

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA–UNIARA  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO  
AMBIENTE**

**ANÁLISE DE INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS,  
AMBIENTAIS E DE SAÚDE DE ARARAQUARA-SP**

*SÔNIA MARIA MASINI AZARITO SILVA*

*Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>.Janaína F. F. Cintrão*

**ARARAQUARA – SP  
2009**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA–UNIARA  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO  
AMBIENTE**

**ANÁLISE DE INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS,  
AMBIENTAIS E DE SAÚDE DE ARARAQUARA-SP**

***SÔNIA MARIA MASINI AZARITO SILVA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, para a obtenção de título de Mestre.

***Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Janaína F. F. Cintrão***

**ARARAQUARA – SP  
2009**

## FICHA CATALOGRÁFICA

S583a Silva, Sonia Maria Masini Azarito.

Análise de indicadores sócio-econômicos, ambientais e de saúde de Araraquara/Sonia Maria Masini Azarito Silva.- Araraquara: Centro Universitário de Araraquara, 2009.

164f.

Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente- Centro Universitário de Araraquara- UNIARA

Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade

Linha de Pesquisa: Gestão de Território

Orientador: Profa. Janaína Florinda Ferri Cintrão

1. Políticas públicas. 2. Medicina Social. 3. Estatísticas desagregadas. 4. Promoção da saúde. I. Título.

CDU 504.03



**Centro Universitário de Araraquara**

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP  
CEP 14801-320 - Caixa Postal 68 - Fone/Fax: (16) 3301-7100

www.uniara.co

**PROVA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM  
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

Candidato(a) : **Sônia Maria Masini Azarito Silva**

Área de Concentração: **Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade**

Linha de Pesquisa: **Gestão do Território**

Conceito: APROVADA

Examinador: *Dulce CA Whitaker*  
**Profa Dra. Dulce Consuelo Andreatta Whitaker**

Araraquara, 15 de dezembro de 2009



Centro Universitário de Araraquara

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP  
CEP 14801-320 - Caixa Postal 68 - Fone/Fax: (16) 3301-7100

www.uniara.co

**PROVA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM  
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

Candidato(a) : **Sônia Maria Masini Azarito Silva**

Área de Concentração : **Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade**

Linha de Pesquisa: **Gestão do Território**

Conceito: APROVADA

Examinador:

  
Prof. Dra. Janáina Florinda Ferri Cintrão

Araraquara, 15 de dezembro de 2009



Centro Universitário de Araraquara

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP  
CEP 14801-320 - Caixa Postal 68 - Fone/Fax: (16) 3301-7100

[www.uniara.com.br](http://www.uniara.com.br)

**PROVA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM  
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

Candidato(a) : **Sônia Maria Masini Azarito Silva**

Área de Concentração **Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade**

Linha de Pesquisa: **Gestão do Território**

Conceito:

*aprovada*

Examinador:

*Luis Manoel*  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Luis Manoel M. Camargo Almeida**

Araraquara, 15 de dezembro de 2009

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu esposo e aos meus filhos. Com a generosidade que encontramos apenas naqueles que amam, abriram mão de preciosos momentos de convívio e atenção. No entanto, quando percebiam que esse ideal me consumia mais do que o sensato, eram eles que me chamavam de volta para as pequenas coisas, para o cotidiano miúdo, sem o qual nenhum grande sonho faz sentido.*

*Aos meus pais que me ensinaram o verdadeiro sentido e os reais valores da vida, protegeram minha infância, seguraram minha mão, apontaram-me o melhor caminho e a melhor direção. Meu pai, símbolo de simplicidade e honestidade. Minha mãe, perseverança e força. Atributos que me guiaram até aqui.*

*Aos meus avós, que já se foram e deixaram seus rastros de amor e esperança pelo ar.*

*É preciso acreditar no sonho e na certeza de que tudo irá mudar. É necessário fechar os olhos e perceber que as boas coisas estão dentro de nós, onde os desejos não precisam de razão, e os sentimentos de motivos. O importante não é só viver cada momento, e sim aprender com todos os acontecimentos, pois a felicidade vem de encontro a quem consegue vê-la, principalmente nos pequenos momentos.*

## AGRADECIMENTO À ORIENTADORA

*À Profª Drª Janaína F. Ferri Cintrão, minha orientadora. Foram várias as formas de orientação e apoio. Algumas vezes elas eram técnicas, noutras olhares e gestos, a ternura oferecida no instante exato em que clamei por ela.*

## AGRADECIMENTOS

*Muitos são os agradecimentos, primeiramente a Deus, pelo fato de minha existência, por Sua Presença tão forte em minha vida, por me amparar, e dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me carregar no colo quando a caminhada se torna árdua.*

*A Prof<sup>a</sup>. Dirce, Prof. Dalton, Prof. Daniel, pelo apoio e ajuda.*

*A toda Secretaria de mestrado, em especial a Adriana e Ivany, por todo apoio e colaboração.*

*A Norma, aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, pelo incentivo e torcida.*

*Ao Dr. Émerson Carlos, grande responsável pelo início desse trabalho.*

*Aos meus colegas de turma pelo prazer da convivência e a saudável troca de experiências, em especial as amigas Carla e Rose, com quem compartilhei meu cansaço e minhas dificuldades.*

*A Banca Examinadora de Qualificação, Dr. Gilson de Carvalho e Dr. Marcos Abdo Arbex, pelas contribuições sugeridas para o alcance do término deste trabalho.*

*A Banca de Defesa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Dulce Consuelo Andreatta Whitaker e Prof. Dr. Luiz Manoel de Moraes Camargo Almeida por terem aceitado contribuir com a finalização deste Trabalho.*

*A minha querida irmã e meus sobrinhos, parte integrante de minha vida.*

*E por fim, a todas as pessoas que tornaram possível este trabalho, aos que sempre torceram por mim e aos que me influenciaram positivamente ao longo de minha vida. Sei que mesmo não sendo citados aqui, vocês estão felizes por mais esta etapa completada. Encerrar uma pesquisa também significa ter se aventurado e sobrevivido às veredas desconhecidas. E ninguém faz isso sozinho.*

## RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo analisar o perfil demográfico, social, econômico, ambiental e de saúde da população do município de Araraquara – SP atendida na rede pública de saúde, a partir das informações obtidas por meio de um documento elaborado pela Vigilância Epidemiológica, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi necessário, além de discutir a inter-relação entre saúde, condições sócio-econômicas e ambientais, também analisar estatísticas desagregadas de indicadores de saúde, sociais, econômicos e ambientais dos diversos bairros do município de Araraquara - SP. Considerando que um indicador “médio” pode estar, na realidade, camuflando importantes desigualdades no interior dessas populações, buscar outras formas de “quantificar” a saúde de uma população (como a desagregação dos indicadores em níveis geográficos menores) tornou-se imprescindível. A análise da morbi-mortalidade e do perfil epidemiológico da população dos diferentes bairros do município de Araraquara SP nos forneceu subsídios para o desenvolvimento de ações que venham prevenir doenças e promover a saúde. Para isso, essa análise foi desenvolvida em várias etapas. Em uma primeira etapa realizamos a discussão das Políticas Públicas de Saúde nos contextos federal, estadual e municipal, demonstrando se os determinantes e condicionantes de saúde (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, etc.) são identificados pelos órgãos que compõe o Sistema Único de Saúde, e se são formuladas Políticas Públicas condizentes com a elevação do modo de vida da população. Em uma segunda etapa refletimos sobre a importância da Medicina Social no contexto de Políticas Públicas de Saúde, principalmente, a partir da criação de novas propostas ligadas a medidas de natureza médica, sanitária e social, necessárias para melhorar a saúde e para tornar o mais acessível possível, ao maior número de pessoas, as conquistas da ciência no setor de prevenção e do tratamento de doenças. Finalmente, a discussão dos indicadores demográficos, sociais, econômicos, ambientais e de saúde com o intuito de analisar o perfil do município de Araraquara – SP. O agrupamento por áreas homogêneas, segundo indicadores sociais e demográficos dividiu os diversos bairros de Araraquara em quatro setores. Segundo indicadores demográficos, foi observada uma maior concentração de população idosa nas áreas de abrangências do Setor 1, e maior índice de crianças nos Setores 3 e 4. Foi analisado o perfil patológico da população por meio da associação dos condicionantes sociais e econômicos da mortalidade e verificou-se que os óbitos em menores de 01 ano foram, na sua maioria, segundo o critério de evitabilidade estabelecido pelo Ministério da Saúde, por causas evitáveis por ações de saúde, revelando a necessidade da intensificação das ações de pré-natal e atenção ao parto; foi apontada também a necessidade de se melhorar o acesso e a resolubilidade das ações desempenhadas pelas Unidades Básicas de Saúde. Foi também encontrado um número elevado de óbitos por causas externas na população jovem, e, na população adulta e idosa, um número elevado de óbitos por doenças crônico-degenerativas. Essas informações poderão orientar as Políticas de Saúde para as ações preventivas e protetivas à saúde. Não foram encontradas diferenças quantitativas e etiológicas importantes entre os quatro setores de Araraquara.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas Públicas; Medicina Social; Indicadores; Estatísticas Desagregadas; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

This research had as aim to analyze the demographical, social, economical, environmental and health profile of the population of the city of Araraquara-SP, included in the public health service, based on information obtained by means of a document produced by Epidemiological Surveillance (Vigilância Epidemiológica), coordinated by the Local Health *Secretary*. It was necessary, beyond discussing the interrelationship among health, socioeconomical and environmental conditions, to analyze disaggregated statistics of health, socioeconomical and environmental indicators of several sections of the city of Araraquara-SP. Considering that a medium indicator might be hiding important inequalities in these populations, it was necessary to search for new ways of “quantifying” the health of a population (such as the disaggregation of indicators in smaller geographical levels). The analysis of the morbi-mortality and the epidemiological profile of the population of the several sections of the city of Araraquara-SP has offered subsidies to the development of actions to prevent sicknesses and to promote health. For this reason, this analysis has been developed in several steps. In the first one, we have discussed the Public Health Policies in national, state and local contexts, showing if the determinatives and conditionings of health (food, dwelling, sanitary conditions, environment, income, job, education, transportation, etc.) are identified by the institutions that integrate the *Sistema Único de Saúde (SUS)* and if Public Policies are formulated accordingly to the improvement of the population’s way of life. In a second stage, we have reflected about the importance of the Social Medicine in the context of Public Health Policies, mainly considering the creation of new proposals related to measures of medical, sanitary and social nature necessary to improve health and to make it more accessible, to the greatest number of people, the findings of science in the sector of prevention and treatment of sicknesses. Finally, the discussion of demographic, social, economical environmental and health indicators with the aim of analyzing the profile of the city of Araraquara-SP. The grouping based on homogeneous areas, according to social and demographical indicators divided the several sections of Araraquara in 4 parts. According to demographical indicators, we have observed a greater concentration of older population in the areas of Section 1 and a greater number of children in Sections 3 and 4. The pathologic profile of the population was analyzed using the association of the social and economical conditionings of mortality and it was verified that deaths in younger than 01 year were caused, in their great majority, according to the criterium of evitability, established by the Health Department, by evitable reasons, revealing the necessity of intensifying the pre-birth and birth attention; it was also pointed the necessity of improving the access and the resolubility of the actions taking place in the Health Basic Units. It was also found an elevated number of deaths by external reasons in the young population, and, in the adult and older populations, a great number of deaths caused by chronic-degenerative diseases. This information may guide Health Policies in preventive and protective health actions. No important quantitative and etiological differences in the four sections of Araraquara were found.

**KEYWORDS:** Public Policies; Social Medicine; Indicators; Disaggregated Statistics; Health Promotion.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS .....	5
Objetivo Geral.....	5
Objetivos Específicos .....	5
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	6
ASPECTOS GEOGRÁFICOS, HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS DE ARARAQUARA .....	19
CAPÍTULO I - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	22
1.1 Políticas Públicas de Saúde – Esfera Federal.....	31
1.2 - Políticas Públicas de Saúde – Esfera Estadual .....	33
1.3 - Políticas Públicas de Saúde – Esfera Municipal de Araraquara-SP .....	36
1.3.1 Serviços de Saúde, Programas e Políticas de Saúde do Município de Araraquara-SP .....	37
1.4 - Principais propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde .....	45
1.4.1 Experiências locais implementadas em conformidade com as propostas de políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis .....	47
1.4.2 - Políticas Públicas Saudáveis e Municípios Saudáveis .....	49
1.4.3 - A Agenda 21 e a melhoria da qualidade de vida .....	51
CAPÍTULO II - MEDICINA SOCIAL.....	56
2.1 : Histórico da Medicina Social.....	57
2.2 Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais e o Processo Saúde- Doença. ....	61
2.3 - Saúde-doença e os Processos de Industrialização e Urbanização .....	66
2.4 - Promoção da Saúde.....	68
CAPÍTULO III - EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SAÚDE .....	75
3.1 - Indicadores de análise.....	79
3.1.1 - Indicadores Demográficos .....	80
3.1.2- Indicadores Econômicos e Sociais .....	86
3.1.3- Indicadores Ambientais .....	92
3.1.4 - Indicadores Epidemiológicos e de Saúde.....	94
CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS DADOS .....	98
4.1- Perfil do Município de Araraquara segundo o indicador Proporção de Menores de Cinco anos.....	104
4.2- Perfil do Município de Araraquara segundo a Razão de Dependência .....	108
4.3-Perfil do Município de Araraquara segundo o Indicador População Economicamente Ativa .....	111
4.4 - Perfil do Município de Araraquara segundo o Indicador Expectativa de Vida .....	114
4.5 - Perfil do Município de Araraquara-SP segundo o Indicador Índice de Envelhecimento .....	118
4.6 – Perfil do Município de Araraquara segundo os Índices de Mortalidade .....	122
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	157

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Pirâmide Populacional do Brasil em 2004 .....	9
Gráfico 02: Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, ano 2004 .....	9
Gráfico 03: Pirâmide Populacional de Araraquara, ano 2004. ....	10
Gráfico 04: Porcentagem de população por setor.....	103
Gráfico 05: População maior de 60 anos por setor .....	103
Gráfico 06: População menor de 01 ano por setor.....	104
Gráfico 07: População menor de 05 anos residente por setor .....	106
Gráfico 08: População menor de 15 anos por setor;.....	109
Gráfico 09: População economicamente ativa- de 15 a 59 anos .....	113
Gráfico 10: População com 60 anos ou mais por setor.....	115
Gráfico 11: População menor de 15 anos e maior de 60 anos .....	120
Gráfico 12: Índice de Envelhecimento – Estado de São Paulo, região de Araraquara e município de Araraquara 2007 .....	121
Gráfico 13: Porcentagem de óbitos por setor.....	126

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Tipos de Pirâmides Populacionais .....	6
Quadro 02 – Áreas de Abrangências dos Centros Municipais de Saúde –Município de Araraquara-SP_ .....	101
Quadro 03 - Comparação das quatro Realidades de Araraquara .....	101
Quadro 04: Distribuição da mortalidade Geral da População de Araraquara por área de abrangência e faixa etária em 2004 .....	125
Quadro 05-Comparação dos óbitos de acordo com o tipo de morbidade por faixa etária Araraquara (2004) .....	149
Quadro 06 - Comparação de todos os óbitos ocorridos em Araraquara SP (2004)	151

## INTRODUÇÃO

Os desafios colocados para a saúde pública, como a violência, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infectocontagiosas e o envelhecimento da população, enfatizam a necessidade de pensarmos modos de gestão e de construção de políticas públicas que levem à promoção da saúde.

Historicamente, as estratégias para melhorar as condições de saúde eram direcionadas para curar e prevenir doenças, mas hoje o delineamento dos perfis de risco de populações tem orientado estratégias preventivas para reduzir fatores de risco.

Conhecer o perfil de saúde da população de um município, e a heterogeneidade que compõe seus diversos subgrupos definidos por idade, sexo, região de domicílio ou nível sócio-econômico podem contribuir para a adoção de medidas efetivas para a prevenção e controle de problemas de saúde, segundo o padrão do perfil epidemiológico estudado.

Considerando que as condições de saúde e doença não acontecem ao acaso, ou seja, essas condições são determinadas por um processo permanente e dinâmico, com interação de diversos fatores relacionados com a qualidade de vida e acreditando que uma população apresenta condições de saúde segundo uma distribuição diferenciada de eventos, pensamos em analisar o perfil de saúde do município de Araraquara, por meio de medidas clássicas de mortalidade e morbidade, ou seja, pesquisando as causas do adoecimento e de morte da população deste município, buscando, dessa maneira, orientação para o planejamento dos serviços de saúde municipais.

Quando consideramos que um dos aspectos da epidemiologia é atuar no estudo da distribuição da morbidade e mortalidade, verificar fatores ambientais e sócios econômicos que integram com as doenças transmissíveis e não transmissíveis servindo de apoio para a saúde pública, no sentido de facilitar a implementação de medidas profiláticas, reconhecemos a importância de se compilar dados de morbimortalidade de doenças infecciosas, crônicas e psicossociais, distribuídas por idade, sexo e área geográfica, correlacionando-os com a variável sócio-econômica e do ambiente, um dos objetivos desta pesquisa.

A reorganização das práticas de saúde, iniciada em 1994 pelo Ministério da Saúde, vem propondo um modelo alternativo de assistência, expresso na Lei Orgânica de Saúde, e cuja execução representa um grande avanço político, social e jurídico.

Ao modelo hegemônico, orientado para a cura das enfermidades e a hospitalização, propõe-se a estratégia de uma assistência focada na prevenção de doenças por meio de um mecanismo capaz de possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Sabemos que a distribuição da população no espaço urbano segue padrões de desigualdades sociais econômicas. De um lado, a periferia da cidade, sem infra-estrutura urbana básica, é ocupada por grupos menos privilegiados de baixa renda e piores condições de saúde. Do outro, áreas com acesso total às facilidades urbanas, ocupadas por grupos de alta renda, vivendo em moradias satisfatórias e com melhores padrões de saúde.

Pensamos em trabalhar estatísticas desagregadas, ou seja, de cada bairro do município de Araraquara SP, pois quando obtemos estatísticas agregadas, os dados podem ser camuflados por diferenças importantes, pois estão representando um retrato médio do problema na cidade. Quando pensamos numa estatística desagregada, acreditamos que esse tipo de exercício clamaria por intervenções diferenciadas entre as unidades básicas dos diferentes bairros do município de Araraquara SP. E, como administrar é conviver com limitações de recursos, estatísticas desagregadas poderiam servir para que, por meio de uma discriminação positiva, o investimento pudesse ser priorizado na direção daquelas áreas onde o problema tivesse maior magnitude.

Buscamos conhecer estudos sobre os diferenciais geográficos e encontramos no trabalho de Akerman (1994) diversas citações sobre a importância de se trabalhar estatísticas desagregadas. Estudo minucioso e abrangente publicado pela FUNDAP (Fundação de Desenvolvimento Administrativo, 1983) mostrou diferenciais regionais para o Estado de São Paulo. Eles utilizaram vinte variáveis sócio-econômicas e nove variáveis relacionadas com estatísticas de mortalidade para derivar áreas homogêneas para esses dois atributos. Uma matriz dessas áreas homogêneas relacionou variáveis sócio-econômicas e estatísticas de mortalidade e encontrou: padrões semelhantes de mortalidade para diferentes condições sócio-econômicas; diferenças entre componentes dos mesmos grupos homogêneos; regiões de perfil sócio-econômico mais favorável, apresentando maiores taxas de mortalidade para doenças associadas com o desenvolvimento. Não há achados relativos a sexo ou a grupo etário.

Apesar dos estudos locais abordarem vários aspectos importantes da área de diferenciais geográficos, há ainda algumas lacunas a serem preenchidas. Em primeiro lugar, os trabalhos até agora concentraram mais em diferenciais regionais do que em diferenciais intra-urbanos. Provavelmente o espaço urbano é mais sensível para mostrar diferenças sociais do que o espaço regional. Além disso, não houve tentativa sistematizada para descrever diferenciais por sexo e todos os grupos etários em relação ao grupo social. Por exemplo, não há estudos publicados comparando padrões de mortalidade com condições socioeconômicas para a população adulta (19 a 60 anos), desagregados para todas as regiões geográficas dentro do espaço urbano. E, finalmente, mesmo quando mortalidade e diferenciais socioeconômicos foram descritos, há importantes lacunas quanto a sexo, idade e desagregação geográfica. (AKERMAN, 1994)

De acordo com Akerman (1994), apesar do conhecimento da magnitude da pobreza, os impactos diferenciais dentro do espaço urbano provocados por diferentes condições socioeconômicas são pouco pesquisados. Locker (1992) sugere que “medidas das características socioeconômicas por regiões são melhores indicadores de qualidade de saúde de subgrupos populacionais que medidas destas características em indivíduos ou famílias”.

Ao se combinarem vários indicadores como referência para a descrição de áreas geográficas, presume-se a interação de vários fatores na determinação da qualidade de vida daquela área. A questão é identificar porque certos efeitos ocorrem mais em certas populações do que em outras e o objetivo está em apontar os determinantes desses efeitos em relação às características de grupos populacionais.

É sabido que as condições de saúde vêm sendo cada vez mais analisadas em função de progressão ou redução do desenvolvimento e que as populações mais pobres têm maior probabilidade de adoecer, perpetuando-se assim as condições de subdesenvolvimento. "Se a saúde tem conseqüências no desenvolvimento social e econômico, as condições econômicas, sociais, e ambientais, também influenciam na saúde" (UNESCO, UNIJUI, FMABC, 2006)

Como mudar padrões de comportamento e de desenvolvimento causadores de condições precárias de saúde e que afetam o meio ambiente? Como contribuir para o fortalecimento de capacidades e potencialidades e para que o benefício advindo das Políticas de Saúde seja distribuído de forma equânime? Como contribuir para que a gestão da saúde e o desenho da rede de atenção contemplem mudanças na clínica, potencializem a produção de saúde de nossos municípios, de acordo com as carências e necessidades de cada bairro?

Ampliar o acesso, entendido como a capacidade dos serviços de saúde de acolher as necessidades de saúde, e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais, coloca-se desde então como desafio importante para todo aquele que queira trabalhar como profissional de saúde assim como para todo gestor dos serviços de saúde.

Partindo do reconhecimento desses pressupostos, bem como da relevância de se investigar a morbimortalidade do município de Araraquara-SP, relacionando-a com a questão sócio-econômica e ambiental dos diferentes bairros deste município, objetivamos analisar as condições de vida da população araraquarense e os impactos destas condições sobre a saúde, dentro da heterogeneidade existente em seu meio urbano e levantando o perfil epidemiológico de Araraquara-SP.

A ênfase está em conhecer o perfil de saúde da população para a qual iremos planejar essas ações de saúde, portanto, buscamos fazer uma análise de indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde de Araraquara, pensando numa ferramenta capaz de possibilitar ações efetivas e de maior sintonia com as necessidades da população estudada.

Quando pensamos em pesquisar morbidade e mortalidade no município de Araraquara, para o estabelecimento de correlações entre saúde, urbanização e meio ambiente, comparando as diferentes regiões geográficas onde estão estabelecidas cada Unidade Básica de Saúde, objetivamos criar subsídios para que os serviços de saúde contribuam para o desenvolvimento local, com a possível criação de novas organizações de saúde e profundas mudanças na gestão dos serviços que compõem a rede e na gestão local desses serviços.

Portanto, conforme já colocado anteriormente, por meio de um estudo de dados secundários obtidos no documento “Diagnóstico de Saúde de Araraquara, 2004”, tentamos conhecer as principais características da situação de saúde-doença e as principais tendências de adoecimento neste município, buscando por meio dessa análise promover a eleição de problemas prioritários na saúde da população de Araraquara para pensarmos em intervenções que necessitem planejamento e avaliação do atendimento.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Analisar o perfil demográfico, social, econômico, ambiental e de saúde da população do município de Araraquara – SP, atendida na rede pública de saúde, a partir das informações obtidas por meio de um documento elaborado pela Coordenadoria da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

### **Objetivos Específicos**

- Discutir as Políticas Públicas de Saúde no contexto federal, estadual e municipal, demonstrando se os determinantes e condicionantes de saúde (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda trabalho, educação, transporte, etc.) são identificados pelos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde, e se são formuladas Políticas Públicas condizentes com a elevação do modo de vida da população.
- Demonstrar a importância da Medicina Social no contexto de Políticas Públicas de Saúde, principalmente a partir da criação de novas propostas ligadas a medidas de natureza médica, sanitária e social, necessárias para melhorar a saúde e para tornar o mais acessível possível, ao maior número de pessoas, as conquistas da ciência no setor de prevenção e do tratamento de doenças.
- Analisar estatísticas desagregadas de indicadores de saúde, sociais, econômicos e ambientais das populações residentes nos diversos bairros do município de Araraquara SP, considerando que um indicador “médio” pode estar, na realidade, camuflando importantes desigualdades no interior dessas populações,
- Discutir os indicadores demográficos, sociais, econômicos, ambientais e de saúde com o intuito de analisar o perfil de saúde da população do município de Araraquara – SP atendida no sistema público de saúde a partir de dados coletados no documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Como o objetivo principal da pesquisa foi discutir os indicadores demográficos, sociais, econômicos, ambientais e de saúde, para uma análise do perfil da população, atendida no sistema público de saúde do município de Araraquara – SP foi realizado um levantamento bibliográfico pertinente à Medicina Social e Políticas Públicas de Saúde, e um estudo exploratório, cuja principal fonte de coleta de dados foi de dados quantitativos secundários, colhidos no documento “Diagnóstico de Saúde”, elaborado pela Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, no ano de 2004.

As informações contidas no documento em questão consistem em identificar o número de habitantes e a sua distribuição por faixa etária e sexo, sendo essas informações representadas graficamente por meio de Pirâmides de População, onde se distribui a população verticalmente por faixa etária e horizontalmente por sexo.

Para entendermos essa análise da população por meio de Pirâmides Populacionais, buscamos um levantamento bibliográfico sobre dinâmica da população e encontramos os estudos de Thompson (1965) que identificou o número de habitantes e sua distribuição por faixa etária e sexo, levando a representação gráfica da população por meio de Pirâmides Populacionais, classificando cinco tipos de pirâmides, típicos de diferentes estruturas etárias:

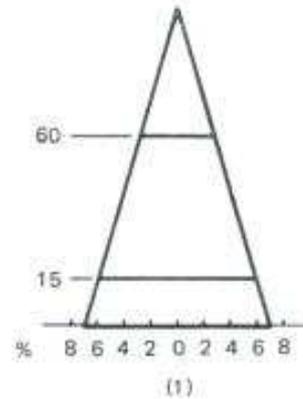
Quadro 01 - Tipos de Pirâmides Populacionais:

### TIPO I: Base larga e acentuada diminuição das barras seguintes

Típico de populações com elevados coeficientes de natalidade (Número de nascidos vivos, expresso por mil habitantes, ocorridos na população geral, em determinado período.) e de mortalidade (número de óbitos de determinada localidade e ano divididos pela população desta mesma localidade e ano, expresso por mil habitantes)

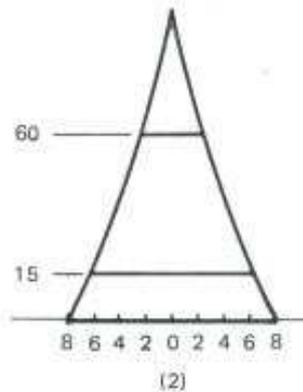
Idade média dos habitantes baixa.

Razão de dependência alta (Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado)



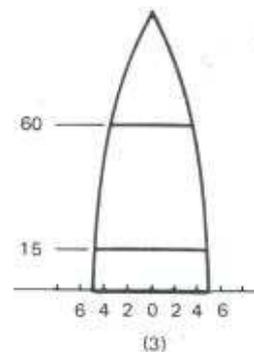
### TIPO II Base mais larga que o tipo 1 e ápice mais afilado

Esta pirâmide tem base mais larga que o tipo 1, isto é, proporcionalmente, há mais jovens menores de 5 anos. Relativamente, o ápice (indivíduos com mais de 60 anos) é mais afilado do que o tipo anterior. É representativa de populações que estão iniciando um crescimento rápido, como consequência de redução de mortalidade infantil, mas sem redução de natalidade. A razão de dependência é altíssima, pois cerca de 40% da população têm menos de 15 anos.



### TIPO III Formato de Barril

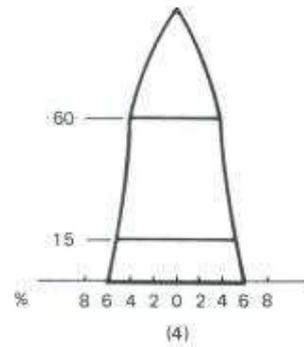
É representativa de populações com baixos coeficientes de mortalidade e de natalidade (base estreita). A idade média de seus habitantes é bem alta. A razão de dependência juvenil é pequena: apresenta 20% de sua população com indivíduos de mais de 60 anos.



## TIPO IV Forma de campânula

---

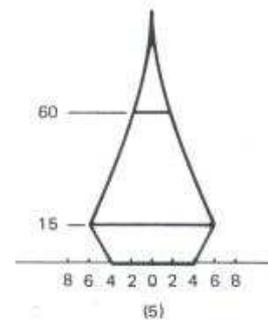
*Representa uma transformação do tipo 3. É resultante de uma população que, depois de 100 anos de coeficientes baixos de natalidade e mortalidade, inverteu a tendência de natalidade; eis por que a base é mais larga, proporcionalmente. É considerada um tipo de transição.*



## TIPO V

---

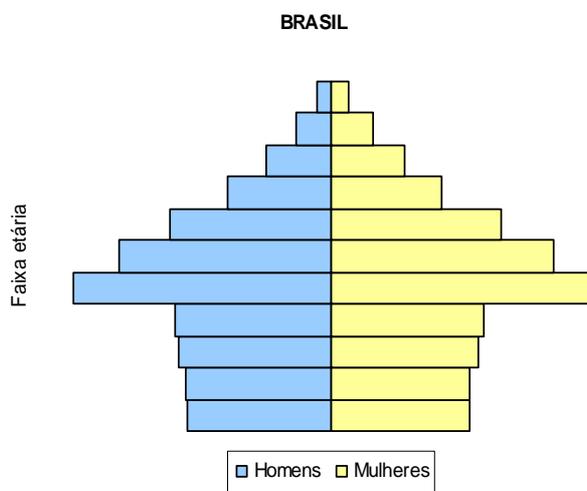
*A pirâmide representa uma população que está experimentando uma rápida diminuição da natalidade, já tendo um baixo coeficiente de mortalidade. A base é menos larga que a barra seguinte, mostrando o controle da natalidade. É considerada um tipo de transição.*



Fonte: Thompson (1965)

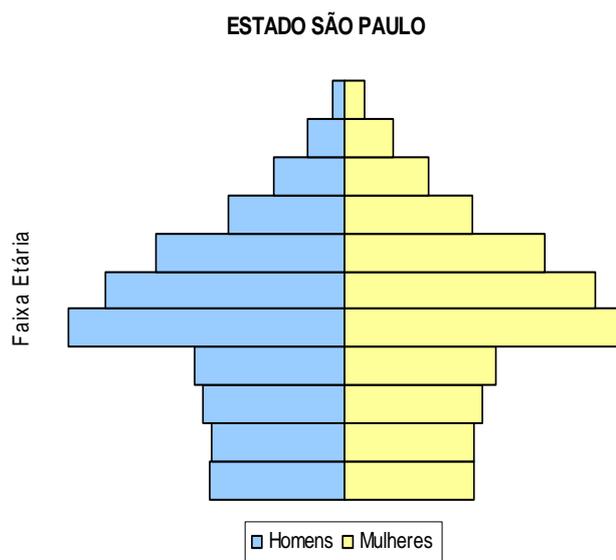
No documento Diagnóstico de saúde de Araraquara (2004), encontramos uma comparação entre as pirâmides populacionais do Brasil, do Estado de São Paulo e da cidade de Araraquara conforme demonstramos a seguir:

Gráfico 01: Pirâmide Populacional do Brasil em 2004



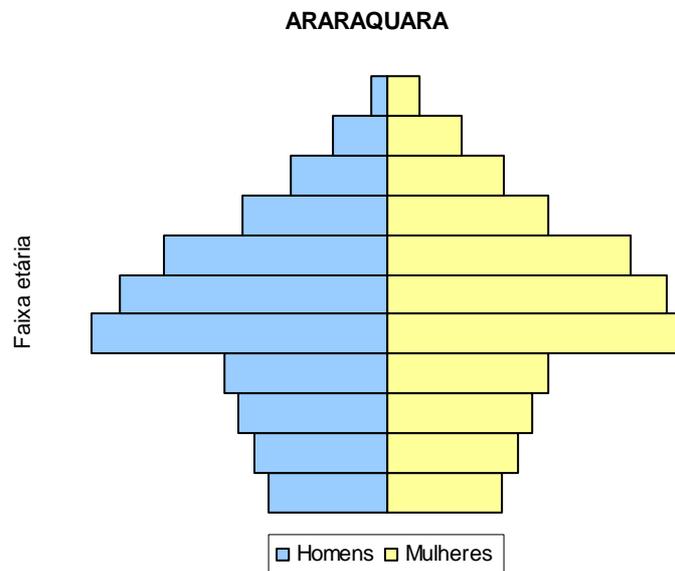
Fonte: ARARAQUARA (2004)

Gráfico 02: Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, ano 2004



Fonte: ARARAQUARA (2004)

Gráfico 03: Pirâmide Populacional de Araraquara, ano 2004.



Fonte: ARARAQUARA (2004)

Encontramos no documento que analisamos as seguintes informações: quando se comparam as três pirâmides, nota-se que estão evoluindo para o formato de barril, mostrando o avanço do nível de desenvolvimento do Brasil, mas são pirâmides ditas de transição, que se percebe que a pirâmide de Araraquara é a que apresenta menor proporção de habitantes na faixa de 0 a 5 anos e maior proporção de habitantes acima de 60 anos, demonstrando possuir melhor qualidade de vida que a média do Estado de São Paulo e do Brasil. (ARARAQUARA, 2004 )

Quando analisamos a pirâmide populacional da cidade de Araraquara verificamos que ela é uma pirâmide de transição, caminhando para o formato de barril, apresentando uma baixa proporção de habitantes na faixa de 0 a 5 anos e maior proporção de habitantes acima de 60 anos, demonstrando baixa natalidade, baixa mortalidade e o envelhecimento da população. Na faixa etária de 20 a 49 anos de idade percebemos um desvio das barras para a direita, demonstrando um maior número de mulheres nestas faixas. Acreditamos que este desvio se deve ao perfil de mortalidade do Município, pois nestas faixas as primeiras causas de mortes são: violência, AIDS, alcoolismo, comuns ao sexo masculino. Nas faixas etárias posteriores continuam essa tendência devido à maior exposição do sexo masculino às doenças crônicas. A Razão de Dependência Juvenil é baixa; 23,13 % de sua população têm menos de 15 anos; a população de mais de 60 anos é de 11,44 %, sendo que a literatura considera como ideal 20% da população total. Quando analisamos somente a pirâmide do Município de Araraquara, acreditamos que estamos tratando de uma região com bom padrão de qualidade de vida. No entanto, quando analisamos as pirâmides por área de abrangência das Unidades Básicas confrontamos com o desafio de fazermos a tão almejada *equidade* acontecer. (ARARAQUARA, 2004)

Ainda no documento analisado, encontramos um estudo das pirâmides populacionais por área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, enfatizando a importância de se obter estatísticas desagregadas ao invés de estatísticas agregadas que podem camuflar os dados por representarem um retrato médio do problema da cidade, fato que nos levou a estudar o documento deste ano de 2004, sendo que os documentos seguintes foram elaborados de forma genérica, ou seja, considerando os dados totais do município.

Nesse documento, a cidade está dividida em quatro setores numerados de 01 a 04, agrupados em áreas homogêneas por meio de um estudo da porcentagem de população abaixo de 05 anos, correlacionando com o índice de natalidade; porcentagem de população menor de 15 anos, correlacionando com nível de dependência; porcentagem de população de 15 a 59 anos correlacionando com o índice de população economicamente ativa e, por fim, porcentagem da população de 60 anos ou mais, correlacionando com a expectativa de vida. (MAPA 01)

No setor 01 estão as áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde do “SESA”, Serviço Especial de Saúde, Vila Xavier e Santa Lúcia, cuja porcentagem de população residente nesta área é de 28,47% da população total de Araraquara, tendo sido classificada como uma área onde a pirâmide populacional tem um formato de barril, demonstrando melhores condições de vida que o restante das áreas de outras Unidades Básicas de Saúde, sendo considerada uma população com excelentes condições de vida, segundo o citado documento.(MAPA 02)

No setor 02 estão as áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde do Jardim Paulistano, Santa Angelina, Vila Melhado, Jardim América, a Unidade de Saúde da Família do Jardim Marivan e o Programa de Agentes Comunitários do Parque das Laranjeiras, sendo que 36,32% da população de Araraquara residem neste setor, apresentando uma pirâmide populacional de transição e tendo sido classificada como uma população de condição de vida boa. (MAPA 03)

No setor 03 concentra-se a população residente nas áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde do bairro CECAP, Jardim Roberto Selmi Dei I, Yolanda Ópce, Programa de Saúde da Família Vila Biagioni, Bueno de Andrade, Vale do Sol e Bela Vista. 14,64% da população de Araraquara residem neste setor, e, segundo o documento Diagnóstico de Saúde de Araraquara, 2004, as pirâmides populacionais dessa área também são de transição e a população desse setor vive em condições de vida abaixo da média do Município. (MAPA 04)

No setor 04 temos a população das áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde do Jardim Iguatemi, Parque Residencial São Paulo, Jardim Roberto Selmi Dei IV, dos Programas de Saúde da Família do bairro Águas do Paiol, Jardim Ieda, Jardim Maria Luiza, Hortênsias, Jardim Pinheiros e a Zona Rural, com 20,56 % da população de Araraquara, apresentando uma pirâmide populacional de forma piramidal, com uma qualidade de vida bem inferior à do município e classificada neste documento estudado como péssima. (MAPA 05)

Obtivemos também, junto à Coordenadoria de Vigilância Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Araraquara, documentos que continham em número absoluto e percentual da quantidade de pessoas residentes em cada área de abrangência de todas as Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família citadas em cada setor acima descrito, divididas por sexo e por faixa etária para menores de 01 ano, de 01 a 04, 05 a 09, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, e assim sucessivamente até 80 anos; e, ainda, analisamos documento com a mortalidade por agrupamento CID 10 por área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde e Programa de Saúde de todos os setores citados.

Esclarecemos que CID 10 (Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa a padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. O CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e a uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.

Por meio das informações obtidas no Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004), e da análise dos dados populacionais e de mortalidade de cada área de abrangência de todas as Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família de todos os quatro setores em que foi dividido o município de Araraquara, tentamos desenhar o perfil de saúde de Araraquara.

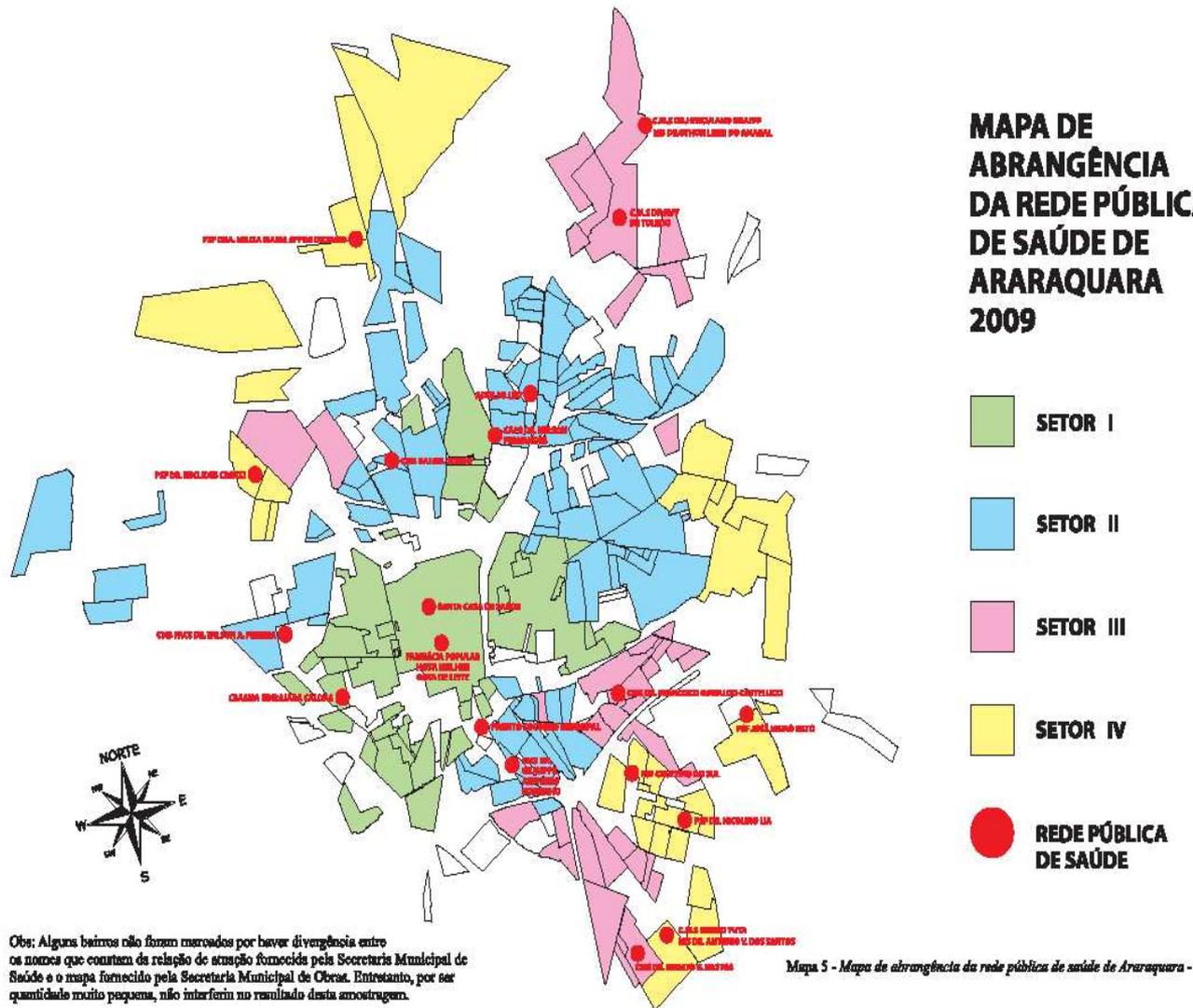
Como subsídio para efetuarmos a análise pretendida, buscamos estudar Medicina Social, tentando relacionar variáveis socioeconômicas e estatísticas de mortalidade para verificarmos se há diferenças de mortalidade para diferentes condições socioeconômicas.

