

**CHRISTINE PRIM DE PELLEGRIN ZAMBO
MAÍRA NUNES
MARÍLIA LUTTENBARCK BATALHA DE ALMEIDA
RAMYA BOKKOLLA GEYA**

O GRITO DO TERRITÓRIO

**O ESTUDO DO TERRITÓRIO CORRESPONDENTE À ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SAPOPEMBA – SÃO PAULO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de São Paulo, para a conclusão
do programa de residência médica em
Medicina de Família e Comunidade**

**São Paulo
Universidade Federal de São Paulo
2009**

**CHRISTINE PRIM DE PELLEGRIN ZAMBO
MAÍRA NUNES
MARÍLIA LUTTENBARCK BATALHA DE ALMEIDA
RAMYA BOKKOLLA GEYA**

O GRITO DO TERRITÓRIO

**O ESTUDO DO TERRITÓRIO CORRESPONDENTE À ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SAPOEMBA – SÃO PAULO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de São Paulo, para a conclusão
do programa de residência médica em
Medicina de Família e Comunidade**

**Coordenador da Residência Médica em Medicina de Família e
Comunidade: Prof. Dra. Sandra Aparecida Ribeiro
Coordenador da Comissão de Residência Médica: Prof. Ramiro Anthero
de Azevedo
Orientador: Dr. Agrimeron Cavalcante da Costa
Co-orientadora: Dra. Sônia Maria de Almeida Figueira**

**São Paulo
Universidade Federal de São Paulo
2009**

DEDICATÓRIA

Ao geógrafo Milton Santos, que norteou todo o ideal deste trabalho. Ao começar por romper grilhões raciais, enfrentar o exílio político, e manter a quebra de paradigmas ao discutir a questão do espaço. Além de nos acrescentar pensamentos que incitam a reflexão de nosso tempo. “Havia um autoritarismo explícito que convocava à oposição da inteligência, mas hoje há um autoritarismo encapuzado, mais eficaz porque nasce niilista e acaba niilista”.

Milton Santos

AGRADECIMENTOS

Agradecemos reciprocamente ao grupo de residentes do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade da UNIFESP / EPM do ano de 2009 por ter assumido o desafio de elaborar um trabalho sobre territorialização em atenção básica. Em função disso, pode-se constatar o poder do trabalho em equipe, em que a sinergia supera a simples adição de esforços e qualidades.

Agradecemos também a possibilidade aceita de se realizar este trabalho de conclusão de curso em grupo, a despeito da clássica autoria individual dos trabalhos. Sabemos desde o início de que, na confiança depositada, fora firmado um compromisso de qualidade técnica. Dessa forma, direcionamos nosso agradecimento ao Prof. Dr. Douglas Rodrigues pelo crédito em nossa capacidade.

Somos gratas aos preceptores da residência médica pelo apoio conferido, por ter nos liberado, em tantas oportunidades, de nossas atividades laborais nas unidades de saúde para a coleta e processamento de dados. Uma vez que, os horários destinados a esse fim foram suprimidos da carga horária. Esse apoio foi de suma importância para a confecção do trabalho.

Agradecemos muitíssimo aos funcionários da Organização Social Associação para o Desenvolvimento da Medicina e dos funcionários da Supervisão da UBS Pastoral pela atenção e paciência dispensadas conosco, especialmente nas caronas até Sapopemba.

Um agradecimento especial ao Dr. Agrimeron e à Dra. Sônia pelo respeito e pela confiança depositados em nosso trabalho. Estamos cientes de que, em meio a tantos compromissos e responsabilidades profissionais crescentes, a atenção dispensada à orientação deste trabalho foi um ato de carinho e respeito.

Um último agradecimento à equipe técnica e, em especial, aos Agentes Comunitários de Saúde da UBS Pastoral por todo apoio e tempo dispensado em nos acompanhar nas visitas de campo, nas entrevistas e nos almoços.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	19
3. METODOLOGIA	20
4. RESULTADOS	26
5. DISCUSSÃO	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
8. RESUMO	77
9. SUMMARY	78
10. APÊNDICES	79

1. INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de conclusão do curso de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e o tema escolhido foi o estudo do território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde da Família. Foi realizado no ano de 2009 por todas as quatro residentes formandas em 2010, em função da relevância e abrangência do assunto.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica caracterizada pela atenção integral à saúde e por levar em consideração a inserção do paciente na família e na comunidade¹.

O médico de família e comunidade atende pessoas de todas as idades e ambos os gêneros, trabalha em equipe interdisciplinar, de maneira continuada e integral. Segundo a literatura mundial, este profissional é resolutivo em 80 a 90% das questões que demandam assistência à saúde. Esta especialidade resgata a relação médico-paciente prejudicada pela grande fragmentação decorrente da intensa especialização da medicina¹.

O médico de família e comunidade é, por excelência, um médico de Atenção Primária à Saúde, ou seja, está em uma posição privilegiada para fazer promoção de saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce. Na MFC não existe dicotomia entre prevenção e cura. Um recurso importante desta especialidade é o conhecimento da comunidade em que o paciente está inserido, o que engloba desde infra-estrutura até valores culturais. Esse aspecto é mais importante na Estratégia Saúde da Família (ESF), conhecida até 2005 como Programa de Saúde da Família ou PSF¹.

A implantação do SUS trouxe desafios no âmbito da construção de uma rede de serviços que contempla regionalização, descentralização, hierarquia,

integralidade e equidade. Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF) aproximou o conceito de regionalização para a prática do atendimento da população na atenção primária através do processo chamado “territorialização”². Assim, a mudança de paradigma no sistema de saúde se dá no cenário local, em que as medidas se concretizam através da interação entre o serviço de saúde e a população³.

O processo de territorialização deve ser entendido como um processo social de mudança nas práticas sanitárias, ao redirecionar a organização e o conteúdo das ações em saúde, tanto em nível local como em níveis hierárquicos superiores. Pensar em serviço regionalizado é comprometer-se com impacto, conferir o enfoque por visão de problemas e valorizar a vigilância à saúde⁴.

“O enfoque por problemas é baseado na análise de Pareto, já verificada empiricamente, segundo a qual um pequeno número de causas é responsável por 70% de um problema”. A visão por problemas significa adentrar no território e entender as necessidades, as demandas e as representações. Além disso, é partir para o enfrentamento com diferentes saberes e fazeres articulados de maneira contínua, ativa e constante⁴.

Já a vigilância à saúde é uma prática baseada na epidemiologia e articulada em diferentes processos de trabalho que visa preservar a saúde e diminuir riscos, danos e sequelas. No “território-microárea”, se dá através de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, ações curativas e reabilitadoras. Num âmbito macrorregional, é entendida através da análise contínua da distribuição da incidência através da coleta e análise dos registros de morbimortalidade. Essa concepção de vigilância é centrada no processamento de informações com função de orientar as diferentes estratégias de atenção à saúde. É encarada como componente fundamental de inteligência na saúde pública e pode ser setorializada por órgãos públicos, como a Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Nutricional, Controle de Vetores, entre outros^{4,5}.

A identificação das condições homogêneas de vida é de extrema importância no processo de territorialização, pois possibilita definir prioridades de acordo com as áreas de maior vulnerabilidade. As ações coletivas voltadas para a prevenção das doenças e promoção de saúde podem ser enfatizadas resultando em maior impacto sobre as condições de risco e sobre os indicadores de saúde⁶.

Além da própria ESF, diversas ações vêm sendo pautadas no território, fruto do fortalecimento da idéia de que vigilância à saúde é orientada por ações coletivas e intersetoriais fundamentadas no território⁷.

Neste contexto, é essencial para formação de um médico de família e comunidade uma visão de território que transcenda sua condição física e recupere seu caráter social. O estudo das condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e desigualdades sociais em saúde⁶.

1.1. Retrospectiva Histórica

Na medicina ocidental, vale ressaltar que a discussão sobre espaço e saúde iniciou-se com o trabalho de Hipócrates, datado de 480 AC, intitulado “Sobre o Ar, a Água e a Terra”, encarado como um marco dessa relação^{6, 8}. Pode-se perceber que a geografia médica nascia com a própria medicina ocidental⁹.

Foi no século XVIII que o espaço surgiu de maneira mais sistemática no campo da saúde. A obra merecedora de destaque foi escrita em 1792, por Ludwig Finke: “An Attempt at a General Medical Practical Geography”. Nessa obra, Finke inaugura o termo “geografia médica” e a divide em três partes⁹:

1. Geografia das Doenças
2. Geografia da Nutrição

3. Geografia da Atenção Médica¹³

Nessa época teve início a chamada “medicina de estado”, contextualizada por Foucault. A medicina de estado iniciou-se na Alemanha não unificada e buscava melhorar as condições de saúde da população. Houve a criação de um sistema de informação que extrapolava os objetivos censitários. Dados de morbidade, mortalidade, natalidade, supervisão de boticários, parteiras e cirurgiões, controle da qualidade das fontes de água, alimentavam esse sistema de informação e propiciavam alto controle sanitário⁸.

A teoria miasmática era hegemônica na época e norteou a consolidação das idéias higienistas que marcaram a história da saúde pública⁸.

Merece destaque o trabalho de J. Snow em 1854, ao mapear os casos de cólera em Londres e relacionar a epidemia às fontes de abastecimento de água^{7, 9, 10}.

Seguiu-se um período evolutivo em que a epidemiologia fundamentava-se na teoria dos germes e nas doenças infecciosas. A atenção era voltada para a história natural das doenças, vetores, ciclos de transmissão e contágio⁷. Assim, inaugurou-se no século XIX a era microbiológica, ao afirmar a concepção biológica das doenças, e relegar a teoria miasmática, e o meio físico e social a um segundo plano. O espaço perdia seu papel na cadeia explicativa das doenças e reduzia-se ao local de interação entre agentes⁸.

No século XX, a urbanização dos países capitalistas periféricos modificou os perfis de morbimortalidade da população⁸. Atualmente, a epidemiologia enfrenta as doenças crônicas e as causas externas como um problema de saúde coletiva e encontra na multicausalidade, uma teoria que apóia essa realidade⁷. Essa teoria encara a doença como um processo que envolve condicionantes sociais, econômicos, culturais, demográficos, ambientais e biológicos. Em 1946, Josué de Castro estudou a fome na região Nordeste do Brasil em seu trabalho “Geografia da Fome”, e demonstrou que a causa não era climática, mas sim, social⁹.

Assim, a questão urbana volta a ser objeto de análise por ter se tornado o local da desigualdade e pobreza⁸. Os problemas epidêmicos urbanos ultrapassam a esfera das doenças transmissíveis, neoplásicas e cardiovasculares. Manifestam-se também como epidemias de violência, acidentes de trânsito, uso de drogas, doenças psicossomáticas e componentes reativos⁶. A atenção é voltada para a detecção de fatores de risco e fatores de proteção⁷.

A vulnerabilidade complementa o conceito de risco ao abranger a dimensão ambiental, a partir da relação população e ambiente, e o contexto social e econômico da população. Surgem os termos “promoção social da saúde”, “sociedade de risco”, “grupo demográfico de risco”, “grupos de comportamento de risco”^{7,11}. Vale considerar que nesse contexto, o risco social transcende os perigos naturais do ambiente como as enchentes, deslizamentos, chuva, granizo, terremotos, etc. Há um enfoque nos perigos sociais sem descartar o contexto natural e as formas pelas quais o homem se apropria da natureza e a modifica. Alia-se o risco ambiental, social e econômico¹¹.

Surge então, a vulnerabilidade sociodemográfica como fruto da observação das desigualdades vinculadas à pobreza e à problemática da exclusão social, aqui representadas pelo baixo poder de compra, baixa capacidade de inserção social e de emprego¹¹.

