

ISSN 1413-9243



TEXTOS
NEPO

65

CAMPINAS, NOVEMBRO DE 2014



**SEGREGAÇÃO E OPORTUNIDADES DE
ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
EM CAMPINAS:
VULNERABILIDADES SOCIODEMOGRÁFICAS
NO ESPAÇO INTRA-URBANO**

SIMONE JOSE SARDINHA DE AZEVEDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Reitoria

Prof. Dr. José Tadeu Jorge – Reitor



Pró-Reitorias

Prof. Dr. Luis Alberto Magna - Pró-Reitor de Graduação

Profa. Dra. Rachel Meneguello - Pró-Reitor de Pós-Graduação

Profa. Dra. Gláucia Maria Pastore - Pró-Reitor de Pesquisa

Profa. Dra. Teresa Dib Zambon Atvars- Pró-Reitor de Desenvolvimento
Universitário

Prof. Dr. João Frederico da Costa Azevedo Meyer - Pró-Reitor de
Extensão e Assuntos Comunitários

Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa

Dr. Jurandir Zullo Junior



Núcleo de Estudos de População

Drª Estela Maria Garcia Pinto da Cunha- Coordenadora

Dr. Alberto Augusto Eichman Jakob- Coordenador Associado

Produção Editorial: NEPO-PUBLICAÇÕES

Editora dos Textos NEPO

Drª Gláucia dos Santos Marcondes

Drª Roberta Guimarães Peres

Drª Margareth Arilha

Edição de Texto: Preparação/Diagramação

Adriana Cristina Fernandes – cendoc@nepo.unicamp.br

Revisão Bibliográfica

Adriana Cristina Fernandes – cendoc@nepo.unicamp.br

FICHA CATALOGRÁFICA: Adriana Fernandes

Azevedo, Simone José Sardinha.

Segregação e oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde em Campinas: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano / Simone José Sardinha de Azevedo. – Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População / Unicamp, 2014.

176p.

(Segregação e oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde em Campinas: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano, TEXTOS NEPO 65).

1. Demografia. 2. Segregação. 3. Saúde pública – Campinas. 4. Vulnerabilidade sociodemográfica. 5. Título. 6. Série.

As afirmações e conclusões expressas nesta publicação são de responsabilidade exclusiva de seu(s) autor(es) e não refletem necessariamente a visão da instituição.

SÉRIE TEXTOS NEPO

TEXTOS NEPO - publicação seriada do Núcleo de Estudos de População da UNICAMP - foi criado em 1985 com a finalidade de divulgar pesquisas no âmbito deste Núcleo de Estudos e Teses defendidas dentro do Programa de Pós-Graduação em Demografia do IFCH/UNICAMP. Apresentando uma vocação de cadernos de pesquisa, até o presente momento foram publicados **sessenta e cinco números**, contando com este, relatando trabalhos situados nas áreas temáticas correspondentes às linhas de pesquisa do NEPO.

Os exemplares que compõem a série vêm sendo distribuídos para instituições especializadas na área de Demografia, ou mesmo dedicadas a áreas afins, no País e no exterior, além de ser objeto de constante consulta no próprio Centro de Documentação do NEPO. Essa distribuição é ampla, abrangendo organismos governamentais ou não governamentais – acadêmicos, técnicos e/ou prestadores de serviços.

A Coleção **Textos NEPO** também está acessível na homepage do NEPO, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepo.unicamp.br>.