A saúde do homem tem origem em sua vida comunitária, a saúde e a doença, são fenômenos sociais, ou seja, os agravos à saúde são socialmente produzidos e historicamente determinados, sendo os modos sociais de produção de vida, com seu conjunto de circunstâncias favoráveis ou nocivas à saúde, o que acabam por delimitar os problemas de saúde que mais frequentemente estarão associados a cada grupo social. (PEREIRA, 2003)

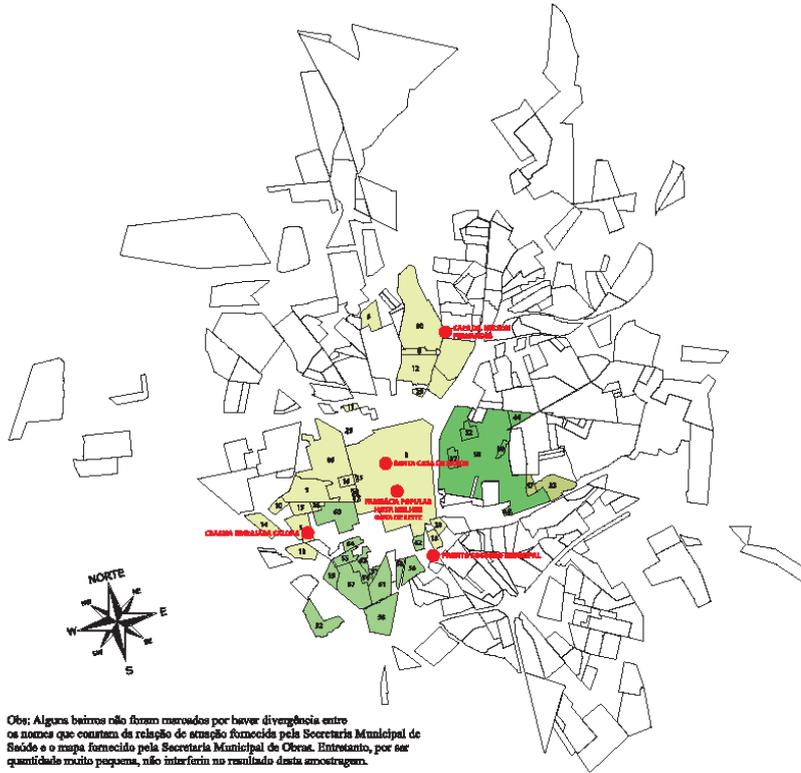
Considerando que buscamos conhecer o perfil de saúde do município de Araraquara, e a heterogeneidade que compõe seus diversos subgrupos definidos por idade, sexo, região de domicílio ou nível sócio-econômico para contribuir para a adoção de medidas efetivas para a prevenção e controle de problemas de saúde, segundo o padrão do perfil epidemiológico levantado, fomos estudar políticas públicas de saúde.

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos; integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (LUCHESE, 2004)

MAPA 01



MAPA 02

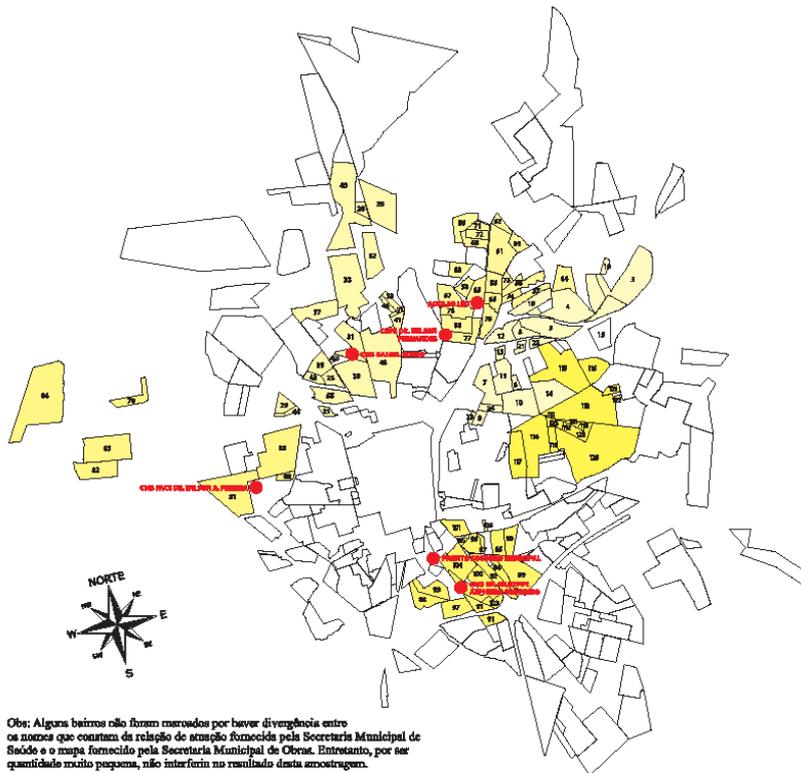


Obs: Alguns bairros não foram mapeados por haver divergência entre os nomes que constam da relação de amostra fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e o mapa fornecido pela Secretaria Municipal de Obras. Entretanto, por ser quantidade muito pequena, não interferiu no resultado desta amostragem.

**MAPA SETOR I**

- **BARRIO**
  - 01 - Bairro Anacleto BA
  - 02 - CEJ Oscar Nilsson Junior
  - 03 - Região Central
  - 04 - Fátima Laranjeira
  - 05 - Jardim Guilhermina
  - 06 - Jardim Dona Pedro I
  - 07 - Jardim Durand
  - 08 - Jardim Marianne
  - 09 - Jardim Morumbi I
  - 10 - Jardim Morumbi II
  - 11 - Jd Obelisco
  - 12 - Jd Primavera
  - 13 - Jd Quarentinha I
  - 14 - Jd Quarentinha II
  - 15 - Jd Revolução Brasileira
  - 16 - Jd São Paulo
  - 17 - Lst. Menor de Deus
  - 18 - Lst. Anísio de Fátima
  - 19 - Lst. Barão de Cuiabá
  - 20 - Lst. Dona Elze
  - 21 - Lst. Elvira Lupo
  - 22 - Lst. Fátima São
  - 23 - Lst. Jussé Jardim Rosa
  - 24 - Lst. José Rogério
  - 25 - Lst. Mariana R. Almeida
  - 26 - Vila Dour
  - 27 - Vila Esmeralda
  - 28 - Vila Fátima
  - 29 - Vila Galvão
  - 30 - Vila Harmonia
  - 31 - Vila Orla
- **VIA VERDE**
  - 32 - Fátima Cam popular
  - 33 - Jd Santa Ágata I
  - 34 - Lst. Avenida Adolpho Beilert
  - 35 - Lst. Avenida Adolpho Polzari
  - 36 - Lst. Avenida Antônio Brasil
  - 37 - Lst. Avenida Beneditina Cristina
  - 38 - Lst. Felipe Alcantara
  - 39 - Lst. Jussé de Carvalho
  - 40 - Lst. Maria de Lourdes Rosa
  - 41 - Lst. Miguel Passador
  - 42 - Lst. Renato D. C. Silva
  - 43 - Lst. S. M. S. S. S.
  - 44 - Lst. T. de Carvalho
  - 45 - Vila Cruz
  - 46 - Vila Harmonia
  - 47 - Vila Esperança
  - 48 - Vila Harmonia
  - 49 - Vila Harmonia
  - 50 - Vila Xavier
- **JARDIM SANTA LUCIA**
  - 61 - Bairro das Mirandas
  - 62 - Campos Vistas
  - 63 - Jd Árvore
  - 64 - Jd Cecília
  - 65 - Jd João
  - 66 - Jd Nova Almeida
  - 67 - Jd Santa Luiza
  - 68 - Jd Tereza
  - 69 - Jd Vitoria
  - 80 - Parque do Carmo
  - 81 - Vila João
  - 82 - Vila Fátima
  - 83 - Vila Itália
  - 84 - Vila Progresso

MAPA 3



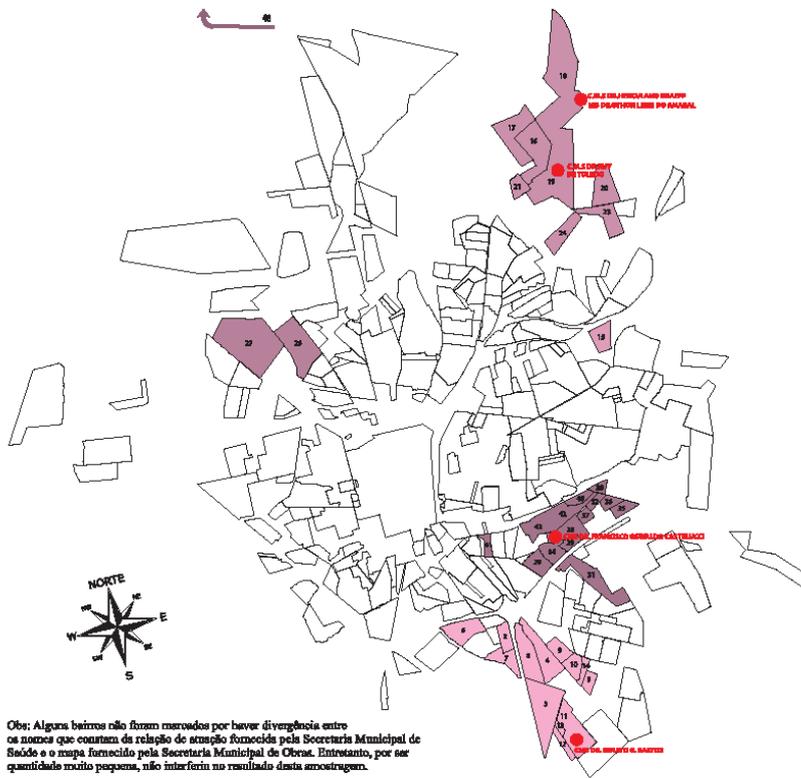
Obs: Alguns bairros não foram marcados por haver divergência entre os nomes que constam da relação de atuação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e o mapa fornecido pela Secretaria Municipal de Obras. Entretanto, por ser quantidade muito pequena, não interferirá no resultado desta amostragem.

MAPA SETOR II

- JARDIM PAULISTANO**
  - 01 - Bairro A Obreira
  - 02 - Avenida Thuanz
  - 03 - Chácara Velozes I
  - 04 - Chácara Velozes II
  - 05 - Chácara Velozes III
  - 06 - Chácara Asa
  - 07 - Chácara Industrial
  - 08 - Jd. Brasília
  - 09 - Jd. Duas Ruas
  - 10 - Jd. República
  - 11 - Jd. Liberdade
  - 12 - Jd. Manóia de Sol
  - 13 - Jd. Pádua
  - 14 - Jd. Taboquinha
  - 15 - Jd. Vênus
  - 16 - Jd. Zênite
  - 17 - Fiume Salomão
  - 18 - Ld. Figueira Galvão
  - 19 - Vila São João
  - 20 - Vila Dourado
  - 21 - Vila Fátima
  - 22 - Vila Guayana
  - 23 - Vila Haru
  - 24 - Vila Santa Helena
- SANTA ANA/ELIM**
  - 25 - Bairro São Carlos
  - 26 - Baixa de Santo
  - 27 - Casa Calçada Primavera
  - 28 - Casa Menes
  - 29 - Jd. Alvor Jangade
  - 30 - Jd. Barroco
  - 31 - Jd. Bongioli
  - 32 - Jd. Buzinho
  - 33 - Jd. Caravel
  - 34 - Jd. D. Pedro I
  - 35 - Jd. Flamboyante
  - 36 - Jd. Ipanema
  - 37 - Jd. Pórtico
  - 38 - Jd. Santa Angélica
  - 39 - Jd. Tupyra
  - 40 - Ld. Cidade Jardim
  - 41 - Ld. El Dourado
  - 42 - Ld. Fênix
  - 43 - Ld. Santa Rita de Cássia
  - 44 - Neocentro do Jangade
  - 45 - Pôrto Anselmo
  - 46 - Vila Gramma
  - 47 - Vila Independência
  - 48 - Vila Nova Paulista
  - 49 - Vila Maria Antônia
  - 50 - Vila Niterói
  - 51 - Vila Niterói
  - 52 - Vila Sempino
  - 53 - Vila Tupyra
  - 54 - Vila Yvete
- JARDIM MAURÍCIO**
  - 55 - Jd. Adiragão
  - 56 - Jd. Anjo
  - 57 - Jd. Buarque
  - 58 - Jd. Calhar
  - 59 - Jd. Estrela e Raimundo
  - 60 - Jd. Estrela
  - 61 - Jd. Império I
  - 62 - Jd. Império II
  - 63 - Jd. Império III
  - 64 - Jd. Maria Luiza
  - 65 - Jd. Maria
- PARQUE DAS LARANJEIRAS**
  - 66 - Jd. Primavera
  - 67 - Jd. Primavera
  - 68 - Jd. Primavera
  - 69 - Jd. Primavera
  - 70 - Jd. Primavera
  - 71 - Jd. Primavera
  - 72 - Jd. Primavera
  - 73 - Jd. Primavera
  - 74 - Jd. Primavera
  - 75 - Jd. Primavera
  - 76 - Jd. Primavera
  - 77 - Jd. Primavera
- VILA MILHADO**
  - 78 - Jd. Alameda
  - 79 - Jd. Alameda
  - 80 - Jd. Alameda
  - 81 - Jd. Alameda
  - 82 - Jd. Alameda
  - 83 - Jd. Alameda
  - 84 - Jd. Alameda
  - 85 - Jd. Alameda
  - 86 - Jd. Alameda
  - 87 - Jd. Alameda
  - 88 - Jd. Alameda
  - 89 - Jd. Alameda
  - 90 - Jd. Alameda
  - 91 - Jd. Alameda
  - 92 - Jd. Alameda
  - 93 - Jd. Alameda
  - 94 - Jd. Alameda
  - 95 - Jd. Alameda
  - 96 - Jd. Alameda
  - 97 - Jd. Alameda
  - 98 - Jd. Alameda
  - 99 - Jd. Alameda
  - 100 - Jd. Alameda
  - 101 - Jd. Alameda
  - 102 - Jd. Alameda
  - 103 - Jd. Alameda
  - 104 - Jd. Alameda
  - 105 - Jd. Alameda
  - 106 - Jd. Alameda
  - 107 - Jd. Alameda
  - 108 - Jd. Alameda
  - 109 - Jd. Alameda
  - 110 - Jd. Alameda
- JARDIM SANTA ANA**
  - 111 - Chácara Floresta I
  - 112 - Chácara Floresta II
  - 113 - Chácara Floresta III
  - 114 - Jd. Brasil
  - 115 - Jd. São Estevão
  - 116 - Jd. Europa
  - 117 - Jd. Europa
  - 118 - Ld. João Negrão
  - 119 - Parque Guaraná I
  - 120 - Parque Guaraná II
  - 121 - Vila Adolfo
  - 122 - Vila Parfa
  - 123 - Vila Vitor

Mapa 3 - Setor 2

MAPA 04



MAPA SETOR III

- COOP**

  - 01 - Bairro Dr. Fernando Neves
  - 02 - Distrito Industrial I
  - 03 - Distrito Industrial II
  - 04 - Distrito Industrial V
  - 05 - Jd. dos Industriários
  - 06 - Jd. Residencial Quinta das Orlas
  - 07 - Jd. Residência Mansão
  - 08 - Jd. Regener
  - 09 - Jd. Santa Maria
  - 10 - Jd. Santa Anita
  - 11 - Parque Cecchi I
  - 12 - Parque Coop II
  - 13 - Vila Arco-Íris
  - 14 - Vila Marília
- BARREIRAS**

  - 15 - Vila Estrela
- JARDIM BELLIUM (DII)**

  - 16 - Jd. Acácia/Rosa/Rosa
  - 17 - Jd. Acácia/Rosa II
  - 18 - Jd. Roberto Galvão Dal I
  - 19 - Jd. Roberto Galvão Dal II
  - 20 - Jd. São Rafael
  - 21 - Jd. São Rafael II
  - 22 - Jd. Veraneio
  - 23 - Chácara Helena III e 61
  - 24 - Jd. Indaí
  - 25 - Bairro Açuá
  - 26 - Tulete
- VALE DO SOL**

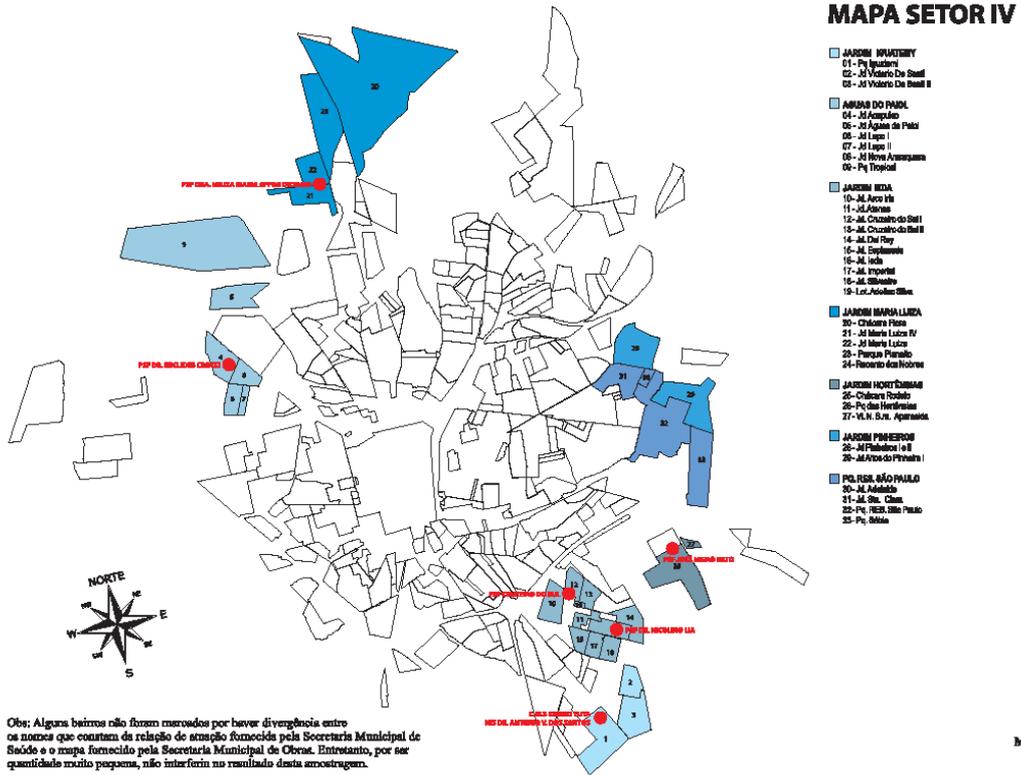
  - 27 - Jd. Iguaçu
  - 28 - Vale do Sol
- JARDIM VILAMAR OUVRE**

  - 29 - Jd. Júpiter Soares
  - 30 - Jd. Armação I
  - 31 - Jd. Armação II
  - 32 - Jd. Berruti
  - 33 - Jd. Floração
  - 34 - Jd. Itália
  - 35 - Jd. Primavera
  - 37 - Jd. Primavera
  - 38 - Jd. Primavera
  - 39 - Jd. Portugal
  - 40 - Jd. Santa Júlia I
  - 41 - Jd. Santa Júlia II
  - 42 - Jd. Santa Júlia III
  - 43 - Loteamento Interplanos
  - 44 - Vila Nova Opus I
  - 45 - Vila Nova Opus II
- BELA VISTA - VILAS 80%**

  - 46 - Amostragem Bela Vista

Obs: Alguns bairros não foram mapeados por haver divergência entre os nomes que constam da relação de amostragem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e o mapa fornecido pela Secretaria Municipal de Obras. Entretanto, por ser quantidade muito pequena, não interferiu no resultado desta amostragem.

MAPA 5



## **ASPECTOS GEOGRÁFICOS, HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS DE ARARAQUARA**

Araraquara é um município brasileiro localizado na região central do estado de São Paulo. Localiza-se “a 21°47’40” de latitude sul e 48°10’32” de longitude oeste, a uma altitude de 664 metros. Sua população estimada em 2009 é de 200.666 habitantes, sendo assim a 18ª cidade do interior paulista em número de habitantes.

Em 2004, a população estimada de Araraquara era de 194.401 habitantes. (<http://www.araraquara.sp.gov.br/http://pt.wikipedia.org>, 19/10/2009)

Segundo dado do censo 2000 apresentou uma população de 182.471 habitantes, sendo a população urbana de 173.569 habitante e rural 8.902 habitantes. Desta população, 88.742 são homens e 93.729 mulheres.

De acordo com um estudo divulgado pelo IBGE em outubro de 2008 - "Rede de Influência das Cidades", Araraquara foi caracterizada como "capital regional C", influenciando 17 cidades da região. O IBGE cruzou dados relativos à gama de serviços e equipamentos públicos oferecidos pela cidade, que vão desde o seu desenvolvimento econômico, empresas com sede ou filial na cidade, como área de saúde, educação, graduação e pós-graduação, sistema financeiro e transporte público.

Araraquara apresentou uma população de 80,9% de brancos, 3,8% pretos, 16,9% pardos, 0,7% amarelos e 0,2 % de indígenas (Censo 2000).

A área total do município é de 1.005,968 km<sup>2</sup>, com cerca 77,37 km<sup>2</sup> ocupados pelo espaço urbano. A vegetação original dominante é o cerrado, entremeado de formações florestais e campos. Conhecida como "Morada do Sol" (do tupi "ara", que significa claridade, luz do dia e "quara", toca, buraco, morada), é considerada uma das cidades mais arborizadas do país, com 34,2 m<sup>2</sup>. de área verde por habitante. São cerca de 90 mil árvores que ornamentam as vias públicas e 105 praças da cidade.

Araraquara possui um clima “Tropical de Altitude” pela classificação Köppen, caracterizado por duas estações bem definidas: um verão com temperaturas altas (média de 31°C) e pluviosidade elevada e um inverno de temperaturas amenas e pluviosidade reduzida.

Possui uma área de 1.005,968 km<sup>2</sup>.

A cidade possui um distrito, Bueno de Andrada a noroeste do distrito-sede, que, juntamente com São Carlos e outras 25 cidades, integram a Região Administrativa Central do Estado, compreendendo uma população de cerca de um milhão de habitantes.

A topografia se apresenta com características tabulares, pouco onduladas, aplanadas pelo trabalho da rede hidrográfica, comandada pelo Rio Mogi Guaçu e cursos d'água da bacia do Rio Tietê.

A vegetação primária do município era de floresta Latifoliada Tropical que apresentava diversas espécies como a peroba, o pau d'alho, a figueira branca, vegetação característica das áreas de solos Latosol Roxo. Também registra a presença do cerrado em grande parte do município. (<http://www.araraquara.sp.gov.br/http://pt.wikipedia.org>, acesso em 19/10/2009)

## **BREVE HISTÓRIA DE ARARAQUARA**

Por volta de 1807, Pedro José Neto e seus filhos, oriundos de Minas Gerais, internaram-se nas matas onde hoje está São Carlos e acabaram fixando-se nos campos aonde viria se formar a cidade; construíram uma capelinha dedicada a São Bento (padroeiro) nos Campos de Aracoara (lugar onde mora a luz do dia, a "Morada do Sol") na região dos campos de Piratininga, habitada pelos indígenas da tribo Guayanás.

Em 22 de agosto de 1817 foi criada a Freguesia de São Bento pela Resolução n.º 32 e, em 30 de outubro de 1817, foi elevada à categoria de Distrito. Em 10 de julho de 1832, passou à categoria de Município, que foi instalado em 24 de agosto de 1833.

Do ponto de vista histórico-econômico, na 1ª metade do século XIX, as grandes propriedades rurais, características deste século, ainda não tinham sido atingidas pelo surto cafeeiro. Plantava-se a cana-de-açúcar, milho, ao lado de outros cereais, o fumo e o algodão. Os rebanhos eram constituídos em sua maioria por suínos e bovinos.

Em 20 de abril de 1866 passou à categoria de Comarca pela Lei Provincial n° 61 e, em 6 de fevereiro de 1889, é elevada à categoria de Cidade, pela lei provincial de n° 7.

Por volta de 1850, as plantações de café já haviam deixado o Vale do Paraíba e passaram de Campinas para o Oeste Paulista. Na segunda metade do século XIX, o cafezal

substituiu as culturas de cana e cereais da zona Araraquarense, tornando-se o produto de maior importância na economia local.

A chegada da Ferrovia em 1885 estimulou o crescimento da cidade, que já foi considerada a "Cidade Mais Limpa das Três Américas", além de ser a primeira no interior a ser servida por linhas de ônibus elétricos (Trólebus).

O Aniversário de Araraquara é comemorado em 22 de Agosto.

Apresenta IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,790. (Fonte: IPEADATA, 2006)

Renda per capita: 441,875 ( CENSO IBGE, 2000)

### **Infra-estrutura**

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M): 0,830 (Fonte: IPEADATA, 2006)

### **Saúde**

- Mortalidade infantil até 1 ano (por mil): 14,14 (Fonte: IPEADATA, 2006)
- Expectativa de vida (anos): 72,17 (Fonte: IPEADATA, 2006)
- IDH-M Longevidade: 0,786 (Fonte: IPEADATA, 2006)
- Esperança de vida ao nascer: 72,166 ( CENSO IBGE 2000)
- Número de Hospitais: 04
- Leitos Hospitalares: 755 (CENSO IBGE,2000)

### **Educação**

- IDH-M Educação: 0,915 (Fonte: IPEADATA, 2006)
- Taxa de Alfabetização: 94,80% (Fonte: IPEADATA, 2006)

No capítulo 1 abordaremos historicamente as políticas públicas de saúde nas esferas federal, estadual e municipal com o objetivo de demonstrar a sua importância no incremento da promoção à saúde.

## CAPÍTULO I - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos; integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (LUCHESE, 2004)

Atualmente, no Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada naquele ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

Buscamos uma revisão da história das políticas de saúde no Brasil, para podermos analisar a realidade hoje existente, pois acreditamos ser necessário o conhecimento dos determinantes históricos envolvidos que vieram a influenciar o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Polignano (2001), afirma que revendo a história das políticas de saúde no Brasil, observamos uma trajetória que vai desde o descobrimento e a instalação do Império; um país sem nenhum compromisso de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse por parte do governo colonizador (Portugal) em criá-lo, até que a vinda da família real ao Brasil criou a necessidade de uma estrutura sanitária mínima. A falta de uma estrutura sanitária para o país deixou as cidades brasileiras à mercê das epidemias, que acabou gerando conseqüências econômicas, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro.

Neste período, foi implantada uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a tentativa de erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar o pleno desenvolvimento da economia. Este saneamento se deu por meio de estruturas verticalizadas e estilos repressivos de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, capitaneado por eminentes sanitaristas, tais como Oswaldo Cruz, que combateu a febre amarela no Rio de Janeiro em 1903, e chefiou a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904; Rodrigues Alves, que trabalhou no saneamento do Rio de Janeiro em 1902, Carlos Chagas, Emilio Ribas e Saturnino de Brito, responsáveis por ações de saneamento na cidade e no porto de Santos em 1906. (BRASIL, 2006).

O nascimento da Previdência Social ocorreu no início do século XX, com o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo, em que os operários de movimentos grevistas começaram a conquistar alguns direitos sociais, e, em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves (Brasil, 1923) criando as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP's), que previam, além da aposentadoria, serviços médicos apenas para pessoas que residiam na área urbana e trabalhavam.

Em 1933, as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP's) foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), onde os trabalhadores passaram a ser organizados por categorias profissionais: marítimos, comerciários, bancários e não por empresa. Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. (BRASIL, 2006a)

Para Polignano (2001), até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária não era importante; a partir desta década, com o maior desenvolvimento industrial e com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescentes da população, a assistência médica passou a ocorrer via Institutos.

Em 1960 foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que estabeleceu a unificação do regime geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT, homologada em 1943), excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência.

Em 1963, foi promulgada a lei 4.214 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Em 1967, ocorreu a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que reuniu seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Conforme afirma Polignano (2001), o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), apresentou tendências absolutamente privatizantes criando o “complexo médico-industrial”, isto é, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a esses grupos se capitalizar, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.

Em meados de 1975 o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica, e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como o aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começou a mostrar as suas mazelas, por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde como a mortalidade infantil, por exemplo; além dos aumentos constantes dos custos da medicina curativa e a incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada, se viam excluídos do sistema. Ocorreram ainda desvios de verbas do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal. Devido à escassez de recursos para a manutenção, ao aumento dos custos operacionais e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise. (POLIGNANO, 2001)

Em 1985 ocorreram diversos movimentos sociais no Brasil, inclusive na área da saúde, que culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1990, as leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas de Saúde, regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988.

A Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990 a) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde,

regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Reafirmam princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços de saúde, entre outros.

A Lei nº. 8142, de 28/12/1990, (BRASIL 1990b) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

Baseada nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade: Todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipais, estaduais e federais. Deixa de existir assim a figura do “indigente”, antes composta pelos brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho.

Equidade: Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de Saúde devem considerar que em cada aglomerado populacional existem grupos que vivem de formas diferentes, com problemas específicos em relação ao seu modo de viver, de adoecer e na forma de satisfazer suas necessidades de vida. Dessa forma, os serviços de saúde devem reconhecer e acolher estas diferenças, trabalhando para atender às diferentes necessidades, com respostas rápidas e adequadas, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde de diferentes camadas socioeconômicas da população brasileira.

Integralidade: As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos brasileiros, buscando a maior autonomia possível para cada cidadão, dentro das especificidades de sua situação. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. Dessa forma, a atenção deve dirigir-se à saúde e não somente às doenças, o

que exige intervenções destinadas à erradicação das causas e diminuição dos riscos, além do enfrentamento dos danos. (BRASIL, 1990)

São princípios organizacionais do SUS:

Regionalização e hierarquização: A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população e de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à rede deve se dar pelos serviços qualificados de atenção primária, que devem estar aptos a acolher, atender e resolver os principais problemas que demandam atenção em saúde. Os casos que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

Resolutividade: o Sistema deve estar apto, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levem um cidadão a procurar os serviços de saúde, em cada nível de assistência. Deve, ainda, enfrentar os problemas coletivos relacionados à saúde, a partir da idéia de que os serviços são responsáveis pela vida dos cidadãos de sua área ou território de abrangência, resolvendo o que for pertinente ao seu nível de complexidade.

Descentralização: É entendida como uma redistribuição das responsabilidades relativas às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde (a este processo dá-se o nome de municipalização). Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltadas para os seus cidadãos.

Participação dos cidadãos: Constitucionalmente está garantido que os cidadãos, por meio de suas entidades representativas, participem do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal), com representação paritária de usuários, governos, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. As conferências de Saúde, nas três esferas de governo, são as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente, definindo as prioridades e linhas de ação sobre a saúde. É dever das instituições oferecer as informações necessárias para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde.

Complementaridade do setor privado: A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve ocorrer sob três condições:

- 1- a celebração do contrato conforme as normas de direito público;
- 2- A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde;
- 3- A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Entre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (hospitais filantrópicos – Santas Casas), conforme determina a legislação. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização. (BRASIL, 1990)

Para viabilizar o processo de descentralização foi criada, durante a década de 90, a Norma Operacional Básica (NOB), sendo publicado a NOB 91, NOB 92, NOB 93 e NOB 96, que procuraram estabelecer critérios gerais no modelo assistencial de saúde, incluindo seus aspectos organizacionais e financeiros.

As principais diretrizes da NOB/96 (Norma Operacional Básica/96) são a consolidação do pleno exercício do poder público municipal, a caracterização das atribuições de cada nível de gestão, a reorganização do modelo assistencial com forte incentivo à atenção básica e a diminuição dos repasses por produção, aumentando os repasses fundo a fundo. É implantado o PAB (Piso de Atenção Básica) que passa a financiar a atenção básica com pagamento per capita e não mais por procedimentos), no qual os recursos passaram a ser diretamente proporcionais ao número de habitantes do município, o que possibilitou uma maior estabilidade no planejamento das ações de saúde local. O PAB vem contribuindo para a redução das disparidades regionais.

Vale ainda lembrar que a NOB/96 determina que seja elaborada a Programação Pactuada Integrada (PPI), como forma ascendente de planejamento, a partir das necessidades assistenciais de cada município, a fim de garantir o acesso da população a todos os serviços de saúde de que ela necessita, seja dentro do próprio município ou por encaminhamentos ordenados e pactuados a municípios vizinhos, com a proposta de repasse dos respectivos aportes financeiros, sinalizando, assim, com uma lógica de organização regional e ascendente do SUS. (BRASIL, 1996)

Com a descentralização, o sistema de saúde melhorou na transferência dos recursos, que passou a ser direta para estados e municípios, houve transferência de responsabilidades e atribuições do nível federal fundamentalmente para o municipal. Houve, também, expansão e desconcentração da oferta de serviços, aumento da parte de alguns municípios no financiamento à saúde, criação de instâncias mais democráticas de participação da sociedade na implementação da política de saúde, formação de instâncias intergestoras de gestão entre estados e municípios, expansão da atenção primária à saúde e mudança nas práticas assistenciais da saúde mental. (SILVA, 2002)

O conceito trazido pela Constituição Federal de que “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, nos revela uma mudança do sistema de saúde, ao longo dos anos.

Passamos de um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade, para um sistema em que o Estado reconhece o seu dever de garantir a saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação.

Podemos afirmar, portanto, que a visão epidemiológica da questão saúde-doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos, educacionais que podem gerar a enfermidade, passou a integrar o direito à saúde. E esse novo conceito de saúde considera as suas determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais e ao Governo o de formular políticas públicas condizentes com a elevação do modo de vida da população.

Assim, não podemos mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. Quando pensamos em saúde sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental voltamos à época em que a doença era um fenômeno meramente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o homem e seu corpo. Mesmo que o sistema de saúde tenha atuação preventiva e curativa absolutamente igual, as pessoas que vivem em situação precária, fatalmente serão mais acometidas de doenças e outros agravos, ainda que o sistema de saúde lhes ofereça um excelente serviço de recuperação. (PEREIRA, 2003).

Entretanto, a amplitude dessa nova forma de conceituar saúde, nos leva a refletir sobre a necessidade da execução de políticas sociais e econômicas que sejam protetivas da saúde e que assegurem ao indivíduo e à coletividade tudo aquilo que possa ser considerado essencial para a satisfação da saúde física, mental, psicológica, moral e social, tal como morar bem, ter salário digno, ter lazer, boa educação, alimentação suficiente e de qualidade, segurança, previdência, etc.

Verificamos a necessidade de articulação entre sujeitos de setores sociais diversos na construção de políticas públicas, para que haja a superação da fragmentação das estruturas sociais e, por fim, produzam efeitos mais significativos na saúde da população, uma vez que o direito a saúde como serviço público, colocado à disposição da coletividade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não pode pretender garantir a melhoria de sua renda, de sua moradia, de sua alimentação, educação. Porém esses fatores são determinantes para o bem estar físico, mental e social do cidadão e não estão a cargo do setor saúde.

Diante disso, podemos deduzir que, se compreendido o processo saúde/doença em toda a sua complexidade, com seus nexos causais diversos e na sua determinação social, com indivíduos e populações apresentando riscos desiguais de adoecer e morrer compreenderemos também que a modificação do mesmo exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Essa visão, portanto, rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

Desse modo, entendemos que, para a melhor compreensão do disposto no art. 196, da Constituição Federal, que define que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, é preciso desdobrá-lo em duas partes, sendo que a primeira, de linguagem mais difusa, que corresponde a programas sociais e econômicos que visem à redução coletiva de doenças e seus agravos, com melhoria da qualidade de vida do cidadão. Esta primeira parte diz respeito muito mais à qualidade de vida, numa demonstração de que saúde tem conceito amplo que abrange o bem estar individual, social, afetivo, psicológico, familiar etc. e não apenas a prestação de serviços assistenciais; e a segunda parte, mais objetiva, obriga o Estado a manter, ações e serviços públicos de saúde que possam promover a saúde e prevenir, de modo mais direto, mediante uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, os riscos de adoecer (assistência preventiva), e recuperar o indivíduo das doenças que o acometem (assistência curativa).

Vemos, pois, a dificuldade da delimitação do termo “Saúde” quando adentramos nos campos: da prestação de serviços públicos de saúde a serem realizados pelos órgãos e

entidades que compõem o Sistema Único de saúde (SUS); do financiamento da saúde; e das condições sociais e econômicas que interferem com a saúde.

Da promulgação da Constituição Federal de 1988 até o presente passaram-se 20 anos, conseqüentemente o Sistema Único de Saúde (SUS) criado na mesma época, atualmente é um sistema que enfrenta dificuldades. A fragmentação do SUS tornou sua gestão nas três esferas de governo difícil, custosa, complexa, exigindo pessoal qualificado, capacidade de negociação e inovação, desenvolvimento de competências específicas e comprometimento. Mudanças culturais e estruturais ocorreram. Unidades de saúde foram remodeladas, surgiram novas formas de tratamento de doenças, a desospitalização ganhou espaço, houve aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas, enquanto a prevalência de algumas doenças infecciosas se manteve, doenças erradicadas no passado reapareceram, foram criados inúmeros programas e serviços e a pressão pela introdução de tecnologias de ponta é constante. Pesquisas demonstram altos índices de satisfação dos usuários com o atendimento, porém, ainda é preocupante a dificuldade de acesso ao sistema por aqueles que não conseguem tratamento. Todos esses avanços, ainda não foram suficientes para que as esferas federal, estadual e municipal, forjassem um padrão de relacionamento favorável a uma gestão sem atritos, principalmente na questão do financiamento do sistema. (SÃO PAULO, 2006)

Para Polignano (2001), a crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada por meio de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como: filas freqüentes de pacientes nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Em face dessas dificuldades, talvez o desafio na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) se localize na adequação e no monitoramento das responsabilidades de cada esfera do governo: Federal, Estadual e Municipal.

Atribuições comuns e competências específicas de cada nível de governo na organização e gestão do SUS ou, nos termos adotados pela legislação, na direção do Sistema Único de Saúde, em seu âmbito administrativo, estão definidas no texto da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Tomando-se como referência o artigo 15º da referida lei, podemos afirmar que as responsabilidades comuns aos três níveis de governo são aquelas relacionadas às funções públicas governamentais de planejamento,

regulação, financiamento e prestação de serviços. Segundo o texto legal, aos três níveis de governo cabe exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: organização e administração de sistemas de informação; elaboração de normas técnicas, padrões de qualidade e parâmetros de custos para a realização da assistência; organização e implementação de mecanismos e procedimentos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; colaboração na formulação, e em alguns casos, na implementação, de políticas de outros setores governamentais (meio ambiente e saneamento); ordenamento dos recursos humanos; gestão orçamentária e financeira de recursos; regulação das atividades dos serviços privados de saúde; desenvolvimento científico e tecnológico; entre outras. (BRASIL, 1990)

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências dos gestores, mas não define o papel de cada esfera de governo. A Lei 8.80/90 apresenta um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera, porém ainda insuficiente.

A portaria GM/MS n.º 1399 de 15/12/99 regulamentou a NOB 96, no que se refere às competências da União, Estados e Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças.

Buscamos, a seguir, especificar as competências de cada esfera de governo referente às ações de saúde e à formulação de políticas públicas

### **1.1 Políticas Públicas de Saúde – Esfera Federal**

Ao Ministério da Saúde, como direção nacional do SUS, correspondem ações de caráter predominantemente regulatório, relativas à operação do sistema de saúde no território nacional, e de cooperação técnica e financeira às esferas subnacionais de governo para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional. Compete ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de atividades estratégicas e de abrangência nacional relacionadas ao planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços do SUS e à implementação da diretriz constitucional de descentralização, entre as quais se destacam: o estabelecimento de parâmetros assistenciais de cobertura e de critérios e valores para remuneração de serviços (sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde); a identificação de serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; a definição e coordenação nacional de três “subsistemas” que integram a rede assistencial - de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados e a regulação do setor privado, por meio da

elaboração de normas para a prestação dos serviços assistenciais contratados pelo SUS. A competência de promover a descentralização das ações e serviços de abrangência estadual e municipal para as unidades federadas (estados e municípios) não é detalhada. (BRASIL, 1990)

São objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, no campo econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos e execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde. Ao SUS também compete expedir princípios éticos, normas e condições de funcionamento para os serviços privados de assistência médica no país e realizar convênios ou estabelecer contratos de direito público quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial em determinada área. (BRASIL, 1990)

A Lei n. 10.683/2003 instituiu em seu art. 27 ser atribuição do Ministério da Saúde: política nacional de saúde; coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; informações em saúde; insumos críticos para a saúde; ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa científica e tecnológica na área da saúde; execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica); vigilância nutricional, orientação alimentar e saneamento; a política de sangue e hemoderivados. (BRASIL, 2003)

Ao Ministério da Saúde compete a vigilância sobre alimentos (registro, fiscalização, controle de qualidade) e não a prestação de serviços que visem a fornecer alimentos às pessoas de baixa renda. Além disso, deve incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e ordenar e formar recursos humanos na área. (BRASIL, 2003)

## 1.2 - Políticas Públicas de Saúde – Esfera Estadual

Às Secretarias de Estado ou órgão equivalente, como direção estadual do SUS, correspondem ações de coordenação sistêmica, de promoção da descentralização das ações e serviços e de cooperação técnica e financeira a municípios. Compete às Secretarias Estaduais a gerência de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional e a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e de hemocentros, podendo o estado gerenciar as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. Quanto a atividades de acompanhamento, controle e avaliação, ao estado cabe a responsabilidade sobre as redes hierarquizadas do SUS, com atuação suplementar no que diz respeito às ações e serviços em geral. Não há referência a competências específicas do gestor estadual no que diz respeito ao planejamento, controle, avaliação, gestão e execução direta de ações e serviços de saúde, a não ser em caráter suplementar. Também em relação aos serviços privados contratados pelo SUS, não há menção a qualquer competência específica do gestor estadual, seja na normatização, na contratação, no controle ou na avaliação. (SÃO PAULO, 2006)

Para Luchesi (2004), atualmente, um dos principais desafios da política de saúde no Estado é garantir a equidade nas ações do SUS, beneficiando as regiões e as parcelas da população que ainda não conseguem ter pleno acesso às ações de saúde, integralmente e com qualidade. Nesse sentido, é fundamental que se criem instrumentos de avaliação, de monitoramento, de aperfeiçoamento, de regulação e de integração das ações de saúde desenvolvidas pelo SUS, na atenção primária, base de todo o sistema de saúde e, também, na atenção de saúde de maior complexidade, hospitalar e de referência regional, verificando se todas essas ações atingem os objetivos maiores do sistema, garantindo melhor perfil de saúde para a população do Estado.

Podemos observar que, com a criação do SUS, e a descentralização, isto é, o avanço do processo da municipalização, a esfera estadual deixou de gerenciar sua rede de Unidades Básicas de Saúde, deixando assim de ter o papel de realizar diretamente as ações de promoção, prevenção ou assistência básica em saúde e passou a exercer o papel mediador entre as redes municipais de saúde, administrando os conflitos de interesses intermunicipais que ocorrem com relação aos hospitais e recursos regionais sob gestão municipal. Além disso, o Estado passou a desenvolver ações de coordenação, supervisão, capacitação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde de todos os municípios, auxiliando o sistema municipal de saúde, quando necessário.

Entre as funções da esfera estadual cabe destacar a interlocução com o Ministério da Saúde, que, por ser gestor nacional do SUS, tem influência específica muito grande nas políticas do sistema, cabendo ao gestor estadual a tarefa de adaptar as propostas federais para a realidade do estado.

Para Bittar e Cecílio (2006), no que se refere ao papel da gestão estadual do SUS, podemos analisar brevemente três eixos, que não devem ser esquecidos, por envolverem questões importantes de planejamento, sendo eles a atenção primária em saúde, a atenção de média e alta complexidade e a prestação de serviços dos próprios estaduais.