A vulnerabilidade reflete a distribuição, utilização e acesso desigual dos capitais humanos, sociais e físicos numa sociedade, o que define marginalidade e exclusão. As margens da exclusão se ampliam ao se discutir noções de cidadania, identidade e direitos civis¹¹.

Há também a vulnerabilidade no plano institucional e está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar problemas de saúde coletiva. A vulnerabilidade institucional pode ser avaliada a partir de vários aspectos, como o compromisso das autoridades, ações efetivamente propostas e implantadas, integração dos diferentes setores como saúde, educação, bem-

estar social e trabalho, e pela sintonia dos programas implantados e aspirações da sociedade. Quanto maior a ligação entre esses fatores, maiores serão as chances de canalizar os recursos e otimizar seu uso frente às necessidades encontradas¹².

Ao se considerar vulnerabilidade, há que se levar em conta ainda a capacidade de resposta frente ao perigo e à realidade inóspita. Esse é o conceito de resiliência. Tanto a vulnerabilidade quanto a resiliência podem, portanto, se aplicar ao indivíduo, à família e à comunidade. Dessa maneira, a vulnerabilidade é o encontro da existência de um evento potencialmente adverso (o risco propriamente dito) aliado à incapacidade de resposta (por ausência de suporte e ineficiência das defesas) e inabilidade de se adaptar (sofrimento por perdas ou danos)¹¹.

Surge o termo “condições homogêneas de vida”, que agrupa a coletividade de acordo com os mesmos padrões de inserção social e qualidade do domicílio. Pode-se levar em consideração além da condição de ocupação do domicílio, renda per capita, escolaridade do chefe da família, inserção na produção, acesso à água, condição sanitária, aglomeração, coleta de lixo, tipo de construção, etc⁶.

Na maioria das vezes, as iniquidades sociais e econômicas do país se reproduzem no campo da saúde através da centralização de serviços, distribuição desigual das unidades de saúde, baixa cobertura assistencial, irresolutividade, desperdício, e fragmentação das ações e serviços¹³.

1.2. O Território: Um Novo Paradigma

Uma visão de território não é aquela que o resume em um espaço físico, naturalizado, geopolítico, administrativo e populacional inerte. Essa visão representa o território como uma instância burocrática que não muda o paradigma assistencial, coincidente com o modelo hegemônico de saúde

apoiado na clínica isoladamente⁴. Esse modelo tradicional, pautado no médico assistencialista, fez com que o setor saúde ficasse impotente frente aos problemas criados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social⁷.

O território é encarado como fruto de um processo dinâmico que condiciona e determina o processo de saúde e doença da população^{14,15}. Transcende o conceito nos quais fatores externos ao humano, como clima, solo, fauna, flora, relevo e água, atuam de forma desarticulada no determinismo das doenças. Assim, leva-se em consideração o espaço como palco de dimensões sociais e culturais em que diversos componentes atuam de forma interposta¹⁶. É no território em que se analisa a saúde e a doença enquanto processo socialmente determinado e coletivo, onde se caracteriza o impacto das ações desenvolvidas sobre cada nível de saúde².

Ao mencionar a mudança de paradigma no serviço de saúde, remete-se ao “território-processo-base determinado pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade”⁴. A proposta é de uma concepção de espaço que ultrapasse a paisagem ecológica e abranja toda a problemática social, que abandone a idéia de espaço como uma simples tela de fundo inerte e neutra. Assim, é o uso do território e não o território em si mesmo que faz dele o objeto da análise social¹⁷.

O território, muito além de uma demarcação topográfica e burocrática, transforma-se no palco onde os atores sociais e o serviço de saúde se integram e se relacionam³. O espaço é analisado como um produto de significado particular, através de uma sociedade indissociável de seu invólucro historicamente determinado. Pode-se afirmar, dentro dessa perspectiva, que o espaço reproduz a totalidade social, uma vez que é modificado por necessidades sociais, econômicas, políticas e históricas. Na realidade atual, nota-se ainda um dinamismo acelerado inerente às mudanças nas formas e conteúdos do território, em contraste com a antiga idéia de região como espaço elaborado de maneira lenta e estável¹⁷.

Parafrasear Milton Santos justifica a incorporação do território enquanto processo dinâmico nas práticas de saúde: “O espaço é a matéria trabalhada por excelência, está muito presente no cotidiano dos indivíduos. A casa, o lugar de trabalho, os pontos de encontro, os caminhos que unem esses pontos são igualmente elementos que condicionam a atividade dos homens e comandam a prática social”¹⁷.

O território torna-se um princípio organizativo e assistencial do sistema de saúde³. Dentro dessa base territorial, a população se apropria de mais um recurso social na área, a unidade de saúde. Em contrapartida, os profissionais também se apoderam do espaço e o utilizam para as práticas integrativas em saúde².

A implantação do novo sistema de saúde acarreta um processo social de mudança das práticas sanitárias em um “território-população”³. Configura-se em um processo dinâmico que exige reconstrução permanente, especialmente quando se trata de um espaço de ordem local, que reúne, numa mesma lógica, todos os elementos envolvidos no “processo-território”: homens, empresas, instituições, formações sociais, jurídicas e geográficas^{3,17}.

A base territorial deve chegar ao domicílio e, por conseqüência, à clientela. O sentido é de caracterizar a população, uma vez que um sistema equitativo se inicia pelo reconhecimento das desigualdades observadas e se concretiza pelas ações direcionadas aos grupos de maior risco, em busca de uma perspectiva de vigilância à saúde³.

A própria vigilância à saúde, que compreende a análise e monitoramento das condições de saúde, é indissociável ao território entendido enquanto processo. As operações são fundamentadas nas diferentes dimensões do processo saúde-doença, desde as exposições às necessidades sociais. A geografia operacional em saúde emerge dos espaços da vida cotidiana, levando em consideração o domicílio e as condições de habitação, as áreas comunitárias, o fluxo de pessoas, os pontos de encontro, as atividades culturais, os espaços destinados à mobilização, produção cultural, lazer, etc.⁷

Além disso, há que se considerar a acessibilidade ao serviço de saúde. As conclusões quanto acessibilidade não vêm apenas da observação do território, mas da interação entre diversos fatores imbricados na relação “território-população” e serviços ofertados. Assim, distância, obstáculos e estrutura da circulação de pessoas devem ser levados em conta quando se trata de acessibilidade geográfica. Ao ampliar o conceito de acesso, os fatores culturais, econômicos e funcionais também se mostram determinantes. Consideram-se implicados nesse processo os hábitos e costumes da população, o acesso à totalidade dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade, o tipo, a qualidade e o horário dos serviços ofertados, entre outros. Vale lembrar que o acesso ao serviço de saúde também está vinculado ao processo de saúde e doença da população³.

Portanto, acessibilidade é considerada através de diversas abordagens: geográfica, cultural, econômica e funcional. Em função disso, deve ser adaptada a cada realidade e a cada região, ao observar os obstáculos naturais e as “distâncias relativas” criadas pela própria população. O objeto de análise deve ser o fluxo e a organização espontânea da população, que leva em conta as estruturas urbanas, o custo e os hábitos, as barreiras e limites geográficos¹⁸.

Garantir acessibilidade é promover equidade em saúde, uma vez que representa “igualdade no acesso à saúde”. A garantia se dá através do planejamento da localização dos serviços de saúde, com a adequação de normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população. Além disso, deve-se promover o encontro da oferta dos mesmos com as necessidades da população¹⁹.

Há que se considerar ainda, em se tratando de território, o conceito de redes. Definido por Milton Santos, as redes formam o conjunto de centros funcionalmente articulados, que integram o espaço configurando o material e o social. Atravessam contextos materiais e sócio-culturais diversificados e podem ser compreendidas como espaços de circulação e difusão¹⁷.

O SUS utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões para operacionalizar suas ações: município, distrito sanitário, micro-área, e área de abrangência. Correspondem a áreas de atuação administrativa, gerencial, econômica e política, estruturadas no território e dotadas de poder. No entanto, o espaço deve ir além de um simples recorte político operacional do sistema de saúde⁹.

Dessa maneira, pode-se subdividir o território em:

Área distrital: de acordo com uma lógica político-administrativa, como uma subprefeitura, por exemplo;

“Território-área”: estruturado conforme barreiras geográficas, o que determina a área de abrangência de uma unidade de saúde;

“Território-microárea”: delimitado pela análise de condições de vida, epidemiologia, sociologia e antropologia dos diferentes grupos populacionais, a fim de formar áreas homogêneas de risco. É o espaço para o enfrentamento dos problemas em saúde, para a prática de vigilância à saúde através da interdisciplinaridade e intersetorialidade;

“Território-moradia”: corresponde ao espaço de vida de uma microunidade social, uma família extensiva ou nuclear. Configura o “lócus para o desencadeamento de ações e intervenções”⁴.

Diante do exposto, a apropriação do território pelo sistema de saúde contempla a transcendência da paisagem e caracteriza-se em reconhecer as desigualdades e promover oferta de serviços com enfoque mais equitativo, fruto da responsabilidade sobre a área. Para tanto, se faz necessário superar barreiras geográficas, funcionais, econômicas e culturais no acesso e usufruto dos serviços. Além disso, é incorporar o planejamento em saúde e superar a demanda espontânea e a necessidade de resposta imediata inerente a ela; é promover conceitos e vivências de saúde ao desfocar o atendimento unicamente centrado na doença, é praticar a equidade, a descentralização e a

universalidade ao encarar o coletivo inseparável do individual, é trabalhar com cidadania e integrar os usuários e servidores como atores influentes e determinantes no processo de trabalho em saúde¹⁶.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estudar o território de abrangência da UBS Pastoral, situada na Zona Leste da cidade de São Paulo-SP, subprefeitura de Vila Prudente / Sapopemba.

Objetivos Específicos

1. Apropriação do conceito de território.
2. Conhecer a história da região.
3. Usar o Sistema de Informação Geográfica (SIG) para localizar ocorrências de saúde, recursos sociais, limites da área de abrangência da UBS e das áreas homogêneas de condições de vida.
4. Estudar o fluxo de pessoas e as condições de acessibilidade.
5. Entender as diferenças culturais e socioeconômicas locais.
6. Contextualizar a região em relação ao município de São Paulo.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo do território de abrangência da UBS Pastoral, pertencente à subprefeitura Vila Prudente/Sapobemba. As informações foram coletadas no ano de 2009, entre os meses de março a novembro.

Recorreu-se às primeiras etapas metodológicas do Planejamento e Programação Situacional (PPS) com o objetivo de obter um panorama da situação de saúde no território analisado⁴. Este instrumento de gestão busca superar a concepção baseada na assistência, na demanda individual e espontânea, e no enfoque biológico, e aponta em direção a um modelo de atenção sobre grupos sociais, riscos ambientais e determinantes econômicos, políticos e culturais³. Ou seja, pretende reorganizar as práticas de saúde nos âmbitos técnico, econômico e político⁴.

A proposta metodológica do PPS contempla quatro momentos:

1. *Análise da Situação em Saúde*: caracteriza-se por identificar, priorizar e analisar os problemas.
2. *O Desenho da Situação Objetiva*: implica a definição dos cenários e a formulação dos objetivos a longo, médio e curto prazo.
3. *O Desenho de Estratégias de Ação*: assimila a programação geral dos módulos problemas-operações, incluindo as análises de direcionalidade e viabilidade política, técnico-organizativa e econômica.

4. *A Organização do Sistema de Gerência Estratégica*: é o acompanhamento da execução e do controle gerencial dos resultados alcançados^{3,4}.

A identificação e descrição dos problemas de saúde foram feitas utilizando-se a técnica de estimativa rápida participativa³. Esta se apóia em três princípios:

1. Coleta de dados pertinentes e necessários.
2. Coleta de informações que reflitam condições locais e situações específicas.
3. Envolvimento da comunidade na definição de seus próprios problemas³.