Dr^a Estela Maria Garcia Pinto da Cunha
Coordenadora

Dr. Alberto Augusto Eichman Jakob
Coordenador Associado

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
1. Vulnerabilidades Sociodemográficas, Segregação Residencial e Políticas Sociais	13
1.1 Riscos, Vulnerabilidade, Ativos e Estrutura de Oportunidades	13
1.2 Elementos da Segregação Residencial e Geografia de Oportunidades	20
1.3 Segregação Residencial e Vulnerabilidade Sóciodemográfica	30
1.4. Acesso às Políticas Sociais.....	36
1.4.1. Distorções das Políticas Sociais no Nível Local	38
2. Expansão Metropolitana e Segregação Residencial: O Caso de Campinas	43
2.1. Características Sociodemográficas e Distribuição Espacial dos Grupos Populacionais	52
2.1.1. Infraestrutura Urbana.....	56
2.1.2. Estrutura Etária	58
2.1.3. Arranjos Domiciliares e Ciclo Vital	62
2.1.4. Razão de Dependência Domiciliar	65
2.1.5. Emprego, Rendimento e Escolaridade.....	66
2.1.6. Migração	69
3. Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos gerais e oferta dos serviços de atenção primária de saúde em Campinas.....	78
3.1. Aspectos Gerais do Sistema Único de Saúde (SUS)	78
3.2. Os Serviços de Saúde Básica em Campinas	82
3.2.1 Os Distritos de Saúde de Campinas	85
3.2.2 A Distribuição da Oferta de Serviços dos Centros de Saúde de Campinas	91
4. Segregação Residencial e Oferta dos Serviços de Atenção Primária de Saúde em Campinas: o que Pensam os Agentes Envolvidos	112
4.1. A Demanda por Serviços nos Centros de Saúde	117
4.2. Distância do Centro da Cidade e Horário de Funcionamento do Centro de Saúde (CS).....	126
4.3. Acúmulo de Carências e Violência	129
4.4. Processos de Trabalho	134
4.5. Implementação Diferenciada das Políticas: a questão das burocracias do nível de rua	136
5. Segregação Residencial e Acúmulo de Carências: Impactos na Qualidade de Vida dos Idosos de Campinas.....	141
5.1. Aspectos da Qualidade de Vida dos Idosos de Campinas.....	144
CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS.....	169

RESUMO

O debate sobre segregação residencial, desigualdades de acesso a políticas sociais e vulnerabilidades sociodemográficas nos motivou a desenvolver o presente trabalho, cujo objetivo principal é refletir sobre as consequências da segregação residencial na oferta dos serviços públicos de saúde básica e seus impactos nas condições de vida da população. O trabalho procura verificar se o desempenho da política de saúde pode variar conforme sua implementação nos diferentes locais da cidade. Esta tese se aproxima das linhas de estudo que buscam verificar os efeitos do espaço sobre as políticas sociais e sobre a qualidade de vida dos grupos sociais. A problemática desta pesquisa também está diretamente envolvida com a compreensão da atuação do Estado, supondo que suas diferentes formas de atuação (ou parte de suas burocracias) podem gerar iniquidades na oferta dos serviços de saúde, contribuindo para potencializar os riscos de morbimortalidade nos diferentes grupos populacionais. Os resultados obtidos indicam que existe uma diferenciação na oferta dos serviços de saúde básica em Campinas segundo a localização do equipamento e apontam para os diferentes graus de vulnerabilidade da população diante de tal situação.

ABSTRACT

The debate about residential segregation, differences in the access to social policies and social-demographic vulnerabilities has encouraged us to develop the present work, the main objective of which being to reflect on the consequences of residential segregation in the offer of basic public health services and their impact on the life-condition of the population. The work aims to verify if the performance of the health policies may vary according to its implementation in different places in the city of Campinas. This thesis approaches lines of study which aim to verify the effects of the location over social policies and over the quality of life of the social groups. The challenge of this research is also directly involved with the comprehension of the State performance, supposing that its different forms of action (or part of its bureaucracy) can generate iniquities in the offer of health services, thus contributing to increase the risks of morbi-mortality in different population groups. The results obtained indicate that there is a variation in the offer of basic health services in Campinas, according to the location of the equipment, and draw attention to the different degrees of vulnerability of the population facing such a situation.

APRESENTAÇÃO

O estudo de Simone Azevedo, “Segregação e Oportunidades de Acesso aos Serviços Básicos de Saúde em Campinas: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano”, apresentado neste Texto NEPO representa, no meu entender, uma importante contribuição para os estudos urbanos, particularmente para aqueles preocupados com as causas e conseqüências da segregação socioespacial.

Quando no ambiente acadêmico se fala em segregação socioespacial nem sempre se tem um total consenso sobre o seu significado e, sobretudo, sobre as suas conseqüências. Afinal de contas esse fenômeno é realmente muito complexo, tanto do ponto de vista das formas que pode assumir, quanto no que se refere aos seus condicionantes e impactos que pode ter sobre a população, em geral, e a de mais baixa renda, em particular.