No que se refere à atenção primária à saúde, segundo Bittar e Cecílio (2006), um dos objetivos da descentralização no SUS é a possibilidade de realização do planejamento local (municipal) das atividades em saúde, não cabendo, portanto, a sobreposição do planejamento estadual para essas ações, que já não estão mais sob a gestão direta do estado. Mesmo assim, se impõe a necessidade de parceria do estado, representada pelas suas regionais, com os municípios, acompanhando, avaliando, monitorando, capacitando, assessorando a esfera municipal, quando necessário nos programas de saúde e ações que sejam prioritárias para o SUS, pois a baixa resolubilidade de serviços ou programas de saúde locais irá prejudicar todos os demais níveis do sistema e a garantia de integração das ações básicas em saúde com suas referências complementares, promovendo assim a integralidade das ações, e para tal, a esfera estadual deve desenvolver instrumentos e mecanismos de informação e acompanhamento, a serem sistematicamente aplicados pelas regionais de saúde, que possam apontar situações de risco e orientar investimentos e aplicação de recursos nos municípios e a ampliação ou reorientação da assistência.

Nesse sentido, o acompanhamento da situação de saúde no estado pode demonstrar a necessidade de criar novas estratégias ou modelos de atendimento primário. Trata-se enfim de auxiliar a gestão municipal, para o planejamento e o desenvolvimento da política de saúde local.

Com referência à atenção de média e alta complexidade, Bittar e Cecílio (2006) afirmam que a incorporação do planejamento de sistemas regionalizados e hierarquizados de saúde é um mecanismo imprescindível para a redução da desigualdade de acesso da população das diferentes regiões do estado aos serviços e ações de saúde de média e alta complexidade, e que a coordenação deste planejamento regional de saúde é papel indiscutível da esfera estadual, e devem ser realizados pelos órgãos regionais da secretaria de saúde do estado, não devendo ser entendido como a simples reorganização dos fluxos de referência e contra-

referência entre os serviços de saúde, municipais, regionais e até estaduais (como os grandes hospitais universitários), e sim devendo ser planejados, organizados e controlados pela esfera estadual. A regionalização e a hierarquização devem ir adiante, com o estudo e a reestruturação do próprio sistema existente nas regiões, modificando o papel e as funções dos serviços de saúde, inclusive, verificando a viabilidade e funcionalidade dos mesmos para que o SUS atinja seus objetivos.

Nesse sentido, observamos que a análise da situação epidemiológica pode fornecer parte dos parâmetros de reorganização do sistema, adequando-o às reais necessidades da população, quando aos perfis de saúde e de risco de doenças de cada região, permitindo que a rede de saúde deixe de ser orientada apenas pela simples oferta de serviços, como ocorreu em sua formação histórica, buscando assim, a racionalidade e a otimização do uso dos recursos do SUS, para nos aproximarmos do objetivo de garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde para a população, corrigindo as distorções existentes na prestação de serviços de saúde.

O planejamento regional de saúde deverá resultar em melhor compreensão e entendimento da necessidade de modificação do modelo assistencial existente, acompanhada da criação de parâmetros balizadores da oferta de serviços, de indicadores e mecanismos formais de acompanhamento da qualidade e eficiência da atenção à saúde, bem como do acompanhamento do impacto das ações nas condições de saúde da população.

No que diz respeito à prestação de serviços dos próprios estaduais, Bittar e Cecílio (2006) salientam que a rede estadual é campo para o desenvolvimento ou aplicação de novas modalidades de atendimento, de protocolos de utilização de tecnologias ou medicamentos, de avaliação de custos na área da saúde ou de novos sistemas de informações/informatização que, mais tarde, possam ser reproduzidas por outros serviços de saúde do SUS.

Por meio de um estudo epidemiológico que permita o conhecimento dos agravos que afligem a população, bem como seus desejos em relação à utilização do sistema de saúde, poderá ser realizado um planejamento das ações de saúde e a adequação das políticas públicas de esfera federal às realidades estaduais. Doenças crônicas, doenças de notificação compulsória, doenças emergentes e re-emergentes, doenças de transmissão hídrica e alimentar, doenças infecto-contagiosas, doenças raras, como as metabólicas e hereditárias que atingem poucos indivíduos, merecem diferentes tratamentos e formas de monitoramento. Obesidade, desnutrição, acidentes de trabalho, e as conseqüências da violência. Diabéticos, fumantes, deficientes físicos e mentais, adolescentes grávidas, são condições que merecem

estratégias específicas. Preparo para conviver com endemias e atacar as epidemias e pandemias faz parte do processo de planejamento. Ao mesmo tempo em que se estudam doenças e agravos mais comuns, deve-se também estar preparado para aquelas novas e/ou raras, como, por exemplo, a gripe aviária.

Nessa vertente, verificamos que a utilização de dados e informações fornece conhecimentos necessários para a elaboração de indicadores de saúde e de doença e que o cruzamento desses dados de saúde com indicadores socioeconômicos e de produção, permitem conclusões importantes para a solução de problemas e para prover assistência com eficiência, efetividade e eficácia, proporcionando a reestruturação do setor saúde, em todos os níveis, o realinhamento das políticas de saúde federais dentro da realidade de cada estado, sendo esta, uma das competências fundamentais da esfera estadual no âmbito das políticas públicas de saúde. (SÃO PAULO, 2006)

### **1.3 - Políticas Públicas de Saúde – Esfera Municipal de Araraquara-SP**

Segundo Mercadante (2002), o modelo original do SUS concede protagonismo ao município. À Secretaria Municipal, além, naturalmente, da gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, são confiados o seu planejamento, organização, controle e avaliação, inclusive a gestão dos laboratórios públicos de saúde e dos hemocentros. O poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades de iniciativa privada.

Buscamos conhecer os programas e serviços de saúde de Araraquara, para entendermos como se dá a execução das ações de saúde neste município.

Segundo a Gerência de Formação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara SP (2006), podemos citar como programas municipalizados e prioritários para a saúde coletiva questões como: as imunizações, o controle do vetor e da epidemia da dengue, o controle de outras endemias significativas (tuberculose, hanseníase, AIDS, etc), os programas de Saúde da Família (PSF), de controle da hipertensão e diabetes, a prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, as vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, as ações para redução dos óbitos maternos e infantis, as ações coletivas de saúde bucal, o pré-natal e o programa de saúde da criança, em especial nos primeiros anos de vida, o atendimento ambulatorial de saúde mental, entre outros. (ARARAQUARA, 2006)

A Constituição de 1988, ao definir a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, preconiza o seu caráter intersetorial, a integralidade da sua dimensão e a descentralização como meio estratégico para se alcançar a sua universalidade e equidade. (BRASIL, 1988). A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei número 8.080 (Lei orgânica da Saúde) coloca os municípios como *locus* central da sua implantação, devendo, portanto, ser este o espaço o ponto de referência para o planejamento e a gestão de sistemas locais de Saúde. (BRASIL, 1990).

O governo municipal, atualmente, deve pautar suas decisões sobre quais ações de saúde desenvolver, levando em consideração os interesses da sociedade, motivado pela busca de soluções para os problemas da população, o que resulta na implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população (ARARAQUARA, 2006).

### **1.3.1 Serviços de Saúde, Programas e Políticas de Saúde do Município de Araraquara-SP**

O município de Araraquara assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde em maio de 1998 e desde então gerencia todas as atividades do Sistema Único de Saúde. Para tanto, recebe recursos anuais repassados pelo Ministério da Saúde. (ARARAQUARA, 2006)

Resgatando o histórico da implementação do sistema de atenção à saúde de Araraquara, relataremos alguns marcos importantes: em 1977, é instalado o Pronto Socorro Municipal; em 1982, ocorre a formação de um grupo de estudos para a implementação de um sistema de saúde municipal, e em 1982 são instaladas as 02 primeiras Unidades Básicas de Saúde, uma no bairro Jardim América e outra no Selmi Dei I. Após três anos, 1985, mais 05 unidades básicas de saúde são inauguradas, nos bairros: Jardim Paulistano, Cecap, Santa Lúcia, Parque das Laranjeiras, e Yolanda Ópce. A partir de 1988, ocorre o início do atendimento básico em pediatria, clínica médica e tocoginecologia, seguido da criação de serviços especializados, tais como: saúde bucal, Centro Regional de Reabilitação, Unidade de Métodos Diagnósticos. Ainda nesse ano é inaugurado mais um Pronto Socorro, na Vila Xavier e o Centro de Saúde de Gavião Peixoto. (ARARAQUARA, 2006)

Atualmente em Araraquara há 14 Unidades Básicas de Saúde, que estão nos bairros: Jardim Paulistano, Jardim América, Yolanda Ópice, Cecap, Iguatemi, Santa Lúcia, Parque das

Laranjeiras, Santa Angelina, Selmi Dei I, Selmi Dei VI, Melhado, Vila Xavier, Parque Residencial São Paulo. Três dessas unidades apresentam o Programa de Agentes Comunitários (PACS) anexo: a unidade do Parque das Laranjeiras, a do Parque Residencial São Paulo e a do Jardim Santa Lúcia. Os agentes comunitários de saúde visitam mensalmente as famílias dos bairros, levando orientações de saúde e procurando identificar problemas de saúde, e/ou sociais passíveis de uma intervenção precoce pela equipe da unidade de Saúde. As UBSs (Unidades Básicas de Saúde) são centros de atendimento e serviços médicos nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral). Oferecem vacinas, curativos, retirada de pontos, aplicação de medicamentos, inalação, exame do pezinho, controle pressão arterial, peso e estatura, atividade educativas, preventivas e curativas nos seguintes programas: hipertensão arterial e diabetes mellitus, prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, pré-natal e puerpério, climatério, puericultura, prevenção das DST (Doenças sexualmente transmissíveis) /AIDS, prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), saúde bucal (direcionado principalmente às gestantes e crianças em idade escolar e pré-escolar).

As Unidades Básicas de Saúde atendem a qualquer pessoa que esteja domiciliada em Araraquara, sendo que cada unidade tem sua área de abrangência (bairros que atendem). Para ser atendido o/a cidadão (ã) tem que ser matriculado, pois todos os dados de sua saúde são registrados em um prontuário, que só pode ser localizado por meio do número de sua matrícula, que é anotado num cartão que deve ser apresentado por cada membro da família que procura a unidade. O atendimento da unidade básica de saúde é previamente agendado procurando com isso evitar filas e proporcionar um atendimento programado, efetuado com calma, atenção e qualidade. Para qualquer encaminhamento ou qualquer solicitação de exame é necessário passar por consulta médica na unidade. Por meio da consulta, o profissional médico verifica a necessidade e a especificidade de cada solicitação.

Quanto aos medicamentos, a unidade fornece os que são padronizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde, desde que a receita seja recente (menos de dois dias) e de uma unidade de saúde pública. Em caso de necessidade de atendimento de urgência, dependendo do problema ou intercorrência, há a possibilidade de atendimento imediato. No acolhimento ou triagem é verificada, de acordo com os sintomas e sinais apresentados por cada pessoa, a melhor forma de atendê-la: na hora, por meio de agendamento ou por encaminhamento aos Prontos Socorros. (ARARAQUARA, 2006)

Há duas unidades de NIS (Núcleos Integrados de Saúde), sendo uma no Jardim Roberto Selmi Dei e outra no Jardim Iguatemi. Esses núcleos também estão anexos às Unidades Básicas de Saúde, oferecendo consultas em especialidades como ortopedia, otorrinolaringologia e cardiologia e pronto atendimento à noite e finais de semana. O Núcleo Integrado de Saúde visa a descentralizar e facilitar o acesso da população de bairros distantes aos serviços de saúde. (ARARAQUARA, 2006)

O município de Araraquara atualmente possui 10 Unidades de Saúde da Família, com 14 equipes: Vale do Sol, Jardim das Hortênsias, Assentamento Bela Vista e Bueno de Andrada, Jardim Pinheiros, Jardim Marivan, Jardim Maria Luiza, Jardim Ieda, Jardim Cruzeiro do Sul e Jardim Brasil. O Programa de Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (ARARAQUARA, 2006)

A atuação das equipes é baseada em territorialização, trabalhando com área de abrangência definida e que fica responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita a essa área. A recomendação é que a equipe seja responsável por no mínimo 2.400 e, no máximo 4.500 habitantes (média obtida dos dados do IBGE/1991), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode acompanhar um número mínimo de 400 e, máximo de 750 habitantes residentes em uma micro-área. A equipe de saúde da família tem como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

Apresentaremos, a seguir, segundo a Gerência de Formação Continuada da Secretaria Municipal de saúde de Araraquara SP, (2006) os principais programas desenvolvidos nas Unidades de Saúde de Araraquara:

**Programa de saúde da criança:** abrange vários projetos como o SISVAN (sistema de vigilância alimentar e nutricional), projeto do recém-nascido de risco, projeto de estimulação precoce, imunização e saúde bucal, desenvolvidos em todas as unidades de saúde.

**Programa de saúde do adulto:** abrange o programa de controle de diabetes e hipertensão, com acompanhamento mensal e fornecimento de medicamentos, desenvolvido em todas as unidades de saúde.

**Programa de saúde do idoso:** desenvolve atividades de reabilitação, prevenção inclusão social e orientação a cuidadores. É um dos projetos que integra o Programa FELIZ IDADE e tem suas atividades centradas no Centro Regional de Reabilitação.

**Programa da saúde da mulher:** abrange o pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo de útero, climatério, planejamento familiar e controle de doenças sexualmente transmissíveis. Desenvolvido em todas as unidades de saúde.

**Programa de saúde bucal:** abrange atendimento emergencial, atendimento a gestantes, crianças e adolescentes em idade escolar, ações educativas e preventivas em toda rede pública de ensino e ambulatório para portadores do vírus HIV. Possui atendimento nas escolas estaduais e municipais, centro de educação e recreação, centros municipais de saúde e pronto socorro.

**Programa deficiente auditivo:** compreende avaliação, indicação e fornecimento de aparelho auditivo, assim como acompanhamento dos protetizados. Essas atividades são desenvolvidas no Centro Regional de Reabilitação e Centro Integrado de Saúde Auditiva (CISA).

**Programa de órteses e próteses:** compreende avaliação, indicação e fornecimento de aparelhos e próteses para portadores de necessidades especiais. As atividades são desenvolvidas no Centro Regional de Reabilitação.

**Programa de controle da dengue:** desenvolve atividades de controle e combate à dengue.

**Equipe I.E.C. (Informando, Educando, Comunicando):** equipe composta por oito agentes sanitários. Participa do treinamento de novos agentes e responsáveis pelas ações educativas em escolas, comércio, indústrias, grupos comunitários, 3ª idade.

**Programa de visita domiciliar:** realiza visitas a pacientes acamados, com empréstimo de camas hospitalares e a realização de procedimentos de enfermagem. O Programa está

localizado no Centro de Saúde do Jardim Paulistano e no Centro Regional de Reabilitação. Acompanha 100 pacientes acamados.

**Programa de saúde do adolescente:** desenvolve ações preventivas, educativas, de atendimento a adolescentes, por meio de equipe multiprofissional do Centro de Referência do Jovem e Adolescente, nas áreas de pediatria, ginecologia e psiquiatria. Planeja as políticas sociais de atendimento ao jovem e adolescente, com desenvolvimento de vários projetos na área de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

**Programa Municipal de DST/ AIDS:** programa desenvolvido em parceria com o SESA, Centro de Referência do Adolescente e ONGS, desenvolve atividades de prevenção, educação e tratamento dos portadores do vírus HIV.

**Programa de Saúde do Trabalhador:** por meio do Centro de Referência de Saúde do trabalhador, *CEREST*, promove a prevenção, diagnóstico situacional das doenças ocupacionais e atividades educativas junto à comunidade e profissionais. Desenvolve políticas de saúde para o trabalhador, assim como atua na prevenção de doenças ocupacionais. É um órgão regional.

Ainda como Política Pública, podemos citar o Centro de Referência da Mulher (CRM) que tem como principal objetivo a prestação de serviços e o desenvolvimento de políticas públicas que atendam às demandas específicas das mulheres. Inaugurado pela Prefeitura do Município de Araraquara no dia 13 de junho de 2001, o Centro de Referência da Mulher realiza um trabalho de orientação jurídica, atendimento psicológico e oficinas de gênero que contribuem para a reflexão, construção da cidadania e autodeterminação das mulheres. Oferece casa abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica, e que estão com sua vida em risco, tem como objetivos: possibilitar proteção imediata à integridade física e moral, da mulher vítima de violência doméstica do município de Araraquara, além de promover sua reintegração social e defesa de seus direitos como ser humano e cidadã. (ARARAQUARA, 2006)

Apresenta o Programa Mãe Trabalhadora que visa oferecer atendimento nos CER's (Centro de Educação e Recreação), às crianças cujas mães necessitam ampliação do horário, em decorrência de seus compromissos de trabalho. Nesses horários, um planejamento específico de atividades é desenvolvido com as crianças que participam do projeto e que também recebem um reforço alimentar, seja na antecipação do período da manhã, seja na extensão do período da tarde. (ARARAQUARA, 2006)

O Programa Renda Cidadã atende 120 famílias em situação de vulnerabilidade social, priorizando o atendimento por meio dos Centros Municipais de Assistência Social. Das 120 famílias atendidas pelo Programa, 81% delas são chefiadas por mulheres. O Programa Bolsa Escola atende 887 famílias, distribuídos em 44 escolas do município. (ARARAQUARA, 2006)

A Frente da Cidadania atende pessoas desempregadas cujas famílias encontram-se em situação de vulnerabilidade social, contratando-se em regime temporário, por 12 meses, para o trabalho na limpeza pública, junto à Secretaria Municipal de Assistência Social de Serviços e Obras do Município. Durante o período de contrato, os (as) trabalhadores (as) passam por programas de requalificação profissional, alfabetização, acompanhamento médico quando necessário. Mais da metade dos/as trabalhadores da Frente são mulheres. (ARARAQUARA, 2006)

A cidade possui duas organizações de cooperativas: Cooperativa de Reciclagem no Parque São Paulo e a União da Coleta Seletiva (UNICOL), na Praça do Carmo.

O Programa AABB Comunidade é um programa desenvolvido pela Prefeitura Municipal em parceria com a Fundação Nacional do Banco do Brasil e desenvolvido na sede de campo da AABB – Associação Atlética do Banco do Brasil - de Araraquara. São atendidas crianças e adolescentes de 07 a 14 anos dos bairros Parque São Paulo, Jardim Pinheiros e Hortênsias, em horário oposto ao período de educação formal na rede pública. O programa prevê atividades sócio-educativas, integrando ações das Secretarias de cultura, esporte, educação, saúde e assistência social. São beneficiárias desse Programa 120 famílias. (ARARAQUARA, 2006)

O Projeto de Apoio e Valorização Familiar no Jardim das Hortênsias está sendo desenvolvido com 90 mulheres e seus/as respectivos/as filhos/as, visando ao fortalecimento de 200 famílias dos bairros periféricos mais atingidos pela violência. Paralelamente ao trabalho de recreação e lazer com as crianças, as mães reúnem-se para sessões de trabalho em grupo, oficinas de arte e culinária e para discussão dos principais problemas por elas vivenciados. O projeto piloto está em andamento no Jardim das Hortênsias desde outubro de 2.001. (ARARAQUARA, 2006)

Araraquara apresenta programas dirigidos à saúde das mulheres em todas as etapas da vida: Programa Prevenção Câncer Colo Uterino, Programa Prevenção ao Câncer de Mama, Programa Planejamento Familiar, Programa Assistência Humanizada do Pré Natal ao Parto,

Programa de Prevenção à Hipertensão, Programa de Prevenção ao Diabete, Programa de cuidados com a saúde no Climatério, Programa "Prevenção à Gravidez na Adolescência". É importante mencionar também o Projeto "Adolescência e Vulnerabilidade" orientação sexual e prevenção às DST's (Doenças sexualmente Transmissíveis) e a AIDS junto aos adolescentes. (ARARAQUARA, 2006)

O centro de zoonoses promove o controle de fauna, sinantrópicos, de vetores, da raiva, e faz o serviço de apreensão de cães vadios, atendendo a queixas relativas a morcegos, escorpiões; ratos; carrapatos, pulgas e pombos, leptospirose e hantavirose. (ARARAQUARA, 2006).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) visa ao atendimento ambulatorial de pacientes adultos com distúrbios mentais, buscando a implementação da política de desospitalização, e a ressocialização do doente mental. Temos ainda o CAPS AD (álcool e droga), proporcionando o tratamento ambulatorial do usuário de álcool e outras drogas. (ARARAQUARA, 2006)

O Centro de Referência Ambulatorial de Atendimento Saúde Mental do Adulto (CRAASMA) apresenta atividades com equipe multiprofissional de prevenção e recuperação da saúde mental. (ARARAQUARA, 2006)

O Espaço Crescer atende crianças com até 12 incompletos, lembrando que, se a criança que já estiver em atendimento completar 12 anos, ela continuará o tratamento. Semanalmente, cerca de 500 atendimentos são realizados, sendo o mais procurado o de fonoaudiologia, que chega a atender 70 jovens por semana. Além de fonoaudiologia, a clínica mantém atendimento com psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, geneticista (para crianças com síndromes), enfermeiro e agentes de enfermagem. Crianças de Araraquara e microrregião são atendidas na clínica, encaminhadas por médico da rede básica de saúde e pela Secretaria da Educação. (ARARAQUARA, 2006)

O Núcleo de Gestão Assistencial (NGA3) promove o atendimento de consultas médicas de especialidades (cardiologia, ortopedia, neurologia, urologia, oftalmologia, etc). Essas consultas são referenciadas pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde por meio da Central de Agendamentos. Esse serviço acabou com as filas para consultas para especialidades mediante referência (via malote). Atualmente, por meio do sistema de informatização das unidades básicas de saúde, as próprias unidades já efetuam o agendamento da especialidade necessária logo após a consulta com o médico clínico.

A Central reguladora de leitos municipais controla os leitos hospitalares e está integrada ao sistema de emergência municipal. O Serviço de emergência municipal está sediado no Hospital Santa Casa, promovendo atendimento a emergências de nível de complexidade médio e alto, com recursos como tomografia computadorizada, hemodinâmica, centro cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. (ARARAQUARA, 2006)

O Pronto Socorro do Melhado promove pronto atendimento em clínica básica, possuindo baixo grau de complexidade tecnológica, contando com o serviço de referência de enfermagem para centros de saúde, apoio diagnóstico de exames laboratoriais, serviço de radiologia e ortopedia e serviço odontológico de urgência. É referência para o tratamento de paciente que sofreu acidente com animais peçonhentos.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU, 192) faz o atendimento pré-hospitalar de urgência da cidade. Com suas unidades de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, oferece a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio da Central de Regulação Médica, onde o médico regulador acolhe o pedido de ajuda médica dos cidadãos acometidos por agravos agudos à saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica, e ginecológica, classifica o nível de urgência e define o recurso necessário ao adequado atendimento.

A Vigilância Epidemiológica busca o conhecimento dos indicadores que auxilia na formulação de políticas de saúde, baseando-se na coleta e gerenciamento de dados como morbidade, mortalidade e sistema de informações.

A Vigilância Sanitária é responsável por ações de rotinas para proteger e promover a saúde da população, por meio de um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde; compreendendo todas as etapas do processo, da produção ao consumo, o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com saúde. Implicam na atividade de diversos especialistas voltados para o estudo da água, dos alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, equipamentos e serviços de assistência à saúde e todas as substâncias, materiais, serviços ou situações que possam representar risco à saúde coletiva da população.

O Serviço Especial de Saúde (SESA) promove a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e os programas de tratamento e controle da tuberculose, hanseníase, DST (doenças sexualmente transmissíveis) / AIDS e hepatites. É um Centro de Saúde vinculado à Universidade de São Paulo. (ARARAQUARA, 2006)

A Unidade de Métodos Diagnósticos (UMED) apresenta exames de ultra-sonografia (obstétrico, pélvico, transvaginal, vascular, músculo-esquelético, abdominal, bolsa escrotal, etc.), exames de eletrocardiograma, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva, colonoscopia, raio X, mamografia, e exames laboratoriais. (ARARAQUARA, 2006)

Após conhecermos as competências de cada esfera do governo relativas às ações de saúde e sua interlocução com a formulação de políticas públicas que devam proporcionar a construção de um modelo de atenção à saúde, que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, verificaremos as principais propostas da política nacional de promoção da saúde, tendo em vista que, na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-las, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes que irão garantir opções saudáveis para a população.

#### **1.4 - Principais propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde**

A perspectiva da promoção da saúde é formalmente instituída no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1998, por meio do Projeto Promoção da Saúde. Segundo o documento elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a OPA (Organização Pan Americana de Saúde) e o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), em 2001, a política de promoção da saúde busca

Reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, visando à construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania e advogar por uma dinâmica de atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história. (BRASIL, 2001)

Nesse sentido, as ações no campo da saúde no país passam, assim, a incorporar os elementos fundamentais da Carta de Ottawa: ampliação dos determinantes da saúde,

construção de estratégias intersetoriais e planos territorializados de intervenção no ambiente social, fortalecimento das instâncias de participação comunitária e garantia de equidade. (BRASIL, 2006 b)

As linhas de atuação do Plano de Desenvolvimento da Promoção da Saúde desenvolvido pela Secretaria de Políticas Públicas para o quadriênio 2000/2003 foram: a Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, a Promoção de Ações contra a Violência, a Capacitação de Recursos Humanos para a Promoção da Saúde, a Escola Promotora de Saúde, os Espaços Saudáveis e Comunicação e Mobilização Social.

Segundo o Ministério da Saúde, as linhas de atuação devem, portanto, proporcionar à população condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo a paz, a educação, a moradia, o alimento, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

No entanto, como apontam TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS (1998), o movimento de promoção da saúde no país é indissociável do processo de reorientação das políticas de saúde na década de 90 e de seus múltiplos desdobramentos institucionais e políticos.

Como já vimos anteriormente neste trabalho, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), a partir de 1991, estruturaram e aprofundaram o processo de descentralização do SUS e reorientaram o modelo assistencial, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a participação da população e a melhoria do fluxo de recursos financeiros destinados à saúde entre a União, Estado e Municípios.

Dessa maneira, a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF) e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foram, igualmente, iniciativas que pavimentaram a trajetória da promoção da saúde. (BRASIL, 2002)

Nesse sentido, podemos afirmar que a Política de Promoção da Saúde agregou aos princípios norteadores do SUS, propostas que reconhecem a necessidade de transformar o perfil de intervenção e que aprofundam a análise da interdependência entre problemas sociais e de saúde. Na cartilha da Política Nacional de Promoção à Saúde, observamos que, nesse processo foi ainda intensamente valorizado o potencial individual e comunitário de participação das escolhas e decisões públicas sobre a política de saúde. (BRASI, 2006b)

Para Luchese e Magalhães (2002), a Política Nacional de Promoção da Saúde enfrenta também o desafio da pluralidade das condições de vida e saúde locais. O perfil heterogêneo de

acesso aos bens e serviços sociais, traduzido na desigualdade das situações de saúde nas unidades federativas, impõe refinar o gerenciamento descentralizado das ações e dos processos de transferência de recursos públicos. Particularidades e especificidades regionais devem ser incorporadas à agenda da promoção da saúde buscando diretrizes mais amplas e universais e objetivos capazes de atender às necessidades locais.

O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado em 1998, e o XIV Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde são alguns dos eventos que reafirmaram a adesão dos municípios à proposta de promoção da saúde enquanto elemento chave de um processo que pretende significar a luta pela saúde e qualidade de vida, adequando-o às opções do modelo de desenvolvimento econômico e social e permitindo a construção cotidiana da intersetorialidade. (LUCHESE e MAGALHÃES, 2002)

Verificamos que o Sistema Único de Saúde preconiza como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, um diálogo com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde, como uma estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Procuramos algumas experiências locais e ações desenvolvidas por alguns municípios brasileiros que nos levam a verificar como essa política de promoção à saúde vem sendo desenvolvida.

#### **1.4.1 Experiências locais implementadas em conformidade com as propostas de políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis**

Algumas experiências orientadas pelo enfoque da promoção da saúde têm sido desenvolvidas no país e alcançado resultados importantes para o processo de consolidação da proposta de políticas públicas saudáveis. (LUCHESE, 2004)

Citaremos, a seguir, os exemplos vividos nos municípios brasileiros de Crateús (CE), Sobral (CE), Chopinzinho (PA), Distrito Federal (DF) e Embu (SP), que nos mostram os diferentes caminhos, limites e potencialidades do processo de estruturação de políticas articuladas e intersetoriais com o objetivo de melhorar a saúde e garantir a cidadania da população. Para Luchesi (2004), nessas experiências, os problemas regionais são compartilhados entre instituições públicas e organizações sociais e a ação é territorializada, gerando uma intervenção mais próxima da realidade social.

Em Crateús, município de estado do Ceará, por exemplo, a parceria entre administração pública municipal e a Faculdade de Saúde Pública possibilitou a constituição de comitês populares distribuídos em 21 áreas de mobilização, envolvendo 300 agentes sociais. Os comitês dinamizam a participação popular e a promoção da qualidade de vida. (LUCHESEI, 2004)

Em Sobral, no estado do Ceará, as metas de zerar o analfabetismo, reduzir o índice de mortalidade infantil, colocar as crianças nas salas de aula, sanear toda a cidade e criar uma política de combate ao alcoolismo e ao uso de drogas entre os jovens são renovadas por meio de comitês formados por instituições de governo e organizações civis. A expressiva queda nos índices de mortalidade infantil desde 1994, a redução da evasão escolar e os avanços na capacitação e profissionalização dos jovens, têm demonstrado a melhoria da qualidade de vida na região. (BRASIL, 2002)

O município de Chopinzinho, localizado no estado do Paraná, iniciou o projeto de município saudável em 1995, como um desdobramento do Plano de Desenvolvimento Rural. Tratando-se de uma região predominantemente agrícola e vivendo os problemas ligados à falta de investimento e perspectivas de integração dos trabalhadores rurais, foi criado um Conselho com a participação de agricultores, sindicalistas, moradores e representantes de associações comerciais, organizações civis, clubes de mães e prefeitura. A partir daí, foram viabilizadas cooperativas de produção, crédito e habitação, programas de preservação do meio ambiente e diferentes projetos voltados à melhoria da qualidade de ensino. Por meio do fortalecimento de múltiplas parcerias, foram criadas estratégias para ampliar a responsabilização social e a capacitação para a gestão local. (LUCHESEI, 2004)

No Distrito Federal, segundo a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, o Programa Empresa Amigos da Educação “Se Liga Galera” beneficia cerca de 6.500 jovens e crianças, alunos da rede pública de ensino, ampliando a informação e o debate sobre os riscos do uso de drogas e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 2002)

Em Embu, Estado de São Paulo, os catadores de lixo fundaram em 1997 a Cooperativa de Reciclagem de Matéria Prima e, por meio da parceria com o SEBRAE, Fetrabalho, Instituto de Cooperativismo e Associativismo de São Paulo e o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Tecnológico Educacional e Associativo do Rio Grande do Sul, têm ampliado a renda, a formação e a capacitação dos trabalhadores. (LUCHESEI, 2004)

No entanto, os distintos grupos e segmentos sociais comprometidos com a proposta de políticas públicas e cidades saudáveis enfrentam também dificuldades importantes para a concretização de ações intersetoriais. A alternativa de gestão das intervenções públicas a qual permite a interpenetração de saberes e práticas, bem como a criação de um circuito virtuoso de trocas entre gestores e técnicos de diferentes instituições e a população, é ainda, muitas vezes, um objetivo difuso e dificilmente alcançável. (LUCHESEI, 2004)

Para Boaventura de Souza Santos (1988), sociólogo português, “a institucionalização do Estado-articulador está ainda por inventar.”

O exercício da flexibilidade e da pluralidade no âmbito das políticas públicas é novo e ainda enfrenta múltiplas resistências. A tendência à parcialização, rigidez e excessiva hierarquização das agências estatais aliada à fragilidade das instâncias de participação dos cidadãos e organizações não governamentais no processo de formulação e gestão públicas, podem gerar obstáculos para a construção de novos espaços de negociação e ação integrada. Ao mesmo tempo, ainda são poucos os investimentos na avaliação dos resultados e do impacto das experiências de políticas públicas saudáveis no país. (LUCHESEI, 2004)

Ainda para Luchesi (2004), as ações em rede e que, portanto, mobilizam diferentes instituições, lideranças populares e múltiplos atores sociais, impõem a estruturação de um novo enfoque da avaliação das políticas sociais. A convergência de objetivos e metas deve ser estendida também aos critérios de monitoramento das ações com a finalidade de gerar informação qualificada e novas estratégias para a expansão de iniciativas bem sucedidas.

#### **1.4.2 - Políticas Públicas Saudáveis e Municípios Saudáveis**

Verificamos, então, que as políticas públicas saudáveis são iniciativas que buscam recuperar as bases sociais do perfil diferenciado de saúde e doença, avaliando as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade.

Leonard Duhal, em 1984, introduz a noção de cidade saudável para caracterizar práticas inovadoras ligadas à reforma urbana e melhoria das condições de vida desenvolvidas, principalmente, no Canadá e em países europeus. (DUHAL, 1984, *apud* LUCHESEI, 2004)

Nesse sentido, podemos afirmar que o enfoque na qualidade de vida e o argumento de que a cidade, cada vez mais, torna-se o espaço privilegiado para a construção de projetos de desenvolvimento social são combinados em um movimento de reestruturação das políticas públicas, onde o amplo envolvimento intersetorial e a participação dos cidadãos na construção de soluções para os problemas prioritários são, assim, os princípios básicos da cidade saudável.

Nessa óptica, voltamos a rever a Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde (OTAWA,1986), referendada na Conferência de Adelaide (1988), que apontou como elementos fundamentais para a promoção de políticas públicas e municípios saudáveis, a participação comunitária e a responsabilização dos governos nacionais, regionais e locais nas ações voltadas, prioritariamente, ao apoio à saúde da mulher, ao fim da fome e das carências nutricionais, à redução do consumo de tabaco e álcool e à proteção da população contra os riscos ambientais.

Ao buscarmos informações sobre as experiências locais com a promoção da saúde, pudemos ter uma maior visibilidade às especificidades de cada contexto social, tais como a poluição, qualidade da água, redução da violência, busca alternativa de melhoria de renda familiar, diminuição do analfabetismo, etc., cujas ações se tornaram importantes demandas no interior de um processo dinâmico de interação entre gestores, população, organizações e redes sociais.

Para Luchesi (2004), diferentes pautas públicas consolidaram propostas criativas e singulares de políticas públicas e municípios saudáveis. A complexidade e multidisciplinaridade dos problemas de saúde vêm exigindo novas alianças e consensos buscando garantir o “aprendizado compartilhado”. Projetos e iniciativas públicas são integrados e territorializados. As exigências em torno da saúde passam a ser compatibilizadas às exigências de trabalho, renda, educação, lazer e cultura da população.

Nesse contexto, podemos afirmar que os gestores municipais deverão basear-se nos problemas e necessidades locais para a formulação de políticas de promoção da saúde em seu município.

Para Junqueira (2000), um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais e otimizar a utilização dos recursos disponíveis seriam as redes sociais. Essas são um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder às demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e autonomia de cada membro. Essa

ampliação de temas e atores políticos, produzindo novas e criativas coalizões e parcerias pode alterar positivamente as práticas sociais e a agenda pública.

Na perspectiva de Buss (2000) “As políticas públicas saudáveis envolvem um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença.”

A saúde, e não mais a doença, torna-se o alvo da intervenção pública e o predomínio das práticas assistenciais é questionado. No desenho de novas atribuições públicas voltadas à construção de “ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde”, são incorporadas novas necessidades, demandas e sujeitos sociais. O intercâmbio e a interação entre instituições públicas, privadas, organizações governamentais e grupos voluntários são, assim, identificados como processos prioritários para a efetividade do compromisso com a construção de ambientes saudáveis. (BUSS, 2000)

Nesse contexto, verificamos a importância de citar a Agenda 21, como um marco importante na melhoria da qualidade de vida, que abriu um caminho capaz de ajudar a construir politicamente as bases de um plano de ação e de um planejamento participativo em âmbito global, nacional e local, de forma gradual e negociada, tendo como meta um novo paradigma econômico e civilizatório, e cujas ações prioritárias no Brasil são os programas de inclusão social (com o acesso de toda a população à educação, saúde e distribuição de renda), a sustentabilidade urbana e rural, a preservação dos recursos naturais e minerais e a ética política para o planejamento rumo ao desenvolvimento sustentável.

### **1.4.3 - A Agenda 21 e a melhoria da qualidade de vida**

A agenda 21 traduz o compromisso em torno da satisfação das necessidades básicas, melhoria das condições de vida e proteção dos ecossistemas mundiais afirmado entre as 179 nações reunidas na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992, no Rio de Janeiro e conhecida como ECO-92. Da perspectiva de que há uma dependência mútua entre população saudável e desenvolvimento sustentável, são preconizadas na Agenda 21 ações e estratégias voltadas à garantia de saneamento, abastecimento de água, segurança alimentar, atendimento primário de saúde, controle de moléstias contagiosas, proteção de grupos vulneráveis e redução de riscos ambientais tanto

nas áreas rurais como nas áreas urbanas. Na verdade, desde meados dos anos 60, o dilema do desenvolvimento econômico e social aliado à proteção ambiental, vem ganhando visibilidade e forçando a ampliação do debate sobre as alternativas políticas capazes de conciliar sustentabilidade e justiça social. (LUCHESE, 2004)

Em 1972, a I Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente, realizada em Estocolmo, aprofundou a análise sobre os impactos ambientais e conseqüências sociais relacionados ao perfil de desenvolvimento econômico e industrial hegemônico. O problema da qualidade de vida passa a ser compreendido como algo que ultrapassa as fronteiras nacionais dos países industrializados e em desenvolvimento e, portanto, as soluções são articuladas a um novo comportamento político global. (LUCHESE, 2004)

Nesta perspectiva, o Relatório Brundland, elaborado em 1987 pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento criada pelas Nações Unidas, apontou os limites da promoção da industrialização ou do crescimento econômico independentes da avaliação do impacto no meio ambiente e nas condições efetivas de vida, saúde e liberdade humanas. A Agenda 21 resultante do ECO 92 recupera esta trajetória e através dos conceitos-chave de parceria, educação, desenvolvimento individual, equidade, planejamento, desenvolvimento da capacidade institucional e informação fundamenta as estratégias prioritárias para a garantia do desenvolvimento sustentável. Assim, estabelece as principais diretrizes para a mudança dos perfis de pobreza e desigualdade social, para o controle de resíduos e substâncias tóxicas e proteção da água e do solo, para a ampliação da participação da população na formulação e implementação de políticas públicas e para a introdução de inovações jurídicas capazes de viabilizar um arcabouço institucional compatível com o planejamento integrado. A Agenda 21 Global vem sendo desdobrada também nos níveis nacionais e municipais. (LUCHESE, 2004)

No Brasil, seguindo a metodologia para a construção da agenda 21 nacional proposta pela ONU, foi criada em 1997 a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional (CPDS), presidida pelo representante do Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal. A comissão foi composta por representantes do Ministério do Planejamento e Orçamento, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, da Câmara de Políticas Sociais e de representantes da sociedade civil organizada. Em 2002, a comissão apresentou documento com propostas de crescimento sustentável vinculadas a seis áreas temáticas: agricultura sustentável, cidades sustentáveis, infra-estrutura e integração regional, gestão de recursos naturais, redução das desigualdades sociais e ciência e tecnologia

para o desenvolvimento sustentável. A partir da discussão com entidades civis, Organizações não governamentais e agências estatais foram consolidadas, em nível nacional, as proposições de diferentes segmentos sociais. Independente do processo de construção da Agenda 21 nacional, os municípios, bairros e escolas também foram mobilizados a apresentar propostas para Agenda 21 local. Assim, segundo o Ministério do Meio Ambiente, em 2002 foram cadastradas 204 experiências de Agenda 21 locais em andamento nas diferentes regiões do país. (LUCHESE, 2004)

As agendas sociais surgem como alternativas de resposta para organizar o processo de implantação dos ideais e necessidades encampados por setores de nossa sociedade. Desvelar os discursos e as práticas similares e distintas que pregam a ação intersetorial como princípio básico parece ser fundamental para avançarmos na definição de subsídios para o desenvolvimento local sustentável como estímulo e apoio à formação de indivíduos, grupos e sociedade com autonomia incremental de gestão para a melhoria da qualidade de vida. (JUNQUEIRA, 2000)

Segundo Luchesi (2004), a Agenda 21, nos seus diferentes níveis de implementação, possui estreita vinculação com os princípios de reorganização administrativa, participação social e garantia de equidade no campo da saúde. A concepção do desenvolvimento social como processo ampliado e cuja sustentabilidade impõe compromisso e engajamento cotidiano dos cidadãos atravessa o trabalho em saúde. Ao mesmo tempo, as conexões entre pobreza, degradação ambiental e condições de saúde fortalecem o diálogo interdisciplinar e a construção de propostas intersetoriais sintonizadas com a Agenda 21.

Nesse contexto, pudemos observar que existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, verificamos que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde e que é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade, precisamos enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Sendo assim, a defesa da saúde consiste, então, na luta para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde, e a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e

proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde.

Assim, fica evidente que os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde: ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis e que as decisões em qualquer campo das políticas públicas, em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população.

É importante observar que a promoção da saúde propugna a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas conseqüências das políticas sobre a saúde da população.

Para Luchesi (2004), as políticas públicas saudáveis se materializam por meio de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais.

Reafirmamos, então, que a nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença, e que a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

Nesse marco, a intervenção pública não deve apenas visar à diminuição do risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade, sendo esse conceito a essência das políticas públicas saudáveis.

Podemos afirmar, então, que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida e a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas.

Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

Dessa forma, nosso estudo neste trabalho sobre Medicina Social e Políticas Públicas de Saúde nos revela a importância de nossa pesquisa no sentido de que ao analisarmos o perfil de saúde do nosso município, por meio de estatísticas desagregadas que nos possibilitam a visão

das desigualdades existentes entre a população araraquarense, teremos subsídios para uma reorganização administrativa, na busca da equidade no campo da saúde.

## **CAPÍTULO II - MEDICINA SOCIAL**

Historicamente, o conceito de Medicina Social apareceu como resposta aos problemas de doenças surgidos no processo de urbanização e industrialização. A Medicina Social baseia-se igualmente nas Ciências Médicas e Sociais. A Antropologia, a Psicologia Social, a Sociologia e a Economia são tão importantes para este campo quanto os vários ramos da Medicina.

Como citamos anteriormente, buscamos um entendimento da Medicina Social, uma vez que, ao analisarmos o perfil demográfico, social, econômico, ambiental e de saúde da população do município de Araraquara, atendida na rede pública de saúde, por meio de estatísticas desagregadas, ou seja, procurando conhecer separadamente a população dos diversos bairros deste município, procuramos uma explicação das doenças e se sua cura é facilitada pelo conhecimento do contexto social em que vivem as pessoas, sempre visando a contribuir para que, por meio do conhecimento do modo de adoecer e morrer de nossa população, os gestores de saúde busquem estratégias de promoção da saúde, e o incremento da qualidade de vida, sobretudo em formações sociais com alta desigualdade sócio-sanitária, como foi demonstrado pelo Documento Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004), ao dividir o município em quatro setores, segundo a qualidade de vida e as condições de saúde.