O trabalho fundamenta-se nos registros existentes de fontes primárias e secundárias, entrevistas com informantes-chave e visita de campo²⁰.

No TABNET- SP foram levantados os dados relativos às cinco primeiras causas de mortalidade de acordo com o CID-10 (Código Internacional de Doenças – 10ª versão), índices de homicídio, mortalidade por doenças cardiovasculares em pessoas com menos de 60 anos, e mortalidade infantil, nos anos de 2004 a 2008, das subprefeituras de Parelheiros, Pinheiros, Vila Prudente/Sapopemba e do município de São Paulo.

No Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB) – UBS Pastoral foram levantados os dados relativos às gestantes com menos de 20 anos, crianças de sete a 14 anos fora da escola, e incidência de tuberculose, no período de março de 2008 a fevereiro de 2009.

No Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – UBS Pastoral foram levantadas as doenças de notificação compulsória em 2008: sífilis, hepatite B e C, dengue, reação adversa após vacina, rubéola,

leptospirose, meningite, sarampo e acidente por mordedura com indicação de imunização anti-rábica.

Foram feitas 12 visitas de campo, nas quais foi identificado todo comércio local e as áreas homogêneas de condição de vida, foram feitas as entrevistas com os informantes-chave, o registro fotográfico, e a coleta das informações nas bases de dados locais (SIAB e SINAN).

O trabalho de campo constitui-se em uma etapa essencial da pesquisa qualitativa, em que se leva em conta a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, e ambos interferem dinamicamente no conhecimento da realidade. Por sua importância, deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e aspectos operacionais. A forma de realizá-lo revela as preocupações científicas dos pesquisadores, através da seleção dos fatos a serem observados, coletados e compreendidos. Entende-se por campo o recorte espacial que diz respeito à abrangência do objeto de observação²⁰.

A observação participante é considerada parte essencial do trabalho de campo. Esta consiste em um processo no qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de se realizar uma observação científica²⁰.

Neste trabalho utilizamos a observação participante, o registro fotográfico, a aplicação de entrevistas, e a coleta de dados de sistemas operacionais e do espaço físico.

Foi definido como condição homogênea de vida, áreas com o mesmo padrão de moradia. Foram classificadas 03 diferentes áreas:

1. Palafita e casas de madeira.
2. Casas de alvenaria sem reboco.
3. Casas de alvenaria com reboco.

Também foram identificadas as áreas com risco de desmoronamento e enchentes.

O informante-chave é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações²¹. São pessoas conhecedoras da história, de seus processos sociais e capazes de identificar os moradores de sua região. Pessoas que pelo tempo de residência em uma determinada área, pela posição e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade, possuem conhecimento detalhado de características relevantes da mesma²².

A coleta de dados dos informantes-chave foi feita utilizando-se entrevistas semi-estruturadas. Nesta modalidade investigativa, o entrevistador tem uma relação de questões ou tópicos a ser abordada, apesar de a entrevista em si permitir uma relativa flexibilidade. Não é prescindível que as questões sigam a ordem do guia, permitindo que o entrevistado exerça sua liberdade de resposta ao seguir a direção que considera adequada. Entretanto, a entrevista contemplará os quesitos a serem abordados²³. Por ter um apoio claro na seqüência das questões, a entrevista semi-estruturada facilita a abordagem e assegura aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão contemplados na conversa²⁰.

A utilização de informações destas distintas fontes permite confrontar a concepção médica técnico-científica e epidemiológica do processo saúde-doença, com a concepção popular, mágica, empírica e muitas vezes, associada ao assistencialismo⁴.

Outra etapa relevante deste momento é a microlocalização dos problemas, com mapeamento dos casos, o que permite especificar os problemas refinando os indicadores, conforme sua localização territorial^{3,4}. A confecção de mapas temáticos pode contribuir para a formulação de hipóteses a respeito da distribuição espacial de agravos à saúde e sua relação com indicadores socioeconômicos²⁴. Isso foi feito utilizando-se o mapa da área de abrangência da unidade de saúde, subdividido nas áreas homogêneas de condições de vida^{3, 4}. Esse conjunto de técnicas de coleta, tratamento e exibição de informações referenciadas em um determinado espaço geográfico é denominado geoprocessamento²⁴.

O uso do geoprocessamento na área de saúde tem sido facilitado pelo amplo acesso a bases de dados epidemiológicos e pela disponibilidade de ferramentas cartográficas e estatísticas computadorizadas²⁴.

O geoprocessamento é a ferramenta que permite a realização das análises espaciais. É importante distinguir os conceitos de Geoprocessamento e de Sistema de Informação Geográfica (SIG), pois em algumas ocasiões essas tecnologias são tratadas, erroneamente, como sinônimos. Geoprocessamento consiste em um sistema abrangente que reúne diversas tecnologias de tratamento, manipulação e armazenamento de dados geográficos, através de programas computadorizados. Já o SIG é uma das tecnologias que compõem o arcabouço tecnológico do geoprocessamento²⁵.

O SIG opera através do relacionamento de dois tipos de dados: espaciais e de atributos. Os dados espaciais (ou geográficos ou de localização) consistem em objetos gráficos do mapa (limites políticos, territórios, entre outros). Já os dados de atributos são as variáveis descritivas que caracterizam ou se relacionam com a base geográfica (perfil socioeconômico, o tipo de clima, o tipo de vegetação, dados de mortalidade, entre outros)²⁵.

Os mapas temáticos são instrumentos poderosos na análise espacial do risco de determinada doença, apresentando os seguintes objetivos: descrever e permitir a visualização da distribuição espacial do evento, o que permite sugerir os determinantes locais e fatores etiológicos desconhecidos que possam ser formulados em termos de hipóteses, e apontar associações entre um evento e seus determinantes²⁶.

A aplicação do SIG na pesquisa em saúde oferece grandes possibilidades aos pesquisadores, ao disponibilizar novos métodos para o manejo de sua informação espacial, tornando-se uma poderosa ferramenta para a conexão entre saúde e ambiente²⁵.

O SIG oferece margem à integração de informações diversas, as quais poderão proporcionar visão mais abrangente da situação no espaço. No

entanto, a avaliação do pesquisador é imprescindível, pois não há mecanismo automático para a interpretação dos resultados construídos²⁵.

No que concerne à difusão espacial e temporal da doença, as informações sendo localizáveis, fornecem elementos para construir a cadeia explicativa dos problemas do território e aumentam o poder de orientar ações intersetoriais específicas, criando subsídios para tomada de decisões²⁴.

Neste trabalho foi utilizado como ferramenta de geoprocessamento o programa “Google Earth[®]”, versão 5.1, por ser acessível, prático, interativo, disponível e atual.

4. RESULTADOS

Esse trabalho foi realizado na área de abrangência da USF Pastoral que tem uma população de 9 mil habitantes. Fica localizada no bairro Jardim Elba, em Sapopemba, Zona Leste de São Paulo. Pertence à subprefeitura Vila Prudente/Sapopemba, segunda subprefeitura mais populosa de São Paulo (atrás apenas da regional Capela do Socorro), com 523.676 habitantes em 33,3 km². Vila Prudente/Sapopemba tem mais moradores do que a cidade de Ribeirão Preto, interior paulista, que tem 651 km² e 504.923 habitantes. Vale ressaltar que esta subprefeitura abrange também o subdistrito administrativo de São Lucas²⁷.



Fig.1 Mapa da subprefeitura Vila Prudente/Sapopemba. Presença dos distritos administrativos Vila Prudente São Lucas e Sapopemba. **2009. Fonte:** <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spvp/mapas/0001>. Acesso em 13/10/2009.

Sapopemba é o distrito mais populoso desta subprefeitura, com 282.239 habitantes, e sofre com problemas estruturais e sociais. São 34 favelas espalhadas em toda sua extensão, possui uma reduzida cobertura vegetal, sofre com a falta de áreas e equipamentos de cultura e lazer (existe apenas uma biblioteca para uma população de quase 300 mil habitantes), e ficou conhecida como uma área violenta e de grande criminalidade na cidade de São Paulo²⁷.

Foi oficialmente fundada em 26 de junho de 1910 e elevada à condição de distrito em 1985, ao desmembrar-se de Vila Prudente. O primeiro nome dado à região pelos imigrantes italianos foi Monte Rosso, devido à terra vermelha. Depois veio o nome Sapopemba, uma árvore comum da Amazônia. Os portugueses foram os responsáveis pelo povoamento do bairro e transformaram as grandes extensões de terras férteis em chácaras de plantação de verduras²⁸.

Segundo os informantes-chave, a urbanização começou em meados da década de 70, tendo seu pico no início da década de 80. Antes, a área era composta por uma fazenda, que foi loteada e seus lotes vendidos. As ruas eram de terra, não havia asfalto, nem iluminação pública, tampouco rede de água e esgoto. A maioria das casas era de madeira, as quais foram gradativamente sendo substituídas por alvenaria.



Foto 1. Casas de madeiras e ausência de pavimentação, evidenciando a precária urbanização. A região faz limite com a cidade de Santo André, à esquerda do rio. **Final de década de 80.**
Fonte: Informante-chave.

Atualmente os terrenos dividem-se em próprios e áreas ocupadas da prefeitura. As áreas ocupadas concentram-se na Av. Marginal do Oratório, que tem este nome por beirar o rio Oratório, que deságua o rio Tamanduateí, e faz a divisa com o município de Santo André.

A maior parte da área é ocupada por imóveis residenciais. Quanto ao comércio local, alguns informantes consideram-no insuficiente devido à falta de bancos e casas lotéricas, tendo esta última sido fechada em decorrência dos diversos assaltos. Não existe área verde próxima.

A maioria das casas é de alvenaria sem acabamento, excetuando-se algumas à beira-rio e na favela Mocambos, que são de madeira.



Foto 2. A maioria das casas é de alvenaria sem reboco. Favela Mocambos. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo.



Foto 3. Palafita à margem do rio Oratório. 2009. **Fonte:** Trabalho de campo.

O abastecimento de água é feito através do sistema público, com água tratada e encanada. Os informantes relatam que quando chegaram ao território, a água era retirada de poço, e a água do rio era limpa, apesar de escassa. O esgoto é encanado e deságua no rio Oratório sem nenhum tipo de tratamento.



Foto 4. Esgoto encanado deságua no rio Oratório sem tratamento. **2009.** **Fonte:** Trabalho de campo.

O lixo é coletado 3 vezes por semana. Nos becos onde o caminhão não tem acesso, funcionários da prefeitura realizam a coleta diariamente. Existe também a coleta seletiva que passa com menos frequência (1 vez por semana). Alguns moradores aderem à coleta seletiva, outros, entregam o lixo selecionado para os “catadores”. O rio é usado por alguns como depósito de lixo. Os entrevistados relatam que este problema já foi pior, mas ainda hoje, encontra-se entulho no rio.



Foto 5. Rio sendo usado como depósito de lixo. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo.