Seja em função da raça e etnia, como no caso dos EUA, seja em função do posicionamento social, como é mais comum na América Latina e, particularmente, no Brasil, a verdade é que a população não se redistribui de forma aleatória no território das cidades. Esse fato tem implicações que, na maior parte das vezes, supera a simples noção de “escolhas” que levariam à aglutinação de “semelhantes” no espaço, pois afeta a forma como as pessoas vivem e se reproduzem socialmente.

Considerar a cidade como o local onde a pobreza se agudiza, as condições de vida se degradam, a infraestrutura e os serviços públicos, por mais que avancem, nunca se mostram suficientes para atender em quantidade e qualidade as demandas existentes, etc., não pode ser compreendido como uma forma pessimista de se perceber os avanços de nossa urbanização. É sim uma forma realista, crítica e não romântica de reconhecer que os processos históricos de formação de nossas sociedades foram sempre muito elitistas, pouco igualitários, gerando muita exclusão e conflitos sociais.

Sobretudo nas nossas grandes cidades e metrópoles essa desigualdade social tem sua expressão espacial, através da localização da população em seus territórios. Nossas cidades, refletindo o que passa nas sociedades do mundo em desenvolvimento, se mostram pouco igualitárias também quando a questão diz respeito ao lugar que cada família ou pessoa ocupa em seus territórios.

Nas cidades, especialmente nas grandes cidades, a segregação é quase um corolário. Nelas, espaços diferentes estão reservados (ou disponíveis) para pobres e ricos e, mais que isso, oferecem oportunidades diferenciadas segundo o local de residência. A poucas exceções a estas regras – que afinal existem – acabam sendo propiciadas por movimentações espontâneas ou organizadas da sociedade civil, como as ocupações urbanas que reivindicam o “direito à cidade”, ou mesmo, o que já é mais raro, por ações do Estado cujas possibilidades são muito maiores do que querem nos fazer crer.

A segregação socioespacial tem efeito direto e significativo sobre a vida das pessoas. As análises realizadas para o Brasil, bem como para outros países, não deixam dúvidas que, independentemente da condição social, o “espaço importa” quando o assunto diz respeito às condições de vida dos habitantes de uma grande cidade ou região metropolitana. Em outras palavras, o efeito do lugar onde se vive é um fator a mais a ser considerado no conjunto de ativos ou passivos apresentados pelas pessoas ou famílias; portanto, se trata de um impacto que se soma àqueles ligados à situação socioeconômica das famílias.

É dessa temática que trata o trabalho ora publicado em Textos NEPO. Simone Azevedo discute e revela a partir de um estudo muito bem elaborado, tanto em termos teóricos quanto metodológicos (incluindo um cuidadoso trabalho de campo), os mecanismos que levam a que “o efeito do lugar” se faça presente e interfira decisivamente sobre a vida das pessoas. Partindo do ponto de vista dos serviços de saúde, Simone mostra não apenas as grandes diferenças em termos do funcionamento e infraestrutura de equipamentos de saúde localizados em diferentes pontos da cidade, mas também as diferentes posturas dos profissionais de saúde segundo o local onde desenvolvem suas atividades.

Assim, o estudo não deixa dúvidas que faz muita diferença morar neste ou naquele bairro na RM de Campinas, quando o tema é acesso a um serviço de saúde eficiente e de qualidade. O trabalho também ajuda a mostrar que a ação ou, na maior parte das vezes, a não ação do Estado é, via de regra, um dos elementos chaves para se entender as condições de vida de muitas das pessoas que vivem nas periferias da região.

Estou convicto de que estudos como o aqui apresentado podem fornecer informações e análises preciosas para a gestão se os dirigentes estiverem realmente interessados em encontrar formas socialmente mais justas de distribuição das oportunidades e dos serviços públicos. Reconhecer, como nos permite este estudo, que a segregação socioespacial observada em nosso país converte-se em um complicador para as condições de vida dos mais pobres certamente nos levará a pensar em políticas públicas nas quais a questão espacial passe a ter cada vez mais relevância.

Boa Leitura.