Em Medicina Social não se estuda a história natural da doença num indivíduo, mas numa população, examinando-se os diferentes riscos a que estão expostos os vários grupos da sociedade e por que. Encarando os homens sadios ou doentes, não apenas como corpos biológicos, mas, sobretudo, como corpos sociais, e neste contexto, vendo a enfermidade não só como fenômeno natural, e, portanto técnico, mas também como fenômeno social e, conseqüentemente, como problema social, político e cultural. Segundo a Medicina Social, a doença está relacionada à estrutura social global. Os Homens são sadios, enfermam e morrem não segundo apenas variáveis biológicas, mas por razões, o mais das vezes, sociais. Portanto, é importante o estudo das determinações extra- biológicas da saúde e da doença, principalmente desta, quando encarada não em termos de indivíduos isolados, mas de uma população que apresenta segmentos sociais vivendo em condições diferenciadas. Assim quando analisamos como a enfermidade ocorre e se distribui na população, descobre-se que o fato de ela se individualizar em determinados organismos biológicos é, em grande parte, uma conseqüência de serem esses organismos membros participantes de determinadas relações sociais. (PEREIRA, 2003 )

## 2.1 Histórico da Medicina Social

Segundo ROSEN (1985), no conceito de Medicina Social, é fundamental o interesse pelo que, na saúde do homem, tem origem em sua vida comunitária. Tendo em mente este interesse, podemos distinguir dois aspectos principais na Medicina Social: o descritivo e o normativo. Como ciência descritiva, ela investiga as condições sociais e médicas de grupos específicos e estabelece as relações causais que existem entre estas condições; como ciência normativa, estabelece padrões para vários grupos que estão sendo estudados e indica medidas que podem ser tomadas para atenuar as condições existentes e alcançar os padrões que foram determinados.

Para Pereira (2003), o alcance da medicina social também pode ser delimitado por meio de três importantes aspectos sociológicos: a saúde em relação à comunidade, a saúde como valor social e a saúde e política social. O conceito de Grupo Social, ou mais especificamente de Classe Social, é básico para a Medicina Social. Ela diz respeito não ao indivíduo de *per se*, mas ao indivíduo enquanto membro de um grupo, de certo grupo econômico ou, em sentido mais amplo, enquanto membro de um grupo social.

Conseqüentemente, é objetivo da Medicina Social estudar todos os fatores que fazem parte dessa condição social de um grupo particular e que afetam o estado de saúde dos membros desse grupo; e, baseado nesse conhecimento, propor as medidas de natureza médica, sanitária e social necessárias para melhorar a saúde e para tornar o mais acessível possível ao maior número de pessoas as conquistas da ciência no setor da prevenção e do tratamento da doença.

Ao analisarmos o nascimento da Medicina Social, Michel Foucault (1972) indica três etapas para a sua formação: a Medicina de Estado, a Medicina Urbana e a Medicina da Força de Trabalho.

A Medicina de Estado acontece na Alemanha, no começo do século XVIII, em que se forma a ciência do Estado, onde este se torna objeto de conhecimento, além de instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos. Tais conhecimentos se desenvolveram de forma mais rápida e concentrada neste país, tendo entre as razões, a necessidade de se fazer inquéritos sobre recursos e o funcionamento dos estados que

compunham a Alemanha, que, naquela época, ainda se encontrava dividida, sob intenso clima de conflitos e afrontamentos. (FOUCAULT, 1972)

Outra razão para essa rápida ascensão da ciência do Estado foi a condição econômica estagnada em que se encontrava a Alemanha, que impulsionou a burguesia a se aliar ao soberano para melhor organizar o Estado. O mercantilismo era a teoria econômica ou prática política que delineava as ações daquele momento, final do século XVII e início do século XVIII. Com fins de melhor controlar a produção e por sua vez a quantidade de população ativa, a Alemanha desenvolve a chamada política médica de Estado. Esse sistema teria um modo muito mais completo de observação da morbidade, ao requerer a contabilidade de médicos e hospitais das diversas regiões da Alemanha, além do registro dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos. (FOUCAULT, 1972)

Essa política permitiu ainda a ocorrência de uma série de inovações tais como: a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação central e integral de vários médicos em uma nova organização estatal. A Medicina de Estado tinha por objetivo não de garantir uma força de trabalho, mas o corpo dos indivíduos enquanto força do Estado. Não é a toa que essa medicina se propôs a mais funcionalizada, estatizada, coletivizada dessa época fazendo com que os outros modelos nada mais sejam do que atenuações. (FOUCAULT, 1972)

A Medicina Urbana aconteceu na França já nos fins do século XVIII, exatamente pelo desenvolvimento das estruturas urbanas. Esse país também se encontrava fracionado em múltiplos territórios heterogêneos, além da existência de poderes senhoriais rivais num mesmo território e a estratificação do poder em representantes do poder estatal. Com essa situação, fica clara a necessidade da unificação do poder urbano bem regulamentado, que, por sua vez, proporcionará a unificação do território francês de modo coerente e homogêneo. Esse objetivo vinha por razões, tanto econômicas, pela intenção de tornar a cidade um importante lugar de mercado, além de unificar as relações comerciais em nível de nação, quanto por razões políticas, pois com o desenvolvimento das cidades, ocorre o aparecimento do proletariado, que fará com que as tensões aumentem consideravelmente. Isso se deve ao afrontamento entre pequenos grupos (plebe e burguês, ricos e pobres) o que ocasiona agitações e sublevações urbanas cada vez mais numerosas, que se chamam de revoltas de subsistência. (FOUCAULT, 1972).

Dentro desse panorama é que se percebe a necessidade de um poder político capaz de esquadriñar a população urbana para um melhor controle da mesma. Para tanto, colaborou o surgimento da atividade do medo diante das cidades, caracterizado por pânicos ocasionados pela vida urbana das grandes cidades do século XVIII. Esse pânico urbano era resultado de uma inquietude político-sanitária, que atingia principalmente a burguesia. Por isso essa classe reage ao lançar um modo de intervenção que se trata do modelo médico e político de quarentena. Surgiram para esse esquema de quarentena dois modelos: um em reação à lepra, que consistia em um mecanismo de exclusão ou exílio do doente, semelhante a uma forma religiosa de atuar, pois se tinha a intenção de purificar as cidades, retirando os “bodes expiatórios” (os leprosos); o outro teria sido suscitado pela peste que procurava uma análise minuciosa da cidade, de maneira individualizante, com o registro permanente tal qual uma revista militar. (FOUCAULT, 1972)

Dessa forma, a sociedade estaria disposta em um espaço esquadriñado, dividido e inspecionado sob um olhar permanente e controlado de registro. Entre os objetivos delineados para esse plano de conduta médica urbana, tinha-se o fato de analisar regiões de amontoamento, confusão e perigo urbano, que são propícios a doenças e fenômenos epidêmicos e endêmicos. Já a importância da medicalização das cidades se deu principalmente quando a prática médica entrou em contato direto com as ciências extramédicas, ou físico-químicas, graças à socialização da medicina; quando a medicina passou a se preocupar com as condições de vida e o meio de existência, ou seja, da relação do organismo com seu meio, e isso devido à união das ciências naturais à medicina; quando surge a noção de salubridade caracterizada pela preocupação com o estado das coisas, do meio e dos elementos constitutivos que afetam a saúde dos indivíduos. Junto a essa idéia surge a noção de higiene pública que seriam as técnicas de controle político-científico e modificação dos elementos materiais do meio que sejam suscetíveis a favorecer ou prejudicar a saúde. (FOUCAULT, 1972)

A Medicina da força de trabalho surge na Inglaterra, no momento de seu desenvolvimento industrial, fazendo aparecer uma classe pobre, plebéia e proletária que ainda não era considerada um elemento perigoso para a saúde da população, mas passaria a ser. O que fazia com que essa massa ainda não se tornasse um perigo seriam a ordem quantitativa dessas pessoas que ainda não eram tão numerosos e o fato de serem úteis à vida urbana, servindo como uma parte instrumental da existência urbana. Foi já no segundo terço do século XIX que aconteceram razões que levaram a crer que o pobre seria um perigo.

Dentre elas, podemos citar a percepção de que, enquanto força, a população pobre poderia ser capaz de se revoltar ou participar de revoltas, e o aparecimento da cólera em 1832, que fez cristalizar uma série de medos políticos e sanitários sob a população proletária, fazendo crer no perigo em suas presenças na cidade, surgindo com isso a divisão do espaço urbano em bairros e habitações de ricos e pobres. (FOUCAULT, 1972)

Para a socialização da medicina inglesa, elaborou-se a *Lei dos pobres* que tinha o intuito ambíguo de tanto promover uma assistência controlada aos pobres, através de uma intervenção médica, o que os beneficiava por um lado; como também protegia as classes ricas, sendo a burguesia quem mais se interessava em assegurar sua segurança política. Para melhor completar o intuito da Lei, grandes fundadores da medicina social incluíam o sistema *Health Service* que continha medidas preventivas a serem tomadas tais como a intervenção nos locais insalubres, as verificações de vacinas, o registro de doenças. (FOUCAULT, 1972)

Esta medicina de controle suscitou uma série de reações violentas da população, de resistência popular, que aconteciam não só na Inglaterra, da segunda metade do século XIX, como em diversos países do mundo. Formaram-se grupos de resistência aparentemente religiosos que lutavam contra a medicalização, o direito de querer ser atendido ou não pela medicina oficial e, sobretudo, o direito sobre o próprio corpo. Esta medicina foi a que mais vingou, pois ligou três pontos: a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública. Ao mesmo tempo realizou três sistemas médicos: o assistencial, o administrativo e o privado. Conclui-se que a medicina na Inglaterra era essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (FOUCAULT, 1972)

Portanto, o estudo da influência das condições sociais sobre a saúde da população e vice-versa não é novo e articula-se, especialmente, à experiência histórica do movimento da Medicina Social na Inglaterra, França e Alemanha durante o século XIX. Revendo a história da Medicina Social, encontramos ainda, estudos orientados para a conceituação da promoção da saúde e das ações que integram o campo como o atendimento às necessidades nutricionais, a educação para a saúde, o estímulo ao lazer e ao esporte, a garantia de boas condições de trabalho, saneamento e habitação para o indivíduo e sua família.

É importante observar, e segundo LUCHESI (2004), nos últimos 25 anos, tem sido desenvolvido um enfoque ainda mais abrangente que busca consolidar a perspectiva da saúde como uma das dimensões do desenvolvimento social. As medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde preconizada tendem, assim, a ultrapassar o indivíduo e as famílias e alcançar também o ambiente físico, sócio-cultural e político. Um dos principais marcos desse processo é o informe Lalonde, publicado pelo governo canadense em 1974 e que define quatro componentes principais da promoção da saúde: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção à saúde. O documento critica a intervenção pública no campo da saúde centrada unicamente na organização e distribuição de cuidados médicos. Riscos epidemiológicos, hábitos alimentares, condições climáticas, deficiências individuais, perfil associativo da comunidade e fatores econômicos, por exemplo, são incorporados como elementos relevantes no processo de definição de prioridades políticas na área.

Pereira (2003), estudando trabalhos que tratam mais especificamente da Medicina Social, entende a saúde e a doença, assim como a assistência médica, como um fenômeno social, ou seja, buscando as determinações, sócio-econômicas principalmente, responsáveis pela manifestação da enfermidade e pelo modo como ela é enfrentada pela assistência médica.

Para Pereira (2003), o estudo do homem, sadio ou doente, isolado de seu contexto social, constitui mera abstração, já que ele participa de sociedades históricas, divididas, conflituosas, competitivas, em que os diferentes segmentos sociais têm desigual poder, riqueza e prestígio. Conseqüentemente, não podemos tomar a presença do homem numa determinada cadeia epidemiológica como inevitável. Ou seja, a Medicina Social volta-se para as diferenças sociais, considerando-as fundamentais.

## **2.2 Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais e o Processo Saúde-Doença.**

A saúde e a doença, bem como outros agravos à saúde como os acidentes e violências são socialmente produzidos e historicamente determinados. A organização social da vida material e não material dos homens determina o perfil epidemiológico de cada classe social na sociedade. Os modos sociais de produção da vida, com seu conjunto de circunstâncias favoráveis ou nocivas à saúde, acabam por delimitar os problemas de saúde que mais freqüentemente estarão associados a cada grupo social. As doenças, ao contrário do que pensa o senso comum, não são eventos inesperados e resultantes da fatalidade. Elas são produzidas e distribuídas entre os grupos sociais no próprio processo de reprodução social, isto é, no processo histórico de formação e transformação da

sociedade. Cada período histórico e cada formação social concreta apresentam padrão de ocorrência de doenças e de mortalidade que reflete as condições de vida das populações e que corresponde ao perfil médio dos padrões existentes nos diversos grupos sociais. Assim, na compreensão da distribuição das doenças em populações e no estudo dos determinantes do processo saúde-doença no âmbito coletivo as abordagens sociais, culturais e comportamentais são duplamente importantes: por um lado, permitem compreender os diversos aspectos do processo em si e, por outro lado, têm implicações concretas sobre a eficácia dos procedimentos de controle e sobre a efetividade dos programas e políticas públicas de enfrentamento do problema. (BARATA, 2005)

Dessa forma, fica evidente a necessidade de um estudo sistematizado para identificarmos limites e potencialidades da aplicação da perspectiva das ciências sociais para a interpretação das representações sociais do processo saúde-doença, para a formulação de questões, estratégias e princípios de análise de pesquisa em saúde, ou seja, analisarmos as bases da pesquisa social no sentido de remetê-las à investigação no campo da saúde, buscando as relações que se estabelecem entre saúde e sociedade e também um referencial teórico que possa auxiliar o uso das representações sociais nos estudos da área de saúde e na compreensão da distribuição das doenças em determinada população.

Nesse sentido, observamos algumas patologias que bem exemplificam as considerações acima mencionadas, tal como a tuberculose, em que alterações nas condições de vida das pessoas são fundamentais para explicar sua incidência, prevalência e letalidade. Apesar de ser marcante o impacto determinado pelos métodos específicos de controle da tuberculose, não menos significativo é o efeito dos métodos inespecíficos de controle, tal como a melhoria das condições de vida.

A doença de Chagas, segundo Pereira (2003), também é uma doença de importante determinação social. A alteração do espaço geográfico e sócio-econômico, pela cafeicultura, facilitou a disseminação do *triatoma infestans*. Com a decadência da cafeicultura e a conseqüente desarticulação desse espaço onde a endemia estava presente e o surgimento de outra organização social, praticamente desapareceu, no Estado de São Paulo, a transmissão natural da doença. As abordagens sociais da produção dessas doenças permitiram demonstrar o papel apenas relativo do ambiente físico.

O trabalho de Silva (1999) sobre as origens da doença de Chagas e seu processo de difusão no Estado de São Paulo demonstra que as condições ambientais eram propícias para a

existência dessa endemia em todas as regiões. Entretanto, a doença só se instalou nas áreas de fazendas de café com trabalho assalariado e a disseminação da doença acompanhou a fronteira agrícola de expansão da cafeicultura, sendo sua presença posterior e manutenção em áreas de minifúndios, apenas o resíduo desse movimento de expansão.

Estudo conduzido por Martelli *et al.* (1992) para a identificação de fatores de risco de infecção chagásica entre doadores de sangue, encontrou riscos altos, acima de 2,3 vezes, de infecção entre indivíduos com maior tempo de residência em área rural e menor renda e grau de instrução, demonstrando a associação entre infecção e condições de vida.

Para Barata (2005), as abordagens comportamentais estão mais relacionadas com as ciências humanas, especialmente a Psicologia Social, e fornecem elementos para a compreensão dos comportamentos individuais como um dos componentes da vulnerabilidade às doenças e das modalidades de respostas face às propostas de intervenção. Podemos verificar que estudos epidemiológicos baseados em estilos de vida e estudos de Psicologia Social referidos à aderência a tratamentos ou procedimentos preventivos são tributários dessas abordagens.

No campo das doenças endêmicas, os trabalhos de Zoica Bakirtzief (2000), sobre aderência ao tratamento de pacientes hansenianos exemplificam esse tipo de abordagem. A relativa ineficácia das propostas de controle de doenças baseadas no diagnóstico precoce e no tratamento dos infectados, em doenças de evolução crônica, como é o caso da hanseníase, decorre da dificuldade em alterar satisfatoriamente os comportamentos individuais garantindo sua adesão ao tratamento pelo tempo necessário para obter a cura ou remissão do quadro, mas principalmente para interromper o processo de transmissão.

Nessa vertente, podemos considerar que alguns dos principais fatores de riscos para doenças são passíveis de alteração por meio de mudanças de hábitos de vida, apontando-se a necessidade do conhecimento do perfil epidemiológico de uma população com a integração dos vários determinantes do comportamento humano, cada vez mais importantes para estratégias de proteção da saúde e prevenção de doenças.

Ao analisarmos a definição de saúde, segundo a Organização Mundial de saúde (OMS, 1948), como sendo “O estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou invalidez”, podemos verificar, imbuídos nesse conceito,

alguns indicadores de saúde como indicadores sócio-culturais, correlacionando a saúde com o nível sócio econômico, educativo, cultural e indicadores psicossociais que nos levam à reflexão sobre concepções de saúde, expectativa de nível de saúde, grau de satisfação com a vida, etc.

Nesse sentido, observamos que esses indicadores são determinantes de um estado de saúde e não apenas conseqüências objetivas ou subjetivas desse mesmo estado de saúde, e que incluídos nesses determinantes de saúde, estão também os comportamentos de saúde. Os comportamentos de saúde foram definidos por Conner & Norman (1996), como ações praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objetivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença. Esta definição de comportamentos de saúde engloba apenas ações com objetivos preventivos.

Já para Ogden (1996), os comportamentos de saúde podem ser classificados como positivos ou negativos. Os comportamentos de saúde positivos, também denominados como comportamentos de saúde de proteção, envolvem atividades que contribuem para a promoção da saúde, proteção do risco de acidentes e detecção da doença e deficiência num estágio precoce. Os comportamentos de saúde negativos, também denominados como hábitos prejudiciais à saúde ou comportamentos de risco para a saúde, traduzem-se em qualquer atividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente.

Podemos observar, portanto, como as causas de mortalidades em adolescentes vêm se modificando ao longo do tempo. Segundo Barata (2005), anteriormente as infecções eram a causa de uma parte desproporcional de doenças e mortalidade e atualmente, encontramos uma alta taxa de morbidade e mortalidade por violência externa, acidentes, suicídios, depressão e outras condições de saúde mental e síndrome da imunodeficiência adquirida. Ainda para Barata (2005), considerando que a adolescência é um período tradicionalmente encarado como uma fase de ótima saúde, com baixos níveis de mortalidade por doenças crônicas, evidenciamos como comportamentos de saúde podem interferir e ameaçar esta noção de boa saúde predominante para os adolescentes.

Assim, podemos considerar uma relação entre comportamentos de saúde e o estado de saúde dos indivíduos, e destacarmos a importância da promoção dos comportamentos de saúde positivos como forma de promoção da saúde. Cabe a reflexão de que, para promover a

saúde, devemos considerar as desigualdades históricas sociais, para uma adequação à realidade concreta e, ao mesmo tempo, dinâmica que rege o processo saúde-doença e, para tal, devemos conhecer as causas mais amplas e gerais de seus problemas de saúde, o que podemos obter por meio do estudo da morbidade e mortalidade dessa população.

Conforme afirma Barata (2005), a humanidade, nas diferentes fases do seu desenvolvimento, determina e assume diferentes relações com a natureza, uma vez que existem diferentes grupos sociais. Esse fato vai influenciar significativamente nas condições e no hábito de vida dos homens, na estrutura e na organização social e na forma de conceber e vivenciar o processo saúde doença. Conceitos historicamente construídos são modificados ao longo dos tempos, pois são adaptados e inseridos no contexto das sociedades, de acordo com as necessidades, com o modo de vida e com o conhecimento das populações, sua filosofia, sua economia, seus valores morais e éticos.

É de senso comum que riqueza, poder e prestígio estão estreitamente associados. Também é de senso comum que aqueles mais ricos, poderosos e de posição social mais elevada vivem mais e melhor. Qualquer consulta às estatísticas de mortalidade infantil nos mostra que os coeficientes variam segundo as condições sócio-econômicas dos países. Ora, se a simples possibilidade de sobrevivência depende dessas condições, igualmente delas depende a esperança de vida ao nascer, a probabilidade de se manter ou não sadio, a de adquirir esta ou aquela enfermidade. Vemos de fato, ao computar os dados relativos às causas dos óbitos, que moléstias evitáveis e passíveis de cura tais como as doenças transmissíveis, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e da primeira infância são causadoras de mortes entre os pobres, em proporção muito maior do que entre os ricos, de educação superior, detentores de autoridade e de posição social elevada. As pessoas nestas condições morrem em proporção maior, de outras moléstias, como tumores e doenças cardio-circulatórias. Há um padrão de morbimortalidade para países em condições diferentes e igualmente um padrão diferente, dentro de cada país, para extratos sócio-econômicos diferentes. (PEREIRA, 2003)

Essa idéia é fundamentada por Laurell (1982) que afirma que as práticas de cuidado com a saúde e o surgimento de doenças mudam para uma mesma população, conforme seu momento histórico. O caráter histórico do processo saúde-doença é evidenciado nas atitudes da coletividade humana, no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos.

Nesse sentido, Ceccim (2005) afirma: “Saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são conceitos em oposição, mas ambos dizem respeito à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção de vida”.

Nessa vertente, podemos admitir que um conjunto de inflexões de natureza sócio-econômica, política e ideológica relacionadas ao saber teórico e prático pesam sobre o processo saúde e doença, as instituições, organização administrativa e avaliação dos serviços de saúde e a sua clientela, de tal forma que a saúde não se subtrai da problemática social mais ampla e a maneira de abordá-la implica abrir-se à sociedade, às suas contradições, conflitos, às relações sociais, desigualdades e diferenças, impondo-se no plano das intervenções a intersectoriedade e multidisciplinaridade. Esta última também se aplica ao âmbito do conhecimento, que não comporta segmentações, especialmente quando aborda a questão da saúde imersa na totalidade social, comportando ainda suas singularidades. (BARATA, 2001)

### **2.3 - Saúde-doença e os Processos de Industrialização e Urbanização**

Até a metade do século XX, a principal causa de morte nas regiões industrializadas era infecciosa. Entretanto, a morte por doenças infecciosas começou a diminuir na segunda metade do século XIX, devido à melhoria de fatores ambientais, assim como o aumento dos suprimentos alimentares. Outros fatores foram a melhoria das condições de moradia, da água oferecida, idéia de higiene doméstica e diminuição do analfabetismo. Alguns autores reforçam a importância das intervenções de saúde pública, incluindo engenharia sanitária e vacinação.

Podemos afirmar que o ambiente urbano afeta a saúde por meio das mudanças sociais que acompanham o urbanismo, modificando comportamentos de risco, levando, portanto, ao desenvolvimento de determinadas patologias.

Por outro lado, a urbanização tem seus aspectos positivos, e nesse caso podemos destacar o acesso fácil à assistência de saúde, à educação e aos serviços sociais. O viver num ambiente industrial e urbano geralmente proporciona maior acesso à educação formal e informal, isto é, tanto por meio da escola como por meio de mais frequentes e intensos contatos sociais. Tal educação, aliada às novas experiências, altera a visão tradicional da doença, seja quanto à interpretação da mesma, seja quanto ao tratamento. Esse ambiente também proporciona mais acesso à assistência médica, de modo geral.

Para Santos (2003), os hábitos desenvolvidos pelo processo de urbanização, tais como, tabagismo, uso de veículos para locomoção, consumo de alimentos ricos em energia e

pouco nutritivos, baixo gasto energético pela ausência de atividades físicas rotineiras, devido aos tipos de ocupações profissionais que não exigem um alto gasto energético, levam ao desenvolvimento de doenças como problemas respiratórios, obesidade mórbida, morbidades por acidentes automobilísticos, etc; levando, conseqüentemente, às condições predisponentes a diversos tipos de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Diversos fatores relacionados com a urbanização influenciam no processo saúde-doença e a mobilidade populacional em larga escala tem possibilitado o surgimento de novos microorganismos e o retorno de organismos anteriormente controlados. Industrialização, superpopulação, produção de lixo, poluição, tráfego de veículos são fatores que levam a doenças e acidentes. As mudanças climáticas e de temperatura do planeta, causadas pelo homem por meio da poluição e conhecidas como “Aquecimento Global” vêm favorecendo a procriação de insetos e o reaparecimento de doenças por eles transmitidas, como, por exemplo, a dengue, que se tornou a mais comum doença urbana transmitida por mosquito.

Além do mais, a desorganização social que freqüentemente ocorre pela rápida transposição de um meio rural para um urbano, pode levar à desorganização pessoal e, conseqüentemente, ao aumento da freqüência de distúrbios mentais.

Para Pereira (2003), um fator reconhecidamente importante em relação à saúde é o tipo de atividade exercida pela população, bem como as condições ambientais sob as quais ela se realiza. Por isso, um estudo de como ocorreram os processos de industrialização e urbanização e que repercussões produziram sobre o modo de viver dessa população pode proporcionar um melhor entendimento da saúde gozada e da doença padecida por ela. Saúde e doença relacionam-se com aqueles processos em termos dos requisitos físicos, psicológicos, sociais e culturais exigidos pelas ocupações urbanas, por exemplo.

De acordo com Pereira (2003), ocorre uma associação entre urbanismo e enfermidades como câncer do pulmão, pneumonia, bronquite, arteriosclerose, coronariopatias, hipertensão, não tanto em razão do local, mas de condições de vida diferentes.

Santos (2003) destaca ainda, exemplificando o citado acima, o surgimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) como associado ao tipo de comportamento

humano iniciado nos anos 80, como a liberação sexual e o uso de drogas ilícitas, além de problemas psicossociais como a depressão, o alcoolismo, suicídio, violência e homicídio.

Muitos autores dão ênfase para diferenças de classes sociais influenciando na maneira de adoecer.

Conseqüentemente as cidades brasileiras “incharam” e não cresceram propriamente ditos. Larga porção da população se manteve a margem do processo de industrialização, ainda que recebendo seus influxos indiretos. Esse “inchamento” das cidades constitui um fenômeno que se poderia chamar de urbanização sociopática. Isto porque grande parte do contingente humano que as procura não encontra nelas condições de moradia decentes; o favelamento e o “cortiçamento” intensos têm efeitos desagregadores sobre a família; surgem problemas de higiene, já que os municípios encontram dificuldade em estender a rede de água e esgoto à periferia; rompem-se muitos laços de parentesco não só por causa da mudança de valores, mas em parte porque muitas das pessoas que procuram as cidades não vêm com suas respectivas famílias. Como muitas dessas pessoas não encontram emprego, aumenta a mendicância, a prostituição, a insegurança pessoal, o consumo de álcool, o “stress”. (PEREIRA, 2003)

Para Santos (2003), a população de baixo poder aquisitivo, tida como pobre, tem maiores índices de mortalidade infantil, está mais predisposta a doenças infecciosas como a tuberculose e a cólera e é mais desprotegida em relação às violências urbanas como estupros e assassinatos, pois as pessoas de melhor poder aquisitivo conseguem maior proteção e segurança pelas facilidades econômicas.

É destaque a vulnerabilidade das pessoas de baixo poder aquisitivo, sendo considerada, para Santos (2003), a miséria urbana como o mais importante fator de risco ambiental de saúde, quando associada à ausência de bens físicos, influência política e acesso a serviços sociais básicos.

#### **2.4 - Promoção da Saúde**

Com relação à promoção da saúde, como já discutimos anteriormente, podemos verificar que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que os indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde, sendo para isso necessário o acesso a serviços médicos assistenciais

de qualidade e a formulação de políticas públicas saudáveis que promovam a articulação do poder público e a mobilização da população.

Na realidade, é importante compreender que a promoção à saúde está relacionada com a visão dos profissionais de saúde em relação à saúde e à doença, e essa abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudem a romper com a hegemonia do modelo biomédico. Para isso, é necessário intensificar as ações estratégicas de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo.

Consideramos como marco decisivo no debate da promoção da saúde e no perfil de intervenção pública em saúde, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Nesse evento foi promulgada a “Carta de Ottawa” que estabeleceu as cinco principais estratégias de promoção à saúde, as quais devem ser trabalhadas em conjunto, e são elas: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientações dos serviços de saúde, sendo que a articulação entre estes campos de ação poderá impulsionar transformações na realidade da saúde da população. (OPAS, 1986)

Reflexões críticas sucessivas sobre o tema aconteceram, ainda, nas Conferências de Adelaide (1998), Sundsvall (1991) Bogotá (1992) Jacarta (1997) México (2000) e na Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde em Genebra, Suíça (1998).

Podemos afirmar que existem evidências científicas abundantes que demonstram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações e que a luta por saúde equivale à melhoria dessa qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde.

Acreditamos que o grande desafio da promoção à saúde, principalmente no contexto latino americano, é o de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los, sendo, então necessário rever as estratégias focalizadas apenas no perfil da atenção médica, direcionando-as para a melhoria da qualidade de vida, combinando novas formas de gestão do ecossistema e das condições de trabalho, educação e geração de renda.

Diante do exposto, Luchesi (2004) afirma que a criação de espaços saudáveis, como cidades, comunidades, territórios, famílias, dependem de projetos e ações de promoção à

saúde, através de políticas públicas de saúde. Nesse sentido, o setor saúde, ou seja, o conjunto de políticas e intervenções públicas voltadas à promoção da saúde torna-se parte integrante do conjunto de ações orientadas ao bem estar coletivo e individual.

Para a consolidação de ambientes saudáveis é necessária a superação das diferenças nos resultados de saúde entre grupos sociais, o que impõe a intersectorialidade e a articulação dos objetivos de instituições sociais, políticas e econômicas em direção à equidade.

Como já discutimos, os impactos da pobreza no perfil de saúde dos diferentes grupos sociais são diversos e vêm sendo problematizados por meio de estudos dos determinantes sociais da doença e da efetividade dos serviços de saúde.

Para Braveman (2006), as iniquidades em saúde não se referem a qualquer tipo de diferenças, mas àquelas que colocam determinados grupos sociais como, por exemplo, os mais pobres, as minorias étnicas e as mulheres em situações persistentes de desvantagem e discriminação, as quais afetam a saúde de modo distinto dos demais grupos sociais, considerando ainda que a ocorrência de doenças nesses grupos sociais contribui, por sua vez, para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas na medida em que impõe condições diferenciadas de conversão da renda e demais recursos disponíveis no âmbito familiar.

Observamos que, em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde.

No Brasil, a produção científica no campo da Saúde Coletiva tem trazido evidências claras sobre a profunda articulação entre condições de vida e níveis de saúde da população. Em um país marcado por elevados índices de pobreza e de desigualdade social, diversos estudos têm buscado compreender como as desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais, regionais e de gênero produzem impacto no perfil de morbimortalidade da população e no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Para Travassos (2000) a partir dos dados da PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio), IBGE, de 1998, gênero, cor e condições sociais expressas em anos de escolaridade e posição do chefe da família no mercado de trabalho influenciam as chances de utilização dos serviços de saúde.

A pesquisa de Landman (1999), realizada no município do Rio de Janeiro no início dos anos 90, aponta a associação entre concentração residencial de pobreza e maiores níveis de mortalidade infantil, menor expectativa de vida e maior taxa de homicídios.

Dessa forma, observamos que, apesar dos inegáveis avanços obtidos através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de expansão de oferta e cobertura dos serviços, ainda persistem acentuadas disparidades entre grupos sociais e entre regiões do país, sendo que grupos mais pobres e de baixa escolaridade, afro-descendentes, indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste tendem a apresentar maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e apresentam piores indicadores sanitários.

Como parte dessa dinâmica de reflexão em torno das interações entre processos sociais e saúde, a perspectiva da promoção à saúde ganha impulso a partir do Informe Lalonde, divulgado em 1974 no Canadá, ressaltando a relevância de políticas públicas capazes de proporcionar à população as condições necessárias para alcançar melhores resultados e controle sobre sua saúde, incluindo o acesso a bens e equipamentos coletivos, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, além de justiça social, paz e equidade, sendo ainda valorizadas as dimensões do desenvolvimento comunitário e da participação social nas diferentes arenas decisórias das políticas públicas, assim como a importância da redistribuição do poder no campo da promoção da saúde. (BUSS, 2000)

Este verdadeiro “mosaico” de pontos de vista e referenciais teórico-metodológicos coloca atenção especial na investigação avaliativa de políticas públicas intersetoriais. Assim, de um lado, a abordagem da promoção da saúde, ao sublinhar as especificidades de processos macro e micro-sociais que resultam em situações desiguais no acesso à saúde, contribui para avaliar os impactos das políticas públicas destinadas a enfrentar quadros de pobreza e desigualdade social, por outro lado, o estudo e acompanhamento das ações estratégicas voltadas à redução da pobreza e da miséria tende a integrar, cada vez mais, as reflexões sobre saúde no país. (MAGALHÃES, 2007)

Por outro lado, é importante observar que as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na medicina.

Na América Latina, a expectativa de vida cresceu de 50 anos, depois da Segunda Guerra Mundial, para 67 anos, em 1990, e para 69 anos em 1995. Entretanto, ainda que tal melhoria seja incontestável, também o é a permanência de profundas desigualdades nas

condições de vida e saúde entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais. (BELISARIO, 2002)

Neste contexto, ao examinarmos as condições de morbi-mortalidade prevalentes, verificamos em alguns setores, a permanência de problemas que já estão resolvidos em muitos lugares e para diversas populações, como é o caso de certas doenças infecto parasitárias e condições ligadas à infraestrutura urbana básica, o crescimento de outros problemas, como as doenças crônicas não infecciosas, tais como o câncer e as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; o aparecimento de novos problemas como a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) e de questões antes não identificadas ou consideradas importantes, como o uso de drogas e a violência, ao lado dos fatores comportamentais, ou, sequer, como questões de saúde como o stresse, por exemplo. A principal resposta social a tais problemas de saúde têm sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique, de forma clara, que medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, tenham sido de fato, as razões fundamentais para os avanços antes mencionados. (BUSS, 2000)

Assim, fica evidente a importância de questionarmos o papel da medicina, da saúde pública e, num sentido mais genérico, do setor saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão.

Dessa forma acreditamos que demonstrar que a qualidade/condições de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a qualidade de vida não é o único desafio, pois ainda restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas nesse campo de investigação, inclusive no que diz respeito às intervenções que, a partir do setor saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida.

Então, nessa articulação entre saúde e condições/qualidade de vida, podemos identificar o desenvolvimento da promoção da saúde como um campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas integradoras para esta questão.

Podemos dizer então, que a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e propondo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. (LEAVELL, CLARK, 1976)

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos, no primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram, neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo que se sustenta no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades. (BUSS, 2000)

A promoção da saúde moderna vai resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século XIX, como Villermé, na França, Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, para os quais as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade.

Para Buss (2000), promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o

desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo. Nesse conceito, mais apropriado à realidade latino-americana, agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade indelegável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações.

Podemos considerar então que as decisões em qualquer campo das políticas públicas, em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população e que a promoção da saúde propugna a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas conseqüências das políticas sobre a saúde da população.

As políticas públicas saudáveis se materializam por meio de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais.

A reorientação dos serviços de saúde na direção da concepção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. Fica claramente proposta a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médicos-assistenciais como foco essencial da intervenção. O resultado são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais. (BUSS, 2000)

Como estamos analisando nesta pesquisa o Documento Diagnóstico de Saúde de Araraquara, ano 2004, que dividiu a cidade em quatro setores, agrupando áreas homogêneas por meio de um estudo da porcentagem da população abaixo de 05 anos, correlacionando com o índice de natalidade; porcentagem de população menor de 15 anos, correlacionando com nível de dependência; porcentagem de população de 15 a 59 anos correlacionando com índice de população economicamente ativa e, por fim, porcentagem da população de 60 anos a mais correlacionando com expectativa de vida (ARARAQUARA, 2004), sentimos a necessidade de aprofundarmos nossos estudos sobre epidemiologia e indicadores de saúde, pois acreditamos que tal estudo nos daria fundamentos importantes para nossa pesquisa.

### **CAPÍTULO III - EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SAÚDE**

Para a Associação Internacional de Epidemiologia, criada em 1954, a Epidemiologia tem como objetivo o “estudo de fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas” (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 1995)

O Dicionário de Epidemiologia de John Last (1995) a define como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde, em populações específicas, e a aplicação desse estudo para o controle de problemas de saúde”

Com a ampliação de sua abrangência e complexidade, a Epidemiologia, segundo Almeida Filho e Rouquayrol (1995), não é fácil de ser definida. Ainda assim, esses autores complementam as definições já colocadas, à medida que a conceituam como a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, os seus danos à saúde e os eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. Ou seja, diferentemente da Medicina Clínica, que estuda o processo saúde-doença em indivíduos, com o objetivo de tratar e curar casos isolados, a Epidemiologia se preocupa com o processo de ocorrência de doenças, mortes, quaisquer outros agravos ou situações de risco à saúde na comunidade, ou em grupos dessa comunidade, com o objetivo de propor estratégias que melhorem o nível de saúde das pessoas que compõem essa comunidade.

Um dos meios para conhecermos como ocorre o processo saúde-doença na comunidade é a partir da elaboração de um diagnóstico comunitário de saúde. O diagnóstico comunitário, evidentemente, difere do diagnóstico clínico em termos de objetivos, informação necessária, plano de ação e estratégia de avaliação. Enquanto um diagnóstico clínico tem por objetivo curar a doença da pessoa, um diagnóstico comunitário visa melhorar o nível de saúde da comunidade. Um diagnóstico clínico tem como informação necessária a história clínica, o exame físico e exames complementares, enquanto que em um diagnóstico comunitário as informações necessárias são dados sobre a população, doenças existentes, causas de morte, serviços de saúde, etc. O plano de ação para o primeiro é o tratamento e a reabilitação do indivíduo enquanto para o segundo são programas de saúde prioritários. A avaliação de um diagnóstico clínico baseia-se no acompanhamento clínico (melhora/cura) enquanto que em um

diagnóstico comunitário a avaliação está baseada em mudanças do estado de saúde da população. (VAUGHAN, MORROW, 1992)

Para Almeida Filho e Rouquayrol (1995), estudar a distribuição da doença é verificar a variabilidade da frequência de ocorrência desta doença em massa, em função de variáveis ambientais e populacionais ligadas ao tempo e ao espaço.

Soares (2001) afirma que o primeiro passo em um estudo epidemiológico é analisar o padrão de ocorrência de doenças segundo três vertentes - indivíduo, tempo e espaço- método também conhecido como “Epidemiologia Descritiva” e que responde aos seguintes questionamentos referentes a uma população: quem está adoecendo, quando se está adoecendo e onde se está adoecendo.

A análise de distribuição das doenças segundo essas vertentes: população, tempo e espaço, vem sendo utilizada há muito tempo. Até o início do século XX, os estudos epidemiológicos enfocavam principalmente as doenças infecciosas, pois eram essas as principais causas de morbidade e mortalidade na população. A partir de meados do século XX, com a mudança do perfil epidemiológico de grande parte das populações, os estudos epidemiológicos passaram também a focar outros tipos de doenças, agravos e eventos, como as doenças não infecciosas (câncer, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, por exemplo); os agravos e lesões resultantes de causas externas (acidentes de trânsito, doenças e acidentes de trabalho, homicídios, envenenamentos, etc.); os desvios nutricionais (desnutrição, anemia, obesidade, etc.) e os fatores de risco para ocorrência de doenças ou mortes (tabagismo, hipercolesterolemia, baixo peso ao nascer, etc.). (SOARES, 2001)

Verificamos que o padrão de ocorrência das doenças também pode se alterar ao longo do tempo, resultando na chamada estrutura epidemiológica, que nada mais é do que o padrão de ocorrência da doença na população, resultante da interação de fatores do meio ambiente, hospedeiro e do agente causador da doença. Essa estrutura epidemiológica se apresenta de forma dinâmica, modificando-se continuamente no tempo e no espaço e definindo o que pode ser considerado ocorrência “normal” ou “anormal” da doença em uma determinada população, em determinado tempo e espaço. (BRASIL, 1998)

Castellanos (1994) destaca quatro grandes campos de possibilidade de utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, sendo o primeiro a busca de explicações (causas ou fatores de risco) para a ocorrência de doenças, com utilização predominante dos métodos da epidemiologia analítica; o segundo, os estudos da situação de saúde, onde pesquisamos quais

as doenças que ocorrem mais em uma comunidade, se há grupos mais suscetíveis que outros, se há relação com o nível social dessas pessoas e qual a época de prevalência da doença; o terceiro, a avaliação de tecnologias, programas ou serviços, e, nesse caso, verificamos se houve redução dos casos de doença ou agravamento após introdução de um programa, a eficácia de estratégia de determinado serviço e os benefícios para a saúde de determinada tecnologia. No quarto campo, são utilizados os tipos de informações coletadas e as atitudes tomadas para a prevenção, controle e erradicação da doença.

Consideramos a importância de observarmos a fidedignidade dos dados ao elaborarmos um diagnóstico de saúde, tanto para o estudo da situação de saúde, quanto para o estabelecimento de ações e programas de saúde. Podemos utilizar dados que são registrados de forma contínua, como, por exemplo, óbitos, nascimentos, doenças de notificação compulsória; de forma periódica, como o recenseamento da população; ou de forma ocasional, como aqueles levantados em pesquisas realizadas para fins específicos.

Em uma análise de situação de saúde, podemos utilizar dados de diversas fontes, e considerando o conceito amplo de saúde que a identifica com o bem estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença; podemos utilizar inúmeras fontes de dados, tais como, dados sobre a população, como número de habitantes, idade, sexo, raça; dados sócio-econômicos, como renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação; dados ambientais, como poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo; dados sobre serviços de saúde, como número de hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços; dados de morbidade e eventos vitais como óbitos e nascimentos.

Ainda com relação aos dados para estudo da situação de saúde de um território, podemos observar que alguns desses dados são gerados a partir do próprio setor saúde, de forma contínua, constituindo sistemas de informação nacionais, administrados pelo Ministério da Saúde. A portaria ministerial n.º 130 de 12/02/1999, considerando a necessidade de aperfeiçoar o processo de coordenação e articulação interorgânica dos sistemas de informação de base nacional, do Ministério da Saúde, harmonizando e compatibilizando conceitos, métodos e critérios para a geração de dados e informações consistentes instituem e formalizam a distribuição de competências dos órgãos do Ministério da Saúde, instrumentaliza o Ministério da Saúde na formulação, reorientação e implementação de políticas de caráter

estratégico para o setor saúde e promove a organização do Sistema Nacional de Informações em Saúde. (BRASIL, 1999)

Por meio da citada portaria, são designados gestores dos sistemas de informação de base nacional os seguintes órgãos do Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS, compreendendo o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC e Sistema de Informações Hospitalares - SIH-SUS; a Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS, compreendendo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM, a Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS/MS, para o Sistema de Informações em Vigilância Sanitária – SIVS (nome genérico que abrange todos os subsistemas da SVS: cadastro de empresas, medicamentos e outras áreas, inspeção, etc.); a Fundação Nacional de Saúde, por meio do Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI/FNS, compreendendo o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, o Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, a Avaliação do Programa de Imunizações – API; a Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Centro de Informação Científica e Tecnológica, para o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX. (BRASIL, 1999)

Conforme afirma Soares (2001), independentemente do tipo de dado usado para avaliar o estado de saúde de uma população é importante, conhecer as limitações inerentes ao próprio tipo de dado. Além disso, é imprescindível levar-se em conta a qualidade dos dados e a cobertura do sistema de informação, tanto em nível nacional, quanto local, para evitar conclusões equivocadas. Uma determinada cidade onde o acesso ao serviço de saúde é maior, com maior possibilidade de realização do diagnóstico correto, em que o médico preenche adequadamente a declaração de óbito, a taxa de mortalidade específica por uma determinada doença pode ser maior do que em outra localidade, onde esta doença não é adequadamente diagnosticada ou que apresente problemas no preenchimento da declaração de óbito. Nessa comparação, pode ser que, na realidade, a taxa de mortalidade por essa doença seja maior na segunda localidade, mas o sistema de informação não possui qualidade suficiente para detectar esse problema.