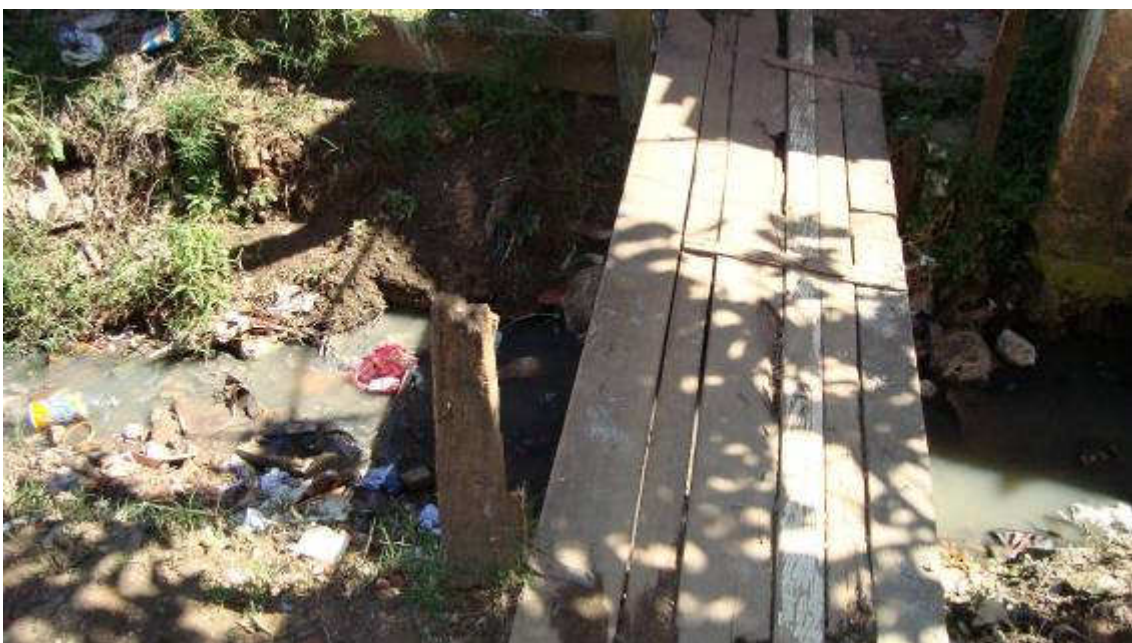


Foto 6. Esgoto a céu aberto, e rio sendo usado como depósito de lixo. 2009. **Fonte:** trabalho de campo.



Foto 7. Depósitos temporários de lixo na beira-rio. **2009.** **Fonte:** Trabalho de campo.

Existe rede elétrica e iluminação pública, tendo esta já sofrido com atos de vandalismo. Em uma parte das casas a ligação elétrica é clandestina, principalmente nas casas à beira-rio e na favela Mocambos.

Não há terrenos baldios na área. Todos os terrenos estão ocupados. Alguns relatam que última enchente do rio foi em 1999, outros, que foi há 5 anos. Porém todos concordam que a questão das enchentes foi resolvida depois da construção do “Piscinão do Bodra”, um reservatório construído pelo Estado rio acima.



Foto 8. Enchente no rio Oratório, o nível de água alcança a ponte de pedestres. 2004. **Fonte:** Informante-chave.



Foto 9. Nível habitual do rio Oratório, ponte de pedestres. 2009. **Fonte:** Trabalho de campo.

A maioria dos informantes encontra-se satisfeita com o transporte público. Ele é realizado por ônibus e microônibus, e o número de linhas e oferta de destinos é suficiente. A demora, às vezes, é um pouco longa (por volta de

30 minutos). Entretanto, é relatado que a maioria das famílias possui carro ou moto.

A violência já foi pior. Atualmente, houve uma melhora significativa, que é atribuída à unificação das “bocas” do tráfico, há dois anos. No momento, não se sentem ameaçados pelo tráfico e relatam até a proteção que este proporciona à comunidade. Todos sentem que a paz é “perturbada” quando chega o policiamento, que age de forma violenta, gerando insegurança.

Existe uma ausência completa de espaços de lazer. As crianças brincam na rua jogando bola e empinando pipas, e os jovens dirigem-se para Santo André para freqüentar os “Shoppings”. “O único lazer aqui é beber” relata um dos informantes.



Foto 10. Um dos bares da Marginal do Oratório. 2009. **Fonte:** Trabalho de campo.

Há muitas igrejas na região, principalmente evangélicas, que são freqüentadas pela população. Existe também a ONG “Livre Acesso”, criada e mantida com a ajuda de alguns funcionários da USF Pastoral, e oferece diversos cursos e atividades para todas as faixas etárias.

Existem escolas e creches na área, porém a maioria dos jovens vai para Santo André estudar. É unanimidade que a qualidade do ensino em Santo André é melhor. Nenhuma das escolas é de fácil acesso para a população que mora na Marginal do Oratório.

Apenas dois informantes relatam a existência de uma associação de moradores. Chama a atenção uma entrevista em que a informante ao ser questionado sobre esse tema demonstra completo desconhecimento, e mesmo após a tentativa de explicação do conceito pela agente comunitária de saúde (ACS), a informante não compreendeu. Outro entrevistado diz haver mobilizações pontuais, quando há uma enchente ou na ameaça de desapropriação das casas irregulares.

Segundo os entrevistados, a população é composta em sua maioria por jovens. Foi formada por migrantes dos estados do Nordeste, e em menor escala, de Minas Gerais. A maioria termina o primeiro grau. O desemprego é presente em todas as famílias. Em uma família de cinco pessoas, por exemplo, apenas uma trabalha. Em muitos casos, as mulheres são chefes de família, atuando como domésticas, principalmente nas famílias com menor poder aquisitivo. A média de filhos por mulher é de cinco, com o primeiro filho por volta dos 20 anos, ou antes.

Existem muitos homens em situação carcerária “principalmente na favela”. Os homens trabalham na construção civil, com ocupações informais (“bicos”) e no tráfico. Algumas famílias recebem o Bolsa-Família, porém, as que mais precisam não têm acesso ao benefício.

Na percepção dos informantes-chave, a faixa etária que mais morre são os jovens, vítimas de violência ou overdose. As doenças mais prevalentes relatadas foram: gripe, doenças do coração e diabetes. Ainda foram mencionadas: diarreia, dor nas pernas e na coluna.

Os serviços de saúde mais utilizados são a UBS Pastoral, o Hospital Sapopemba, Vila Alpina, AMA “Bangu” (atendimento médico ambulatorial) e

serviços em Santo André. O acesso ao Hospital Sapopemba é difícil devido à emergência ser “porta fechada”. A maioria dos entrevistados está satisfeita com a UBS Pastoral. Foi relatado que, dependendo do local de moradia, a UBS mais próxima não é a Pastoral, mas, devido à territorialização os moradores são “obrigados” a utilizar os serviços desta. Além disso, somando-se à barreira de distância, há também ladeiras que dificultam o acesso para pessoas idosas e com dificuldade de locomoção.



Figura 2. Mapa da rede de saúde da subprefeitura Vila Prudente/Sapopemba. 2009. Fonte: www.saudedafamilia.org. Acesso em 13/10/09.

Durante as visitas de campo foi observado que o comércio local, assim como os demais recursos sociais, se concentra nas áreas de maior poder aquisitivo. Nas áreas mais carentes, há apenas bares e igrejas evangélicas.

O comércio local é formado principalmente por bares, algumas gráficas, manicure e pedicure, armazéns que vendem produtos de limpeza, pequenos mercados e docerias.



Foto 11. Igreja Evangélica. 2009. Fonte: Trabalho de Campo.



Foto 12. Comércio da Rua Boleadeiras. 2009. Fonte: Trabalho de Campo.



Foto 13: Comércio na Rua Primavera de Caiena. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo

Há muitos jovens e crianças nas ruas. Algumas ruas ainda não são asfaltadas, porém, todas têm iluminação pública. O rio Oratório é extremamente poluído, um esgoto a céu aberto. Há carros e ônibus circulando. Uma ausência quase completa de vegetação, e uma alta densidade demográfica. Não existem praças, nem campo de esportes.



Foto 14. Esgoto a céu aberto. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo.



Foto 15. Rio Oratório utilizado como depósito de lixo. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo.

Na maior parte da área, se observa lixo na rua e, em alguns trechos, esgoto a céu aberto. As casas são de alvenaria sem acabamento, as exceções são a beira rio e a favela Mocambos, que têm casas de madeira.

A violência não é explícita na maior parte do território, porém, em alguns locais a presença do tráfico é ostensiva. Carros de polícia podem ser vistos circulando com relativa freqüência.

Há uma escola e duas creches, seis igrejas evangélicas e três igrejas católicas. Duas ONGs (Organização Não Governamental) gerenciadas pelos próprios moradores. Uma associação católica ajuda pessoas HIV positivas, denominada Casa GAVI (grupo de apoio à vida). Não há nenhuma sede de associação de moradores, nenhum banco, e nenhuma delegacia. Há um terminal de ônibus. A única unidade de saúde, seja pública ou privada, é a USF Pastoral.



Foto 15. ONG Livre Acesso. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo.



Foto 16. Casa GAVI. 2009. **Fonte:** Trabalho de Campo.

As linhas e horários do transporte público são numerosos e satisfazem a demanda local, segundo os moradores. No entanto, observa-se que muitas famílias têm carro. As linhas identificadas são: Santo André para Jardim Planalto (intermunicipal); Linha Jardim Madalena - Metrô Liberdade, e Jardim Madalena- Shopping Central Plaza, que dá acesso ao Hospital Vila Alpina. O local tem outras linhas que circulam sem ponto final na região, que incluem Shopping Ibirapuera e Parque Dom Pedro, que dão acesso, respectivamente, à zona sul e ao metrô. O intervalo dos ônibus e vans são de até 30 minutos, aumentando nos finais de semana.

Os dados coletados das fontes oficiais contribuem para visualização da situação de saúde deste território. Segundo o SIAB, de março de 2008 a fevereiro de 2009, há 13 gestantes com menos de 20 anos, quatro casos de tuberculose, nenhum caso novo de hanseníase, cinco crianças com mais de sete anos fora da escola, e três óbitos em menores de um ano.

O TABNET permite a comparação dos dados da Supervisão de Saúde de Vila Prudente/Sapobemba, com outras Supervisões de Saúde, e com o município de São Paulo. As subprefeituras escolhidas para comparação foram Parelheiros, por ser uma região precária, e Pinheiros, por ser uma área com boas condições sócio-econômicas.

Subprefeituras e Distritos Município de São Paulo



Figura 3. Subprefeituras de São Paulo. Vila Prudente corresponde ao nº 29. 2009. Fonte: www.nossasaopaulo.org.br/portal/imagens. Acesso em 13/10/2009

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes e mortalidade infantil, nas subprefeituras de Vila Prudente/Sapopemba, Parelheiros Pinheiros e na cidade de São Paulo.

Causa(CID10)	Mortalidade 2004			
	Sapopemba	Parelheiros	Pinheiros	São Paulo
Neoplasias (tumores)	106,24	49,77	179,37	109,96
Dçs ap. circulatório	203,93	139,21	267,57	202,13
Dçs ap. respiratório	68,99	45,11	108,70	75,46
Dçs ap. digestivo			36,36	
Causas externas	57,97	103,43	35,99	67,17
Homicídio	25,66	66,10	8,20	35,95
Dçs ap. circulatório <60a	55,63	66,75	33,01	54,06
Mortalidade < 1a	12,61	15,96	9,55	12,50

Fonte: TABNET. 2004.

Tabela 2 – Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes e mortalidade infantil, nas subprefeituras de Vila Prudente/Sapopemba, Parelheiros Pinheiros e na cidade de São Paulo.

Causa(CID10)	Mortalidade 2005			
	Sapopemba	Parelheiros	Pinheiros	São Paulo
Neoplasias (tumores)	112,25	45,71	183,28	111,62
Dçs ap. circulatório	169,99	110,16	261,16	186,44
Dçs ap. respiratório	64,58	42,72	108,96	70,03
Dçs ap. digestivo			42,87	
Causas externas	48,24	87,68	38,19	61,29
Homicídio	15,38	53,96	8,99	25,86
Dçs ap. circulatório <60a	43,62	47,91	28,88	49,23
Mortalidade < 1a	11,03	13,25	6,89	11,40

Fonte: TABNET. 2005

Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes e mortalidade infantil, nas subprefeituras de Vila Prudente/Sapopemba, Parelheiros, Pinheiros e na cidade de São Paulo.