José Marcos Pinto da Cunha

Professor Associado do Departamento de Demografia do IFCH e Pesquisador do NEPO

INTRODUÇÃO

Estudos urbanos recentes têm se preocupado em investigar os diversos graus de heterogeneidade social e acúmulos de carências que podem existir nos espaços da metrópole marcados pela pobreza. A segregação residencial constitui-se um dos elementos da pobreza urbana e a produção acadêmica que trata desta temática tem focado, principalmente, nas causas e não nas consequências do processo de segregação.

Duas consequências negativas da segregação residencial aparecem frequentemente na literatura nacional e internacional: isolamento social (falta de interação entre os diferentes grupos sociais) e ausência de acesso às políticas sociais. Em relação a esta última, procura-se estudar como a dimensão espacial pode interferir no funcionamento das políticas públicas (MARQUES, 2005; TORRES, 2005a; RIBEIRO, 2008; LAGO, 2008; GALSTER; KILLEN, 1995; SABATINI; CÁCERES; CERDÁ, 2000).

Destaca-se que as probabilidades dos indivíduos de ingressarem em situações de vulnerabilidade estão fortemente relacionadas com as desigualdades de acesso às políticas sociais. Tais desigualdades de acesso também se alteram segundo os “ganhos de localização” conforme proposto por Bourdieu (2007), onde a proximidade a serviços ou bens raros proporciona benefícios aos grupos populacionais.

Segundo Bourdieu (2007) o lugar ocupado pelos grupos sociais na cidade permite acesso a várias formas de capitais inscritas no território. Deste modo, as políticas sociais das áreas segregada e periféricas devem possuir mecanismos específicos para compensar as desigualdades de oportunidades dos grupos populacionais ali residentes. Trata-se de um acúmulo de carências que dificulta a vida destas pessoas e potencializa sua situação de vulnerabilidade.

O debate sobre segregação residencial, desigualdades de acesso a políticas sociais e vulnerabilidades sociodemográficas nos motivou a desenvolver o presente trabalho, cujo objetivo principal é refletir sobre a relação entre a segregação residencial (separação residenciais dos grupos sociais) com a oferta dos serviços públicos de saúde e seus impactos nas condições de vida da população.

É sabido que as populações residentes nas áreas segregadas e pobres apresentam piores condições de vida, como falta de saneamento básico, condições inadequadas de moradia, baixa renda e escolaridade. Consequentemente, estão mais expostas ao risco de adoecer ou morrer. No entanto, considera-se que o acúmulo de carências destas áreas tem consequências não apenas

nas condições objetivas de vida, mas também na qualidade dos serviços públicos oferecidos, particularmente no que diz respeito aos serviços de saúde.

Assim, este trabalho pretende verificar quais mecanismos fariam com que a qualidade dos serviços fosse desigual em distintas áreas da cidade, entre os quais se poderia destacar a ausência ou dificuldade de se alocar profissionais nos Centros de Saúde das áreas segregadas. Dado que as oportunidades de vida e as rotinas cotidianas são desigualmente distribuídas na cidade, haveria uma dificuldade no deslocamento e estabelecimento de profissionais qualificados, como os médicos, para as áreas mais pobres e periféricas da cidade.

Nossa investigação preocupa-se em entender como as populações que vivem em áreas segregadas e pobres das cidades podem correr riscos diferenciados de adoecer ou morrer. Como a segregação se expressa na qualidade de vida das pessoas? Como ela se manifesta, ou seja, por quais mecanismos ela interfere no acesso às políticas sociais? Quais grupos populacionais sofrem mais com os efeitos negativos desta situação e quais características sociodemográficas destes grupos potencializam sua situação de risco?

Desta forma, este trabalho também se insere nos estudos sobre vulnerabilidades sociodemográficas, utilizando um quadro teórico baseado nas noções de risco, vulnerabilidade, ativo e estrutura de oportunidades. Estas noções são recentes e ainda estão em fase de construção. Conforme sinaliza Bilac (2006):

[...] nenhuma destas noções tem significado unívoco, perfeitamente estabelecido. Ao contrário, foram desenvolvidos no interior de teorias diversas, apoiadas em diferentes percepções do mundo social e, portanto, com objetivos analíticos distintos e muitas vezes irreduzíveis uns aos outros, razão pela qual se torna necessário esclarecer com qual concepção se dialoga (BILAC, 2006, p. 51).