Após os cuidados a serem observados quanto à qualidade e cobertura dos dados de saúde, é preciso transformar esses dados em indicadores que possam servir para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em

diferentes tempos. Portanto, para a construção de indicadores de saúde é necessário para analisar a situação atual de saúde, fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo. (VAUGHAN, MORROW, 1992)

### 3.1 - Indicadores de análise

Indicadores são unidades de medidas que permitem aferir resultados, impactos, qualidade, etc., dos processos e das intervenções (projetos, programas ou políticas) na realidade. Os indicadores são instrumentos de gestão, essenciais nas atividades de monitoramento e avaliação de projetos, programas e políticas, porque permitem acompanhar a busca das metas, identificarem avanços, ganhos de qualidade, problemas a serem corrigidos, necessidades de mudança, etc. Os indicadores não são simplesmente dados; são uma atribuição de valor a objetos, acontecimentos ou situações de acordo com certas regras, para que possam ser aplicados critérios de avaliação como eficácia, efetividade, eficiência e outros. Enquanto medidas, os indicadores devem ser definidos em termos operacionais; por meio das categorias pelas quais se manifestam e podem ser mensurados; e por meio das suas evidências físicas e documentais. (RUA, 2007)

Tradicionalmente, os indicadores têm sido construídos por meio de números. Em geral, números absolutos não nos dão a informação do todo. Dessa forma, os indicadores são construídos por meio de razões (frequências relativas), em forma de proporções ou coeficientes. As proporções representam a parcela do total de casos, indicando a importância desses casos no conjunto total. Os coeficientes (ou taxas) representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres, etc.). Dessa forma, geralmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer o evento que está no numerador. É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador. (LAURENTI *et al.*, 1987)

### 3.1.1 - Indicadores Demográficos

A Demografia é uma área da ciência geográfica que estuda a dinâmica populacional humana. O seu objeto de estudo engloba as dimensões, estatísticas, estrutura e distribuição das diversas populações humanas. Estas não são estáticas, variando devido à , natalidade, migrações e envelhecimento. A análise demográfica centra-se também nas características de toda uma sociedade ou um grupo específico, definido por critérios como a educação, a nacionalidade, religião e pertença étnica.(FARIA, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde, IDB-BRASIL (2006) são indicadores demográficos: população total, razão de sexos, taxa de crescimento da população, grau de urbanização, taxa de fecundidade total, taxa específica de fecundidade, taxa bruta de natalidade, mortalidade proporcional por idade, mortalidade proporcional em menores de um ano, taxa bruta de mortalidade, esperança de vida ao nascer, esperança de vida aos 60 anos de idade, proporção de menores de cinco anos de idade na população, proporção de idosos na população, índice de envelhecimento, razão de dependência.

O indicador “População Total” refere-se ao número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico no ano considerado, expressando a magnitude do contingente demográfico. É usado para prover o denominador para cálculo de taxas de base populacional, dimensionar a população alvo de ações e serviços, orientar a alocação de recursos públicos (Exemplo: o financiamento de serviços em base per capita); subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de alcance social. O método de cálculo é a utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e percentuais. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada Censo. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Razão de sexo” refere-se ao número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, o número de homens e de mulheres se equivalem; acima de 100, há predominância de homens e, abaixo, predominância de mulheres. Esse indicador é influenciado por taxas de migração e de mortalidade diferenciada por sexo e idade. É usado para analisar variações geográficas e temporais na

distribuição da população por sexo; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego; auxiliar na compreensão de fenômenos sociais relacionados a essa distribuição (migrações, mercado de trabalho, organização familiar, morbimortalidade); identificar necessidades de estudos de gênero sobre os fatores condicionantes das variações encontradas. O método de cálculo é o número de residentes do sexo masculino, número de residentes do sexo feminino x 100. Verificamos que a maioria da população brasileira é composta de pessoas do sexo feminino, reflexo da mortalidade masculina, sobretudo nas faixas etárias jovens e adultas, decorrentes da alta incidência de óbitos por causas violentas. Apenas na região Norte e, até 1996, no Centro-Oeste, a proporção de homens sobrepassa a de mulheres por razões socioeconômicas que condicionam o emprego majoritário de mão-de-obra masculina. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa de Crescimento da População” é o percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. O valor da taxa refere-se à média anual obtida para um período de anos compreendido entre dois momentos, em geral correspondentes aos censos demográficos. Indica o ritmo de crescimento populacional; a taxa é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações. É usado para analisar variações geográficas e temporais do crescimento populacional; realizar estimativas e projeções populacionais, para períodos curtos de tempo; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas específicas (dimensionamento da rede física, previsão de recursos, atualização de metas) (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Grau de Urbanização” é o percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indica a proporção da população total que reside em áreas urbanas, segundo a divisão político-administrativa estabelecida no nível municipal. É usado para acompanhar o processo de urbanização da população brasileira, em diferentes espaços geográficos; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, para adequação e funcionamento da rede de serviços sociais e da infra-estrutura urbana. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa de Fecundidade Total” é um indicador que se refere ao número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico. A taxa é estimada para um ano calendário determinado, a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos

demográficos. Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população, porque expressa a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade, observadas na população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade nesta coorte. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar, a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. (IDB-BRASIL, 2006)

Esse indicador é usado para avaliar tendências da dinâmica demográfica e realizar estudos comparativos entre áreas geográficas e grupos sociais; realizar projeções de população, levando em conta hipóteses de tendências de comportamento futuro da fecundidade; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social, com projeções demográficas que orientem o redimensionamento da oferta de serviços, entre outras aplicações. A taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 15 a 49 anos de idade. As taxas específicas de fecundidade expressam o número de filhos nascidos vivos, por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo. O cálculo das taxas de fecundidade específica é feito diretamente, relacionando, para cada faixa etária da população feminina, os filhos nascidos vivos. Indiretamente, essas taxas são obtidas por meio de metodologias demográficas aplicadas a dados censitários e a pesquisas especiais. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa Específica de Fecundidade” refere-se ao número médio de filhos nascidos vivos, por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A taxa pode ser apresentada por grupo de mil mulheres em cada faixa etária. Mede a intensidade de fecundidade a que as mulheres estão sujeitas em cada grupo etário do período reprodutivo (15 a 49 anos de idade). É usado para analisar perfis de concentração da fecundidade por faixa etária; detectar variações das taxas nos grupos de maior risco reprodutivo, representados pelas faixas etárias extremas; calcular medidas sintéticas de fecundidade (taxa de fecundidade total, taxa bruta de reprodução e taxa líquida de reprodução); possibilitar o estudo dinâmico da fecundidade, mediante análise longitudinal; formular hipóteses de projeções populacionais;

subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção materna infantil (oferta de serviços e ações para grupos de risco). (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa Bruta de Natalidade” (Coeficiente Geral de Natalidade), considera o número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; expressa a frequência anual de nascidos vivos no total da população; a taxa bruta de natalidade é influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo; taxas elevadas estão, em geral, associadas às baixas condições socioeconômicas e a aspectos culturais da população. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais da natalidade; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil; possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se, dessa taxa, a taxa bruta de mortalidade; contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica, correlacionando-se o crescimento vegetativo com o crescimento total da população. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Mortalidade Proporcional por Idade” refere-se à distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos. Verificamos que a elevada proporção de óbitos de menores de um ano de idade está associada às más condições de vida e de saúde; que o deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens, sobretudo na infância e o conseqüente aumento da expectativa de vida da população e que outras variações de concentração de óbitos sugerem correlação com a frequência e a distribuição de causas de mortalidade específica por idade e sexo. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade e sexo; contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população; identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por idade; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para grupos etários específicos. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Mortalidade Proporcional por Idade em menores de um ano” refere-se à distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indica a participação dos óbitos de cada grupo etário selecionado, em relação aos óbitos de menores de um ano de idade. Expressa a composição da mortalidade infantil por períodos, neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal. Percentuais elevados de óbitos neonatais estão

preponderantemente associados a fatores da gestação e do parto, enquanto, no período pós-neonatal, predominam as causas ambientais de óbitos. Utilizamos para analisar variações geográficas e temporais da distribuição dos óbitos infantis por faixa etária; contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população; identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por subgrupos da faixa etária de menores de um ano de idade; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para o componente materno-infantil da população. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa Bruta de Mortalidade” é o número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a frequência anual de mortes; a taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e sexo; taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade; possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se, da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade; contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica, correlacionando-se o crescimento vegetativo com o crescimento total da população. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Esperança de Vida ao Nascer” é o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Expressa a probabilidade de tempo de vida média da população. Representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade. O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na expectativa de vida da população e contribuir para a avaliação dos níveis de vida e de saúde da população; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde e de previdência social, entre outras, relacionados com o aumento da expectativa de vida ao nascer (oferta de serviços, atualização de metas, cálculos atuariais). (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Esperança de Vida aos 60 anos de Idade” refere-se ao número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a probabilidade de vida a partir do momento de ingresso no grupo etário de idosos. Representa uma medida sintética da mortalidade nesta faixa etária. Taxas

maiores de sobrevivência da população idosa resultam em demandas adicionais para os setores de saúde, previdência e assistência social. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na expectativa de vida da população de idosos, por sexo, possibilitando análises comparativas da mortalidade nessa idade e para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas para os idosos, em especial de atenção à saúde e de assistência de seguridade social. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Proporção de Menores de Cinco anos de Idade na População” é o percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indica a participação relativa do segmento populacional de menores de cinco anos de idade no total da população. Esse indicador está associado aos níveis de fecundidade e natalidade, que repercutem na estrutura etária da população. Regiões com reduzidas taxas de fecundidade apresentam menor proporção de crianças abaixo de cinco anos de idade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição de crianças menores de cinco anos de idade; contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação e assistência social de crianças em idade pré-escolar. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Proporção de Idosos na População” é o percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total e residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de idoso como pessoa maior de sessenta anos de idade é estabelecida na legislação brasileira, indica a participação relativa de idosos na população geral e reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idosos; contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação e assistência social de idosos. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Índice de Envelhecimento” é um indicador que revela o número de pessoas de 65 anos e mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indica a razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens; os valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado. É utilizado para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais; contribuir para a avaliação de

tendências da dinâmica demográfica, subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Razão de Dependência” considera a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A razão de dependência pode ser calculada, separadamente, para as duas faixas etárias identificadas como população dependente. Mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. É utilizado para acompanhar a evolução do grau de dependência econômica em uma determinada população; sinalizar o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional; subsidiar a formulação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social. (IDB-BRASIL, 2006)

### **3.1.2- Indicadores Econômicos e Sociais**

Os indicadores sociais e as metodologias para a sua formulação integram a agenda das Ciências Sociais. São muito usados no monitoramento e avaliação de políticas públicas. Os objetivos e as finalidades da formulação e construção de indicadores são bem variados, sendo necessária, portanto, certa cautela em termos de clareza da função e da utilidade dos indicadores, sob o risco de produzir informações inadequadas sobre a realidade social na qual se pretende intervir. (KAYANO, 2002).

Segundo Jannuzzi (2001), as informações sociais e demográficas para fins de formulação de políticas públicas municipais, no país, vêm apresentando uma demanda, no contexto da descentralização administrativa e tributária em favor dos municípios e da institucionalização do processo de planejamento público em âmbito local pela Constituição de 1988. Diversos municípios de médio e grande porte utilizam uma série de indicadores sociodemográficos, com o objetivo de subsidiar a elaboração de planos diretores de desenvolvimento urbano, de planos plurianuais de investimentos, para permitir a avaliação dos

impactos ambientais decorrentes da implantação de grandes projetos, para justificar o repasse de verbas federais e para implementação de programas sociais.

Jannuzzi (2001) esclarece ainda que o conhecimento do significado, dos limites e potencialidades dos indicadores sociais pode ser de grande utilidade para os diversos agentes e instituições envolvidos na definição das prioridades sociais e na alocação de recursos do Orçamento Público e que, se bem empregados, os indicadores sociais podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social e orientar de forma mais competente a análise, formulação e implementação de políticas sociais. Na negociação das prioridades sociais, os indicadores sociais podem contribuir no apontamento da magnitude das carências a atender nas diversas áreas de intervenção.

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. Os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais. (JANNUZZI, 2001)

Os Indicadores Sociais podem ser classificados segundo as diversas aplicações a que se destinam. A classificação mais comum é a divisão dos indicadores segundo a área temática da realidade social a que se referem. Há, assim, os indicadores de saúde (percentual de crianças nascidas com peso adequado, por exemplo), os indicadores educacionais (escolaridade média da população de quinze anos ou mais, por exemplo.), os indicadores de mercado de trabalho (rendimento médio real do trabalho, etc.), os indicadores demográficos (taxa de mortalidade, etc.), os indicadores habitacionais (densidade de moradores por domicílio, etc.), os indicadores de segurança pública e justiça (roubos a mão armada por cem mil habitantes, etc.), os indicadores de infra-estrutura urbana (percentual de domicílios com esgotamento sanitário ligado à rede pública, etc.), os indicadores de renda e desigualdade (nível de pobreza, etc.). Há classificações temáticas ainda mais agregadas, usadas na denominação dos Sistemas de Indicadores Sociais, como os Indicadores Socioeconômicos, de Condições de Vida, de Qualidade de Vida, Desenvolvimento Humano ou Indicadores Ambientais (NAÇÕES. UNIDAS, 1997)

Segundo Hakkert (1996) no Brasil, diferentemente de outros países latino-americanos, as estatísticas sociais, econômicas e demográficas usadas para construção dos indicadores são produzidas, compiladas e disseminadas por diferentes agências, situadas em âmbito federal ou estadual. Por meio de uma rede capilarizada pelo território nacional, com delegacias estaduais e agências municipais, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE –cumpre seu papel de agente coordenador do Sistema de Produção e Disseminação de Estatísticas Públicas, como produtor de dados primários, compilador de informação proveniente de Ministérios e como agente disseminador de estatísticas. As agências estaduais de estatística também compilam uma ampla variedade de dados administrativos produzidos pelas Secretarias de Estado e, em alguns casos, também produzem dados primários provenientes de pesquisas amostrais. Alguns Ministérios e Secretarias Estaduais também têm órgãos encarregados da produção ou organização de seus dados administrativos.

Assim, IBGE, Agências Estaduais de Estatísticas e Ministérios/Secretarias integram, pois, o Sistema de Produção e Disseminação de Estatísticas Públicas no Brasil. Pela abrangência temática e possibilidades de desagregação espacial, a principal fonte de informação para construção de indicadores municipais no país é o Censo Demográfico, realizado a cada dez anos (HAKKERT, 1996)

A finalidade original dos Censos Demográficos nos séculos passados era o de contabilizar o tamanho da população de um país e suas regiões para fins militares e fiscais. Modernamente, além de quantificar a demanda potencial de bens e serviços públicos e privados, os censos se prestam ao levantamento de uma gama variada de informações. No Censo 2000 foram levantados mais de 65 quesitos de informações nos boletins da amostra, versando sobre diversos temas: características demográficas da população (sexo, idade, migração, nupcialidade, fecundidade, mortalidade), características sócio-econômicas (rendimento, posse de bens de consumo, situação de trabalho, ocupação, escolaridade, etc.) e características dos domicílios particulares (composição material, número de cômodos, dormitórios, banheiros, formas de ligação de água e esgoto, etc.). (JANNUZZI, 2001)

Jannuzzi (2001) esclarece que os indicadores sociais são meios utilizados para designar os países como sendo: Ricos (desenvolvidos, centrais, Primeiro mundo e países do norte) ou Pobres (subdesenvolvidos, periféricos, Terceiro mundo e países do sul.). Com isso organismos internacionais analisam os países segundo a expectativa de vida (a média de anos de vida de uma pessoa em um determinado país); taxa de mortalidade (número de pessoas que

morreram durante o ano); taxa de mortalidade infantil ( número de crianças que morrem antes de chegar a um ano); taxa de analfabetismo (percentual de pessoas que não sabem ler e nem escrever); renda per capita (o valor de toda riqueza de um país, dividido pelo número de habitantes, resultando em um valor, geralmente em dólar, por habitante); saúde (refere-se à qualidade da saúde da sua população); alimentação (refere-se à alimentação mínima que uma pessoa necessita, cerca de 2.500 calorias, e se essa alimentação é balanceada); condições médico-sanitárias (acesso a esgoto, água tratada, pavimentação etc.) e qualidade de vida e acesso ao consumo (correspondem ao número de carros, de computadores, televisores, celulares, acesso a internet entre outros).

Nesse sentido, foi criado pela ONU (Organização das Nações Unidas) para tentar medir o grau econômico e, principalmente, como as pessoas estão vivendo nos países de todo o mundo, o índice de desenvolvimento Humano (IDH), que avalia os países em uma escala de 0 a 1. O índice 1 não foi alcançado por nenhum país do mundo, pois tal índice iria significar que determinado país apresentaria uma realidade quase que perfeita, por exemplo, uma elevada renda per capita, expectativa de vida de 90 anos e assim por diante. Também é bom ressaltar que não existe nenhum país do mundo com índice 0, pois se isso ocorresse seria o mesmo que apresentar, por exemplo, taxas de analfabetismo de 100% e todos os outros indicadores em níveis desastrosos.(JANNUZZI, 2001)

Segundo o Ministério da Saúde, IDB-BRASIL (2006) são indicadores socioeconômicos: taxa de analfabetismo, níveis de escolaridade, produto interno bruto, razão de renda, proporção de pobres, taxa de desemprego, taxa de trabalho infantil.

O indicador “Taxa de Analfabetismo” é o percentual de pessoas de 15 ou mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede o grau de analfabetismo da população adulta. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais do analfabetismo, identificando situações que podem demandar avaliação mais aprofundada; dimensionar a situação de desenvolvimento socioeconômico de um grupo social em seu aspecto educacional; propiciar comparações nacionais e internacionais; contribuir para a análise das condições de vida e de saúde da população, utilizando esse indicador para analisar a condição social. A atenção à saúde das crianças é influenciada positivamente pela alfabetização da população adulta, sobretudo das mães; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde e

de educação. Pessoas não alfabetizadas requerem formas especiais de abordagem nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Níveis de Escolaridade” refere-se à distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa níveis de instrução da população de 15 anos e mais de idade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais dos níveis de escolaridade, identificando situações que podem demandar avaliação mais aprofundada; dimensionar a situação de desenvolvimento educacional; propiciar comparações nacionais e internacionais dos níveis de escolaridade da população; contribuir para a análise dos fatores condicionantes da situação de saúde. O nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família tem influência significativa sobre as condições de atenção à saúde das crianças; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde e de educação. O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Produto Interno Bruto” (PIB) Per Capita é o valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a produção, por habitante, do conjunto dos setores da economia. Indica o nível de produção econômica em um território, em relação ao seu contingente populacional. Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida. É utilizado para analisar os diferenciais geográficos e temporais da produção econômica, identificando desníveis na produção média da renda nacional; contribuir para a análise da situação social, identificando espaços cujo desempenho econômico pode demandar mais atenção para investimentos na área social; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de interesse social. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Razão de Renda” refere-se ao número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição da renda (20% mais ricos) é maior do que a renda do quinto inferior (20% mais pobres), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a concentração da renda pessoal, ao comparar os estratos extremos de renda. Quanto mais elevados os valores, maior o desnível de renda entre grupos populacionais dos estratos considerados. É utilizado para analisarem diferenciais na

concentração da renda pessoal entre os estratos superior e inferior da população, identificando tendências e situações de desigualdade que podem demandar estudos especiais; contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de distribuição de renda. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Proporção de Pobres” expressa o percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a proporção da população geral considerada em estado de pobreza, de acordo com a renda familiar mensal per capita. É utilizado para dimensionar o contingente de pessoas em condições precárias de sobrevivência; analisar variações geográficas e temporais da proporção de pobres, identificando situações que podem demandar avaliação mais aprofundada; contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando estratos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de distribuição de renda. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa de Desemprego” é o percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Define-se como população economicamente ativa (PEA) o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada. População Ocupada são aquelas pessoas que trabalham, incluindo empregados, pessoas que trabalham para um empregador ou mais, cumprindo uma jornada de trabalho, recebendo em contrapartida uma remuneração em dinheiro ou outra forma de pagamento (moradia, alimentação, vestuário, etc.), aquelas que prestam serviço militar obrigatório e os clérigos, aqueles que exploram uma atividade econômica ou exercem uma profissão ou ofício e não são empregados, aqueles que exploram uma atividade econômica ou exercem uma profissão ou ofício, as pessoas que exercem uma ocupação econômica, sem remuneração, pelo menos 15 horas na semana, ajudando a um membro da unidade domiciliar em sua atividade econômica, ou ajudando a instituições religiosas, beneficentes ou cooperativas, ou, ainda, como aprendiz ou estagiário. Como populações desocupadas estão as pessoas que não têm trabalho, mas estão dispostas a trabalhar, ou seja, procurando trabalho. Mede o grau de insucesso das pessoas que desejam trabalhar e não

conseguem encontrar uma ocupação no mercado de trabalho. Taxas elevadas de desemprego resultam na perda do poder aquisitivo. É utilizada para analisar variações geográficas e temporais na distribuição do desemprego, identificando tendências e situações de desigualdade que podem demandar a realização de estudos especiais; subsidiar a análise da condição social, identificando oscilações do mercado de trabalho; contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando estratos da população que requerem maior atenção. (IDB-BRASIL, 2006)

O indicador “Taxa de Trabalho Infantil” refere-se ao percentual da população residente de 10-14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a magnitude da ocupação laboral de crianças de 10 a 14 anos de idade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição do trabalho infantil, identificando situações que podem demandar a realização de estudos especiais; subsidiar a análise da condição social desse grupo populacional específico e a identificação de fatores contribuintes que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação, trabalho e proteção social, entre outras. (IDB-BRASIL, 2006)

### **3.1.3- Indicadores Ambientais**

Podemos relacionar meio ambiente e saúde, repensando o atual modelo de desenvolvimento mundial (crescimento econômico e urbanização), que gerou urbanização rápida e desordenada; concentração de renda; degradação ambiental; degradação qualidade de vida. Estudando a gênese dos problemas de meio ambiente e saúde, através do processo de produção e consumo podemos ter um melhor entendimento da relação entre ambiente e saúde. (CUNHA, 2005)

Nesse sentido, analisando o perfil de saúde da população brasileira e o cenário sócio-ambiental, observamos doenças cardiovasculares e neoplásicas (respectivamente primeira e terceira causas de óbito); doenças infecto-parasitárias; causas externas (acidentes e violências) todas elas diretamente relacionadas com o meio ambiente.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima que 30% dos danos à saúde estão relacionados aos fatores ambientais decorrentes de inadequação do saneamento básico (água, lixo, esgoto), poluição atmosférica, exposição a substâncias químicas e físicas, desastres naturais, fatores biológicos (vetores, hospedeiros e reservatórios) entre outros. (OMS, 1998)

A Vigilância em Saúde Ambiental prevê um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde. A saúde ambiental busca a área da saúde pública que afeta o conhecimento científico e a formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade. (CGVAM, ABRASCO, 2003)

Segundo Briggs e Corvalan (1996) define-se Indicador de Saúde Ambiental, como “uma expressão que demonstra a vinculação entre o ambiente e saúde direcionada para um aspecto concreto de uma política ou gerenciamento e apresentada em uma forma que facilite sua interpretação, permitindo a tomada de decisão eficaz e efetiva”.

Um indicador de saúde ambiental pode ser visto como uma medida que sintetiza, em termos facilmente compreensíveis e relevantes, alguns aspectos da relação entre o meio ambiente e a saúde, de forma a auxiliar tomadores de decisão a fazer escolhas mais apropriadas, fundamentadas em informações. (VILLARDI *et al* 2007)

Podemos conceituar indicadores de saúde ambiental como uma expressão de ligação entre o ambiente e a saúde, referente a um assunto específico de política ou gerenciamento, apresentada de tal modo que facilite a interpretação para fins de se adotar uma decisão mais efetiva. (OMS, 1998)

Os principais indicadores ambientais relacionados com a saúde são as condições de moradia e do peridomicílio, dados estreitamente ligados com o nível socioeconômico da população. Isso também se aplica em relação à cobertura e qualidade do saneamento básico (abastecimento de água, coleta de esgotos, de lixo e destinação das águas pluviais). É muito usada como indicador de saúde a proporção da população que dispõe de um sistema adequado de água, esgoto e lixo. (CGVAM, 2003)

Os indicadores ambientais podem ser classificados de acordo com a classificação de OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), podendo ser sistematizado pelo modelo Pressão, Estado e Resposta (PER), sendo que Pressão caracteriza as pressões sobre os sistemas ambientais e podem ser traduzidos por indicadores de emissão de contaminantes, eficiência tecnológica, intervenção no território e impacto

ambiental. Descrevem as pressões exercidas pelas atividades humanas sobre o meio ambiente e sobre os recursos naturais, como a utilização de recursos, o lançamento de poluentes e resíduos. O modelo Estado reflete a qualidade do ambiente num dado horizonte espaço/tempo, por exemplo, indicadores de sensibilidade, risco e qualidade ambiental. Referem-se à qualidade do meio ambiente e à qualidade e quantidade dos recursos naturais. Refletem assim o objetivo final das políticas ambientais e visam fornecer uma visão geral do estado do meio ambiente e de sua evolução no tempo. A esta categoria pertencem as concentrações de poluentes nos diversos meios, o excesso de cargas críticas, a exposição da população a certos níveis de poluição ou a um ambiente degradado, o estado da fauna e da flora e as reservas de recursos naturais. Na prática, mensurar as condições ambientais pode revelar-se difícil e oneroso, por isso mesmo, as pressões sobre o ambiente são freqüentemente utilizadas. O modelo resposta avalia a resposta da sociedade às alterações e preocupações ambientais; bem como a adesão a programas e/ou à implementação de medidas em prol do ambiente; podem ser incluídos neste grupo os indicadores de adesão social, de sensibilização e de atividades de grupos sociais importantes. Os indicadores de respostas da sociedade mostram em que grau a sociedade responde às questões ambientais. (KRAEMER, 2004)

### 3.1.4 - Indicadores Epidemiológicos e de Saúde

Tradicionalmente, os indicadores de saúde têm sido construídos por meio de números. Em geral, números absolutos de casos de doenças ou mortes não são utilizados para avaliar o nível de saúde, pois não levam em conta o tamanho da população. Dessa forma, os indicadores de saúde são construídos por meio de razões (freqüências relativas), em forma de proporções ou coeficientes. As proporções representam a parcela do total de casos, indicando a importância desses casos no conjunto total. Os coeficientes (ou taxas) representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres, etc.). Dessa forma, geralmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer o evento que está no numerador. É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador. (LAURENTI *et al.*, 1987)

Os indicadores de saúde refletem “médias” do que está acontecendo em uma população. Por exemplo, a taxa de baixo peso ao nascer (< 2500 gramas) dos nascidos vivos de uma cidade, foi de 7,5% (ou seja, de cada 100 crianças nascidas vivas, em média, 7,5 nasciam com peso baixo). No entanto, ao analisar a taxa de baixo peso nas áreas de

abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, esse valor variou de 1,1% (cerca de uma criança com baixo peso para cada 100 nascidas) até 12,2% (SPECIAN *et al.*, 1998)

Dessa forma, é indispensável considerar que um indicador “médio” pode estar, na realidade, camuflando importantes desigualdades no interior dessas populações e outras formas de “medir” saúde (como as entrevistas com lideranças comunitárias, a observação da realidade, a desagregação dos indicadores em níveis geográficos menores) também devem ser buscadas, simultaneamente à análise desses indicadores de saúde tradicionais.

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Uma das questões importantes para o diagnóstico de situações de saúde, nesse sentido, é o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde, advindos de condições ambientais e sociais adversas. Esses indicadores devem permitir a identificação dos lugares, suas relações com a região, bem como a relação entre a população e seu território. São nessas relações que desenvolvem meios propícios para o desenvolvimento de doenças e também para seu controle. (BARCELLOS, 2002)

Para Laurenti *et al.*, (1987) uma das grandes dificuldades do profissional de saúde é medir o padrão de vida, ou nível de vida, da população com a qual trabalha. Essa questão tem sido muito estudada internacionalmente, pela necessidade de comparar níveis de vida entre diferentes países, ou num mesmo país numa série temporal. A Organização Mundial da Saúde formou, nos anos 50, um Comitê para definir os métodos mais satisfatórios para definir e avaliar o nível de vida. Na impossibilidade de construir um índice único, o Comitê sugeriu que fossem considerados separadamente 12 componentes passíveis de quantificação: saúde, incluindo condições demográficas; alimentos e nutrição; educação, incluindo alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação de emprego; consumo e economia gerais; transporte; moradia, incluindo saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social e liberdade humana.

Assim, vale reconhecer a importância, na busca da explicação de uma dada situação de saúde, de recorrer a indicadores intersetoriais, como a evolução do nível de emprego, a renda média do trabalhador, ou o consumo de energia elétrica, dada a complexidade do conceito de saúde, a tarefa de mensurá-la também é complexa, pois são muitos ângulos de aproximação, como a mortalidade, a morbidade, a incapacidade física, o grau de autonomia das pessoas (idosos), a estrutura etária da população, a qualidade da prestação de determinado cuidado de

saúde, etc. A escolha dos indicadores depende dos objetivos da avaliação, bem como dos aspectos metodológicos, éticos e operacionais da questão em estudo.

Os principais Indicadores de Saúde são: coeficiente de mortalidade geral, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade materna e mortalidade proporcional por grupo de causa.

“O coeficiente de mortalidade geral” é um indicador que expressa a intensidade da ocorrência anual de mortes em determinada população. É obtido pelo número de óbitos de determinada localidade e ano divididos pela população desta mesma localidade e ano, expresso por mil habitantes. O Coeficiente de Mortalidade Geral é influenciado pela estrutura da população, por sexo e idade. (IDB, 2006)

“O coeficiente de mortalidade infantil” estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. É obtido pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, em determinado período e local divididos pelo número de nascidos vivos desta mesma localidade e ano, expresso por mil nascidos vivos. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento sócio-econômico e de condições de vida. (IDB, 2006)

“O coeficiente de mortalidade materna” estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a complicações da gravidez, parto e puerpério. É obtido pelo número de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) devido a complicações da gravidez, parto e puerpério de um determinado local e ano, divididos pelo número de nascidos vivos desta mesma localidade e ano, expresso por mil nascidos vivos. Este indicador reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher, utilizado para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de ação de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério. (IDB, 2006)

“A mortalidade proporcional por grupo de causa” expressa o percentual de óbitos por grandes grupos de causas em relação ao total de óbitos. É obtido pelo número de óbitos por determinado grupo de causas, dividido pelo número total de óbitos, num determinado período e local multiplicado por 100. É utilizado para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde tendentes a reduzir o número de óbitos. (IDB, 2006)

No próximo capítulo, faremos uma análise do “Diagnóstico de Saúde de Araraquara” (2004), documento elaborado pela Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Araraquara SP, analisando indicadores de saúde como

Índice de Natalidade, Razão de Dependência, População Economicamente Ativa, Expectativa de Vida e Coeficiente de Mortalidade Geral. Analisaremos tais indicadores das populações residentes em cada bairro daquele município, buscando possíveis diferenças entre bairros periféricos e bairros centrais.

Correlacionaremos os óbitos com suas possíveis causas, buscando desenhar o perfil epidemiológico do Município de Araraquara SP, e o conhecimento do que morre e do que adoce nossa população e se as causas de mortes relacionam-se com maior ou menor qualidade de vida.

## CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS DADOS

Ao analisarmos o Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004), verificamos que o mesmo foi elaborado sendo com base no diagnóstico demográfico, diagnóstico epidemiológico, na descrição da rede instalada e nos indicadores de saúde. Discutiremos os indicadores que foram utilizados como base desse estudo, as Políticas Públicas de Saúde do município e os preceitos da Medicina Social, contextualizando as informações contidas no documento estudado.

Analisando o Diagnóstico Demográfico, nos baseamos nos estudos de Thompson (1965) e verificamos o número de habitantes e sua distribuição por faixa etária e sexo, por meio de Pirâmides Populacionais.

Quando analisamos somente a pirâmide do Município de Araraquara, acreditamos que estamos tratando de uma região com bom padrão de qualidade de vida. No entanto, quando analisamos as pirâmides por área de abrangência das Unidades Básicas confrontamos com o desafio de fazermos a tão almejada equidade acontecer. (ARARAQUARA, 2004)

Pesquisando trabalhos sobre a importância do estudo dos impactos diferenciais dentro do espaço urbano provocados por diferentes condições socioeconômicas, encontramos o trabalho de Marco Akerman (1994), que apresentou um projeto na área de diferenciais intra-urbanos de saúde no Município de São Paulo, desenvolvido em colaboração com a Fundação SEADE e concluído em abril de 1994. Para esse autor, estatísticas agregadas podem camuflar diferenças importantes. Por exemplo, a taxa média de mortalidade de uma localidade de 25,2 por mil nascidos vivos, está representando um retrato médio do problema da cidade, sendo que encontramos bairros com taxas relativamente baixas e outros com taxas até três vezes maiores. Este tipo de exercício desagregado da estatística clama por intervenções diferenciadas entre os diversos territórios.

Encontramos no documento “Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004)”, uma análise de indicadores demográficos, onde foram estudadas as pirâmides populacionais da população residente em cada área de abrangência dos Centros Municipais de Saúde de Programas de Saúde da Família, comparando-se a população menor de 05 anos, população menor de 15 anos, população de 15 a 59 anos, população de 60 anos ou mais. Encontramos, ainda, uma comparação entre a porcentagem de população menor de 15 anos e maior de 60

anos. A partir dessa análise, Araraquara foi dividida em quatro setores, agrupando áreas homogêneas em cada setor, do ponto de vista socioeconômico e de ambiente. (ARARAQUARA, 2004)

Encontramos também, a relação ao estudar a população menor de 05 anos com Índice de Natalidade. Discordamos dessa relação uma vez que o índice de natalidade ou Taxa Bruta de Natalidade ou Coeficiente Geral de Natalidade, considera o número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; expressa a frequência anual de nascidos vivos no total da população. (IDB-BRASIL, 2006)

Acreditamos que uma correlação com o indicador Proporção de Menores de Cinco anos de Idade na População, que é o percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, estaria mais bem especificado. Porém destacamos a relevância deste estudo, pois esse indicador está associado aos níveis de fecundidade e natalidade, que repercutem na estrutura etária da população. Regiões com reduzidas taxas de fecundidade apresentam menor proporção de crianças abaixo de cinco anos de idade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição de crianças menores de cinco anos de idade; contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação e assistência social de crianças em idade pré-escolar. (IDB-BRASIL, 2006)

Ao estudarmos a população menor de 15 anos, e ao compararmos os menores de 15 anos e os maiores de sessenta anos de cada bairro do município de Araraquara, encontramos uma relação desse estudo com o indicador razão de dependência, que considera a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A razão de dependência pode ser calculada, separadamente, para as duas faixas etárias identificadas como população dependente. Mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. É utilizado para acompanhar a evolução do grau de dependência econômica em uma determinada população; sinalizar o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional; subsidiar a formulação de políticas nas

áreas de saúde e de previdência social. (IDB-BRASIL, 2006). Também acreditamos numa relação desse item estudado com o indicador Índice de Envelhecimento, que revela o número de pessoas de 65 anos e mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indica a razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens; os valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado. É utilizado para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais; contribuir para a avaliação de tendências da dinâmica demográfica, subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social. (IDB-BRASIL, 2006) Os indicadores Razão de Dependência e Índice de Envelhecimento consideram como dependentes a população com mais de 65 anos, idade exigida pela Previdência Social para aposentadoria. No documento foi considerada a faixa etária de 60 anos.

Ao compararmos a população com 60 anos a mais de cada bairro de Araraquara, pesquisamos o indicador Proporção de Idosos na População. A definição de idoso como pessoa maior de sessenta anos de idade é estabelecida na legislação brasileira, indica a participação relativa de idosos na população geral e reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idosos; contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação e assistência social de idosos. (IDB-BRASIL, 2006)

Sendo assim, o Quadro 02 relaciona os Centros de Saúde e Equipes de Saúde da Família que foram agrupados como áreas homogêneas nos quatros setores encontradas no documento “Diagnóstico de Saúde de Araraquara, 2004:

Quadro 02 – Áreas de Abrangências dos Centros Municipais de Saúde –Município de Araraquara- SP.

<b>Setor 1 =</b> Áreas de Abrangência dos Centros Municipais de Saúde e Programas de Saúde da Família:	
Centro Municipal de Saúde “SESA”,	
Centro Municipal de Saúde “VILA XAVIER”	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM SANTA LÚCIA”.	
<b>Setor 2 =</b> Áreas de Abrangência dos Centros Municipais de Saúde e Programas de Saúde da Família	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM PAULISTANO”,	
Centro Municipal de Saúde “SANTA ANGELINA”,	
Programa de Saúde da Família “JARDIM MARIVAN”,	
Centro Municipal de Saúde “PARQUE DAS LARANJEIRAS”,	
Centro Municipal de Saúde “VILA MELHADO”	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM AMÉRICA”	
<b>Setor 3 =</b> Áreas De Abrangência Dos Centros Municipais de Saúde e Programa de saúde da Família	
Centro Municipal de Saúde “CECAP”,	
Programa de Saúde da Família “VILA BIAGIONI”,	
Programa de Saúde da Família “BUENO DE ANDRADE”,	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM SELMI DEI I”,	
Programa de Saúde da Família “VALE DO SOL”,	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM YOLANDA ÓPICE”	
QUALIS “BELA VISTA”.	
<b>Setor 4 =</b> Áreas de Abrangências dos Centros Municipais de Saúde e Programas de saúde da Família:	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM IGUATEMY”,	
Programa de Saúde da Família “AGUAS DO PAIOL”,	
Programa de Saúde da Família “JARDIM IEDA”,	
Programa de Saúde da Família “JARDIM MARIA LUIZA”,	
Programa de Saúde da Família “JARDIM HORTÊNSIAS”,	
Programa de Saúde da Família “JD PINHEIROS”,	
Centro Municipal de Saúde “PARQUE RESIDENCIAL SÃO PAULO”,	
Centro Municipal de Saúde “JARDIM ROBERTO SELMI DEI IV”	
ZONA RURAL	

(Fonte: ARARAQUARA (2004))

O Quadro 03 foi retirado do documento analisado, que considera que o Setor 1, onde residem 28,7% da população de Araraquara e apresenta um nível excelente de saúde e qualidade de vida; o Setor 2; 36,32% da população com um nível bom; o Setor 3, 14,64% com um nível ruim e por fim o Setor 4, 20,56% da população com um nível péssimo de saúde e qualidade de vida. (ARARAQUARA, 2004)

Quadro 03 - Comparação das quatro Realidades de Araraquara

SETOR	% DA POPULAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Setor 1	28,47%	EXCELENTE
Setor 2	36,32%	BOA
Setor 3	14,64%	RUIM
Setor 4	20,56%	PÉSSIMA

(Fonte: ARARAQUARA (2004))

Como o município de Araraquara foi dividido em 04 setores por áreas homogêneas segundo indicadores, apresentamos a Tabela 01 que nos demonstra a quantidade de população em cada setor, por faixa etária.

Essa tabela oferece dados importantes para o conhecimento por parte dos gestores públicos para direcionamento das ações de saúde, como por exemplo, ações de saúde em programas de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, puericultura, etc.

Tabela 01- População residente por faixa etária/por setor

Faixa Etária	Setor 1		Setor 2		Setor 3		Setor 04		TOTAL	
	N.º absoluto	%*	N.º absoluto	%**						
< que 1 ano	492	20,27	832	34,28	440	18,12	663	27,31	2.427	6,58
1 a 4	2068	19,37	3707	34,73	1862	17,44	3035	28,43	10672	5,56
5 a 9	3023	20,46	5066	34,29	2550	17,26	4132	27,97	14771	7,69
10 a 14	3834	23,24	5816	35,25	2802	16,98	4043	24,51	16495	8,59
15 a19	4530	24,83	6679	36,61	3036	16,64	3998	21,91	18243	9,5
20 a 29	8435	25,35	12288	36,93	5059	15,2	7485	22,49	33267	17,33
30 a 39	7729	25,18	11229	36,58	4645	15,13	7088	23,09	30691	15,99
40 a 49	7667	29,21	10062	38,34	3820	14,55	4699	17,87	26248	13,67
50 a 59	5911	34,44	6735	39,24	2108	12,28	2409	14,03	17400	9,06
60 a 69	5528	46,1	4211	35,11	1087	9,06	1165	9,71	11991	6,24
70 a 79	3804	52,65	2318	32,12	530	7,33	570	7,88	7222	3,76
80 a mais	1620	59,51	759	27,88	171	6,28	172	6,31	2722	1,41
Total	54641	28,47	69702	36,31	28110	14,64	39459	20,56	191912	100

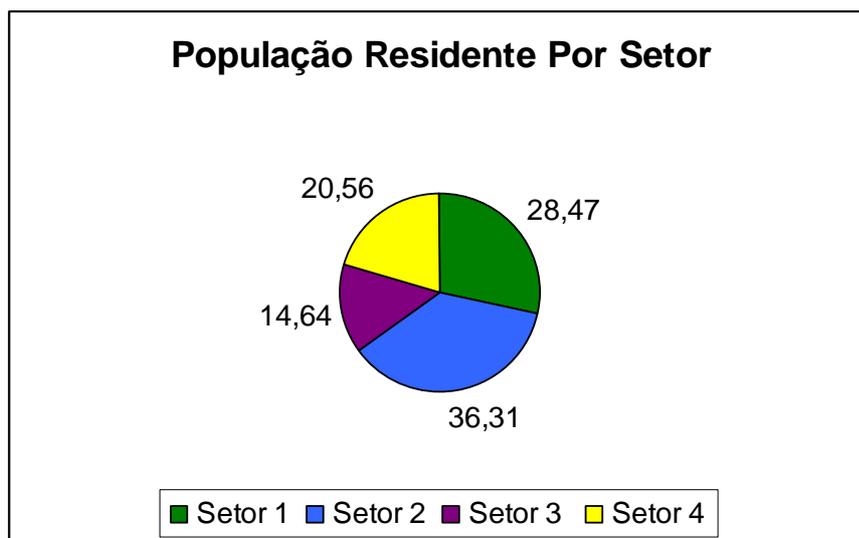
\*% de cada setor com relação ao total de população da faixa etária

\*\*% do total de cada faixa etária em relação à população total

Fonte: ARARAQUARA (2004)

Podemos observar que o Setor 2 é o setor com maior número de população,36,31%, seguido do Setor 1, 28,47%; Setor 4, 20,56% e por fim, do Setor 3 com 14,64% da população, conforme demonstrado no Gráfico 04.