Causa(CID10)	Mortalidade 2006			
	Sapopemba	Parelheiros	Pinheiros	São Paulo
Neoplasias (tumores)	107,96	56,62	182,88	113,69
Dçs ap. circulatório	181,58	116,86	275,17	190,82
Dçs ap. respiratório	61,48	54,44	113,15	71,65
Dçs ap. digestivo			40,79	
Causas externas	45,54	84,20	35,15	56,28
Homicídio	12,90	34,84	4,89	21,36
Dçs ap. circulatório < 60a	47,60	44,22	36,18	49,14
Mortalidade < 1a	12,17	18,32	6,98	11,18

Fonte: TABNET. 2006.

Tabela 4 – Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes e mortalidade infantil, nas subprefeituras de Vila Prudente/Sapopemba, Parelheiros, Pinheiros e na cidade de São Paulo.

Causa(CID10)	Mortalidade 2007			
	Sapopemba	Parelheiros	Pinheiros	São Paulo
Neoplasias (tumores)	110,71	66,09	194,76	115,17
Dçs ap. circulatório	178,00	127,96	257,22	190,92
Dçs ap. respiratório	68,05	33,05	109,46	73,40
Dçs ap. digestivo			38,69	
Causas externas	40,76	49,22	37,18	53,36
Homicídio	9,86	19,69	5,47	16,04
Dçs ap. circulatório < 60	48,62	48,11	32,56	44,65
Mortalidade < 1a	13,42	15,95	6,63	18,95

Fonte: TABNET. 2007.

Tabela 5 – Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes e mortalidade infantil, nas subprefeituras de Vila Prudente/Sapopemba, Parelheiros, Pinheiros e na cidade de São Paulo.

Causa(CID10)	Mortalidade 2008			
	Sapopemba	Parelheiros	Pinheiros	São Paulo
Neoplasias (tumores)	105,31	54,49	199,35	115,30
Dçs ap. circulatório	194,15	115,11	250,51	194,72
Dçs ap. respiratório	68,38	38,83	106,69	70,69
Dçs ap. digestivo			39,79	
Causas externas	43,75	58,58	34,87	49,75
Homicídio	9,28	17,03	5,87	11,93
Dçs ap. circulatório < 60a	51,80	46,72	29,33	50,60
Mortalidade < 1a	11,12	12,56	6,79	10,61

Fonte: TABNET. 2008.



Mapa 1: Área de abrangência da UBS Pastoral delimitada pela linha azul. **Fonte:** UBS Pastoral. 2009.

c



Mapa 2: Divisão territorial das três equipes UBS Pastoral representadas pelas cores azul, amarelo e verde.

Fonte: UBS Pastoral. 2009.



Mapa 3: Áreas homogêneas de condições de vida (AHCV) A área vermelha corresponde a moradias de palafita e madeira, a área amarela corresponde a casas de alvenaria sem reboco e a área verde corresponde a casas de alvenaria com reboco. **Fonte:** Visita de campo. **2009.**



Mapa 4: Áreas homogêneas de condições de vida e risco físico de desmoronamento e alagamento, representado em rosa **Fonte:** Visita de campo. **2009.**



Mapa 5: AHCV e distribuição de órbita em crianças menores de um ano por endereço. **Fonte:** SIAB, 2008-2009.



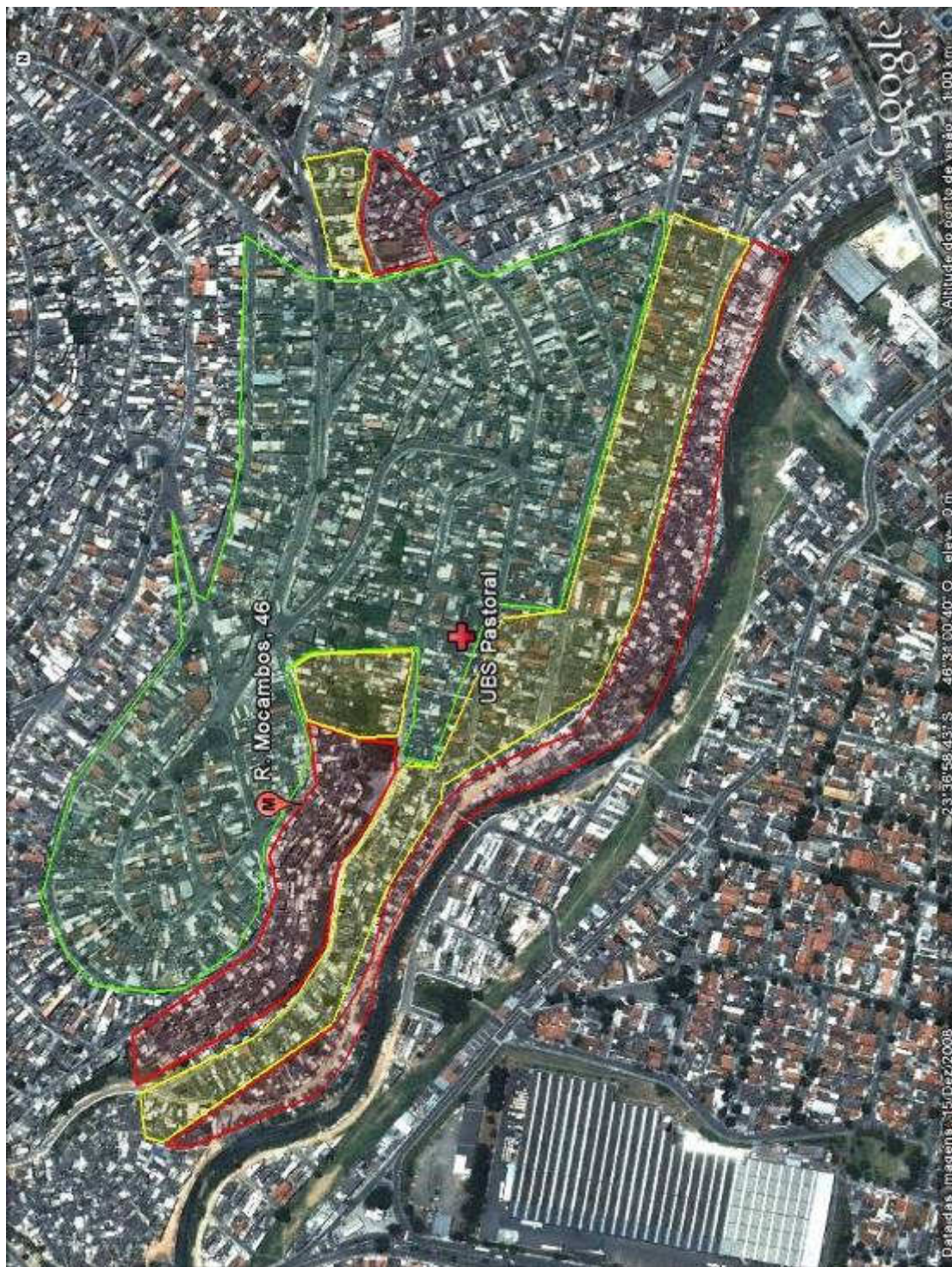
Mapa 6: AHCV e distribuição de gestantes menores de 20 anos por endereço. **Fonte:** SIAB. 2008-2009.



Mapa 7: AHCV e distribuição dos casos novos de tuberculose por endereço. **Fonte:** SIAB. 2008-2009.



Mapa 8: AHCV e distribuição dos casos novos de leptospirose por endereço. **Fonte:** SINAN. 2008.



Mapa 9: AHCV e distribuição dos casos novos de meningite por endereço. **Fonte:** SINAN. 2008.



Mapa 10: AHCV e distribuição dos casos novos de sarampo por endereço. **Fonte:** SINAN. 2008.



Mapa 11: AHCV e distribuição de eventos adversos após vacinação por endereço. **Fonte:** SINAN. 2008.





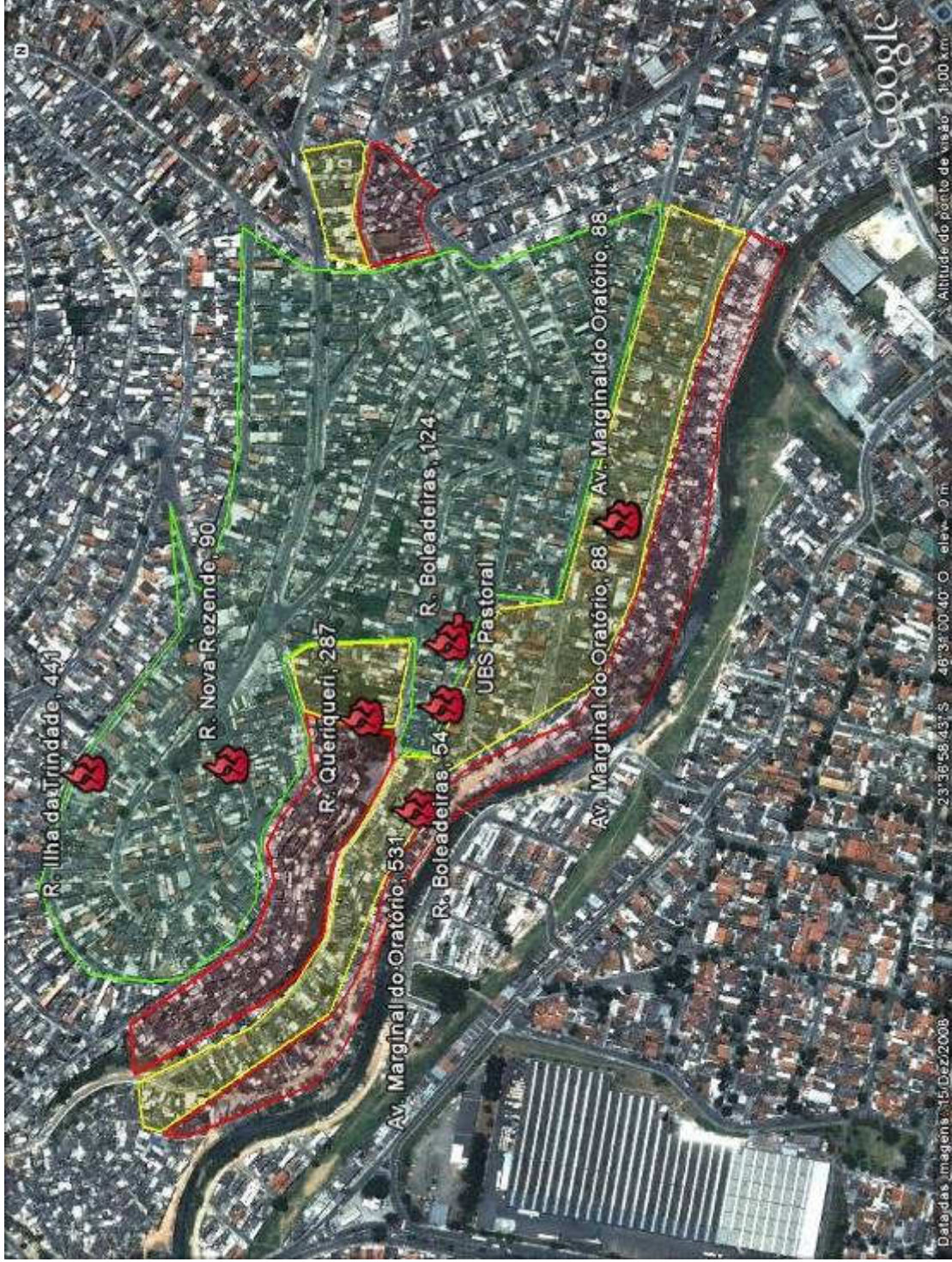
Mapa 13: AHCV e distribuição de casos novos de hepatite C por endereço. **Fonte:** SINAN. 2008.