Contudo, apresenta-se como um desafio adicional a esta pesquisa dialogar com uma produção acadêmica na qual as noções de vulnerabilidade não estão perfeitamente estabelecidas e a produção intelectual que busca refletir sobre os diferenciais qualitativos de acesso a políticas sociais no espaço intra-urbano é bastante contemporânea. Vale observar que, até um passado bem recente, a periferia era definida como o local de ausência do Estado. Atualmente, com a universalização de vários serviços como saúde e educação é preciso investigar mais detalhadamente aspectos qualitativos destes serviços:

Os dados sobre a evolução do acesso a serviços públicos pelos 40% mais pobres de São Paulo apontam para um quadro de melhoria e de virtual universalização de alguns desses serviços. Cabe ressaltar que esse quadro é consistente com outras análises realizadas no âmbito das PNADs, tanto na escala nacional quanto na escala das regiões metropolitanas. Esses resultados indicam também que as questões relacionadas à qualidade vão se tornar crescentemente as mais relevantes na discussão a respeito das desigualdades nas condições de acesso a serviços públicos no Brasil (FIGUEIREDO; TORRES; BICHIR, 2006, p. 178).

A questão do acesso diferenciado aos serviços públicos é relevante para nossa pesquisa. As diferenças de acesso podem ocorrer tanto pela falta de cobertura do serviço, quanto pela prestação diferenciada dos serviços. Por exemplo, para Campinas, no caso da ligação à rede geral de água observa-se que há uma universalização dos serviços, onde mais de 95% dos domicílios o possuem. No entanto, quando se observa a frequência de fornecimento de água, verificam-se diferenças intra-urbanas em prejuízo dos grupos mais pobres (Nepo/Unicamp, 2008).

Nos serviços públicos de saúde básica, objetos desta pesquisa, também podem ocorrer diferenças de oferta. No entanto, como se trata de uma política de provisão individual dos serviços, há grande interação entre os trabalhadores e os usuários da política, fato este que pode contribuir para alterar as formas de implementação da política.

Deste modo, a problemática desta pesquisa também está diretamente envolvida com a compreensão da atuação do Estado, supondo que suas diferentes formas de ação (ou parte de suas burocracias) podem gerar iniquidades na oferta dos serviços de saúde, contribuindo para potencializar os riscos de morbimortalidade nos diferentes grupos populacionais.

Partimos da hipótese de que o desempenho da política de saúde pode ser diferenciado segundo o local de sua implementação no espaço intra-urbano e que tal situação contribui para o aumento da vulnerabilidade dos grupos sociais. Esta tese se aproxima das linhas de estudo propostas por Villaça (2000); Caldeira (2000) e Torres (2005a), as quais se preocupam em verificar os efeitos do espaço sobre o social tanto pela separação dos grupos sociais no espaço como pelas consequências deste fato na oferta de políticas sociais.

Em síntese, este trabalho tem por objetivo principal identificar, para a cidade de Campinas, a localização de alguns grupos populacionais mais expostos aos riscos adoecer e morrer. Busca-se para tanto, relacionar as características sociodemográficas dos grupos populacionais (escolaridade, idade, sexo, renda, condição migratória) com seu contexto espacial. Algumas destas características sociodemográficas, quando sobrepostas a uma localização que não

favoreça a oferta adequada dos serviços de saúde, potencializa os riscos de adoecer/morrer da população.

Para os grupos etários naturalmente mais vulneráveis aos riscos de adoecer (dado a fisiologia humana), como os idosos e as crianças, a localização espacial assume uma importância significativa para sua sobrevivência.

O primeiro capítulo, **Vulnerabilidades Sociodemográficas, Segregação Residencial e Políticas Sociais**, apresenta os principais elementos teóricos desta pesquisa, procurando articular a dimensão espacial com a noção de “estrutura de oportunidades” proposta no enfoque de vulnerabilidade de Kaztman (1999) e destacando alguns elementos teóricos que permitem investigar como o acesso a políticas sociais pode se dar de forma diferente nas áreas urbanas segregadas e pobres.

Procurando identificar e aprofundar a compreensão das consequências da segregação residencial no espaço intra-urbano, o segundo capítulo, **Expansão Metropolitana e Segregação Residencial: O Caso de Campinas**, discorre de forma sucinta sobre o processo de urbanização de Campinas e a recente intensificação do processo de segregação residencial, tornando bastante evidente o processo em curso de separação socioeconômica dos grupos populacionais. Também é feita uma caracterização sociodemográfica de duas áreas opostas da cidade: uma mais rica e localizada na parte central; outra mais periférica na qual a população apresenta baixa qualidade de vida.