Gráfico 04- Porcentagem de população por setor

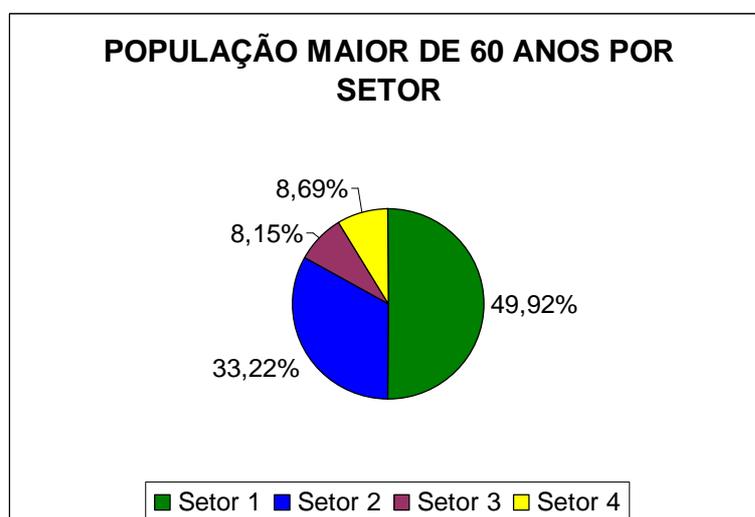


Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Outra observação importante é que temos uma população acima de 60 anos de 21.935 pessoas, das quais, 49,92% residem no Setor 1; 33,22% no Setor 2, 8,15% no Setor 3 e 8,69% no Setor 4.

Abaixo demonstramos no Gráfico 05 a população de idosos, ou seja, com mais de 60 anos por setor:

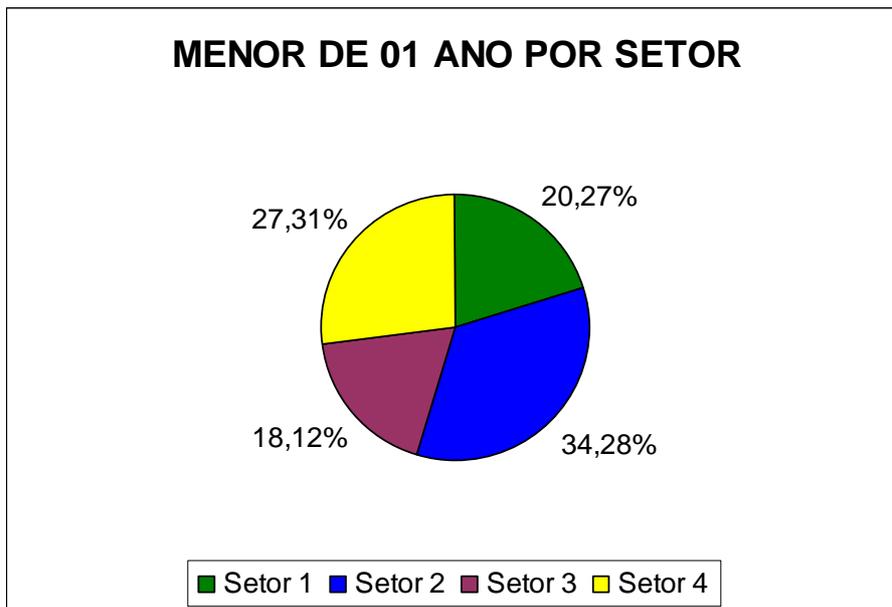
Gráfico 05- População maior de 60 anos por setor



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Os setores 2 e 4 são os setores com maior população de crianças menores de 01 ano, conforme demonstra o Gráfico 06

Gráfico 06- População menor de 01 ano por setor



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

#### **4.1- Perfil do Município de Araraquara segundo o indicador Proporção de Menores de Cinco anos**

Abaixo avaliamos, por meio da Tabela 02, a população menor de 05 anos em cada setor:

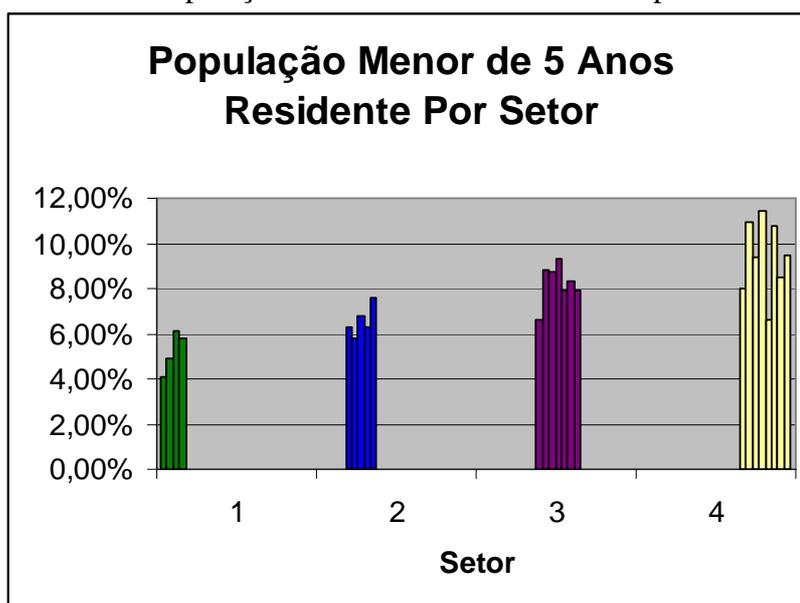
Tabela 02: Proporção de menores de 05 anos por setor

<b>Centro de Saúde/Programa de Saúde da Família</b>	<b>Setor 1</b>	<b>Setor 2</b>	<b>Setor 3</b>	<b>Setor 04</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>SESA</b>	4,10%			
<b>VILA XAVIER</b>	4,90%			
<b>SANTA LÚCIA</b>	6,10%			
<b>JARDIM PAULISTANO</b>	5,80%			
<b>SANTA ANGELINA</b>		6,30%		
<b>JARDIM MARIVAN</b>		5,80%		
<b>PQ. LARANJEIRAS</b>		6,80%		
<b>VILA MELHADO</b>		6,30%		
<b>JARDIM AMÉRICA</b>		7,60%		
<b>CECAP</b>			6,60%	
<b>VILA BIAGIONE</b>			8,80%	
<b>BUENO DE ANDRADE</b>			8,70%	
<b>SELMI DEI I</b>			9,30%	
<b>YOLANDA OPCE</b>			7,90%	
<b>VALE DO SOL</b>			8,30%	
<b>BELA VISTA</b>			7,90%	
<b>JARDIM IGUATEMI</b>				8%
<b>JARDIM IEDA</b>				11,10%
<b>AGUAS DO PAIOL</b>				10,90%
<b>JARDIM MARIA LUIZA</b>				9,40%
<b>JARDIM DAS HORTENSIAS</b>				11,40%
<b>JARDIM PINHEIROS</b>				6,60%
<b>PARQUE SÃO PAULO</b>				10,80%
<b>JARDIM SELMI DEI IV</b>				8,50%
<b>ZONA RURAL</b>				9,50%

Fonte: ARARAQUARA (2004)

O Gráfico 07 representa a porcentagem de crianças menores de 05 anos por setor:

Gráfico 07- População menor de 05 anos residente por setor



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Para o documento analisado, os dados da Tabela 02 foram correlacionados com o índice de natalidade e então foram agrupadas áreas homogêneas segundo padrões socioeconômicos, nos quatro setores já mencionados. Apesar de discordarmos da relação com este índice, conforme comentamos anteriormente podemos observar que:

Tanto a natalidade como a mortalidade são maiores entre as classes mais pobres da população. A pobreza, não impede o casamento e a procriação, mas dificulta a sobrevivência; ela impõe limitações à multiplicação da espécie, principalmente através da alta mortalidade infantil. (PRIESS, 2009)

Considerando que a taxa de natalidade nos países desenvolvidos é, em geral, mais baixa (devido ao conhecimento de métodos contraceptivos, melhores condições médicas e econômicas), enquanto que nos países em desenvolvimento a taxa de natalidade é, em geral, superior face ao desconhecimento ou não-divulgação de métodos contraceptivos e à tendência para seguir tradições familiares e religiosas, e fazendo um paralelo com cada setor definido em Araraquara, podemos observar um menor índice de natalidade no Setor 1 e que foi aumentando, variando entre 4,1% a 11,4%. A região de Araraquara que apresenta 4,1 % é a região da população que pertence ao SESA (Serviço Especial de Saúde), cuja população reside nos bairros centrais de Araraquara. Por outro

lado, o maior índice de crianças menores de 05 anos, encontra-se no Setor 4, num bairro periférico, com um alto índice de pessoas que migram da região norte e nordeste por ocasião da “safra da laranja e da cana de açúcar”, e ainda alto índice de analfabetismo, baixa renda percapta, etc.

Ao analisarmos os dados mencionados, temos a clareza que para se buscar melhor eficiência nas ações de saúde municipais, é necessário criar um sistema capaz de melhorar o índice de natalidade dos bairros situados no Setor 4, pois sabemos que não teremos um município desenvolvido, com educação, saúde, trabalho, moradia para todos e com reduzidos índices de criminalidade, se não for reduzido o índice de natalidade, através de um programa bem estruturado de planejamento familiar.

Entre as pessoas da classe média e alta, existe o controle de natalidade e o planejamento familiar, porque eles têm consciência das dificuldades da vida, possuem acesso e utilizam meios contraceptivos. Já as pessoas de classe social mais baixa, acabam tendo maior número de filhos, muitas vezes mesmo sem os querer, seja porque não têm acesso aos meios contraceptivos, ou quando os têm às mãos, não fazem uso por questões culturais. (PRIESS, 2009)

Essas informações nos demonstram a necessidade de ações municipais que ataquem mais diretamente as causas da miséria, com programas de planejamento familiar voltados a essa população, objetivando maior conscientização e o fornecimento de formas mais abrangentes de produtos contraceptivos, desenvolvendo nesses bairros, onde encontramos os chamados “bolsões de pobreza”, a popularização e incentivo das cirurgias de vasectomia e ligadura de trompas, de forma gratuita. Sabemos que esses programas existem, mas em nosso município não conseguiu atingir nenhum resultado expressivo.

Os índices analisados acima, nos levam a acreditar que pessoas mais pobres são as que têm maior número de filhos, o que nos permite pensar em enfatizar ações de planejamento familiar, porém, para que essas ações tenham êxito, não podemos dissociá-las de outros problemas sociais, como por exemplo o alto índice de analfabetismo, muito comum nas camadas mais pobres, que dificultam o acesso à informação e conseqüentemente, o conhecimento dessa parcela de população sobre os meios contraceptivos e sobre o próprio corpo; pois é claro que quanto mais informações tiverem, mais condições as mulheres terão para planejarem. Portanto, os gestores municipais devem refletir sobre a importância de ações de planejamento familiar como ação básica de saúde, principalmente na unidade de saúde do Setor 4.

#### **4.2- Perfil do Município de Araraquara segundo a Razão de Dependência**

Quando avaliamos a população abaixo de 15 anos, estamos analisando o nível de dependência dessa população. A razão de dependência com valores elevados são vistas como refletindo desvantagens econômicas uma vez que se supõe que os menores de 15 anos e as pessoas mais idosas contribuem muito pouco para o processo econômico.

Mas, como enfatiza Gonçalves (1973), para os países menos desenvolvidos a razão de dependência, como definida acima, pode não ser um indicador real porque superestima a dependência por não levar em consideração a entrada prematura dos jovens na força de trabalho e a saída tardia dos mais velhos, que se dá em geral, devido à mortalidade. É necessário considerar se o trabalho do menor está sendo explorado, impedindo-o de frequentar a escola.

A razão de dependência mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. É utilizado para acompanhar a evolução do grau de dependência econômica em uma determinada população; sinalizar o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional; subsidiar a formulação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social. (IDB-BRASIL, 2006)

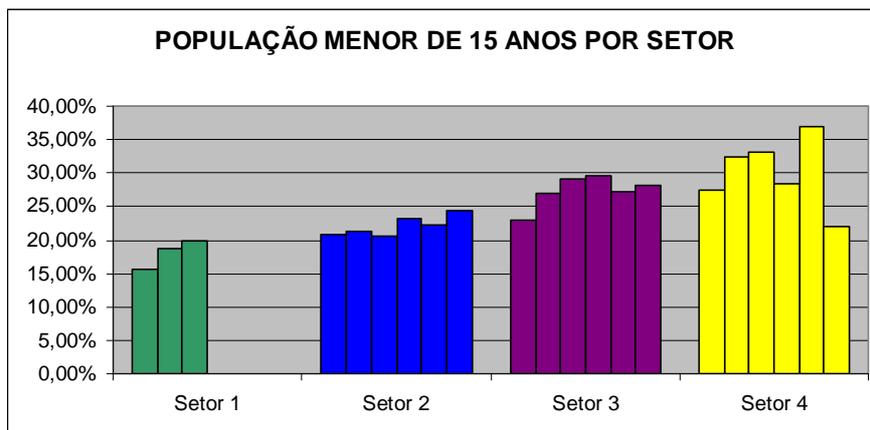
A seguir, demonstramos a população abaixo de 15 anos, segundo cada setor de Araraquara, segundo a Tabela 03 e o Gráfico 08:

Tabela 03 - Índice Razão de Dependência por Setor  
População menor de 15 anos

Área de Abrangência	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4
	%	%	%	%
SESA	15,60%			
VILA XAVIER	18,60%			
SANTA LÚCIA	19,90%			
JARDIM PAULISTANO		20,90%		
SANTA ANGELINA		21,30%		
JARDIM MARIVAN		20,60%		
PQ. LARANJEIRAS		23,10%		
VILA MELHADO		22,30%		
JARDIM AMÉRICA		24,30%		
CECAP			22,90%	
VILA BIAGIONE			26,90%	
BUENO DE ANDRADE			29%	
SELMI DEI I			29,60%	
YOLANDA OPCE			27,20%	
VALE DO SOL			28,20%	
BELA VISTA			25,30%	
JARDIM IGUATEMI				27,40%
IEDA				32,50%
AGUAS DO PAIOL				33,20%
JARDIM MARIA LUIZA				28,40%
JD DAS HORTENSIAS				36,90%
JARDIM PINHEIROS				22,10%
PARQUE SÃO PAULO				33,20%
JARDIM SELMI DEI IV				28,30%
ZONA RURAL				31,50%

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Gráfico 08- População menor de 15 anos por setor:



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Para a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica o Índice Razão de Dependência por Área de Abrangência-Setor 1 - Araraquara-SP, pela porcentagem de população < 15 anos essa população apresenta baixo nível de dependência; o setor 2 apresenta uma porcentagem da população dependente em declínio mais ainda acima da média de 20%, o setor 3 apresenta porcentagem de população dependente acima da média municipal e o setor 4, porcentagem de população dependente, muito acima do desejado (20%). (ARARAQUARA, 2004)

Se compararmos o município de Araraquara com outras regiões do Brasil e a Tabela 04 revela a razão de dependência do Brasil e grandes regiões de 1991 a 2005; observamos gradativo declínio da razão de dependência, em todas as regiões brasileiras, o que está relacionado ao processo de transição demográfica. A redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando no decréscimo do contingente jovem da população. As regiões Norte e Nordeste apresentam maiores valores da razão de dependência, associados às taxas de fecundidade mais altas do país. (IDB, BRASIL, 2006)

Tabela 04- Razão de Dependência – Brasil e Grandes regiões-1991 a 2005

Razão de dependência Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005												
Regiões	Jovem				Idosos				Total			
	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005
Brasil	59,9	52,3	47,9	42,5	12,6	13,1	13,8	14,4	72,5	65,4	61,7	56,9
Norte	80,5	70,0	65,0	59,3	8,8	9,0	9,6	9,9	89,3	79,0	74,5	69,2
Nordeste	73,9	62,8	56,3	48,6	13,6	13,8	14,4	14,7	87,5	76,5	70,6	63,3
Sudeste	51,3	45,1	41,7	37,3	13,1	13,7	14,5	15,2	64,4	58,8	56,2	52,5
Sul	52,9	47,6	43,5	39,0	12,7	13,6	14,5	15,3	65,6	61,2	58,0	54,4
Centro-Oeste	59,2	51,5	47,2	42,2	8,7	9,4	10,4	11,1	67,9	61,0	57,6	53,3

Fonte: IBGE ( 2005)

A Estrutura Etária de uma população constitui um elemento fundamental para se conhecer os recursos humanos de que dispõe uma sociedade, em um momento dado: ela é um dado essencial para o dimensionamento da força de trabalho. (SANTOS, 1991)

Podemos observar que entre 1991 a 2005 a porcentagem da população jovem decresceu, de 59,9 para 42,5 no Brasil, enquanto que a população de idosos aumentou de 12,6 para 14,4%. Observamos que a população de Araraquara tem um acréscimo considerável de população menor de 15 anos de um setor para o outro, variando de 15,60% a 36,90%. No que diz respeito à estrutura etária, merece atenção a mudança no potencial produtivo da população, entre os setores de Araraquara. A redução da proporção de pessoas ativas frente às inativas tem impactos para a

sociedade, pois se trata de um número menor de adultos produzindo bens e serviços que sustentam um número maior de crianças.

Esse cenário demográfico tem implicações econômicas e sociais relevantes. Voltando ao tão discutido conceito amplo de saúde:

Saúde não é um conceito universal, ao contrário, varia sob distintas condições sociais. Ela é resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de forma particular em cada sociedade, resultando em comunidades mais ou menos saudáveis. (BUSS, 2003)

Reafirmamos então, a relevância de se conhecer nossa população, e direcionarmos políticas públicas de acordo com cada realidade encontrada.

#### **4.3 -Perfil do Município de Araraquara segundo o Indicador População Economicamente Ativa**

Ao verificarmos a população de 15 a 59 anos estamos analisando o Índice População Economicamente Ativa, demonstrado na Tabela 05, comparando os quatros setores de Araraquara.

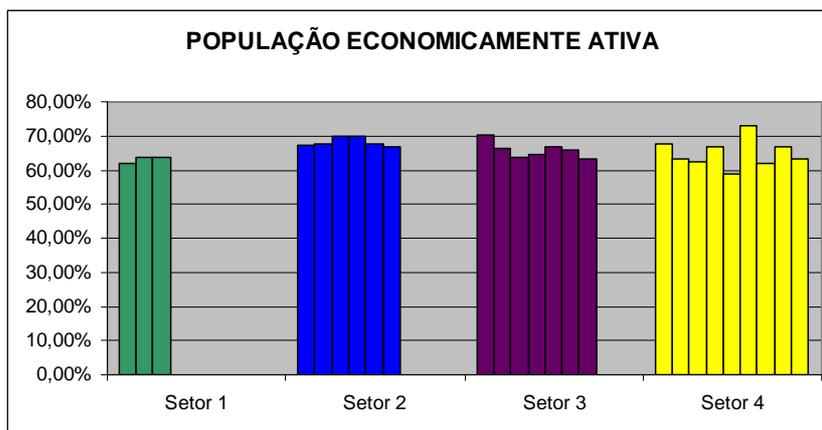
Tabela 05: Índice População Economicamente Ativa, por setor/ano 2004  
População menor de 15 anos

Áreas de Abrangências	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4
	%	%	%	%
SESA	61,90%			
VILA XAVIER	63,80%			
SANTA LÚCIA	63,90%			
JARDIM PAULISTANO	67,20%			
SANTA ANGELINA	67,90%			
JARDIM MARIVAN	70,00%			
PQ. LARANJEIRAS	70,00%			
VILA MELHADO	67,90%			
JARDIM AMÉRICA	66,70%			
CECAP			70,30%	
VILA BIAGIONE			66,40%	
BUENO DE ANDRADE			63,60%	
SELMI DEI I			64,80%	
YOLANDA OPCE			66,70%	
VALE DO SOL			66,00%	
BELA VISTA			63,10%	
JARDIM IGUATEMI				67,90%
IEDA				63,20%
AGUAS DO PAIOL				62,50%
JARDIM MARIA LUIZA				66,80%
JD DAS HORTENSIAS				59%
JARDIM PINHEIROS				72,80%
PARQUE SÃO PAULO				61,90%
JARDIM SELMI DEI IV				66,90%
ZONA RURAL				63,10%

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

O Gráfico 09 demonstra a porcentagem de população de 15 a 59 anos, considerada no documento analisado, Diagnóstico de Saúde de Araraquara em 2004, como a população economicamente ativa.

Gráfico 09: População economicamente ativa- de 15 a 59 anos



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

O documento que estamos analisando dá ênfase na importância destes dados como a população economicamente ativa. Conhecida pela sigla PEA, ela abrange todos os indivíduos de um lugar que, em tese, estariam aptos ao trabalho, ou seja, todos os indivíduos ocupados e desempregados. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) calcula a PEA como o conjunto de pessoas que estão trabalhando ou procurando emprego. Apesar do trabalho de crianças serem proibido no Brasil, o IBGE calcula a PEA considerando pessoas a partir dos 10 anos de idade, uma vez que a realidade no país é bem diferente do que prega a lei. (IDB, BRASIL, 2006)

Para Grabois (2006), a pesquisa de indicadores sociais, divulgada hoje pelo IBGE, revela que a participação da população em idade ativa, entre 15 e 64 anos, aumentou em relação às pessoas consideradas inativas, crianças e idosos. Em 1992, eram 64,1 inativos para cada 100 ativos. Em 1999, eram 55,4 inativos para cada 100 ativos. Em 1999, a região Nordeste apresentou a maior participação dos inativos, de 65,4 a cada 100 ativos. Já no Sudeste, a relação era de 100 pessoas ativas e 49,8 inativas. Os países com maior proporção de população economicamente ativa são aqueles que possuem baixas taxas de natalidade e de mortalidade.

Quando observamos a porcentagem de população na idade de 15 a 59 anos, que representa a população economicamente ativa dos quatro setores, e fazendo uma média desta porcentagem, verificamos que o Setor 1 apresentou uma média de 63,2% desta população, o Setor 2 apresentou 68,2%, o Setor 3 com 65,8% e por fim o Setor 4 com 64,9% de população economicamente ativa.

Verificamos que os índices de população economicamente ativa variam pouco de um setor para o outro. No entanto, quase o mesmo percentual de população economicamente ativa é responsável por praticamente o dobro da população abaixo de 15 anos do setor 4 em relação ao

setor 1, o que nos sugere uma provável reduzida renda *per capita* para o setor 4 em relação ao setor 1, revelando acentuada desigualdade social entre os setores.

A diferenciação social e cultural passa a ser considerada como determinante da variabilidade espacial da saúde-doença e o espaço geográfico apresenta-se para a epidemiologia como uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença nas coletividades. Entendo que a produção e a distribuição da doença e a constituição do espaço, têm os mesmos determinantes, este último, enquanto expressão das condições de vida dos segmentos que o ocupa, representa a mediação passível de informar certas relações entre sociedade e saúde. (PAIM, 1997)

#### **4.4 - Perfil do Município de Araraquara segundo o Indicador Expectativa de Vida**

Encontramos no documento “Diagnóstico de saúde de Araraquara, 2004”, a menção de expectativa de vida, relativo aos dados computados da população de faixa etária acima de 60 anos. Segundo o citado documento, abaixo exibimos as estatísticas dessa população em cada setor, conforme nos demonstra a Tabela 06:

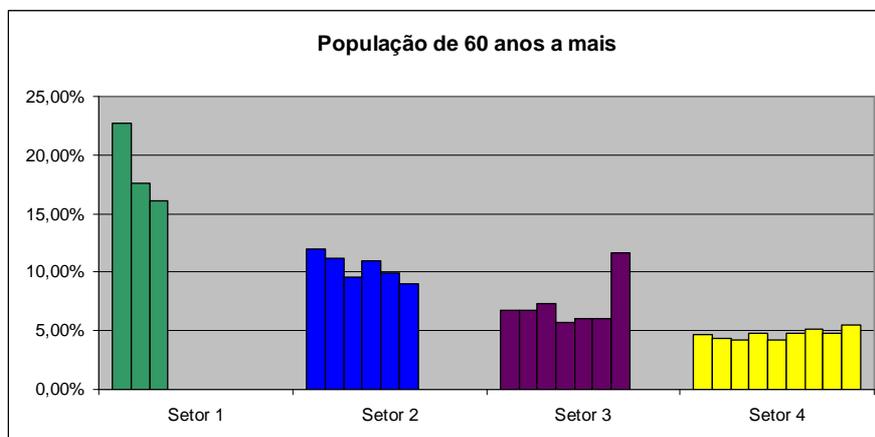
Tabela 06: Índice expectativa de vida, por setor/ano 2004  
População com 60 anos ou mais

Área de Abrangência	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4
	%	%	%	%
<b>SESA</b>	22,70%			
<b>VILA XAVIER</b>	17,60%			
<b>SANTA LÚCIA</b>	16,10%			
<b>JARDIM PAULISTANO</b>		12%		
<b>SANTA ANGELINA</b>		11,20%		
<b>JARDIM MARIVAN</b>		9,60%		
<b>PQ. LARANJEIRAS</b>		11,00%		
<b>VILA MELHADO</b>		9,90%		
<b>JARDIM AMÉRICA</b>		9%		
<b>CECAP</b>			6,70%	
<b>VILA BIAGIONE</b>			6,70%	
<b>BUENO DE ANDRADE</b>			7,30%	
<b>SELMI DEI I</b>			5,70%	
<b>YOLANDA OPCE</b>			6,10%	
<b>VALE DO SOL</b>			6%	
<b>BELA VISTA</b>			11,70%	
<b>JARDIM IGUATEMI</b>				4,70%
<b>IEDA</b>				4,30%
<b>AGUAS DO PAIOL</b>				4,20%
<b>JARDIM MARIA LUIZA</b>				4,80%
<b>JD DAS HORTENSIAS</b>				4,20%
<b>JARDIM PINHEIROS</b>				4,80%
<b>PARQUE SÃO PAULO</b>				5,10%
<b>JARDIM SELMI DEI IV</b>				4,80%
<b>ZONA RURAL</b>				5,50%

Fonte: ARARAQUARA (2004)

O Gráfico 10 demonstra a população com 60 anos ou mais nos quatros setores de Araraquara:

Gráfico 10: População com 60 anos ou mais por setor



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

O Setor 1 apresenta alta expectativa de vida, o Setor 2 expectativa de vida em elevação, mais ainda bem inferior aos 20% do grupo anterior, para o Setor 3 não encontramos nenhuma referência quanto a população acima de 60 anos, e para o Setor 4 “população acima de 60 anos, porcentagem muito baixa”.(ARARAQUARA, 2004)

Numa dada população, esperança de vida à nascença ou expectativa de vida é o número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver, se submetido, desde o nascimento, às taxas de mortalidade observadas no momento (ano de observação). É calculada tendo em conta, além dos nascimentos e obituários, o acesso a saúde, educação, cultura e lazer, bem como a violência, criminalidade, poluição e situação econômica do lugar em questão. Também é o número de anos que em média, uma pessoa terá probabilidade de viver. (SANTOS, 1991)

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 1990, criou um novo método denominado de IDH - Índice de Desenvolvimento Humano, esse corresponde às análises das condições de vida de uma população. Nesse contexto, um dos indicadores sociais que reflete boa condição de vida de uma população está na expectativa de vida, que corresponde ao número médio de anos que a população de um determinado país espera viver, mas também pode ser analisado em níveis mais particulares, como de um município, por exemplo. De acordo com a expectativa de vida de uma população pode-se saber a qualidade de vida das pessoas, isso fica evidente porque uma sociedade que possui bons rendimentos, aquisição ao conhecimento, saúde de qualidade e habitação tende a ter uma expectativa de vida maior. De acordo com os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2004, a esperança de vida ou expectativa de vida dos brasileiros é em média de 71,7 anos, essa média varia segundo o sexo, a média de vida das mulheres é de 75,5 anos e de homens é 67,9. (SANTOS, 1991)

A expectativa de vida no Brasil passa por um período de ascensão constante, no entanto, é superado em relação aos países centrais como o Japão possui uma média de 81,9 anos, a Suécia, 80,1 anos e a Holanda, 78,3 anos. O Brasil é superado até mesmo por países menos desenvolvidos como Cingapura, 78,6 anos, e Argentina, 74,3 anos. A expectativa de vida pode variar de acordo com a classe social, ou seja, quanto melhor o rendimento maior será a esperança de vida, enquanto que as classes de baixa renda detêm taxas bem inferiores em relação aos de alto poder aquisitivo. (FREITAS, 2004)

O aumento da proporção de idosos na população é um fenômeno mundial tão profundo que muitos chamam de "revolução demográfica". No último meio século, a expectativa de vida aumentou em cerca de 20 anos. Se considerarmos os últimos dois séculos, ela quase dobrou. Para se compreender a adequação das previsões sobre os limites da expectativa de vida, é necessário levar em conta que o crescimento mundial na expectativa de vida tem duas componentes principais: uma devida ao aumento da qualidade de vida da população idosa e outra devida à diminuição da mortalidade infantil. O primeiro componente deve-se a diversos fatores interligados, como o aumento da renda média em vários países, melhoria nas condições de educação, evolução da qualidade sanitária, inovações na medicina geriátrica etc. O segundo componente, a diminuição da mortalidade infantil, acontece porque a expectativa de vida é calculada através de médias sobre toda a população, de forma que uma alta mortalidade infantil pode "puxar" o índice para baixo. A principal razão para o aumento na expectativa de vida foi, até a década de 1950, a diminuição da mortalidade infantil. Entretanto, a partir daquela época, o responsável principal foram melhorias na condição de vida depois dos 65 anos (BELISÁRIO, 2002)

Acreditamos que a análise da população acima de 60 anos de idade, do documento em questão, trabalha com o indicador Proporção de Idosos na População, que segundo o Ministério da Saúde, é o percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total e residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (IDB, BRASIL, 2006)

A definição de idoso como pessoa maior de sessenta anos de idade está estabelecida na legislação brasileira. Esse indicador reflete a participação relativa do idoso na população geral e o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade. É utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idosos; contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação e assistência social de idosos. (IDB, BRASIL, 2006)

Pudemos observar, fazendo uma média da porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais nos quatro setores de Araraquara, que o Setor 1 apresenta uma média de 18,8% dessa faixa etária; o Setor 2 está com uma média de 10,45%; o Setor 3 com 7,08 % e o Setor 4 com 4,71 % dessa faixa etária. Ao se planejar as ações de saúde do município, devemos considerar que no setor 1, reside o maior número da população idosa de Araraquara, e que em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e internações frequentes e que esse cenário impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas. Devemos considerar, ainda, que as ações do

município voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, devem visar ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a sua qualidade vida.

Portanto, como já enfatizamos o estudo da população de um município por bairros e por faixa etária, e sexo, permite o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às necessidades reais da população, pois é possível observar as peculiaridades de cada comunidade e agir pontualmente, deixando de criar políticas homogêneas como até então, vêm sendo feitas. É necessário criar políticas diferenciadas, para comunidades diferentes.

#### **4.5 - Perfil do Município de Araraquara-SP segundo o Indicador Índice de Envelhecimento**

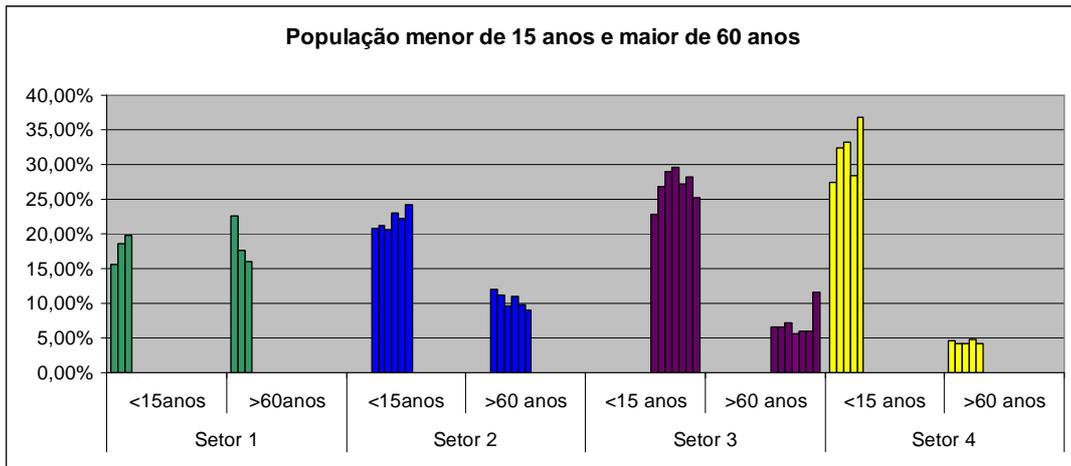
Quando analisamos o Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004), observamos a comparação da população menor de 15 anos e maior de 60 anos, como demonstraremos na Tabela 07 e no Gráfico 11:

Tabela 07: Indicador Índice de Envelhecimento, por setor/ano 2004-População menor de 15 anos e maior que 60 anos

	Setor 1		Setor 2		Setor 3		Setor 04	
	<15anos	>60anos	<15anos	>60anos	<15anos	>60anos	<15anos	>60anos
<b>SESA</b>	15,60%	22,70%						
<b>VILA XAVIER</b>	18,60%	17,60%						
<b>SANTA LÚCIA</b>	19,90%	16,10%						
<b>JARDIM PAULISTANO</b>			20,90%	12%				
<b>SANTA ANGELINA</b>			21,30%	11,20%				
<b>JARDIM MARIVAN</b>			20,60%	9,60%				
<b>PQ. LARANJEIRAS</b>			23,10%	11,00%				
<b>VILA MELHADO</b>			22,30%	9,90%				
<b>JARDIM AMÉRICA</b>			24,30%	9%				
<b>CECAP</b>					22,90%	6,70%		
<b>VILA BIAGIONE</b>					26,90%	6,70%		
<b>BUENO DE ANDRADE</b>					29%	7,30%		
<b>SELMI DEI I</b>					29,60%	5,70%		
<b>YOLANDA OPCE</b>					27,20%	6,10%		
<b>VALE DO SOL</b>					28,20%	6%		
<b>BELA VISTA</b>					25,30%	11,70%		
<b>JARDIM IGUATEMI</b>							27,4%	4,70%
<b>IEDA</b>							32,50%	4,30%
<b>AGUAS DO PAIOL</b>							33,20%	4,20%
<b>JARDIM MARIA LUIZA</b>							28,40%	4,80%
<b>JD DAS HORTENSÍAS</b>							36,90%	4,20%
<b>JARDIM PINHEIROS</b>							22,10%	4,80%
<b>PARQUE SÃO PAULO</b>							33,20%	5,10%
<b>JD SELMI DEI IV</b>							28,30%	4,80%
<b>ZONA RURAL</b>							31,50%	5,50%

Fonte: ARARAQUARA (2004)

Gráfico 11 – População menor de 15 anos e maior de 60 anos

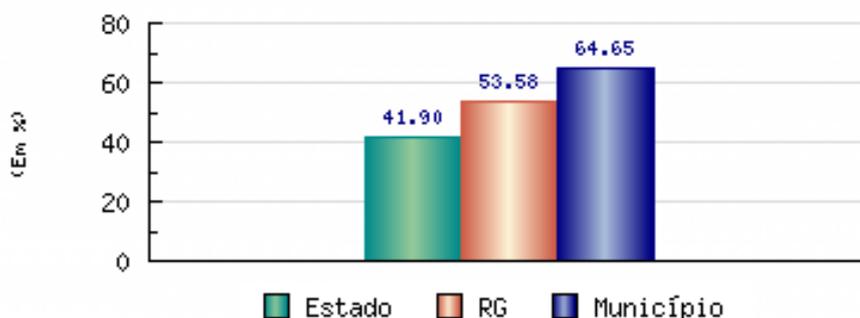


Fonte: (ARARAQUARA,2004)

Para os dados expostos na Tabela 07, trabalhamos com o indicador demográfico Índice de Envelhecimento que, segundo o Ministério da Saúde (2006), é o número de pessoas de 60 anos e mais idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É comum que, para o cálculo desse indicador, sejam consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à política nacional do idoso, segundo a lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994), utiliza-se aqui o parâmetro de 60 e mais anos. Por indicar a razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens, os valores elevados desse índice nos mostra que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado. É utilizado para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais; contribuir para a avaliação de tendências da dinâmica geográfica, subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social. (IDB, BRASIL, 2006).

Podemos comparar o Índice de Envelhecimento do estado de São Paulo, dos municípios da região de Araraquara e da cidade de Araraquara, conforme Gráfico 12:

Gráfico 12 - Índice de Envelhecimento – Estado de São Paulo, região de Araraquara e município de Araraquara 2007



Fonte: Fundação SEADE (2007)

Observamos que Araraquara tem o índice mais elevado de envelhecimento da população, dado que, com certeza, norteará a formulação de políticas públicas de saúde para o município, o que nos faz refletir sobre o desenvolvimento de doenças crônico- degenerativas, incapacidades e dependência, orientando-nos para ações preventivas coordenadas por unidades básicas de saúde, priorizando necessidades locais e o investimento na saúde, educação e formação técnica dos jovens, nos programas de apoio aos familiares e na manutenção de idosos em atividades produtivas adequadas.

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais os idosos precisam encontrar amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, para não acumular seqüelas de doenças, desenvolverem incapacidades e perderem autonomia e qualidade de vida.

Para Soares (2001), de um modo geral, a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Esses "sobreviventes" passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais freqüentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que "se resolvem" rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer.

Analisando a Tabela 07, acreditamos que as ações de saúde desempenhadas no setor 1, não deverão ser idênticas as desempenhadas no Setor 4. Juntamente com as modificações da estrutura etária da população, constata-se mudanças epidemiológicas, caracterizadas por doenças e fatores de risco relacionados com o estilo de vida. Sendo problemas de longa duração, estes tornam os idosos os principais usuários dos serviços de saúde. Tais serviços nem sempre estão devidamente preparados para atender às necessidades dessa parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Em vista desse contexto, verifica-se a necessidade de transformação no modelo assistencial e iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação, e para a necessidade de se preparar os profissionais, principalmente àqueles do Setor 1, para atuar na promoção à saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças, em especial as crônico-degenerativas, visando à melhoria da qualidade de vida do idoso, com autonomia e independência.

#### **4.6 – Perfil do Município de Araraquara segundo os Índices de Mortalidade**

Segundo Santos (1991), vários estudos se referem a acentuados diferenciais de mortalidade por subsetores da população definidos com base em educação, renda, ocupação, local de residência, etc., que refletem diferentes padrões de vida e que por sua vez implicam formas diferentes de conhecimento sobre a preservação da saúde e de adquirir cuidados médicos. Isso dificulta a solução da controvérsia sobre a maior ou menor importância do padrão de vida em relação à disponibilidade dos serviços de saúde e programas de atenção médica. Contudo, em estudos multivariados, a educação tem-se revelado como uma variável que se destaca entre as demais, a tal ponto que Preston (1978) arrisca-se a propor investimentos na educação para se chegar à redução da mortalidade.

A educação, especialmente da mãe, em sociedades em mudança, é o fator *per se* de redução da mortalidade infantil, por romper alguns valores tradicionais, levando-a a adotar alternativas diferentes de cuidados da saúde da criança. A mãe é capaz de localizar e de se comunicar com profissionais de saúde e também de alterar as relações de comunicação e decisão entre os membros da família, especialmente marido e filho, passando atuar de forma mais protetora sobre o segundo. (PRESTON, 1978)

Outro indicador significativo é o diferencial rural/urbano. As áreas urbanas têm apresentado, em geral, resultados mais favoráveis, explicados pelo padrão de vida mais alto e concentração de serviços médicos. Entretanto, as famílias em extratos inferiores de renda, residentes nas áreas urbanas, têm expectativa de vida mais baixa do que as das áreas rurais. (CARVALHO, 1977)

Carvalho e Sawyer (1978) revisaram alguns dos principais estudos sobre diferenciais de mortalidade no Brasil, com respeito a diferenças regionais, por causa *mortis* e por variáveis sócio-econômicas. Concluíram pelas altas diferenças entre níveis de mortalidade das regiões, que o nordeste Central apresenta os maiores níveis e o sul os menores. Nas regiões coexistem grandes diferenças entre grupos sociais. Os fatores não médicos, como educação, condições sanitárias e situação econômica, influem mais nos níveis de mortalidade, principalmente na infância, do que fatores quantitativos de atendimento médico.

Encontramos em 1978, um estudo da Secretaria de Economia e Planejamento de São Paulo sobre as condições de saúde e sua inter-relação com fatores sócio-econômicos, que demonstra as diferenças por áreas da cidade de São Paulo, entre taxas de mortalidade infantil e outros indicadores demográficos e sócio-econômicos (SÃO PAULO, 1978) conforme apresentado na Tabela 08:

Tabela n.º 08 - Diferenças por área da cidade, entre taxas de mortalidade infantil e outros indicadores demográficos e sócio-econômicos, São Paulo, 1970.

<b>Indicadores</b>	<b>Zona central</b>	<b>intermediária</b>	<b>periférica</b>
Mortalidade infantil	62,42	75,88	118,88
Mortalidade proporcional de maiores de 50 anos	64,27	48,81	30,57
Natalidade	22,52	25,01	29,25
% de prédios com água encanada	98,46	73,30	31,75
% de domicílios com renda familiar mensais de 0 a 1,075 salário mínimo	5,46	10,63	16,35
% de domicílios com renda familiar maior que 10 salários mínimos	24,52	8,48	2,72

Fonte: SÃO PAULO (1978)

Os dados apresentados na Tabela 08, sobre o município de São Paulo, é ilustrativo da situação de desigualdade demográfica e econômica. A mortalidade infantil é praticamente o dobro

entre os residentes nas áreas periféricas de São Paulo, em comparação com os das áreas centrais. A alta taxa de crescimento daquelas áreas indica que é para lá que se dirige a maioria dos migrantes pobres que procuram a cidade, que vivem em situações de pobreza e precárias condições de saneamento, conseqüências favoráveis à alta mortalidade. A interligação que existe entre os fatores sociais econômicos com o acesso ao tratamento médico adequado e melhores condições de saneamento nos mostram que a melhora desses indicadores é importante para se alcançar a queda de mortalidade de forma equitativa para os diferentes grupos sociais. (SÃO PAULO, 1978)

Para Santos (1991), face ao acúmulo de conhecimentos que se tem sobre os condicionantes sociais e econômicos da mortalidade, podemos afirmar que as políticas econômicas de redução das disparidades que permanecem entre as diferentes classes sociais devem ser aliadas às políticas de saúde e de atenção médica, com ações intersetoriais que visem à redução de desigualdade social, qualidade de vida e promoção à saúde.

Os principais problemas parecem consistir na concentração das verbas públicas e privadas, na medicina curativa e individualista de alto custo, com a manutenção de hospitais altamente equipados e pessoal médico especializado, tornando-a inacessível as populações rurais e aos pobres urbanos. Outro aspecto que tem sido lembrado é o fato de que existem oportunidades e indicadores para uma política adequada que não são implementadas, entre outras razões, pela falta de canalização política das aspirações dos pobres na maioria dos países subdesenvolvidos. Outrossim, não se permite o afloramento de suas reais necessidades e as políticas nacionais tendem a atender os interesses dos médicos no setor privado. (SANTOS, 1991)

Nas ações de planejamento em saúde, uma ferramenta importante é o perfil epidemiológico, que aponta as causas do adoecimento da população e possibilita prever as ações de saúde a serem desenvolvidas para evitar que esses agravos aconteçam. Nesse sentido, procuramos realizar um estudo dos perfis patológicos dos quatro setores de Araraquara, procurando verificar se ocorrem condições de saúde distintas entre esses setores. Dentre as dificuldades encontradas, não localizamos estatísticas sobre morbidade da população, então optamos em analisar o perfil patológico não em termo da doença, mas da morte, estudando as causas da morte da população de Araraquara em 2004, por faixa etária e por setor, conforme demonstrado no Quadro 04.