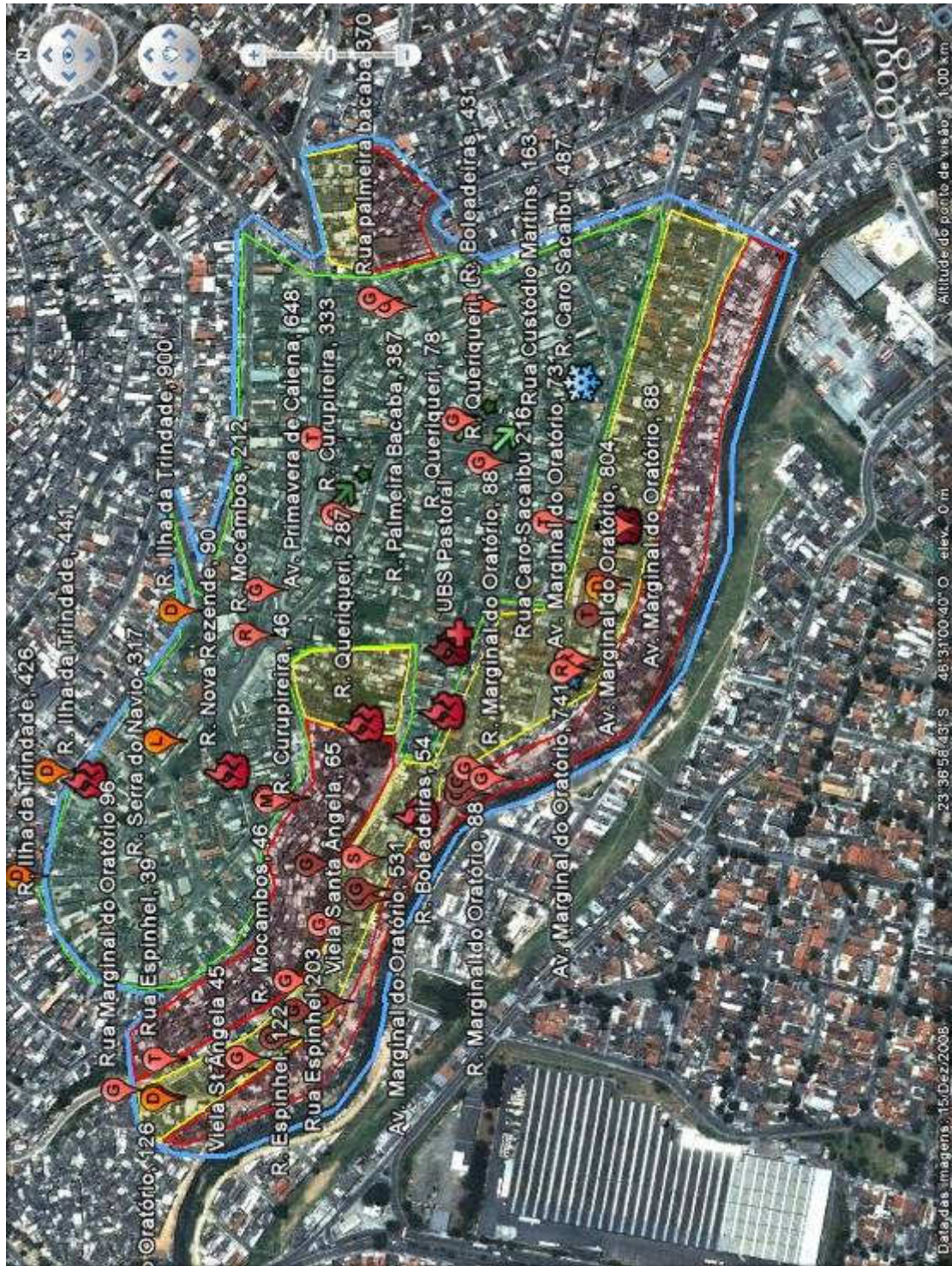
Mapa 14: AHCV e distribuição de casos novos de rubéola por endereço. **Fonte:** SINAN. **2008.**



Mapa 15: AHCV e distribuição de casos novos de dengue por endereço. **Fonte:** SINAN. 2008.



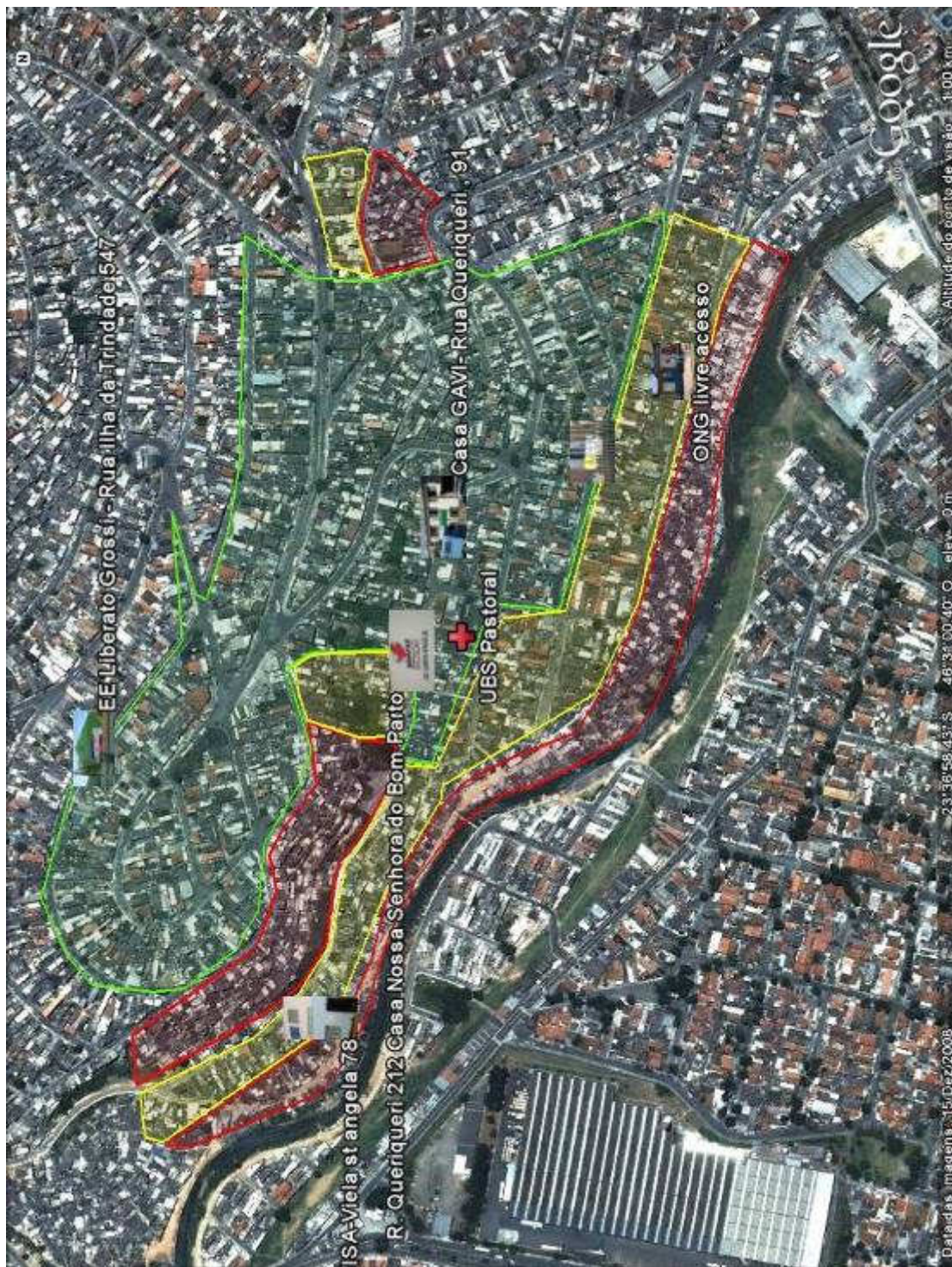
Mapa 16: AHCV e distribuição dos casos de vacinação anti-rábica por endereço. **Fonte:** SINAN. **2008.**



Mapa 17: AHCV e Sobreposição dos agravos evidenciados nos mapas anteriores. **Fonte:** SIAB 2008-2009 e SINAN 2008.



Mapa 18: AHCV e distribuição de crianças de 7 a 14 anos fora da escola. **Fonte:** SIAB, 2008-2009.



Mapa 19: AHCV e distribuição dos recursos sociais na área de abrangência da UBS Pastoral. **Fonte:** Visita de Campo, 2009.

5. DISCUSSÃO

“Não se revoltarão enquanto não se tornarem conscientes, e não se tornarão conscientes enquanto não se rebelarem.”

“Não era necessário saber muito. Contanto que continuassem a trabalhar e se reproduzir, não tinham importância suas outras atividades. Abandonados a si mesmos, como gado solto nas planuras argentinas, haviam regressado a um modo de vida que lhes parecia natural, uma espécie de tradição ancestral. Nasceram, cresceram nas sarjetas, iam para o trabalho aos doze, atravessavam um breve período de floração da beleza e do desejo sexual, casavam-se aos vinte, atingiam a maturidade aos trinta, e em geral, morriam aos sessenta. O trabalho físico pesado, o trato da casa e dos filhos, as briguinhas com a vizinhança, o cinema, o futebol, a cerveja, e acima de tudo, o jogo, enchiam-lhes os horizontes. Mantê-los sobre controle não era difícil. (...) Não era desejável que os proles tivessem sentimentos políticos definidos. Tudo que se lhes exigia era uma espécie de patriotismo primitivo, ao qual se podia apelar sempre que fosse necessário levá-los a aceitar ações menores ou maior expediente de trabalho. E mesmo quando ficavam descontentes, como às vezes acontecia, o descontentamento não os conduzia a parte alguma porque, não tendo idéias gerais, só podiam focalizar a animosidade em ridículas reivindicações específicas. Os males maiores geralmente lhes fugiam à observação. (...) Todo um mundo subterrâneo de ladrões, bandidos, prostitutas, vendedores de narcóticos, e contraventores de todo tipo; mas como tudo se passava entre os próprios proles não tinha importância. (...) Ninguém desconfiava deles.”

O trecho do romance “1984” de George Orwell foi selecionado por expressar metaforicamente a impressão gerada ao longo do estudo de um território excluído socialmente.

Estudar um território é assumir o desafio de derrubar preconceitos. Desde o início, os bolsões de miséria foram evidentes. Porém, ao aprofundar a análise, o olhar inicial de que as demais regiões apresentavam um razoável nível socioeconômico, foi substituído pela constatação de tratar-se de regiões precárias e de exclusão social. Todo território sofre com as mazelas típicas da vulnerabilidade social, com diferenças apenas sutis.

Apesar das distintas realidades sociais se mostrarem próximas, há uma clara estratificação definida pela sociedade local. Os moradores da favela sofrem preconceitos mesmo dos vizinhos próximos. A Rua Mocambos e a Marginal do Oratório são entendidas localmente como pertencentes ao Jardim Elba, enquanto as regiões mais “nobres” pertencem ao Parque Santa Madalena e são denominadas pelos moradores como “Morumbi”, fazendo alusão a um conhecido bairro rico de São Paulo. Essa realidade se concretiza na ausência de identidade comunitária e de bairro. O reflexo é a barreira cultural ao acesso e uso dos já escassos recursos sociais como a UBS, as ONGs e as igrejas, uma vez que essas “diferentes” classes sociais não tem uma convivência harmônica.

Essa dicotomia do território também pode ser observada na distribuição e qualidade desigual do comércio e prestação de serviços, além de determinar o fluxo de pessoas. Os moradores das favelas não freqüentam, nem utilizam os serviços das regiões próximas com melhores condições socioeconômicas.

