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para o IEX densidade habitacional (Tabela 3), somente os distritos do Butantã e Vila Sônia estão em situação de inclusão, porém este indicador não avaliou o número de cômodos nos domicílios o que poderia modificar o resultado, sobretudo no Morumbi, onde se encontrou uma renda familiar bem superior aos padrões de inclusão. O distrito de Raposo Tavares encontra-se na pior situação para esta categoria.

Tabela 3 - Índice de exclusão/inclusão social da taxa distrital de densidade habitacional segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 1996

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

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

Na Subprefeitura do Butantã, todos os distritos apresentam um IEX negativo para cobertura de vagas por creches (Tabela 4), o que representa um déficit de vagas, estando o distrito de Raposo Tavares com o pior índice de exclusão.

Tabela 4 - Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas por creches por criança de 0 a 3 anos, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 2000

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

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

Atualmente a legislação brasileira determina que a creche é parte integrante do sistema escolar, mas a política educacional a define como instituição educativa sem caráter escolar, [...] *a creche assume, em parceria com a família, a formação da criança, a transformação do ser natural em um ser social, um cidadão*⁽¹²⁾. A oferta de vagas em creches pode ser um fator protetor para famílias e crianças, dada sua importância social, ressaltando-se algumas vantagens da assistência: local seguro para a criança; alimen-

tação de acordo com as necessidades e possíveis cuidados preventivos de saúde⁽¹³⁾.

A Tabela 5 ilustra os graus de exclusão, para atenção e educação infantil para crianças de quatro a seis anos, apontando que em todos os distritos da Subprefeitura do Butantã há um déficit de vagas públicas, estando o distrito do Morumbi com o pior índice, onde se verifica que a cobertura desta faixa etária, na educação infantil, em sua grande maioria, se dá no ensino privado.

Tabela 5 - Índice Distrital de exclusão/inclusão social de atenção e educação infantil de crianças de 4 a 6 anos, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 2000

Ranking	Distrito	EMEI municipal	EMEI partic.	EMEI total	Total de 4 a 6	% Cobert. municipal	% Cobert. Partic.	Déficit/ Superávit	% Déficit/ Superávit	IEX EMEI
1	Marsilac	0	0	0	540	0	0	-540	-100,00	-1,00
21	Morumbi	387	1.106	1.493	1.508	25,66	73,34	-1,121	-74,34	-0,74
65	Vila Sonia	1.925	456	2.381	3.483	55,27	13,09	-1,558	-44,73	-0,45
70	Rio Pequeno	2.873	928	3.801	4.931	58,26	18,82	-2,058	-41,74	-0,42
76	Raposo Tavares	3.195	307	3.502	4.721	67,68	6,50	-1,526	-32,32	-0,33
82	Butantã	1.296	1.278	2.574	1.704	76,06	75,00	-408	-23,94	-0,24
96	Lapa	2.419	779	3.198	1.868	129,50	41,70	551	29,50	1,00
MSP		215.034	74.139	289.173	479.674	44,83	15,46	-264.640	-55,17	

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

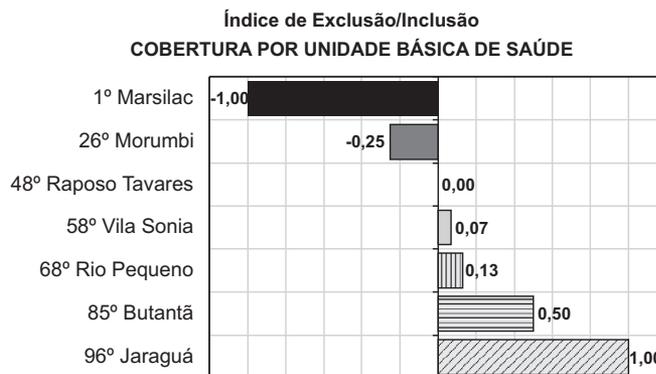
Os dados da Tabela 6 informam que o distrito do Butantã apresenta o melhor índice de cobertura de vagas no ensino fundamental, enquanto o distrito de Raposo Tavares apresenta o pior, porém, enquadra-se dentro do padrão de inclusão.