Quadro 04: Distribuição da mortalidade Geral da População de Araraquara por área de abrangência e faixa etária em 2004:

Área de abrangência	<de ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	Ignorado	total	Pop. estimada	CMG / 1000
STª LUCIA	1	0	0	0	0	0	0	1	7	11	17	16	1	54	11656	4,63
VILA XAVIER	2	0	0	0	0	4	1	13	19	31	29	48	2	149	13792	10,8
SESA	1	0	0	0	0	3	7	18	25	44	89	158	2	347	29193	11,54
VILA MELHADO	3	0	0	0	0	0	3	3	6	9	10	11	1	46	9012	5,10
JD AMERICA	2	0	0	0	1	2	6	8	9	19	29	19	2	97	15626	6,21
JD PAULISTAN	0	0	0	1	0	2	3	8	8	15	18	19	2	76	14644	5,19
MARIVAN	0	0	1	0	1	2	3	4	5	11	6	12	0	45	6237	7,22
LARANJEIRA	1	0	0	0	1	3	2	3	6	16	7	13	2	54	7067	7,64
STª ANGELINA	1	1	0	0	0	3	1	9	17	21	31	18	1	103	17119	6,02
CECAP	0	0	0	0	0	2	4	2	6	9	7	7	0	37	5314	6,96
SELMI DEI I	4	1	0	0	1	1	4	8	4	8	5	3	1	40	7287	5,49
YOLANDA OPICE	3	0	1	0	0	3	1	3	6	6	7	5	1	36	7030	5,12
BUENO ANDRA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1811	1,10
VALE DO SOL	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	8	3	1	19	4092	4,64
BIAGIONI	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	6	1740	3,45
BELA VISTA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	6	834	7,19
P.R.SAO PAULO	1	0	0	0	0	3	1	2	4	6	4	6	4	31	5508	5,63
AG.PAIOL	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	9	2382	3,78
IGUATEMI	0	1	0	0	1	0	1	4	4	5	7	1	1	25	3532	7,08
HORTENSIAS	0	0	0	0	0	0	1	2	4	3	4	1	2	17	3486	4,88
IEDA	0	0	0	0	0	0	3	11	4	3	5	2	3	31	3887	7,98
MARIA LUIZA	1	0	0	0	0	1	1	0	1	4	2	0	0	10	1821	5,49
SELMI DEI IV	0	1	0	0	0	1	3	3	1	5	8	4	0	26	6623	3,93
PINHEIROS	0	0	0	0	1	1	2	1	4	4	2	6	2	23	5227	4,40
ZONA RURAL	0	0	0	0	0	1	2	0	4	1	2	1	1	12	6993	1,72
BAIRROS IGNO	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	2	1	3	11	0	0,00
TOTAL	23	4	2	1	6	36	50	107	150	237	300	362	34	1312	191913	6,78

\* INCLUI 29 OBITOS FETAIS E 03 OBITOS POR IDADE IGNORADA

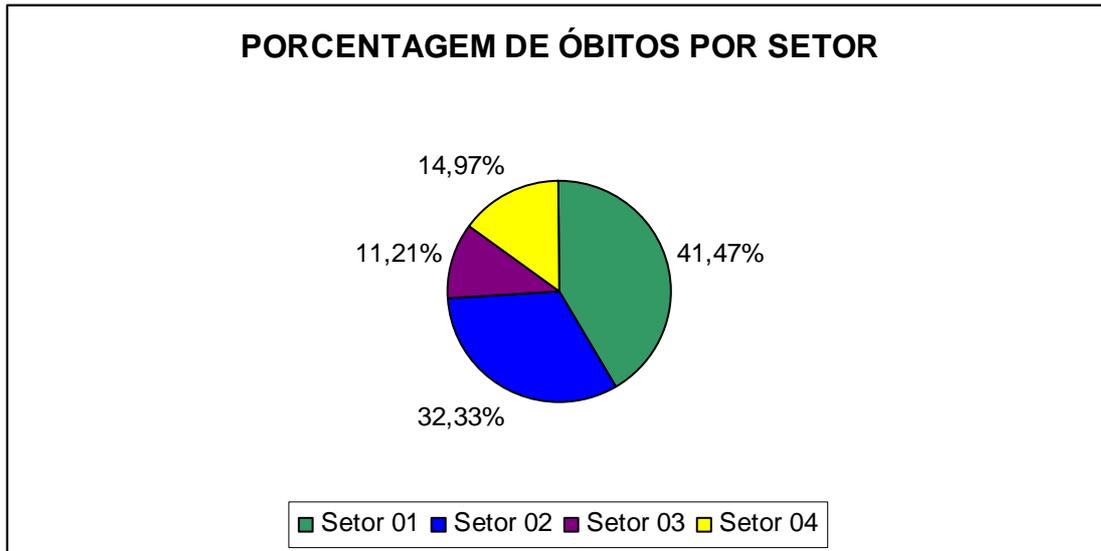
Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Verde: setor 1; Azul: setor 2; Púrpura: Setor 3; Amarelo/Laranja: Setor 4.

Ao analisarmos o coeficiente de mortalidade proporcional por faixa etária, no período de 2004, por bairro de abrangência, verificamos que tivemos 1312 óbitos para uma população de 191.913 habitantes; sendo que o coeficiente de mortalidade geral para 1000 habitantes foi de 6,78.

O Gráfico 13 demonstra a porcentagem de óbitos por setor, considerando o número total de óbitos em Araraquara e o número de óbitos do setor.

Gráfico13- Porcentagem de óbitos por setor



Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

A quantidade de população dos setores é diferente, ou seja, o Setor 1 tem 28,47 % da população, o Setor 2 tem 36,31%, o Setor 3 tem 14,64% e o Setor 4 tem 20,56 % da população de Araraquara. Porém aplicando a razão de proporcionalidade entre o número total de óbitos do setor pela população total daquele setor, verificamos que houve mais mortes no Setor 1, Seguido pelo Setor 2, Setor 3 e por fim Setor 4. Devemos considerar, neste caso a maior concentração de população idosa no Setor 1.

Para analisarmos os 23 óbitos em menores de 01 ano em Araraquara, em 2004, podemos observar a Tabela 09:

Tabela 09: Mortalidade Geral por agrupamento CID 10 por setor/ População menor de 01 ano/ano 2004-Araraquara

Causa	setor 1	setor 2	setor 3	setor 04	TOTAL
	**	**	**	**	**
P00- Feto ou R.N* afetado por infecção materna não obrigatoriamente relacionada com a gravidez atual	1	1			2
P01- Feto ou R.N*. afetado por complicações maternas gravidez	1	1	2	2	6
P02- Feto ou R.N* afetado por comprometimento da placenta ou cordão umbilical				1	1
P03-Feto ou R.N* Afetado por outro comprometimento trabalho de parto	1	1	1		3
P39- Outra infecção específica no período perinatal			1		1
P96- Outras afecções originárias no período perinatal			1		1
Q05- Espinha bífida			1		1
Q21- Malformações congênitas de septos cardíacos	1	1	2		4
Q00- Anencefalia e malformações similares		1			1
Q61- Doenças císticas do rim		1			1
Q79- Má formação congênita do sistema osteomuscular		1			1
J69- Pneumonite devido a sólidos e líquidos				1	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>23</b>

\* R.N. Recém-nascido

\*\* Número absoluto

Fonte:ARARAQUARA (2004)

A Tabela 09 expõe os setores onde houve maior número de óbitos em crianças menores de 01 ano e suas causas, direcionando quais ações devem ser implantadas e/ou implementadas referente ao pré-natal e assistência ao parto.

O Ministério da Saúde classifica os óbitos em menores de 01 ano, segundo critérios de evitabilidade. A Tabela 10 classifica os óbitos acima exposto segundo tais critérios:

Tabela 10: Critérios de Evitabilidade

CRITÉRIOS DE EVITABILIDADES	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 04	TOTAL
	**	**	**	**	**
Óbito reduzível por adequada atenção ao parto	1	1	3	1	6
Óbito reduzível por adequado controle da gravidez	2	1	2	2	7
Óbito reduzível por diagnóstico e tratamento precoce		1		1	2
Óbitos não evitáveis	1	4	3		8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>23</b>

\*\* Número absoluto

Fonte: ARARAQUARA (2004)

Observamos número igual de óbitos em menores de 01 ano no Setor 1 e no Setor 4, sendo que o documento Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004) classifica o Setor 1 como tendo excelente nível de saúde e o Setor 4 com nível de saúde desfavorável ou péssimo. Verificamos, ainda, elevado número de óbitos por causas evitáveis ou reduzíveis nos quatro setores. Dos 23 óbitos em menores de 1 ano ocorridos em 2004: 08 foram por mortes não evitáveis. Dos 15 óbitos evitáveis por ações da equipe de saúde: 03 ocorreram no Setor 1, 03 no Setor 2, 05 no Setor 3, e 04 óbitos no Setor 4. Sendo que 65,21% dos óbitos em menores de 01 ano em Araraquara no ano de 2004 foram, segundo o critério de evitabilidade estabelecido pelo Ministério da Saúde, por óbitos evitáveis, ou por adequada atenção ao parto, ou reduzível por adequado controle na gravidez ou por diagnóstico precoce; e apenas 34,78 % dos óbitos em menores de 01 ano em Araraquara no ano de 2004 foram óbitos não evitáveis por ações de saúde. Essa análise nos dá a clareza sobre a necessidade de se intensificar as ações de pré-natal e de atenção ao parto em todas as unidades básicas de saúde.

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Ao longo do tempo, o debate sobre o desempenho dos serviços de saúde na prevenção de óbitos em populações humanas sempre foi instigante, mais recentemente, diferentes autores não deixam de admitir o papel protetor da melhoria das condições socioeconômicas; porém, defende que há inegáveis contribuições a serem imputadas ao setor Saúde, quanto às mudanças positivas atuais e históricas do quadro de morbimortalidade das populações. (MALTA; DUARTE, 2007)

O conceito de mortes evitáveis foi proposto por diferentes autores. Malta e Duarte (2007) o revisaram, bem como seu uso como ferramenta útil para o monitoramento do impacto das ações de saúde sobre o risco de morte das populações. Suárez-Varela (1996) e colaboradores conceituam morte evitável como aquelas causas de óbitos cujas ocorrências estão intimamente relacionada à intervenção médica, sugerindo que determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível sua prevenção e/ou o tratamento do agravo ou condição que o determina. Assim, a morte evitável pode derivar, em algum grau, indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, que, por sua vez, podem acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção. Desse ponto de vista, o óbito evitável pode ser compreendido, circunstancialmente, como um "evento sentinela", constituindo-se em um dos métodos para vigilância à saúde proposto por Rutstein (1976) e colaboradores.

Os eventos sentinela apresentam-se como definidores de situações evitáveis, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada, assim como determina que a investigação do ocorrido deva ser seguida de intervenções sobre possíveis setores socioeconômicos, ambientais, culturais ou genéticos que possam ser determinantes da situação encontrada. (MALTA, 2007)

A Tabela 11 nos demonstra os óbitos ocorridos em 2004, na faixa etária de 1 a 4 anos e suas causas:

Tabela 11: Óbitos de 01 a 04 anos – Araraquara 2004.

CAUSAS	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 04	TOTAL
	**	**	**	**	**
Varicela		1		1	2
Pneumonia Bacteriana			1		1
Hidrocefalia congênita				1	1
total		1	1	2	4

\*\* Número absoluto

Fonte: ARARAQUARA (2004)

Observamos, portanto, que devemos dar especial atenção para as mortes por pneumonia e varicela. Observamos, ainda, que no Setor 1, onde existe uma população com “melhor nível de vida”, não tivemos óbitos. Dos 04 óbitos, 3 foram por causas reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce e uma por causa não evitável. A tabela 11 revela a necessidade de intensificar as ações de puericultura, buscando um diagnóstico e tratamento precoce, que venha a evitar tais óbitos.

Em relação aos os óbitos ocorridos em crianças de 05 a 09 anos, e suas causas, a Tabela 12 nos demonstra:

Tabela 12: Óbitos de 05 a 09 anos – Araraquara - 2004

CAUSAS	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 04	TOTAL
	**	**	**	**	**
Pneumonia por microorganismo não especificado		1	1		2

\*\* Número absoluto

Fonte: ARARAQUARA (2004)

Para a faixa etária de 5 a 9 anos, tivemos 02 óbitos por pneumonia por microorganismo não específico, 1 no Setor 2, no Jardim Marivan e outra no Setor 3, no Jardim Yolanda Ópice.

Vemos que a causa do óbito para essa faixa etária foi por causa evitável por diagnóstico e tratamento precoce.

A Tabela 13 nos revela os óbitos ocorridos em 2004 na faixa etária de 10 a 14 anos, e suas causas:

Tabela 13: Óbitos de 10 a 14 anos- Araraquara (2004)

CAUSA	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	TOTAL
Distúrbio do metabolismo		1			1

Fonte:ARARAQUARA (2004)

Quando verificamos os óbitos de 10 a 14 anos, encontramos 01 óbito no Setor 2 no Jardim Paulistano, por distúrbio do metabolismo de esfingolípedes e outros distúrbios de depósito de lípedes, óbito segundo o critério de evitabilidade considerado como não evitável.

Óbitos ocorridos em 2004 na faixa etária de 15 a 19 anos e suas causas:

Tabela 14: Óbitos de 15 a 19 anos – Araraquara (2004)

Causa	setor 1	setor 2	Setor 3	setor 04	TOTAL
	n.º absoluto				
Agressão por disparo arma de fogo		2		1	3
Neoplasia maligna do retorperitônio		1			1
Lesão auto provocada intencionalmente por enforcamento			1	1	2
Total	0	3	1	2	6

Fonte:ARARAQUARA (2004)

Para a faixa etária de 15 a 19 anos observamos 06 óbitos: 03 óbitos no Setor 2, sendo 02 por agressão de disparo por arma de fogo (Jardim América e Laranjeiras) e 01 por neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio (Jardim Marivan), 01 óbito no Setor 3, Jardim Roberto Selmi Dei I, por lesão auto provocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, 02 óbitos no Setor 4, Jardim Iguatemi, por lesão auto provocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação e no Jardim Pinheiros por agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre. Observamos que apenas 01 morte não foi por causas externas, sendo 02 delas por suicídio. No Setor 1, considerado com nível de vida excelente não tivemos óbitos.

Nos últimos anos, a violência vem sendo apontada por diversos setores representativos da sociedade como sério e importante problema que aflige muitos países, e no Brasil em especial, dentre as causas externas, as mortes por homicídios têm sido apontadas como um indicador da violência relacionado, entre outros processos, com a intensificação das desigualdades sócio-econômicas (REICHENHEIM; WERNECK, 1994).

Minayo (1994) chama atenção para processos sociais, tais como a marginalidade e o desemprego, que, em razão da estrutura social, contribuem para a explicação da violência.

Segundo Perez (2008) no Brasil, um menor ou jovem de sexo masculino entre 15 e 29 anos tem probabilidade de morrer por causa de um homicídio muito mais elevada do que qualquer outro grupo de idade (60,2% dos homicídios são registrados nestes dois grupos de idade). Essas são as características básicas do principal grupo de risco. O número de mulheres mortas por causa de homicídios é muito menor, mas também devem ser levados em consideração os efeitos indiretos da violência na vida das meninas, garotas e mulheres.

A análise da Tabela 14 nos faz refletir sobre os desafios no que se refere ao enfrentamento da vulnerabilidade para violência entre jovens e a necessidade da elaboração de projetos sociais capazes de estabelecer um contraponto a essa questão.

Na faixa etária de 20 a 29 anos tivemos em 2004, 36 óbitos, conforme a Tabela 15:

Tabela 15: Óbitos de 20 a 29 anos- Araraquara-2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 04	Bairro Ignorado	TOTAL
	**	**	**	**		**
Acidente de moto	1	1		1		3
Agressão corporal	1					1
Agressão por arma de fogo	2	3	3	1	2	11
Suicídio	1		1			2
Acidente automobilístico		1	1			2
Acidente com ciclista			2	1		3
Afogamento				1		1
Cardiomiopatia		1				1
Talassemia		1				1
Diabetes				1		1
Lupus Eritematoso				1		1
Pneumonia	1	2		1		4
Eclampsia		1				1
SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)		2	1			3
Doença Alcoólica do Fígado	1					1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>36</b>

\*\* Número absoluto

Fonte: ARARAQUARA (2004)

Por causas externas tivemos:

- Acidente de moto: 01 no Setor 1 (Vila Xavier); 01 no Setor 2 (Jardim América); 01 no Setor 4 (Jardim Roberto Selmi Dei IV).
- Agressão corporal: 01 Setor 1 (Vila Xavier)
- Agressão por arma de fogo: 02 no Setor 1 (Vila Xavier), 03 no Setor 2 (Santa Angelina, Parque das Laranjeiras, Jardim Paulistano), 03 no Setor 3 (Vale do Sol, Yolanda Ópice, Jardim Roberto Selmi Dei I), 01 no Setor 4 (Jardim Pinheiros) e 02 em bairros ignorados.
- Suicídio: 01 no Setor 01 (SESA), 01 no Setor 3 (Yolanda Opce). Acidente automobilístico: 01 no Setor 2 (Jardim Marivan), 01 no Setor 3 (CECAP).
- Acidente com ciclista: 02 no Setor 3 (Jardim Biagione e Yolanda Opce), 01 no Setor 4 (Parque São Paulo).
- Afogamento: 01 no Setor 4 (Parque São Paulo).

- Doenças Crônicas tivemos: 01 cardiomiopatia no Setor 2 (Jardim Marivan), 01 talassemia, no Setor 2 (Paulistano) 01 óbito por diabetes no Setor 4 (zona rural) e 01 óbito por Lúpus Eritematoso no Setor 4 (Parque São Paulo).

- Doenças agudas tivemos: Pneumonia, 01 no Setor 01 (SESA), 02 nos Setor 2 (Santa Angelina e Laranjeiras) e 01 no Setor 4 (Maria Luiza).

Eclampsia 01 óbito no setor 2(Jardim América) , óbito reduzível com adequado controle da gravidez.

Para essa faixa etária de 20 a 29 anos, observamos um elevado índice de acidentes, suicídio e violência. SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e alcoolismo começam a matar nossos jovens. Dos 36 óbitos ocorridos na faixa etária de 20 a 29 anos 63,88 % foram por causas externas como acidentes e agressões e 36,11% por causas clínicas. As mortes por diabetes e pneumonia merecem ser pesquisadas. Surpreende-nos tais mortes em pessoas jovens, o que nos leva a colocar em questionamento a acessibilidade aos serviços de saúde e sua resolutividade. A morte por eclampsia também, no critério de evitabilidade estabelecido pelo Ministério da Saúde é considerada reduzível por adequado controle da gravidez. As mortes por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e alcoolismo em pessoas tão jovens nos revela a importância da atuação da equipe de saúde no sentido de desenvolver programas sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças.

As concepções tradicionais de saúde-doença têm tido que abrir espaço para desenvolvimentos conceituais e metodológicos mais integralizantes, com maior capacidade de apreender a complexidade real dos processos determinantes, de superar a visão simples e unilateral, e de descrever e explicar as relações entre processos mais gerais da sociedade com a saúde de indivíduos e grupos sociais. As doenças e agravos não transmissíveis têm-se constituído em importante problema de saúde, por uma elevada morbidade e mortalidade, por suas repercussões na qualidade de vida e na redução da autonomia e pelo seu impacto na economia global, das quais as causas externas contribuem para alterações no perfil epidemiológico e demográfico no Brasil, principalmente ao atingir as populações jovens, sadias e economicamente ativas. Pode-se dizer, dessa forma, que os acidentes e as violências, reunidos pela Organização Mundial da Saúde sob a denominação de causas externas, mantidas as suas individualidades, devem ser estudados em conjunto. Representam eles um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, já que vem provocando forte impacto na morbimortalidade das populações sendo necessário o desenvolvimento de ações para prevenção e controle. (CASTELLANOS, 1994)

Foram 50 óbitos, no ano de 2004 na faixa etária de 30 a 39 anos (Tabela 16):

Tabela 16: Óbitos de 30 a 39 anos – Araraquara - 2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	TOTAL
	**	**	**	**	**
Causas Externas	1	5	6	5	17
SIDA (Síndro Imunodeficiência Adquirida)	1			1	2
Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças do Coração	3	3		2	8
Alcoolismo e Cirrose Hepática	2	2			4
Doenças do Trato Intestinal, Fígado e Vesícula		4	2	2	8
Neoplasias		1		1	2
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Doenças Respiratórias		1	3		4
Diabetes				1	1
Acidente Vascular Cerebral				1	1
Transtornos Mentais		1			1
Outros	1	1			2
Total	8	18	11	13	50

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Nessa faixa etária as causas externas; (óbitos por agressão corporal, agressão por arma de fogo, suicídio, acidente de motocicleta, automóvel e ciclista, afogamento) correspondem a 34 % dos óbitos, as causas clínicas, 46% dos óbitos; SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e alcoolismo, 12% dos óbitos e neoplasias 4% dos óbitos ocorridos entre pessoas de 30 a 39 anos no ano de 2004.

Conforme já discutimos anteriormente, “causas externas” mutilam e matam uma grande proporção dos adultos jovens, sendo considerado já um problema de saúde pública que merece a atenção de formulação de políticas públicas intersetoriais e nas três esferas do governo. Agrupamos SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e alcoolismo, por serem óbitos que poderiam ser prevenidos através de mudanças de comportamentos e hábitos saudáveis. O estudo dos óbitos por causas clínicas nos mostra jovens adultos que morreram por Infarto Agudo do Miocárdio e outras doenças do coração, diabetes, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras doenças do trato respiratório e doenças do trato intestinal, fígado e vesícula. A acessibilidade ao serviço de saúde assim como a resolutividade das ações desempenhadas pelas equipes devem ser alvo do gestor municipal, na busca de redução deste quadro.

Para a faixa etária de 40 a 49 anos, em 2004 foram 107 óbitos, conforme abaixo (Tabela 17):

Tabela 17: Óbitos de 40 a 49 anos- Araraquara – 2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Bairro Ignrad o	TOTAL
	**	**	**	**		**
Causas Externas	6	2	2	2	1	13
Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças do Coração	5	5	4	9		23
Neoplasias	6	6	3	3		18
Transtornos mentais/epilepsia	1		1	1		3
Alcoolismo/cirrose/varizes esofagianas/insuficiência hepática	5	8	2	3		18
Doenças do trato respiratório	2	1	1	1		5
Doenças do trato gastro-intestinal, vesícula,pâncreas e fígado	3			2		5
Diabetes		1				1
Doenças Renais		1		1		2
Sepces			1			1
SIDA (Síndrome Imunodeficiência adquirida)				1		1
Lupus Eritematoso	1			1		2
Acidente Vascular Cerebral/Aneurisma	1	7	1			9
Apendicite		1				1
Obesidade		1				1
Choque Hipovolemico	1					1
Outros	1	2				3
Total	32	35	15	24	1	97

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Verificamos que nesta faixa etária o Setor 1 é que tem o maior número de óbitos por causas externas, sendo que do total de óbitos por causas externas, 46,13% foi no Setor 1, e os demais setores tiveram aproximadamente 15,38% de óbitos por causas externas cada um. Tal achado vem contradizer com os estudos que associam causas externas a baixa renda, e pior situação econômica.

Pudemos observar que para as doenças crônicas como as cardiopatias, diabetes acidente vascular cerebral e obesidade, o Setor 2 apresentou maiores número de óbitos, 13,08% do total geral dos óbitos nesta faixa etária, seguido do Setor 4, 8,41%, Setor 1 com 5,60% e por fim o Setor 3 com 4,67% dos óbitos. Para esse tipo de óbitos, tivemos porcentagem homogêneas nos quatro setores, sugerindo que todas as unidades básicas de saúde devam investir em programas sobre comportamentos saudáveis e promoção à saúde.

Esse fato nos mostra uma deficiência de investimentos voltados à prevenção e mudanças de hábitos. Segundo Ogden (1996), incluídos nos determinantes da saúde, estão também os comportamentos de saúde. Podemos definir comportamentos de saúde, como ações praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objetivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença. Os comportamentos de saúde podem ser classificados como positivos ou negativos

(OGDEN, 1996). Os comportamentos de saúde positivos, também denominados como comportamentos de saúde de proteção (MATARAZZO, 1984, *apud* por OGDEN, 1996), envolvem atividades que contribuem para a promoção da saúde, proteção do risco de acidentes e detecção da doença e deficiência num estágio precoce. Os comportamentos de saúde negativos, também denominados como hábitos prejudiciais à saúde (MATARAZZO, 1984, *apud* OGDEN, 1996) ou comportamentos de risco para a saúde, traduzem-se em qualquer atividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente.

Para os óbitos por neoplasia os Setores 1 e 2 tiveram maior incidência, 5,60% do total dos óbitos desta faixa etária e os Setores 3 e 4 2,8 % do total de óbitos. O investimento em saúde que se pode sugerir na análise deste dado é a melhora do acesso da população aos serviços de saúde assim como aumento da resolubilidade das ações, proporcionando diagnóstico precoce e tratamento.

Saúde/doença é um fenômeno social, não apenas porque elas expressam certo nível de vida, ou porque correspondem a certas profissões ou prática. Mas também porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo. Esse processo não apresenta apenas a presença ou a ausência de um fenômeno patológico que compromete o organismo humano, mas estão vinculadas as tradições e práticas culturais, ao acesso a bens e a serviços; condições econômicas; a liberdade política e de expressão; a condições de: trabalho, moradia, saneamento básico e alimentação; a relações interpessoais; a participação social e ao exercício da cidadania. Dessa forma, o processo está representado por um conjunto de situações que se interligam para ofertar bem-estar e qualidade de vida à população. Contudo, a representação desse fenômeno se manifesta de maneira diferenciada em cada sociedade, pois carrega uma carga emocional, social, histórica e cultural que mercê destaque na compreensão da concepção de saúde e de doença. É fundamental analisar a especificidade dos processos biológicos individuais e sociais contextualizando a relação entre eles. (MINAYO,1996)

Vemos de fato, ao computar os dados relativos às causas dos óbitos, que moléstias evitáveis e passíveis de cura tais como as doenças transmissíveis, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e da primeira infância são causadoras de mortes entre os pobres, em proporção muito maior do que entre os ricos, de educação superior, detentores de autoridade e de posição social elevada. As pessoas nestas condições morrem em proporção maior, de outras moléstias, como tumores e doenças cardiocirculatórias. Há um padrão de morbi-mortalidade para países em condições diferentes e igualmente um padrão diferente, dentro de cada país, para extratos sócio-econômico diferentes. (PEREIRA, 2003)

Para as outras doença clínicas tivemos uma porcentagem maior de óbitos no Setor 1, sendo 8,41% em relação ao total de óbitos desta faixa etária, seguido pelo Setor 4, com 6,54%, setor 2 com 4,67% e Setor 3, com 2,8% dos óbitos. Foram computados aqui óbitos por transtornos mentais e epilepsia, doenças do trato respiratório, doenças do trato gastrointestinal, vesícula, pâncreas e fígado, doenças Renais, sepces, SIDA (Síndrome Imunodeficiência adquirida), lupus eritematoso, apendicite, choque hipovolêmico. Nestes casos, acreditamos que os gestores das unidades de saúde deveriam receber mensalmente essas ocorrências para, através do estudo pontual de cada caso, se planeje as ações de saúde desenvolvidas, buscando a detecção precoce da doença e tratamento, diminuindo assim a incidência de óbitos em adultos.

Foram 150 óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos, conforme a Tabela 18:

Tabela 18 - Óbitos de 50 a 59 Anos - Araraquara SP -2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	TOTAL
	**	**	**	**	**
Causas Externas	3	1	1		5
Infarto Agudo do Miocárdio /Doenças Cardíacas	15	17	7	9	48
Neoplasias	7	9	4	4	24
Acidente Vascular Cerebral/Aneurisma	8	3	3	4	18
Doenças do Trato Gastro intestinal/fígado/vesícula	7		1	1	9
Sepeces	2				2
Diabetes	3	2	1		6
Doenças respiratórias/Edema Agudo de Pulmão/asma	4	6	1	1	12
Pós- cirúrgico		1			1
Doenças do Trato Urinário/Rim		1	1	1	3
Transtornos Mentais		1	1	2	4
Alcoolismo /Cirrose	2	9		3	14
Outras causas		1	1	2	4
Total	51	51	21	27	150

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Nesta faixa etária tivemos apenas 05 óbitos por causas externas, sendo 03 no Setor 1, que continua prevalecendo neste tipo de óbitos. Os casos de óbitos por doenças crônico-degenerativas, como cardiopatias, diabetes, e acidente vascular cerebral, tivemos 17,33% dos óbitos, em relação a quantidade total de óbitos nesta faixa etária, no Setor 1, 14,66% destes óbitos no Setor 2, 7,33% no Setor 3 e por fim 8,66% no Setor 4. Os setores 1 e 2 apresentam quase o dobro de óbitos por doenças crônicas em adultos. Relativo aos óbitos por neoplasias, o maior índice de óbitos foi no Setor 2, com

6% dos óbitos em relação ao total de óbitos desta faixa etária, seguido pelo Setor 1, os Setores 3 e 4 apresentaram índices iguais de óbitos de 2,66%.

Quanto aos óbitos por doenças clínicas, como doenças do trato gastrointestinal, fígado, vesícula, sepces, doenças respiratórias, edema agudo de pulmão, complicações pós cirúrgicas e doenças do trato urinário e do rim, observamos um índice maior desses óbitos, igual a 8,66% do total de óbitos nesta faixa etária, Setor 2 com 5,33% dos óbitos, e Setores 3 e 4 com os mesmos índices de 2% dos óbitos. Estamos notando que os Setores 1 e 2 apresentam porcentagens de óbitos semelhantes e os Setores 3 e 4 também apresentam essas semelhanças nos óbitos da população de adultos.

Destacamos que o Setores 1 e 2 não tiveram óbitos por alcoolismos ou decorrentes de transtornos mentais, o que aconteceu em quantidade semelhante para os setores 3 e 4, o que pode nos sugerir uma ligação com qualidade de vida.

Para a faixa etária de 60 a 69 anos, foram 237 óbitos distribuídos conforme Tabela 19:

Tabela 19 - Óbitos de 60 a 69 anos - Araraquara -2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Bairro	TOTAL
	**	**	**	**	<b>Ignorado</b>	**
Causas Externas		3	1	2	1	7
Infarto Agudo do Miocárdio /Doenças Cardíacas	17	33	7	11		68
Neoplasias	17	21	7	5		50
Diabetes /Distúrbios Metabólicos	8	2	2	1		13
Acidente Vascular Cerebral/Aneurisma/ outras doenas cerebros vasculares	15	11	2	3		31
Doenças do trato respiratório/Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica/pneumonia/insuf. respiratória	19	5	2	3	1	30
Doenças do trato gastro-intestinal fígado/pâncreas/vesícula	7	3	2	6		18
Alcoolismo /Cirrose	1	6				7
Infecção dos órgãos genitais	1	1				2
Problemas de coagulação	1					1
Choque hipovolemico		1				1
Insuficiência Renal aguda/crônica		3				3
Apendicite		1				1
Doença de Parkison			1			1
Doença de Chagas				1		1
Outras		1	2			3
Total	86	91	26	32	2	237

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

No Setor 1 não tivemos óbitos por causas externas nesta faixa etária, sendo um número pequeno de óbitos por esse motivo, com maior incidência no Setor 3.

Para as doenças crônicas tais como cardiopatias, diabetes e acidente vascular cerebral tivemos o Setor 1 com 16,87% do total de óbitos desta faixa etária, o Setor 2 com 19,40 %, o Setor 3 com 4,63% e por fim o Setor 4 com 6,32% dos óbitos por doenças crônicas. Devemos lembrar que no Setor 1 está concentrado 49,92 % da população maior de 60 anos. No Setor 2 com 33,22%, Setor 3 com 8,15 % e o Setor 4 com 8,69 %. Então se temos um numero maior de idosos no Setor 1 que o Setor 2, pudemos observar um grande número de idosos que faleceram no Setor 2 por doenças crônicas, fato que merece um estudo sobre as ações de saúde em prevenção, programas de hipertensão e diabetes, assim como ações de promoção a saúde.

Também observamos um número maior de neoplasias no Setor 2, com uma população menor de idosos que a do setor 1.

Os óbitos decorrentes de doenças por alcoolismo e cirrose também nos chama a atenção no setor 2.

Óbitos ocorridos na faixa etária de 70 a 79 anos, foram 300, conforme Tabela 20:

Tabela 20 - Óbitos de 70 a 79 anos - Araraquara SP -2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Bairro	TOTAL
	**	**	**	**	Ignorado	**
Causas Externas	5	3	1			9
Neoplasia	23	19	5	6		53
Diabetes	6	7	7	1		21
IAM/ Doenças do coração	39	32	4	8		83
Doenças do trato respiratório, edema agudo do pulmão e enfisema pulmonar	22	20	3	6	2	53
Doenças do trato gastro intestinal gastroenterocolite aguda, vesicula,esofago e fígado	8	3		1		12
Talassemia	1					1
Desnutrição /anemia/osteoporose	4	1				5
Parkison	1	1				2
Alzheimer	3	1				4
Doenças renais/trato urinário	4		1			5
Acidente Vascular cerebral, aneurisma, outras doenças cerebros vasculares	17	11	6	11		45
Alcoolismo /cirrose	1					1
Chagas				1		1
Outras	1	3		1		5
Total	135	101	27	35	2	300

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Devido a semelhança dos tipos de óbitos por setor entre essa faixa etária e a de 80 anos a mais faremos uma única discussão destes óbitos. Óbitos ocorridos na faixa etária de 80 anos ou mais, foram no total de 362 conforme Tabela 21:

Tabela 21 - Óbitos de 80 Anos a mais - Araraquara SP -2004

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Bairro	TOTAL
	**	**	**	**	Ignorado	**
Causas Externas	9	5	1			15
Neoplasias	23	8	1	3		35
Infarto Agudo do Miocárdio/Doenças do coração e distúrbios sanguíneos	67	23	6	5		101
Diabetes	9	4	1			14
Acidente Vascular Cerebral						
Doenças cérebro vasculares	26	16	6	4	1	53
Doença de Parkison	1			1		2
Doenças do trato respiratório						
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	44	19	10	3		76
Doenças Renais/trato urinário						
próstata/órgãos genitais	6	1	2			9
Senilidade /Alzheimer	18	3				21
Doenças trato gastrointestinal./fígado						
Gastro Enterocolite Aguda.	6	5	3			14
Erisipela	1					1
Escara	4					4
Choque hipovolemico/hipotensão	1	1				2
Alcoolismo /Cirrose	1					1
Doença de Chagas		3		1		4
Desnutrição	2	2				4
SEPSIS		1				1
Outros	4	1				5
Total	222	92	30	17	1	362

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Apesar de termos um quantitativo bem maior de idosos no Setor 1, e conseqüentemente um número maior de óbitos, merecem destaque os óbitos por causas externas, que correspondem a 60% dos óbitos por essa causa. Aplicando a razão de proporcionalidade verificamos que tivemos 06 óbitos por causas externas para os setores 2,e 3 , pois o Setor 4 , não tivemos óbitos por essa causa.

Esses três setores somam aproximadamente 50% da população de idosos. No Setor 1 onde temos aproximadamente os outros 50% da população de idosos, tivemos 9 óbitos por causas externas.

Seguindo o mesmo raciocínio, tivemos um maior número de neoplasias no Setor 1, onde uma parcela de aproximadamente 50% dos idosos observamos 23 óbitos para 12 óbitos para os outros três setores que somam o os outros 50% aproximados da população de idosos.

Para os óbitos por doenças crônicas como as doenças do coração, diabetes e acidente vascular cerebral proporcionalmente os óbitos foram em quantidades semelhantes, sendo 102 no Setor 1, e 128 nos outros 3 setores. O mesmo podemos afirmar para as doenças do trato respiratório e doença pulmonar obstrutiva crônica, com 44 óbitos no Setor 1 e 32 óbitos nos outros 3 setores.

Temos um número maior de óbitos nesta faixa etária no Setor 1, onde se concentra a maior população de idosos. Podemos pensar que a população do Setor 1 vive mais que a dos outros setores. Os óbitos ocorreram em faixas etárias menores. O alto índice de óbitos devido a doenças cardíacas, doenças crônicas respiratórias, acidentes vasculares cerebrais e diabetes, nos levam a refletir em um investimento focado em mudanças de hábitos, ou seja, hábitos saudáveis, como boa nutrição, exercícios físicos, acompanhamento preventivo da saúde, campanhas contra o tabagismo, etc.

Tivemos 34 óbitos de faixa etária ignorada que não foram incluídos em Tabelas.

Agrupamos os óbitos ocorridos no município de Araraquara – SP de acordo com o CID 10 - Código Internacional de Doenças, volume 10 (1989) nas faixas etárias: de 1 a 14 anos (crianças); de 15 a 29 anos (jovens-adultos); de 30 a 59 anos (adultos) e em idade produtiva e o agrupamento de pessoas com 60 anos ou mais para observarmos as causas da morte das crianças, adolescentes, adultos e idosos do município. (Tabela 22)

Tabela 22 - Mortalidade Geral por agrupamento CID 10 /por setor/ Para a Faixa Etária de 1 a 14 anos Araraquara SP (2004)

Causa	Setor				TOTAL
	Setor 1	Setor 2	3	Setor 4	
(E75) Distúrbios Metabólicos		1			1
(J18) Pneumonia por microorganismo não específico		1	1		2
(J15) Pneumonia bacteriana			1		1
(B01) Varicela		1		1	2
(Q03) Hidrocefalia Congênita				1	1
TOTAL	0	3	2	2	7
Fonte: ARARAQUARA, 2004					

Do total de óbitos na faixa etária de 01 a 14 anos verificamos que 71,42% das crianças de Araraquara, no ano de 2004, morreram por causas evitáveis por ações de saúde, concentrando

nos setores 2 e 3 o maior número de óbitos. Esses óbitos podem, por definição, permitir a construção de indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, capazes de acionar mecanismos de investigação e busca de explicação para o ocorrido.

A Tabela 22 nos demonstra óbitos por pneumonia e varicela, patologias que constituem um sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência poderia ser totalmente evitável pela adequada atenção à saúde. Esses eventos podem ser considerados “eventos sentinelas” e sinalizam a possibilidade de que algum elo na cadeia de atenção integral à saúde não está funcionando bem, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada. Atenção deve ser dada ao fato de que a característica de evitabilidade desses indicadores os caracteriza como um índice negativo da qualidade da atenção, útil aos processos de vigilância em saúde e institucionalização da prática de monitoramento da atenção à saúde.

A Tabela 23 nos demonstra a mortalidade geral por agrupamento CID 10, Código Internacional de Doenças, volume 10, para a faixa etária de 15 a 29 anos. Agrupamos essa faixa etária para visualizar as causas das mortes da população jovem adulto do município de Araraquara em 2004.

Tabela 23 - Mortalidade Geral por agrupamento CID 10/ por setor /Para a Faixa Etária de 15 a 29 anos Araraquara SP (2004)

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Bairro	TOTAL
	**	**	**	**	Ignorado	**
(B20) Doença por HIV- Doenças Infecciosas e parasitárias		2	1			3
(C48) Neoplasia maligna de tecidos moles retro peritônio		1				1
(E10) Diabetes Melitus Insulino dependentes				1		1
(I42) Cardiomiopatias		1				1
(J18) Pneumonia por microorganismo não específico.	1	2		1		4
(K 70) Doença alcoólica do fígado	1					1
(M32) Lupus Eritematoso Disseminado				1		1
(V13) Ciclista traumatizado por colisão com automóvel			1	1		2
(V27) motociclista traumatizado colisão objeto fixo parado	1			1		2
(V29) motociclista traumatizado acidente transporte		1				1
(V47) Ocupantes de automóvel com trauma por colisão			1			1
(V99) Acidente de transporte na especificado		1				1
(X70) lesão auto provocada intencionalmente enforcamento			1	1		2
(X80) Lesão auto provocada intencional por precipitação de lugar elevado	1		2			3
(X95) Agressão por disparo outra arma de fogo	2	5	2	2	2	13
(W69) afogamento e submersão em águas naturais				1		1
(Y04) Agressão por meio de força corporal	1					1
(Y22) Disparo de pistola por intenção não determinada			1			1
(D56) Talassemia		1				1
(O15) Eclampsia		1				1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>42</b>

\*\* números absolutos

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

Ao analisarmos a Tabela 23 verificamos que 66,66% dos óbitos de jovens em Araraquara no ano de 2004 foi por causas externas, como acidente com ciclista, motociclista, automobilístico, atropelamento, suicídio, homicídio e afogamento. O Setor 2 merece destaque pelo índice maior de agressão por disparo de arma de fogo. Os óbitos por causas externas ocorreram em proporções semelhantes entre os quatro setores. Com referência aos óbitos por causas clínicas, observamos que eles ocorreram em maior incidência no Setor 2. Devemos lembrar que neste setor temos uma proporção maior da população nesta faixa etária, ou seja, 6,75% desta faixa etária, com relação a população total encontra-se no setor 1; 9,88% no setor 2; 4,21% no setor 3 e 5,98% no Setor 4. Dos quatorze óbitos ocorridos por causa clínicas nesta faixa etária oito foram no Setor 2. Nesta

vertente, concluímos então, que um investimento intersetorial que abrangesse fatores preventivos para acidentes e violência seria imprescindível para a redução de óbitos na população jovem.

A Tabela 24 apresenta a mortalidade geral por agrupamento CID 10, Código Internacional de Doenças volume 10, por setor, para a faixa etária de 30 a 59 anos, em Araraquara no ano de 2004, demonstrando as causas de óbitos nos adultos deste município.