Fica evidente a ausência de crítica quanto à precária situação em que vivem e à falta de perspectiva por melhoras. Apesar da referida unanimidade dos moradores quanto à boa qualidade do transporte público, as linhas de ônibus são poucas e o tempo de espera é grande. Os relatos quanto à redução da violência refletem uma banalização em relação à mesma. A inexistência de bancos e casas lotéricas, assim como a coação policial e o homicídio de jovens já foram incorporados ao cotidiano local. A presença de esgoto a céu aberto, lixo nas ruas e completa escassez de área verde, sequer são percebidos como um problema. A busca por lazer e escolas em Santo André, município vizinho, é vista com naturalidade e entendida como um direito. A altíssima taxa de

desemprego, o grande número de filhos, a gravidez precoce e a situação carcerária masculina tampouco são encaradas como passíveis de mudança.

A ausência de crítica em relação à precária situação em que vivem impossibilita a existência de qualquer forma de mobilização social que gere impacto. Essa se restringe a pequenas reivindicações em situações críticas e agudas, como enchentes e desapropriação. Isso se reflete na ignorância quanto ao conceito de associação de moradores e na inapropriada distribuição dos benefícios governamentais. Quanto maior a exclusão social, menor o poder de requerimento dos direitos e o exercício da cidadania.

Os dados mostram que há uma concentração das ocorrências de saúde nas áreas mais excluídas, apesar de haver uma relativa uniformidade socioeconômica. Os dados epidemiológicos quando espacializados isoladamente **não** evidenciam uma relação entre eventos em saúde e áreas homogêneas de condições de vida. **Quando analisados em seu conjunto, apresentam significativa concentração nas áreas mais carentes.**

A distribuição de gestantes com menos de 20 anos, crianças entre sete e 14 anos fora da escola, óbitos em menores um ano, e a incidência de tuberculose, **não** foram coincidentes com a estratificação das áreas homogêneas de risco quando analisadas isoladamente. Entretanto, ao se examinar com atenção a soma de todos os eventos levados em consideração neste trabalho, pode-se constatar que a região que margeia o Rio Oratório exibe a preponderância das ocorrências.

Essa região propiciou a análise do território-moradia. Há uma família, residente na Rua Marginal do Oratório, número 88, que concentra diversas ocorrências em uma mesma casa. Foi possível observar que existem quatro gestantes menores de 20 anos, houve um evento adverso pós-imunização, uma criança de sete a 14 anos fora da escola e aplicação de vacinação anti-rábica em duas pessoas residentes nesse domicílio.

Vale lembrar que, o fato de a análise ter sido de um pequeno número de casos gera um viés. Não foi possível construir coeficientes, e o território foi restrito por corresponder à área de abrangência de uma UBS com apenas três equipes de saúde da família.

O uso de planos de saúde de baixa qualidade e a conseqüente não adesão à UBS pela população das áreas classificadas como de menor risco, pode ser um fator que piora os indicadores de saúde. Ou seja, a diferença social observada na região talvez não seja suficiente para alterar os parâmetros observados, uma vez que a população que pode usufruir da assistência médica privada é exposta a serviços de qualidade duvidosa.

Vale lembrar ainda, que os padrões utilizados para construir as áreas homogêneas de condições de vida são insuficientes. O padrão escolhido para essa determinação foi somente a condição de moradia das famílias. Assim, considera-se a hipótese de que as regiões não apresentam diferenças econômicas e sociais tão díspares.

Os dados utilizados para analisar a saúde da população podem também ter sido insuficientes. Para isso, basta perceber o impacto da soma das ocorrências no mapa para perceber a concentração de casos na população à margem do Rio Oratório. Não se pode deixar de levar em consideração de que se mais desfechos em saúde fossem considerados no estudo, talvez outras áreas fossem representar novas concentrações. Além disso, vale lembrar que não se propôs uma investigação das causas e demais fatores envolvidos nas ocorrências em saúde, principalmente dos óbitos. Isso poderia auxiliar nas considerações em relação à problemática intrínseca do processo saúde e doença da população estudada.

Para tanto, ao se analisar isoladamente os casos, há três óbitos em menores de um ano que ocorreram em uma área considerada de baixo risco social e econômico conforme a classificação adotada. As cinco crianças entre sete e 14 anos fora da escola estão distribuídas de forma homogênea em todo território, não se concentrando nas áreas de maior risco. Existe uma área

classificada como de alto risco, na Rua Palmeira Bacaba, na qual não foi observada nenhuma ocorrência.

Gestantes com menos de 20 anos é um dado questionável quanto indicador de saúde que expressa condições sociais. Ele reflete uma condição de classes sociais que não apresentam ambições acadêmicas e de plano de carreira, muito menos o vislumbre de ascensão social. Assim, o número de filhos e a idade materna na concepção do primogênito não irão impossibilitar o que nem mesmo é almejado. Vale considerar que a crítica aqui assinalada é em relação à falta de discriminação do indicador entre as gestações ocorridas entre crianças, adolescentes em idade escolar e indivíduos que já completaram seus estudos e gozam tanto de vida profissional, como de vida familiar já instituída.

Outra questão passível de análise mais pormenorizada é a visão dos profissionais que compõem a Unidade de Saúde. Ou seja, considerar suas opiniões e experiências sobre o território, o modo como é encarado e trabalhado e como isso resulta e se expressa no planejamento de saúde local. Vale considerar que o território, do ponto de vista burocrático, é extremamente dividido entre as equipes de saúde da família, em que nem a contigüidade territorial é respeitada. Entretanto, não houve aprofundamento dessa análise neste trabalho.

A comparação dos coeficientes de mortalidade de três subprefeituras e do município de São Paulo evidencia a discrepante desigualdade social, e mostra que os dados de Sapopemba se aproximam da média do município. Vale ressaltar tratar-se de uma cidade populosa e complexa, na qual “coexistem” poucas famílias muitíssimo privilegiadas, com muitas absolutamente miseráveis, e outras tantas entre esses dois extremos.

A Subprefeitura de Pinheiros, que é composta por quatro bairros nobres (distrito de Pinheiros, Alto de Pinheiros, Jardim Paulista e Itaim Bibi), tem coeficientes bastante distintos de Parelheiros, região pobre do extremo sul da cidade. O coeficiente de mortalidade infantil de Parelheiros em 2006 é

praticamente o triplo do de Pinheiros, e o homicídio é seis vezes maior, no mesmo ano. Os coeficientes de Sapopemba se mantêm entre essas duas regiões e se aproxima da média do município. Vale considerar que, para o mesmo ano, os dados de Sapopemba se aproximam, em maior número de vezes, aos dados de Parelheiros.

As quatro primeiras causas de mortalidade em São Paulo, Sapopemba e Parelheiros são doenças do aparelho circulatório, neoplasia, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Enquanto em Pinheiros, a quarta causa é representada pelas doenças do aparelho digestivo, que sequer são consideradas nas outras subprefeituras analisadas, o que reflete as distintas condições de saúde.

Essa imensa disparidade evidencia a importância do planejamento de saúde a nível local, adequado às demandas e às características do território. A cidade de São Paulo não pode ser vista de maneira uniforme e mesmo dentro das Subprefeituras e regiões distritais, as distintas realidades devem ser conhecidas e levadas em consideração. Além disso, não se pode desconsiderar o caráter dinâmico inerente ao território, sempre em constante transformação, especialmente quando se trata de planejamento em saúde e compromisso com o impacto das ações nas condições de vida da população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A subprefeitura estudada, Vila Prudente/Sapopemba, mostrou coeficientes de mortalidade compatíveis com a média do município de São Paulo. Entretanto, foi possível observar que os dados se aproximam muito mais da realidade da Subprefeitura de Parelheiros, região pobre e excluída socialmente, a despeito da comparação com a Subprefeitura de Pinheiros, representada pelos bairros mais nobres da cidade.

Durante a visita de campo, foram identificadas 03 áreas de condições homogêneas de vida, classificadas de acordo com o aspecto de moradia. Assim, observaram-se regiões ocupadas por palafitas, casas de alvenaria sem reboco e casas de alvenaria com reboco. Além disso, houve consideração das regiões potencialmente expostas a deslizamentos e enchentes. Ao se somar o aspecto local, as entrevistas com os informantes-chave, os dados de mortalidade, a história local, a dinâmica social, a distribuição espacial dos eventos notificáveis em saúde e de dados relevantes do SIAB (Sistema de informações em Atenção Básica), foi possível considerar que a região é excluída socialmente.

Dentro do território de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Pastoral, identificou-se que os agravos em saúde estudados mostraram uma tendência à distribuição heterogênea no território. Uma das regiões ocupadas por palafitas e com risco de alagamento, correspondente à área que margeia o Rio Oratório, concentra a maioria das ocorrências estudadas.

Observou-se uma barreira cultural ao acesso a UBS Pastoral. As diferenças socioeconômicas, apesar de não discrepantes, refletem-se no fluxo de pessoas e no usufruto dos recursos sociais. As pessoas que residem nas áreas de palafitas, casas de alvenaria sem reboco, risco de deslizamento e de

alagamento, são identificados como “favelados” e discriminados como tal. Dessa maneira, o convívio é evitado.

Além disso, foi observada também, a escassa crítica em relação às condições de vida local. Em função do preconceito, não há uma identidade de comunidade e de bairro. A exclusão social e econômica extrapola a própria cidadania e, por consequência, há uma inércia reivindicatória.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medicina de Família e Comunidade [internet]. Portugal. [acesso em 13 de outubro de 2009]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Medicina_de_fam%C3%ADlia_e_comunidade
2. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde. Rev. Saúde Públ. 1987; 21 (5): 439-46.
3. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. 1999; 24 (6): 445-52.
4. Mendes EV. Distrito Sanitário- Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema de Saúde. 1^o ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO; 1993.
5. Sabrosa, P. Vigilância em Saúde. www.abrasco.org.br, [acesso em: 03-11-2009]
6. Bousquat A, Cohn A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2004; 11 (3): 549-68.
7. Bonfim C, Medeiros Z. Epidemiologia e Geografia: dos primórdios ao geoprocessamento. Rev Espaço para a Saúde. 2008; 10 (1): 53-62.
8. Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. CAD Saúde Pública. 2000; 16 (3): 595-617

9. Gondin GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.
10. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (3): 898-906.
11. Marandola E, Hogan DJ. Vulnerabilidade e riscos: entre geografia e demografia. *R. bras. Est. Pop.* 2005; 22 (1): 29-53
12. Ayres, JRJM; França-Junior, I; Calazans, GJ; Saletti-Filho, HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D; Freitas, CM (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. 117-39.
13. Chiesa AM, Westphal MF, Kashiwagi NM. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (5): 559-67.
14. Tavares PR. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (6): 1525-1532.
15. Teixeira CF, Melo C. *Construindo Distritos Sanitários – A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. 1^o ed. São Paulo: HUCITEC; 1995.
16. Villa TCS, Palha PF, Muniz JN, Cardozo-Gonzales RI, Neto JNP, Assis MMA. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – Secretaria municipal de saúde – Ribeirão Preto. *Rev Latino – am enfermagem*. 2002; 10 (1): 21-7.
17. Santos M. *Da Totalidade ao Lugar*. 1^o ed. São Paulo: Ed USP; 2008.

18. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV (org.). Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (cap.5) [1993]. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. pp. 221-235
19. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MU, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância Sanitária: Uma proposta de análise dos contextos locais. Rev bras epidemiol. 2005; 8 (1): 83-95.
20. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11^c ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
21. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Rev Latino – am enfermagem. 2005; 13 (número especial): 896-902.
22. Ronosto A, Andrade JLT. A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12 (3): 709-716.
23. Cunin E. Identificação Territorial, identificação étnica em Cartagena Colômbia. Estudos Afro-Asiáticos. 2003; 25 (1): 123-143. Santos, M. Metamorfoses do Espaço Habitado. São Paulo: HUCITEC; 1988
24. Hino P, Villa TCS, Sasaki CM, Nogueira JA, Santos CB. Geoprocessing in Health area. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14 (6): 939-43.
25. Silva NN, Cunha TN, Quintanilha JA. Amostra mestra e geoprocessamento: Tecnologias para inquéritos domiciliares. Rev Saúde Pública. 2003; 37 (4): 494-502.
26. Santos M, Silveira ML. O Brasil. Território e Sociedade no Início do Século XX. 12ª Ed. Rio de Janeiro. Record; 2008.