Tabela 6 - Índice distrital de exclusão/inclusão social de cobertura de vagas públicas de ensino fundamental, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 1999

Ranking	Distrito	Total 07 a 14	Matrículas	Déficits	% Déficits	IDI Ens. Fundamental	IEX Ens. Fundamental
1	República	3.646	868	-2.778	-76,19	36,53	-1,00
18	RaposoTavares	14.273	14.738	465	3,26	34,18	0,01
23	Vila Sonia	10.899	11.737	838	7,69	80,66	0,03
36	Rio Pequeno	15.270	17.286	2.016	13,20	138,49	0,05
88	Morumbi	4.553	7.249	2.696	59,21	621,15	0,20
93	Butantã	5.852	11.329	5.477	93,59	981,78	0,32
96	Pari	1.655	6.461	4.806	290,39	3046,22	1,00
MSP		1.435.665	1.730.420	294.755	20,53		

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

O atendimento por Unidade Básica de Saúde (UBS) é estimado em 1:20.000 habitantes. Na categoria cobertura por UBS (Figura 2), o distrito do Morumbi apresenta pior situação, ou seja, está fora do padrão de inclusão para esta categoria, estando os demais distritos em melhor situação.



Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

Figura 2 - Índice distrital de exclusão/inclusão social da cobertura da população por Unidades Básicas de Saúde, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 1999

Na categoria qualidade de vida, o distrito de Raposo Tavares apresenta de forma geral os piores índices. Saúde é entendida [...] como expressão da qualidade de vida⁽¹⁾ e o mesmo autor aponta a necessidade fundamental da construção, na vigilância da saúde, de indicadores compostos de qualidade de vida, que [...] ao combinar diferentes referenciais para a descrição da cidade, presume a interação de vários fatores na determinação da qualidade da vida daquela cidade logo, de seus habitantes⁽¹⁾.

Desenvolvimento humano

No presente estudo, para a categoria desenvolvimento humano, são apresentados os indicadores que

se referem ao nível educacional dos chefes de família e longevidade.

A Tabela 7 ilustra o IEX desenvolvimento educacional dos chefes de Família, índice composto pelas taxas de nível instrucional (sem instrução, uma a três anos de instrução, quatro a sete anos de instrução, 8 a 14 anos de instrução e mais de 15 anos de instrução), tendo como padrão de inclusão a faixa de quatro a sete anos de estudo. Os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno encontram-se abaixo do padrão de inclusão para o desenvolvimento educacional do chefe de família.

Tabela 7 - IEX Desenvolvimento educacional do chefe da família, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 2000

Ranking	Distrito	IEX sem instr.	IEX 1 a 3	IEX 4 a 7	IEX 8 a 14	IEX mais 15	Soma	IEX educação do chefe
1	Marsilac	-1,00	-1,00	0,00	0,00	0,01	-1,99	-1,00
29	Raposo Tavares	-0,40	-0,59	0,00	0,55	0,08	-0,35	-0,17
37	Rio Pequeno	-0,41	-0,50	0,00	0,53	0,22	-0,16	-0,08
62	Vila Sonia	-0,24	-0,34	0,00	0,53	0,45	0,39	0,27
71	Morumbi	-0,20	-0,26	0,00	0,16	0,89	0,59	0,41
79	Butantã	-0,10	-0,15	0,00	0,59	0,59	0,93	0,64
96	Jardim Paulista	0,00	0,00	0,00	0,51	0,95	1,46	1,00

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

Para avaliar a longevidade, foi utilizado o porcentual de moradores com 70 anos ou mais por distrito. A Tabela 8 apresenta o IEX longevidade para os distritos da Subprefeitura do Butantã, onde se observa, mais uma vez que os dis-

tritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno apresentam as menores taxas de longevidade, estando mais afastados do padrão de inclusão.

Tabela 8 - IEX Longevidade, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 2000

Ranking	Distrito	Total grupo de idade	Mais de 70/1996	%	IEX
1	Cidade Tiradentes	162.653	1.830	1,13	-1,00
30	Raposo Tavares	87.209	2.099	2,41	-0,34
36	Rio Pequeno	99.428	2.915	2,93	-0,07
46	Morumbi	38.550	1.488	3,86	0,11
52	Vila Sonia	79.320	3.414	4,30	0,17
68	Butantã	53.520	3.234	6,04	0,41
96	Jardim Paulista	89.261	9.18	10,29	1,00

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

As taxas de homicídio, em 1999, apresentavam-se maiores nos distritos do Morumbi e Rio Pequeno. Os dados atuais sobre taxa de homicídio nos informam que o distrito de Raposo Tavares apresenta as maiores taxas⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

O crescente processo de exclusão social contribui para o aumento da violência em áreas urbanas e apontam a existência de diferenciais intra-urbanos em relação à violência, onde as taxas mais altas são encontrados nas regiões que

concentram os grupos com condições socioeconômicas mais desfavoráveis⁽¹⁵⁾.