Tabela 24 - Mortalidade Geral por Agrupamento CID 10/ Por Setor /Para a Faixa Etária de 30 A 59 anos – Araraquara SP (2004)

Causa	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Bairro	TOTAL
					Ignorado	
	**	**	**	**		**
A41-Outras septicemias	2		1			3
B18- Hepatite viral crônica	3			2		5
B20-B22-B23- Doença por HIV	3			5		8
B69- Cisticercose/ B45-Criptococose	1	1		1		3
C10-Neoplasia maligna da orofaringe/C02-neoplasia de língua						
C06- neoplasia de boca		2	1	1		4
C15-Neoplasia maligna do esôfago/C16-neoplasia estomago	2	2		2		6
C20-Neoplasia maligna do reto/C18-neoplasia de colon	2	3	1			6
C22-Neoplasia maligna fígado, vias biliares intra-hepática	1	1	1			3
C34-Neoplasias malignas dos brônquios e pulmões						
C32-neoplasia de laringe	1	3	2			6
C43-Melanoma maligno da pele		1				1
C50-Neoplasia maligna da mama	5	1	2			8
C52-Neoplasia maligna da vagina		1				1
C54-Neoplasia maligna do corpo do útero				1		1
C62-Neoplasia maligna testículos				1		1
C73-Neoplasia maligna da glandula tireoide	1					1
C72-Neoplasia nervo craniano	1		1	2		4
C85-Linfoma não-hodgkin não especificado		2				2
E11-Diabetes mellitus não insulino dependente/						
E10-Diabetes mellitus insulino dependente	3	3	1	1		8
E66-Obesidade		1		1		2
E86 - Depleção de Volume	1					1
F09-Transtorno mental orgânico ou sintomático				1		1
F10-Transtornos mentais comportamentais devido ao uso álcool		2	2	1		5
G40-Epilepsia	1					1
I08-Doença de múltiplas valvas	1					1
I10-Hipertensão Essencial	1			1		2
I21-Infarto Agudo do Miocárdio	11	11	5	13		40
I25-Doença isquêmica crônica do coração	1		1	1		3
I26-Embolia pulmonar	1	1		1		3
I33-Endocardite aguda e subaguda	2	3	1	1		7
I42-Cardiomiopatis	2	3	2	1		8
I43 - Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	1	1	3			5
I50-Insuficiência cardíaca	2	7	2	1		12
I51-Complicações cardiopatis doenças cardíacas mal definidas	2					2
I60-Hemorragia subaracnoide	2	3	3			8
I61-Hemorragia intracerebral	2	1		2		5

I64-Acidente Vascular Cerebral hemorrágico ou isquêmico	2	3	3	8		
I71-Aneurisma e dissecação da aorta	1	3		4		
I77- Outras afecções das artérias e arteríola		1		1		
I85-Varizes Esofagianas	1			1		
J15-Pneumonia bacteriana	1		2	3		
J18-Pneumonia por microorganismo	1	2	3	6		
J43-Enfisema	1			1		
J44-Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas		3		3		
J81-Edema Pulmonar não específico	1		1	2		
J90-Derrame Pleural		1		1		
J96-Insuficiência respiratória	1			1		
K35-Apendicite Aguda		1		1		
K56-Ileo paralítico e obstrução intestinal sem hernia	4		1	5		
K70 Doença alcoólica do fígado	5	15	1	5	26	
K74-Fibrose e cirrose hepática	4	5	2	2	13	
K80-Colelitíase-K83- Outras doenças das vias biliares						
K90-Outras doenças do aparelho digestivo k85- Pancreatite	2	3	1	1	7	
M32 -Lupus Eritematoso Disseminado	1				1	
M79 -Outros transtornos dos tecidos moles		1			1	
N17-Insuficiência Renal Aguda/N39-transtornos do trato urinário		2	1	1	4	
O10-Hipertensão pré existente complicação da gravidez parto, puerpério		1			1	
R99- Outras causas mal definidas e na específica de mortalidade	1	2	1		4	
V03- Pedestre traumatizado por colisão com automóvel.	1		2		3	
V43-Ocupantes de automóvel traumatizado colisão do auto	1	1	1		4	
X70-Lesão auto provocada intencional, enforcament	2	1	1	1	5	
X74-Lesão auto provocada intencional por disparo arma fogo	1				1	
X80-Lesão auto provocada intencional precipitaçãoolugar elevado		1			1	
X9-Agressão disparo de arma de fogo	3	2	2	1	8	
X97-Agressão por meio de fumaça fogo e chamas				1	1	
X99-Agressão por Objeto cortante ou penetrante		4	1	1	1	7
Y09-Agressão por meios não especificados	1			1	2	
Y83 - Reação anormal tardia cirurgia		1			1	
W01-Queda mesmo nível, escorregão, tropeço.			1		1	
W87 exposição à corrente elétrica	1			1	2	
Total	91	104	46	65	1	307

\*\* Números absolutos

Fonte Araraquara (2004)

A faixa etária de 30 a 59 anos, aqui considerada como a população adulta e em idade produtiva de Araraquara no ano de 2004 corresponde a 36,61% da população total de Araraquara em 2004. Desses, 28,75% estão no Setor 1; 37,82% no Setor 2; 14,26% no Setor 3 e 19,15% no Setor 4.

Dos 307 óbitos nessa faixa etária de 30 a 59 anos, tivemos 72,63% por causas clínicas, 11,40% por causas externas e 14,33 % por neoplasias. Não observamos diferenças quantitativas proporcionais à população importantes entre os setores com relação às neoplasias, as causas clínicas, tão pouco às causas externas.

Do total de óbitos nesta faixa etária, 44 % foram por doenças crônicas, sinalizando necessidade de ações de prevenção de doença, hábitos saudáveis, mudanças de comportamentos e promoção à saúde. Verificamos 6,18% do total de óbitos dessa faixa etária por doenças infecciosas, sendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a principal causa de mortalidade. O Setor 4, com relação proporcional à população, apresenta um maior índice de óbitos, sinalizando necessidade de intensificação dos programas de DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

A Tabela 25 apresenta a mortalidade geral por agrupamento CID 10, Código Internacional de Doenças, volume 10, por setor, para a faixa etária de 60 anos ou mais, demonstrando os óbitos da população de idosos de Araraquara no ano de 2004.

Tabela 25- Mortalidade Geral por agrupamento CID 10/ por setor /Para a Faixa Etária de 60 ou mais anos – Araraquara (2004)

<b>Causa</b>	<b>Setor 1</b>	<b>Setor 2</b>	<b>Setor 3</b>	<b>Setor 4</b>	<b>Bairro</b>	<b>TOTAL</b>
	**	**	**	**	Ignorado	**
A09 Diarreia e gastroenterite originária por infecção	2					2
A41 Septicemias		1				1
A46 Erisipela	1	1				2
A49 Infecção bacteriana de local não especificada	1					1
B18 Hepatite Viral crônica	3			2		5
B57 Doença de chagas		3		3		6
C12 Neoplasia maligna do seio piriforme	1					1
C14 Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral	2	1		1		4
C15 Neoplasia maligna do esôfago	3	3	2			8
C16 Neoplasia maligna do estomago	2	5	3			10
C17 Neoplasia maligna do intestino delgado	1					1
C20 Neoplasia maligna do reto		3				3
C18 Neoplasia Maligna do colon	6	3	1	2		12
C22 Neoplasia maligna fígado vias biliares	6	2	1			9
C25 neoplasia maligna do pâncreas	3	2		2		7
C26 neoplasia maligna mal definida aparelho digestivo	1					1
C32 neoplasia maligna laringe		1		1		2
C34 Neoplasia maligna brônquios pulmões	9	4	3	5		21
C41 Neoplasia maligna ossos		1				1
C43 Melanoma maligno da pele	3	3				6
C48 Neoplasia maligna retro-pertitônio	1					1
C49 Neoplasia maligna tecido conjuntivo		1				1
C50 Neoplasia maligna mama	7	1		2		10
C54 Neoplasia maligna corpo de útero	1	1				2
C56 Neoplasia maligna ovário	2	2	1			5
C57 Neoplasia maligna outros órgãos genitais femininos	1					1
C61 Neoplasia maligna da próstata	7	3				10

C64 Neoplasia maligna do rim	1				1
C67 Neoplasia maligna bexiga	1				1
C69 Neoplasia maligna do olho	1				1
C71 Neoplasia maligna do encéfalo	1				1
C79 Neoplasia maligna secundária de outras localizações	4	4			8
C81 Doença de hodhkin/ C85 não hodgkin	1	4			5
C90 Mieloma e neoplasia maligna de plasmocitos	2			1	3
C53 Neoplasia maligna colo do útero			1		1
C95 Leucemia do tipo celular na específico			1		1
D64 Outras anemias	2	1			3
D56 Talassemia	1				1
D75 Outras doenças sangue e órgão hematopoieticos		1			1
E03 Outros hipotiroidismo				1	1
E10 Diabetes melitus insulino dependentes					
/E 11 não insulino dependente	20	13	5	1	39
E16 Outros transtornos da secreção pancreática	1				1
E43 Desnutrição protéico calórica grave	3	2			5
E78 Distúrbios metabólico lipoproteínas	2				2
E86 Depleção de volume	1	1			2
F03 Demência		1			1
G12 Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas		1		1	2
G20 Doença de Parkison	2	1	1	1	5
G30 Doença de Alzheimer	8	2			10
G92 Outros transtornos encéfalo		1			1
I05 Doença reumática válvula mitral		3			3
I10 Hipertensão Arterial Sistêmica	14	13	6	6	39
I20 Angina pectoris		2			2
I21 Infarto Agudo do Miocárdio	40	20	6	7	73
I25 Doença isquêmica crônica do coração	12	9		3	24
I26 Embolia pulmonar	3	2			5
I33 Endocardite	2	2		1	5
I42 Cardiomiopatias	26	15	4	1	46
I46 Parada cardíaca	3				3
I49 Outras arritmias cardíacas	10	1			11
I50 Insuficiência cardíaca	18	19	5	7	49
I60 Hemorragia subaracnoide	9	5	3		18
I63 Infarto cerebral	14	9	3	5	31
I67 Outras doenças cérebro vasculares	25	20	7	8	61
I71 Aneurisma e dissecção da aorta	4	2		3	9
I71 Aneurisma e dissecção da aorta	6	3	1	2	12
I80 Flebite e trombo flebite	1	1			2
I85 Varizes esofagianas			1		1
I95 Hipotensão		1			1
J15 Pneumonia bacteriana	11	3	4	2	21
J18 Pneumonia por microorganismo	33	16	7	4	61
J41 Bronquite crônica	1				1
J43 Enfisema	9	6			15
J44 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	14	15	1	1	31
J45 Asma	1		1		2
J69 Pneumonite devido sólidos e líquidos	4				4
J84 Outras doenças pulmonares	3	1		1	6

J90 Derrame pleural na específico			2		2	
J96 Insuficiência respiratória	3		1		4	
J98 Outros transtornos respiratórios		1	2		3	
K27 Úlcera péptica		1	1		2	
K35 Apendicite aguda		1			1	
K55 Transtornos vasculares do intestino	2	1	1	1	5	
K56 Íleo paralítico/ obstrução intestinal	2	2	1	1	6	
K57 Doença diverticular do intestino	2	1	1	1	5	
K70 Doença alcoólica do fígado		2			2	
K71 Doença hepática tóxica	1				1	
K72 Insuficiência hepática	2				2	
K74 Fibrose e cirrose hepática	3	4		1	8	
K80 Colelitíase	4	3			7	
K92 Outras doenças do ap digestivo	2	3			5	
L89 Úlcera de decúbito	4	1			5	
M72 Transtornos fibrosblásticos	1				1	
M80 Osteoporose com fratura patológica	1				1	
M84 Transtornos de continuidade do osso	1				1	
N05 Síndrome nefrítica na específica			1		1	
N18 Insuficiência renal crônica- N17 Insuficiência Renal Aguda	4	3	2		1	
N39 Outros transtornos do trato urinário	5	1			6	
N40 Hiperplasia da próstata	1				1	
N49 Transtornos inflamatórios órgão genitais masculino		1			1	
N76 Outras afecções inflamatória da vagina e da vulva	1				1	
R54 Senilidade	13	2			15	
R68 Outros sintomas e sinais gerais	3	2			5	
R96 Outras mortes súbitas de causa desconhecidas			1		1	
R98 Morte sem assistência		1			1	
V09 Pedestre traumatizado por acidente de transporte	2		1		3	
V47 Ocupantes automóvel traumatizados por colisão		1			1	
V99 Acidente de transporte não especificado			1		1	
X74 Lesão auto provocada intencional arma de fogo				1	1	
W10 Queda escada degraus	1	2			3	
W13 Queda para fora de edifícios	1				1	
W18 Quedas mesmo nível	9	6	1		16	
W69 Afogamento e submersão em águas naturais			1		1	
X89 Agressão produzido pó químicos e substancias nocivas	1				1	
Y04 Agressão por meio de força corporal				1	1	
Y17 Envenenamento outros gases vapores		1			1	
Y00 Agressão por meio de objeto contundente		1			1	
Total	443	284	77	90	5	899

\*\* Números absolutos

Fonte: Araraquara, 2004

A faixa etária de 60 anos ou mais corresponde a 11,42% do total da população residente em Araraquara em 2004. Temos 49,92% desta faixa etária residindo no Setor 1; 33,22% no Setor 2; 8,15% no Setor 3 e 8,69% no Setor 4. Dos 899 óbitos analisados, 80,64% foram por causas clínicas;

3,44% por causas externas e 15,90% por neoplasias. Não observamos diferenças quantitativas acentuadas, proporcionalmente pela porcentagem de população de cada setor, tanto para causas clínicas, quanto para externas e neoplasia.

Para as causas externas observamos que 64,51% foram por quedas; 16,12% por acidentes de trânsito; 3,22% por suicídio; 3,22% por afogamento; 6,45% por homicídio e 6,45% por envenenamento. As doenças crônicas, tais como diabetes, doenças do aparelho circulatório e doenças por acidente vascular cerebral, foram responsáveis por 66,07 % dos óbitos na faixa etária de 60 anos ou mais ocorridos em Araraquara em 2004; as doenças comuns em idosos, tais como demência, doença de *Parkison*, doença de *Alzheimer*, osteoporose, foram responsáveis por 5,45% dos óbitos nessa faixa etária; doenças do aparelho respiratório, tais como pneumonia, bronquite, enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma brônquica foram responsáveis por 16,54 dos óbitos, sinalizando a importância da intensificação das ações de saúde na atenção básica, nas linhas de cuidados e nos programas especiais de saúde para o idoso.

O Quadro 05 nos permite visualizar as causas de todos os óbitos ocorridos em Araraquara em 2004 por faixas etárias, já discutidos minuciosamente em cada uma delas.

Quadro 05-Comparação dos óbitos de acordo com o tipo de morbidade por faixa etária Araraquara (2004)

Grupamento por categoria	subgrupo	Idade ign.	< de ano	1 a 14	15 a 29	30 a 59	60 a mais	total
Doenças Infecciosas e parasitárias (A e B)	Varicela, HIV, septicemias, hepatite, erisipela			2	3	19	17	41
Neoplasias (Ce D)					1	44	143	188
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	talassemia				1			1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E)	Diabetes, obesidade, depleção de volume, desnutrição, distúrbios metabólicos			1	1	11	50	63
Transtornos mentais e comportamentais (F)	Transtornos mentais orgânicos, transtornos mentais devido o uso de álcool, demência					6	1	7
Doenças do sistema nervoso (G)	Doença de parkison, alzheimer, epilepsia,					1	18	19
Doenças do aparelho	Cardiomiopatias,	1			1	110	395	507

circulatório (I)	Hipertensão Arterial Sistêmica, Infarto Agudo do Miocárdio, embolia pulmonar, endocardite, insuficiência cardíaca, Acidente Vascular Cerebral, aneurisma							
Doenças do aparelho respiratório (J)	Pneumonia, bronquite, enfisema, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, asma, insuficiência respiratória, derrame pleural	1	3	4	17	149	174	
Doenças do aparelho digestivo (K)	Doença alcoólica do fígado, apendicite aguda, íleo paralítico, cirrose, colúlitíase, pancreatite,			1	52	45	98	
(L) Doenças da pele e do tecido conjuntivo	Úlcera de decúbito,					5	5	
(M) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Lupus eritematoso disseminado, osteoporose com fratura patológica, transtorno de continuidade do osso			1	2	3	6	
(N) Doenças do aparelho geniturinário	Insuficiência Renal crônica e aguda, hiperplasia de próstata, afecções inflamatória da vagina e vulva				4	20	24	
(O) doenças relacionadas com gravidez, parto e puerpério	Eclampsia, Hipertensão Artéria Sistêmica preexistente, complicação Gravidez, parto e puerpério			1	1		2	
(P) Afecções originadas no período perinatal		28	14				42	
(Q) Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		1	8	1			10	
(R) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	Senilidade, morte sem assistência, outras causas mal definidas e não especificadas.				4	22	26	
Complicações tardias de cirurgias					1		1	
(S) (T) Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	Afogamento, Acidentes de trânsito, atropelamentos, quedas, exposição ao fogo	3			8	10	25	46

Causas externas de morbidade e de mortalidade	agressão por arma branca, arma de fogo, espancamento	1			15	18	5	39
suicídios					5	7	1	13
total		34	23	7	42	307	899	1312

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

O Quadro 06 nos permite visualizar quantitativamente todos os óbitos ocorridos em Araraquara em 2004, comparando o quantitativo populacional de cada setor e o número de óbitos.

Quadro 06 - Comparação de todos os óbitos ocorridos em Araraquara SP (2004)

*1	*2	*3	*4	*5	*6	*7	*8	*9	*10	*11	*12
<de ano	23	2.427	04	492	07	832	08	440	04	663	00
1 a 4	04	10.666	00	2.068	01	3.707	01	1.856	02	3.035	00
5 a 9	02	14.771	00	3.023	01	5.066	01	2.550	00	4.132	00
10 a 14	01	16.493	00	3.834	01	5.814	00	2.802	00	4.043	00
15 a 19	06	18.243	00	4.530	03	6.679	01	3.036	02	3.998	00
20 a 29	36	33.255	07	8.435	12	12.288	08	5.057	07	7.485	02
30 a 39	50	30.682	08	7.729	18	11.229	10	4.645	14	7.079	00
40 a 49	107	26.239	32	7.667	35	10.062	15	3.820	24	4.690	01
50 a 59	150	17.163	51	5.911	51	6.735	21	2.108	27	2.409	00
60 a 69	237	11.991	86	5.528	91	4.211	26	1.087	32	1.165	02
70 a 79	300	7.225	135	3.804	101	2.321	27	530	35	570	02
80 a +	362	27.222	222	1.620	92	759	24	171	23	172	01
ignorado	34		05		08		04		14		03
total geral	1312	191.887	550	54.641	421	69.703	146	28.102	184	39.441	11

Fonte: (ARARAQUARA, 2004)

\*1- Faixa etária

\*2-Total de óbitos em Araraquara, em 2004

\*3-Total da população de Araraquara em 2004

\*4-Total de óbitos no Setor 1

\*5-Total da população no Setor 1

\*6-Total de óbitos no Setor 2

\*7-Total da população no Setor 2

\*8-Total de óbitos no Setor 3

\*9-Total da população no Setor 3

\*10-Total de óbitos no Setor 4

\*11-Total da população no Setor 4

\*12-Total de óbitos em bairros ignorados

Quando observamos os óbitos entre os setores, aplicando a razão de proporcionalidade, ou seja, relacionando a quantidade de óbitos com o quantitativo populacional daquele setor, não encontramos diferenças quantitativas importantes entre os quatros setores de Araraquara.

## V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No documento analisado: Diagnóstico de Saúde de Araraquara (2004) encontramos as seguintes considerações:

Setor 01, estas Unidades Básicas estão localizadas em uma área onde a Pirâmide Populacional diferentemente da média do Município já tem um formato de Barril, demonstrando melhores condições de vida que o restante das áreas das outras UBS. Nestas UBS, a ênfase da assistência deve ser na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das Doenças Crônicas Degenerativas e na Saúde do Idoso. Devemos incrementar programas de saúde que enfoquem o “viver saudável”. Setor 2, a diferença aqui é menor que a do grupo anterior, demonstrando que ainda nascem muitas crianças e morrem muitos habitantes jovens, restando menos com idade acima de 60 anos. A Pirâmide Populacional destas áreas são pirâmides ditas de transição, e apresentam-se nos moldes da média do município. É importante ressaltar que apesar de ainda ser classificada como de transição, este grupo não está tão distante da forma piramidal como o próximo. Nas UBS destas áreas devemos manter o atendimento que rotineiramente realizamos na rede municipal. Mas devemos dar bastante ênfase a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças crônicas degenerativas, com também iniciar um programa específico para saúde do idoso. Setor 3: as pirâmides populacionais desta área também são de transição, mas muito mais longe da qualidade de vida da Pirâmide em Barril apresentada no grupo anterior. As UBS localizadas nestas áreas devem ser priorizadas em relação ao planejamento das intervenções a serem realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. A população que reside nestas áreas vive em condições de vida abaixo da média do Município, setor 4: as pirâmides desta área lembram bem mais a forma piramidal do que a forma de pirâmide de transição. A população residente nesta área possui uma qualidade de vida bem inferior à média do Município. Nas UBS desta área devemos priorizar o atendimento de pediatria, saúde da mulher e prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças crônicas. Concomitante com este investimento da saúde deve haver um trabalho conjunto de várias secretarias do governo municipal.”(ARARAQUARA, 2004)

São conclusões do documento, Diagnóstico de saúde de Araraquara (2004), que a população de Araraquara tem um elevado nível de saúde, alta proporção de idosos ainda muito doentes, devido à assistência à doença oferecida, assistência essa cara. As patologias que atingem nossa população são na sua maioria ligadas ao estilo de vida e ao envelhecimento (doenças crônicas). Deve-se investir na prevenção destas doenças, conseqüentemente teremos uma população idosa mais sadia e menos onerosa ao SUS. Caso contrário a assistência a saúde ficará insuportavelmente cara. (ARARAQUARA, 2004)

Para Santos (1991), a dinâmica populacional de certos grupos humanos criou preocupações, alertou riscos, explicitou contradições que vieram a gerar políticas populacionais. Nos últimos quarenta anos iniciou-se uma orientação tendente a corrigir as limitações da política de saúde predominante no país. Em conseqüência do crescimento urbano e do incipiente desenvolvimento industrial algumas medidas contribuíram para encaminhar soluções mais racionais em relação ao tratamento de saúde, como a valorização de uma estratégia preventiva em relação à medicina.

O tamanho, o crescimento, a composição etária e a distribuição espacial da população são dados de importância fundamental para o planejamento, desde o primeiro diagnóstico preliminar até as derradeiras avaliações dos planos já executados. Principalmente, devido a seu poder de quantificação, a análise demográfica e os estudos populacionais, além de enriquecerem as análises dos planejadores, fornecem elementos e critérios para o balizamento do processo nos seus diversos estágios. As informações que eles produzem conferem maior dinamismo e objetividade aos modelos utilizados no planejamento, contribuindo para aumentar as possibilidades de simulação prospectiva e de sistematização das decisões. Isto se aplica não apenas aos planos globais de curto, médio ou longo prazo, mas também aos programas regionais e/ou setoriais, e até aos simples projetos isolados.

Qualquer planejamento baseia-se inicialmente num diagnóstico. Isso ocorre pela simples razão de que só é possível planejar adequadamente aquilo que se conhece. Todo diagnóstico requer um grande volume de pesquisas e de levantamentos de base. Entre estes avultam, desde logo, os estudos relativos à dinâmica populacional. Tais estudos não se limitam aos simples registro das modificações observadas no tamanho, na estrutura por sexo e idade, e na distribuição espacial da população. Eles envolvem também a identificação, o dimensionamento e a análise dos componentes da dinâmica populacional, a fecundidade, a mortalidade e as migrações, bem como dos fatores sócio-econômicos que lhes são subjacentes. (SANTOS, 1991)

A saúde, além de constituir um direito de todos, deve ser encarada tanto como um meio quanto como um objeto do desenvolvimento econômico e social. As condições da saúde pública de um país, ou de uma região, estão intimamente ligadas às dinâmicas populacionais de um lado, e aos demais processos econômicos e sociais de outro. Estas três ordens de variáveis devem, sempre que possível, ser analisadas em conjunto, dadas às relações de mútua dependência que existem entre elas. Embora haja numerosas evidências procedentes de uma larga tradição de investigações epidemiológicas, sobre a maneira pela qual as condições sócio-econômicas afetam os níveis de saúde de uma população, foi só recentemente que se começou a prestar maior atenção ao modo pelo qual a saúde pública pode contribuir, e tem contribuído para o desenvolvimento econômico e social. Ainda que a saúde seja considerada um bem comum cuja procura e conservação não precisam ser justificados, numerosos economistas e governantes têm começado a solicitar evidências quanto aos benefícios que ela gera no âmbito da produção e da produtividade, a fim de poder fundamentar a destinação de maiores recursos para o setor. (SANTOS, 1991)

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão (Brasil, 1990) Estas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde,

além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade. Neste contexto, freqüentemente se esbarra em carências humanas e materiais e na novidade do tema da gestão no âmbito do SUS.

A organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde é uma das características mais marcantes do SUS, tendo a responsabilidade de servir de porta de entrada principal no sistema e estratégia organizadora do cuidado integral em saúde. Entretanto, a história da atenção básica à saúde é marcada por problemas de gestão e estrutura física dos serviços, suficiência e perfil dos profissionais de saúde, acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde (Brasil, 1990). À semelhança de outras atividades do setor de serviços ao público, o processo de trabalho na atenção básica à saúde está fortemente vinculado ao trabalho vivo, à natureza e conteúdo da atividade, à qualidade técnico-científica, à motivação e ao compromisso do trabalhador com o resultado de seu trabalho (FACCHINI, 2006). Nesta perspectiva, a gestão articulada do trabalho, da educação e da informação é fundamental para a melhoria do desempenho da atenção básica à saúde e de seu impacto na saúde da população e no estabelecimento de processos que promovam uma gestão participativa e fortaleçam o controle social (DECIT, 2007). A curta história do SUS e a escassez de recursos materiais e humanos nos municípios tornam a gestão do trabalho, da educação e da informação na atenção básica à saúde um tema prioritário.

Vimos a importância da elaboração do Diagnóstico de Saúde do município para a elaboração do plano de saúde que será realizado pelos gestores municipais. Acreditamos que cabe neste momento levantarmos a questão se todos esses dados levantados nesta pesquisa são de conhecimento dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde. Frisamos a relevância do “trabalho de ponta”, ou seja, o envolvimento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, deste a construção do Diagnóstico de Saúde, até a elaboração das ações pertinentes à saúde daquela população, considerando a variabilidade da gestão nos âmbitos do trabalho, da educação e da informação e os diferentes perfis de oferta e utilização de serviços e considerando ainda as características sócio-demográficas e de saúde da população. As políticas de saúde nem sempre provocam as mudanças desejáveis ou atendem as expectativas e necessidades da população. Num contexto de marcantes desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, a avaliação é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. A avaliação da Atenção Básica à Saúde ganha destaque no Sistema Único de Saúde (SUS), mas enfrenta desafios teóricos e operacionais decorrentes da complexidade de seus processos e de suas múltiplas causas conjunturais e históricas. Os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão têm orientado a Atenção Básica à Saúde, definida

como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva. A persistência de problemas históricos na estrutura física dos serviços, acesso oportuno aos recursos, suficiência e perfil dos profissionais de saúde, reforça as dúvidas sobre a efetividade da Atenção Básica à Saúde na resposta às necessidades de saúde da população. Vemos a necessidade de se trabalhar para promover o acesso democrático às informações produzidas no campo científico, a fim de possibilitar, estimular e promover a transformação dessas novas descobertas em ações que beneficiem as condições de vida e saúde da população.

O estudo do Diagnóstico de Saúde do Município de Araraquara, ano 2004, nos fez conhecer peculiaridades de cada setor de Araraquara, setores esses onde foi agrupado a população segundo indicadores. Pudemos observar nitidamente que a população da região central apresenta melhores indicadores e estes vão decaindo à medida que migramos para a periferia da cidade. Observamos maior número de crianças no setor 4, e maior número de idosos no setor 1. O índice de dependência é crescente do setor 1 para o setor 4, e temos uma população economicamente ativa em número semelhante entre os setores, sendo que essa população sustenta um número maior de dependentes no setor 4 em relação ao setor 1, demonstrando grande desigualdade social. O setor 1 apresenta uma população de idoso muito maior que a do setor 4, mas analisando as causas de óbitos, pudemos concluir que, ainda temos muitos óbitos por doenças crônico-degenerativas, tais como complicações por hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular cerebral, demonstrando não haver investimento em programas de saúde que realmente promovam saúde e melhorem a qualidade de vida de nossa população. Verificamos elevado número de óbitos por causas evitáveis ou reduzíveis por ações de saúde, em menores de 05 anos, nos quatro setores, indicando que a qualidade da atenção deve ser melhorada, além da necessidade da investigação dos casos, seguidos da intervenção necessária. Constatamos que grande parte de nossos jovens morreram de causas externas (Acidentes, suicídios e homicídios), sendo que nos quatro setores essa foi a principal causa de óbitos dos jovens adultos de Araraquara. Na população adulta e idosa, um número elevado de óbitos por doenças crônico-degenerativas. Não foram encontradas diferenças quantitativas e etiológicas importantes entre os quatro setores de Araraquara

Não observamos o desenvolvimento de ações por parte do poder público que busquem reverter o quadro encontrado. Toda essa informação nos faz refletir o quanto é importante conhecer a população para se planejar ações que venham realmente modificar e melhorar os serviços de saúde e a qualidade de vida da população. Sentimos reconhecer que muitas vezes, o diagnóstico de saúde de um município, ao invés de ser considerado o livro de cabeceira de um gestor, fique esquecido

no armário, e as ações desenvolvidas são àquelas que politicamente apareçam, mesmo que não estejam de acordo com a real necessidade da população.

## VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco; CAMPANÁRIO, Paulo; MAIA, Paulo Borlina. **Saúde e Meio Ambiente: Análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo, Brasil.** Revista Saúde Pública, v 28, nº 4, São Paulo agosto 1994; disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 20/11/2006.

ALMEIDA FILHO, N. ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à epidemiologia moderna 2º Ed. Belo Horizonte; Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

ARARAQUARA, **O Diagnóstico de Saúde do Município de Araraquara**, 2004; Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Saúde de Araraquara, 2004.

ARARAQUARA, Gerência de Educação Continuada, Secretaria Municipal de Saúde; **Implementação do Sistema de Atenção à Saúde no Município de Araraquara**; (Acesso em 25/11/2008), Disponível em: [www.easysite.com.br/secretariadasaude](http://www.easysite.com.br/secretariadasaude). Araraquara, 2006.

BAKIRTZIEF, Zoica. **Aderência ao tratamento de Hanseníase.** Capítulo 5. In: BARATA R. B. e BRICEÑO-LEON, R. **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.

BARATA, Rita Barradas. **Os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva.** Ciências e Saúde Coletiva. Vol 6 nº 1. Rio de Janeiro, 2001.

BARATA, Rita Barradas. **Abordagens sociais, culturais e comportamentais em doenças endêmicas.** Artigo publicado em Revista Com Ciências, revista eletrônica de jornalismo científico. <http://www.comciencia.br>, 10/05/2005, SBPC/Labjor, Brasil.

BARCELLOS, C. **Constituição de um sistema de indicadores sócio ambientais.** In: MINAYO, M. C. D. S., MIRANDA, A. C. Saúde e ambiente sustentável: estreitado nós. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

BELISARIO, Roberto. Mundo Envelhecido, país envelhecido. SBPC/Labjor, 2002, Brasil. (acesso em 10/06/2008) Disponível em [HTTP://www.comciencia.br](http://www.comciencia.br).

BITTAR, Olimpio J. Nogueira, CECÍLIO, Mônica A. Marcondes. Planejamento de Saúde, conhecimento e ações. Secretaria de Estado de Saúde, Coordenadoria de Planejamento de Saúde. São Paulo, 2006

BRASIL, Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out.1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de assistência à Saúde, ABC do SUS, Doutrinas e princípios, Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Centro Nacional de epidemiologia. Guia de Vigilância epidemiológica. 4ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

BRASIL, 2001. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Outubro de 1988. 17ª Ed. São Paulo: Editora Atlas.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 a. Serie A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006b (Série B, textos Básicos de Saúde)

BRAVEMAN, Paula. **Equidade em saúde. Departamento de Ciências da Saúde.** Universidade Martires de Uganda, 2006.

BRIGGS, D.; CORVALAN, C. **Lintage methodes for environment and health analysis.** Geneve: UNEP/USEPA/WHO, 1996.

BUSS, Paulo Marchioni; **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5,n.1, 2000.

BUSS, Paulo Marchioni; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência e Saúde Coletiva, vol 5, nº 01, 2000.

BUSS, Paulo Marchioni; **Saúde, Sociedade e Qualidade de Vida.** Fiocruz 2003. Acesso em 10/08/08. Disponível em <http://www.invivo.fiocruz.br>.

CARVALHO, J. A. M. **Renda e concentração da mortalidade no Brasil.** Estudos Econômicos (IPE-USP), 1977.

CARVALHO, J.A.M., e SAWYER, D.R.T.O, “**Diferenciais de mortalidade no Brasil**” in Anais do Primeiro encontro Nacional de estudos Populacionais, Campos do Jordão, ABEP, 1978.

CARVALHO, D. M. **Grandes sistemas nacionais de informação em saúde. Revisão e discussão da situação atual. Informe epidemiológico do SUS.** Brasília, Ano VI, nº 4, out/dez 1997.

CASTELLANOS, P. L. **A epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde.** In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). Epidemiologia e Saúde. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

CECCIM, Ricardo Burg. **Comunicação, saúde, educação.** Fundação Uni, Interface Botucatu, vol. 9, nº 16, setembro de 2005.

CGVAM – Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – **Indicadores de saúde ambiental,** ABRASCO, 2003.

CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionado com a saúde. Volume 10 – OMS- Organização mundial de saúde. Conferência Internacional para a décima revisão. 1989

CONNER, M. & NORMAN, P The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (EDS.), **Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models**. Buckingham: open University Press, 1996.

CUNHA, Paulo Roberto. A relação entre meio ambiente e saúde e a importância dos princípios da prevenção e da precaução. Jus Navigandi, Teresina, ano9, n.º 633, 02/04/05. (acesso em 08/08/08). Disponível em <http://jus2.uol.br>.

DECIT, Departamento de Ciências e tecnologia. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, Comunicação e Informação do DECIT: **Desafios para difusão e monitoramento das ações de fomento**. Ver. Saúde Pública. Vol 41, nº 2. São Paulo, abril 2007.

FACCHINI, L.A. **Porque a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise**. 2006 In: Buschinelli J.T.P., Rocha L.E; Rigoto, R.M; organizadores. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo. Editora Vozes, 1993.

FARIA, Caroline- Demografia- Artigo publicado em 05/09/2007- Núcleo de Estudantes de Ciências Políticas. (acesso em 08/08/08), disponível em <http://cienciapolitica.iscsp.utl.pt>.

FOUCAULT, Michel; **O Nascimento da Medicina Social** , In: Microfísica do poder. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1972.

FREITAS, Eduardo de; **Os Indicadores Sociais**. Geografia Humana do Brasil, Geografia Brasil Escola, equipe Brasil Escola, 2004.

FUNDAP- FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO, características regionais de saúde no Estado de São Paulo. 1983

GONÇALVES. M .A. **A População brasileira de 1872 a 1970: Crescimento e composição por idade e sexo**. São Paulo, CEBRAD, Caderno 16, 1973.

GRABOIS, Ana Paula; **Trabalho, Desemprego, Estatísticas. Valor econômico, Brasil**. <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/15700>. Data da publicação: 27/10/2006.

HAKKERT, Ralph. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte. ABEP, 1996.

IDB-Brasil. **Indicadores Básico para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações**. RIPSA@saúde.gov.br. [HTTP://www.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb). Folheto do IDB-2006

IPEA -Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEAData, base de dados macroeconômicos. Copyright © Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) 2006

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas**. Revista Brasileira de administração Pública, Rio de Janeiro, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano a. Prates; **Intersectoriedade, transectoriedade e redes sociais na saúde**; 2000, LILACS.

KAYANO, Jorge ; CALDAS, Eduardo de Lima. **Indicadores para o diálogo**. São Paulo, 2002.

KRAEMER, Maria Elisabeth pereira. **Indicadores ambientais como sistema de informação**. XXIV encontro Nacional de engenharia de Produção; Florianópolis, S.C. Brasil, 03 a 05 de Nov de 2004.

KÖPPEN, Wladimir Peter, **Classificação climática**, São Petersburgo, Russia.

LANDMAN, C. **Desigualdades de renda e situação de saúde. O caso do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública, 1999.

LAST, John. M. **A dictionary of epidemiology**. 3ª Ed. Oxford University Press, 1995.

LAURELL, A. C. **La salud enfermedad como processo social**. Cadernos médico sociales, 1982.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: E.P.V/Edusp, 1987.

LEAVELL, H., CLARK, E. G., **Medicina preventiva**. Mc Graw, São Paulo, Hill. Inc., 1976.

LOOCKER D. **Measuring social inequality in dental healthservices research; individual household and área-based measures**. Toronto, Department of Community Dentistry and Community Dental Health services Research Unit, University of Toronto, 1992.

LUCHESE, Patrícia T.R.; MAGALHÃES, Rosana. Biblioteca Virtual em Saúde e BIREME/OPAS/OMS. **Quais as principais propostas de política nacional de promoção a saúde?** 13.12.2002.

LUCHESE, Patrícia e AGUIAR, Dayse, **Políticas Públicas de Saúde**, disponível em <http://itd.bvs.br>, acesso em 7/9/2007. BVS, Biblioteca Virtual em saúde; Saúde publica Brasil e BIREME/OPAS/OMS; 30/07/04.

MAGALHÃES, Rosana. **Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: Significados e potencialidades das fontes de informação**. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 12, nº 3, Rio de Janeiro, maio/junho 2007.

MALTA DC, DUARTE EC. **Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura**. Ciência e Saúde Coletiva 2007.

MALTA, Deborah Carvalho, DUARTE, Elisabeth Carmen, ALMEIDA, Márcia Furquim de *et al.* **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde, dez. 2007, vol.16, nº.4.

MARTELLI, Celina Maria Turchi ET. AL. Risk factor for Trypanosoma cruzi infection among blood donnors in central Brasil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. 1992.

MERCADANTE, Otávio Azevedo . Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil.. In: Jacobo Finkelman. (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, v. 01.

MINAYO Maria Cecília de Souza. **Um desafio sociológico para educação médica representações sociais de saúde/doença.** Revista Brasileira de Educação Medica. Rio de Janeiro, VI XV, nº 1, 1991.

MINAYO Maria Cecília de Souza . **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.1992.

MINAYO, M. C. S., 1994. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública.** *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (Sup.1).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

NAÇÕES UNIDAS – **Comissão de Estatísticas das Nações Unidas. Indicadores sociais mínimos,** 29/02/1997.

OGDEN, J. Health psychology: A textbook. Buckingham: Open University Press. 1996.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Actas oficiales de La OMS, n.º2, p.100. Organismo Internacional integrante da Organização das Nações Unidas, fundado em 1948. A definição de saúde consta no preâmbulo da Constituição da assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York de 19 a 22 de junho de 1946 e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados, com vigor a partir de abril de 1948, não emendado desde então.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Indicadores para o estabelecimento de políticas e a tomada de decisão em saúde ambiental,** 1998, Genebra. (mimeo).

OPAS, Organização Pan Americana de Saúde, Carta de Ottawa. Primeira Conferencia Internacional sobre promoção da saúde, 1986. Nov. Ottawa, CA (acesso em 10/06/2008) disponível em [http://www.opas.org.br/promoção/upload Arq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promoção/upload%20Arq/Ottawa.pdf)

PAIM, J.S. 1997. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida de saúde: notas para reflexão e ação.** In. Condições de Vida e situações de Saúde. Saúde e movimento, R.B.Barata. Rio de janeiro. Abrasco.

PEREIRA, José Carlos Medeiros; **Medicina, saúde e Sociedade;** Ribeirão Preto, Complexo Gráfico Villimpres; 2003

PEREZ, Rebeca. 18/01/2008. **Segurança Cidadã, violência urbana e jovens: O caso do Brasil.** Acesso em 15/02/09. Informativo mensal “Em La Mira, Observador Latino americano de armas de fogo”. Disponível no site <http://www.comunidadessegura.org>

POLIGNANO, Marcus Vinícius, **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão,** “Cadernos do Internato Rural,Textos de apoio”, 2001.

PRESTON, S.H., “**Mortality and Development**” trabalho apresentado no Seminar on Population and Development in the ECWA Region, 1978.

PRIESS, Carlos Fernando. O controle da natalidade. (acesso em 8/3/09), disponível em <http://www.paraibanews.com/author/priess>. 23/05/09.

REICHENHEIN, M. E. & WERNECK, G. L., 1994. **Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens**. In: *Saúde e Sociedade no Brasil, Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

ROSEN, George; **De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre a historia de la atencion de la saúde**; Siglo Veintuno editores, México, 1985.

RUA, Maria das Graças. **Sistema de indicadores do Marco Lógico para monitoramento e avaliação de programa**. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), 2007.

RUTSTEIN, D.D; BERENBERG, W; CHALMERS, T.C, CHILD, C.C; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E.B. **Measuring the quality of medical care: a clinical method**. The New England Journal of Medicine. 1976.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. Porto, Afrontamento, 15ª edição, Editora Cortez, 1988.

SANTOS, Jair L.F. **A dinâmica da população, teoria, métodos e técnicas de análise**. T.A Queiroz, editor, São Paulo, 1991.

SANTOS, Milton. **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. Ciência e saúde coletiva. Vol. 8, nº 1, Rio de Janeiro, 2003.

SÃO PAULO; Governo do Estado de São Paulo, Municípios de São Paulo, **Condições de Saúde e sua inter-relação com fatores sócio- econômicos**, 1970. Secretaria de Economia e Planejamento, São Paulo, 1978.

SÃO PAULO, Secretaria do Estado de São Paulo, Coordenadoria de planejamento de Saúde. Planejamento de Saúde: Conhecimentos e ações. DEDALUS, Acervo FMRP, 2006.

SILVA, Hudson Pácifico; **Descentralização e a Municipalização da Saúde**; Núcleo de estudos de políticas Públicas (NEPP), UNICAMP, 2002.

SILVA, Luiz. Jacinto. **A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo**. 1ª Ed. SÃO PAULO, SP HUCITEC, 1999.

SOARES, Darli Antonio; ANDRADE, Selma Maffei de ; CAMPOS, João José Batista de . Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: Selma Maffei de Andrade; Darli Antonio Soares; Luiz Cordoni Júnior. (Org.). Bases da Saúde Coletiva. 1ª ed. Londrina: Eduel / ABRASCO, 2001, v. 1.

SPECIAN, A. A.; ANDRADE. S. M.; SHIMITI, M. **Sistema de informação geográfica (SIG) em Londrina. Contribuição na avaliação do perfil de nascidos vivos**. In: Congresso e feira para usuários de geoprocessamento da América Latina IV, 1998. Editora Sagres 1998.

SUAREZ- VARELA M. M, LIOPIS, G.A, TEJERIZO, P.M.L, **Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level.** Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology; 1996.

TEIXEIRA, Carmem F. , PAIM, Jairnilson da Silva, VILASBÔAS, Ana Luisa. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, v.7, n.2, 1998

THOMPSON, W.S; e D.T Lewis, **Population Problems.** Nova York, M.C Graw Hill; 5ª edição.1965.

TRAVASSO, S. C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C; ALMEIDA, C. M. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2000.

UNESCO, UNIUI, FMABC, **Saúde e Desenvolvimento: Interconexões, re-orientação dos Serviços de Saúde e Desenvolvimento Regional.** Estudo multicentrico conduzido pelo Ministério de Saúde/ SVS – Unesco, em parceria com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e Faculdade de Medicina do ABC, 2006.

VAUGHAN, J. P., MORROW, R. H. **Epidemiologia para os municípios. Manual para gerenciamento dos distritos sanitários.** São Paulo: Hucitec, 1992.

VILLARDI, Juliana Wotzaseta Rulli. **Indicadores de Saúde Ambiental.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em saúde, 2007.

\_\_\_\_\_Decreto Legislativo n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. 1923.

\_\_\_\_\_ Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960, Dispões sobre Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 5 set.1960.

\_\_\_\_\_Lei n.º 4.214, de 02 de março de 1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. Diário Oficial da União, rio de Janeiro, 18 de março de 1963.

\_\_\_\_\_Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_Lei n.º 8.842, de 04/01/1994. Dispões sobre a política Nacional do Idoso, cria o conselho Nacional do Idoso e da outras providências. Publicada no diário Oficial da União em 05/01/1994.

\_\_\_\_\_ BRASIL, Norma Operacional Básica do sistema Único de Saúde/ NOB SUS 96, Brasília: Ministério da Saúde. Publicada no Diário oficial da União de 06/11/1996.

\_\_\_\_\_GM/MS nº 130 de 12/02/1999, designa gestores dos sistemas de informação de base nacional, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União 31-E de 17/02/99.

\_\_\_\_\_Portaria GM/MS n.º 1.399 de 15/12/99 regulamentou a NOB/96, no que se refere às competências da União, Estados e Municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças, Brasília. Diário Oficial da União. 15/12/1999.

\_\_\_\_\_Lei n.º 10.683 de 28/05/2003. Dispões sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União. 28/05/2003.