27. Florido E, Gonçalves TE, Carvalho RG. Vila Prudente Completa 119 anos. [Internet]. São Paulo. [Acesso em 2009 out 13]. <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spvp/dados/historico/0001>
28. [Internet]. [Acesso em 2009 out 13]. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sapopemba>
29. M Santos. Por uma Outra Globalização. 17^o ed. Rio de Janeiro: Record; 2008.
30. Carvalho MS, Cruz OG, Nobre FF. Perfil de Risco: Método multivariado de classificação socioeconômica de microáreas urbanas – os setores censitários de região metropolitana do Rio de Janeiro. Cad saúde Publ. 1997; 13 (4); 635-645.

7. RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) aproximou o conceito de regionalização para a prática do atendimento da população na atenção primária através do processo chamado “territorialização”. O território é encarado como fruto de um processo dinâmico que condiciona e determina o processo de saúde e doença da população. Este trabalho estuda o território de abrangência da UBS Pastoral, São Paulo-SP, Subprefeitura de Vila Prudente / Sapopemba. Realizou-se um estudo descritivo, tendo como fonte primária, entrevistas com informantes-chave e visita de campo e como fonte secundária, SIAB, SINAN e TABNET- SP no ano de 2009. Foi realizada a confecção de mapas temáticos através da ferramenta de geoprocessamento: “Google Earth®”. A subprefeitura estudada mostrou coeficientes de mortalidade que se aproximam muito mais da realidade da Subprefeitura de Parelheiros, região pobre e excluída socialmente. Durante a visita de campo, foram identificadas 03 áreas de condições homogêneas de vida: regiões ocupadas por palafitas, casas de alvenaria sem reboco e casas de alvenaria com reboco. Os resultados obtidos permitiram considerar que a região estudada é excluída socialmente. Observou-se que os agravos em saúde mostram uma tendência à distribuição heterogênea. A área que margeia o Rio Oratório concentra a maioria das ocorrências. Identificou-se uma barreira cultural ao acesso a UBS. Foi evidente a escassa crítica em relação às condições locais. Não há identidade de comunidade e de bairro. A exclusão social e econômica extrapola a própria cidadania e, por consequência, há uma inércia reivindicatória.

8. SUMMARY

The Family Health Strategy (FHS) has approached the concept of regionalization to the practice of assisting population in primary care through a process called "territorialization". The territory is seen as the result of a dynamic process that determines and shapes the process of health and disease in the population. This work studies the geographic jurisdiction of Primary Health Unit (PHU) Pastoral, São Paulo-SP, Municipality of Vila Prudente/Sapopemba. A descriptive study was conducted, having as primary sources interviews with key informants and field visit and as secondary source Primary Attention Information System-SIAB, and Notification of Casualities Information System (SINAN) TABNET-SP in 2009. Thematic maps were elaborated using the geoprocessing tool: "Google Earth®". The region mortality study showed rates much closer to the reality of the Municipality of Parelheiros, a poor and socially excluded area. During the field visit, we identified three areas of homogeneous life conditions: regions occupied by stilts, houses built of bricks without plastering and brick houses with plaster. The results showed the region studied is socially excluded. It was observed that the health disorders show a tendency to heterogeneous distribution. The Oratorio River border concentrates most of the events. We identified a cultural barrier to access the PHU. It was evident the population's unawareness of the local conditions. There is no identity of community or neighborhood. The social and economic exclusion goes beyond the citizenship itself therefore, there is lacking of vindication.

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA UMA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: _____ Local: _____
Nome: _____ Idade: _____
Ocupação: _____
Tipo de Informante Chave: _____

1. Topografia:
 - Cumeada
 - Encosta
 - Baixada a margem do rio

2. Propriedade do solo
 - Pública
 - Privada
 - Não legalizada ou pública
 - Impostos

3. Uso do solo:
 - Residência
 - Comércio
 - Área verde

4. Tempo de urbanização:
 - Quando surgiram as primeiras residências
 - História local

5. Condições de moradia
 - Número de habitação
 - Tipo de construção
 - Número de cômodos
 - Número de pessoas por família
 - Eletrodomésticos

6. Abastecimento de água:
 - Tratada
 - Não tratada
 - Poço / mina / bica
 - Forma de armazenamento rede oficial de água
7. Sistema de esgoto:
 - Rede oficial
 - Fossa
 - Esgoto
8. Lixo:
 - Coleta regular ou não
9. Eletricidade:
 - Regular
 - Clandestina
10. Áreas externas a moradia:
 - Iluminação
 - Telefone público
 - Córrego
 - Sistema de drenagem
 - Enchentes
 - Terrenos baldios
 - Depósito de lixo
 - Presença de animais soltos
11. Transporte:
 - Número de linhas
 - Destino
 - Frequência
12. Segurança:
 - Violência
 - Policiamento
13. Lazer:
 - Locais freqüentados
 - Tipos de atividades
 - Acesso
 - Jovens
14. Recursos sociais
 - Tipo (escolas, creches etc.)
 - Acesso
 - ONGs

15. População:

- Faixa etária
- Escolaridade
- Renda
- Emprego / desemprego
- Situação carcerária
- Ocupação
- Imigração rural e urbana
- Organizações

16. Condições de Saúde:

- Principais doenças
- Cause de mortes
- Natalidade

17. Serviços de saúde:

- Utilizados
- Acesso versus barreiras

APÊNDICE 2

Consolidado: Entrevistas informantes chave

Foram realizadas 11 entrevistas com informantes-chave da região de abrangência da USF Pastoral. A indicação dos informantes foi feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) considerando como critério tempo de moradia na área, envolvimento social e principalmente a capacidade de falar pela comunidade.

As entrevistas foram realizadas entre o período de 19/06/09 e 03/07/09. A idade dos informantes variou entre 41 e 80 anos, sendo a maioria composta por mulheres acima dos 65 anos. O tempo de residência na área variou entre 30 e 43 anos.

Antes de começar a ser urbanizada, a área era composta por uma fazenda que foi loteada e seus lotes vendidos. A urbanização começou em meados da década de 70, tendo seu pico no início da década de 1980. As ruas eram de terra, não havia asfalto nem iluminação pública, tampouco rede de água e esgoto.

Atualmente o território divide-se em próprio e áreas ocupadas da prefeitura. As áreas ocupadas concentram-se na Av. Marginal do Oratório, que tem este nome por beirar o rio Oratório que faz a divisa com o município de Santo André. A maioria da área é ocupada por imóveis residenciais. Quanto ao comércio local, alguns informantes consideram-no insuficiente devido à falta de Bancos e Casas Lotéricas, tendo esta última sido fechada em decorrência dos diversos assaltos sofridos. Não existe área verde próxima.

A maioria das casas é de alvenaria, excetuando-se as casas à beira-rio que são de madeira. No início da urbanização a maioria das casas era de madeira e foram gradativamente sendo substituídas por alvenaria.

O abastecimento de água é feito através do sistema público, com água tratada e encanada. Os informantes relatam que quando chegaram ao território a água era retirada de minas e a água do rio era limpa. O esgoto é encanado, porém deságua no rio Oratório sem nenhum tipo de tratamento.

O lixo é coletado regularmente. Nos becos onde o caminhão não entra funcionários coletam o lixo a pé e levam-no até a rua. Existe também a coleta seletiva que passa com menor frequência. Alguns moradores aderem à coleta seletiva, porém também entregam o lixo selecionado para os “catadores”. O rio é usado por alguns como depósito de lixo. Os entrevistados relatam que este problema já foi pior, mas que ainda hoje encontra-se entulho no rio.

Existe rede elétrica e iluminação pública, tendo esta também já sofrido com atos de vandalismo. Em uma parte das casas a ligação elétrica é clandestina, principalmente nas casas à beira-rio.

Não há terrenos baldios na área. Todos os terrenos estão ocupados. A última enchente do rio foi em 1999. Outro informante relata que foi há 5 anos. Porém ambos concordam que a questão das enchentes foi resolvida depois da construção do “Piscinão do Bodra”, que parece ser um reservatório construído pelo Estado rio acima.

A maioria dos informantes encontra-se satisfeita com o transporte público. Ele é realizado por ônibus e microônibus e o número de linhas e oferta de destinos é suficiente. A demora às vezes é um pouco longa (por volta de 30 minutos). Entretanto, é relatado que a maioria das famílias possui carro ou moto.

A violência já foi pior. Atualmente os informantes atribuem esta melhora à unificação das “bocas” do tráfico. No momento não se sentem ameaçados

pelo tráfico e relatam até a proteção que este proporciona à comunidade. Todos sentem que a paz é abalada quando chega o policiamento, que age de forma truculenta e violenta e gera insegurança.

Não há espaços de lazer disponíveis. As crianças brincam na rua jogando bola e empinando pipas. Os jovens não tem opção de lazer na área, e dirigem-se para Santo André para freqüentar os “Shoppings”. “O único lazer aqui é beber” relata um dos informantes.

Existem escolas e creches na área, porém a maioria dos jovens vai para Santo André estudar. É unanimidade que a qualidade do ensino em Santo André é melhor. As escolas não são de fácil acesso para a população que mora na Marginal do Oratório. Apenas dois informantes relatam a existência de uma associação de moradores. Chama a atenção uma entrevista em que a informante ao ser questionada sobre a associação de moradores disse desconhecer o termo, e mesmo após a tentativa de explicação do conceito pela ACS a informante não o compreendeu. Outro entrevistado diz haver mobilizações pontuais, quando há uma enchente ou na ameaça de desapropriação das casas irregulares. Há muitas igrejas na região, principalmente evangélicas, que são freqüentadas pela população. Existe também a ONG “Livre Acesso”, que é mantida pelos funcionários do posto e oferece diversos cursos e atividades para todas as faixas etárias.

Segundo os entrevistados, a população é composta em sua maioria por jovens. Ela foi formada por imigrantes dos estados do Nordeste e em menor escala de Minas Gerais. A maioria termina o primeiro grau. O desemprego é presente em todas as famílias. Em uma família de cinco pessoas apenas uma trabalha. Em muitos casos as mulheres são chefes de família, atuando como domésticas, principalmente nas famílias com menor poder aquisitivo. Existem muitos homens em situação carcerária “principalmente na favela”. Os homens trabalham na construção civil, como trabalhadores informais (“bicos”) e no tráfico. Algumas famílias recebem o Bolsa-Família, porém as que mais precisam não têm acesso ao benefício.

A faixa etária que mais morre são os jovens, vítimas de violência ou overdose. As doenças mais prevalentes relatadas foram: Gripe, doenças cardiovasculares e diabetes. Ainda foram mencionadas: “Diarréia, dor nas pernas e na coluna”. A média de filhos por mulher é de cinco, com o primeiro filho por volta dos 20 anos, ou antes.

Os serviços de saúde mais utilizados são a UBS Pastoral, o Hospital Sapopemba, Vila Alpina, AMA Bangu e serviços em Santo André. Foi relatado que o acesso ao Hospital Sapopemba é dificultado devido à emergência ser “porta fechada”. A maioria dos entrevistados está satisfeita com a UBS Pastoral, porém esta pode ser uma informação enviesada, pois os entrevistados sabiam que estavam sendo entrevistados por pessoas que representavam a Pastoral. Foi relatado que dependendo do local de moradia, a USF mais próxima não seria a Pastoral, mas devido à territorialização os moradores são “obrigados” a utilizar os serviços da Pastoral. Além disso, somando-se à barreira de distancia há também ladeiras que dificultam o acesso para pessoas idosas com dificuldade de locomoção.