Categoria Eqüidade

A categoria eqüidade foi operacionalizada pelo indicador número de famílias chefiadas por mulheres. No Mapa 95 da mesma autora, o IEX eqüidade foi constituído por duas variáveis, o número de mulheres chefes de

família e o número de mulheres chefes de família analfabetas⁽¹¹⁾.

A Tabela 9 apresenta o IEX de mulheres chefes de família da subprefeitura do Butantã, apontando que somente o distrito do Butantã registrou grau de exclusão, isto é, apresentou uma taxa superior ao padrão de inclusão e os demais distritos registraram graus de inclusão superiores ao

padrão. Para a construção do IEX mulheres chefes de família, foi considerado como padrão de inclusão o percentual de 24,38 % de mulheres chefes. Segundo a autora,

Os distritos com maior taxa do que esta foram considerados com graus de exclusão, por se tratarem de lares monoparentais associados à feminilização da pobreza e à redução de salários que ocorre para as mulheres⁽¹¹⁾.

Tabela 9 - Índice distrital de exclusão/inclusão social de mulheres chefes de família, segundo distritos administrativos - São Paulo, SP - 1996

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

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social 2000⁽¹¹⁾

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

Ao analisarmos alguns indicadores de saúde, como, mortalidade infantil, mortalidade precoce por Acidente Vascular Cerebral e Diabetes mellitus, casos novos de tuberculose, gravidez na adolescência e homicídios, para as mesmas regiões, constata-se que, os distritos de Raposo Tavares e Rio Pequeno apresentam, mais uma vez, os piores indicadores⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Neste estudo, a utilização dos indicadores compostos permitiram enfocar as diversas contextualidades do território, favorecendo conhecer o *lugar dos dados*⁽¹¹⁾. Entende-se que os problemas de saúde apresentam multideterminações. Assim, uma proposta de operacionalização da vigilância em saúde deve prever o reconhecimento do território do distrito ou da área de abrangência de uma unidade de saúde, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de seleção e sistematização de

dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

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

A partir dos índices compostos é possível estabelecer a distância entre os graus de exclusão em relação aos graus de inclusão em um determinado território. Desta forma o necessário reconhecimento das situações que se configuram em desigualdades sociais em saúde, ou seja, as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos, pode ser viável através de metodologias que identifiquem as singularidades e a heterogeneidade presente no território baseadas em uma abordagem que reconheça a distância real entre as formas de inclusão e de exclusão geradas em uma mesma sociedade, favorecendo a construção de diagnósticos de situação de saúde ou perfis epidemiológicos para a operacionalização da vigilância em saúde.

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

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Bertolozzi MR, Fraccolli LA. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *Mundo Saúde*. 2004;28(1):14-20.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Unidade de Vigilância Epidemiológica: Relatório Final. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez. 1-14; Brasília, BR. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia; 1993. p. 15-34.
4. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):583-2
5. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;7(2):7-28.
6. Mendes EV. Distrito sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; 1995.
7. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl:S153-62
8. Barata RB, organizadora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
9. Jannuzzi PM. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. 3ª ed. Campinas: Alínea; 2004.
10. Akerman M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos: o chão contra o cifrão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):115-23.
11. Sposati A, coordenadora. Mapa de exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo/2000: dinâmica social dos anos 90 [CD-ROM]. São Paulo: PUC-SP; 2000.
12. Veríssimo MLR, Fonseca RMGS. Funções da creche segundo suas trabalhadoras: situando o cuidado da criança no contexto educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):25-34.
13. Santos LES, Resck ZMR, Carneiro VG. A creche e o contexto social. *Nursing (São Paulo)*. 2003;6(59):42-5.
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Informações dos distritos da capital [texto na Internet]. São Paulo; 2006 [citado 2006 dez. 10]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/distritos/>
15. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):191-7.
16. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Painel de monitoramento: objetivos, metodologia e alguns resultados [texto na Internet]. São Paulo; 2006. [citado 2007 fev. 7]. Disponível em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/painel_monitoramento/0002