O terceiro capítulo, **Sistema Único de Saúde (SUS): Aspectos Gerais e Oferta dos Serviços de Atenção Primária de Saúde em Campinas**, apresenta um panorama da oferta atual dos serviços de saúde básica em Campinas, caracterizado pelo atendimento dos Centros de Saúde (CSs)¹. A seguir, é feita uma análise do atendimento nos CSs, observando-se a quantidade de profissionais (médico, enfermeiros e dentistas), horas trabalhadas e consultas/ habitantes de cada CS.

Considerando a complexidade da realidade em foco e o fato dos Centros de Saúde de Campinas já apresentarem uma rede bastante espalhada pela cidade, o quarto capítulo, **Segregação Residencial e a Oferta dos Serviços de Atenção Primária de Saúde em Campinas: o que pensam os atores sociais envolvidos**, investiga por meio de pesquisas qualitativas os possíveis diferenciais na oferta de serviços dos CSs. As entrevistas foram realizadas com

¹ **Centros de Saúde** ou Unidades Básicas de **Saúde** são os Serviços de **Saúde** responsáveis pela atenção básica à **Saúde**. **Optamos neste trabalho por usar a nomenclatura Centro de Saúde (CS), todavia é empregado como sinônimo de Unidade Básica de Saúde.**

funcionários e usuários dos Centros de Saúde e a escolha dos locais deu-se, de modo a diferenciar os CSs localizados em áreas ocupadas por populações de diferentes estratos socioeconômicos. Procura-se, através desses relatos, identificar de que modo os serviços podem variar segundo a localização espacial do CS e sobre a existência de dificuldades para alocar profissionais nos CSs.

O quinto capítulo, **Segregação Residencial e Acúmulo de Carências: Impactos na Qualidade de Vida dos Idosos de Campinas** explora alguns aspectos da qualidade de vida dos idosos e seus cuidados com saúde, que permitem discutir de modo mais específico sobre as diferenças socioeconômicas e de localização deste grupo, colaborando para as investigações a respeito dos seus riscos de adoecer e morrer.

Nas Considerações Finais são destacadas as principais questões que emergiram no desenvolvimento desse trabalho, alguns desafios e possíveis desdobramentos para uma agenda futura de pesquisa.

1. Vulnerabilidades Sociodemográficas, Segregação Residencial e Políticas Sociais

1.1 Riscos, Vulnerabilidade, Ativos e Estrutura de Oportunidades

Os geógrafos no contexto dos estudos sobre risco foram os primeiros a trazer a vulnerabilidade para o debate ambiental. “O interesse dos geógrafos e dos demógrafos tem confluído, principalmente, com preocupações mais recentes destes últimos com populações em situações de risco. Ambos passam a ocupar-se de estudos sobre enchentes e deslizamentos, entre outras situações em que o ambiente, conjugado a fatores socioeconômicos, expõe as populações a riscos, sobretudo nas cidades” (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2005, p. 31).

Na demografia, a noção de risco tradicionalmente é vista como a probabilidade de ocorrer um evento da dinâmica demográfica (fecundidade, migração e mortalidade). No campo específico da saúde muitos estudos se voltam para os riscos de morte ou de contrair uma doença. Estudos recentes sobre a Aids têm procurado ampliar as discussões para ultrapassar a dimensão comportamental do risco, incorporando o contexto social (AYRES et al., 1999; BARBOSA, 2003). Assim, procura-se investigar os riscos de morbimortalidade segundo os diferentes grupos populacionais e a chance destes grupos de se protegerem do problema. São consideradas as “diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema” (AYRES et al., 1999, p. 65).

Ressalta-se, nessa abordagem, a importância de verificar a capacidade do indivíduo de se proteger diante da materialização do risco. Assim, no campo da epidemiologia aliada à demografia, um avanço na noção de risco, enquanto medida objetiva, quantitativa e comportamental se dá pela incorporação da:

Biface vulnerabilidade – *empowerment* como duas faces do mesmo processo, que interagem na equação do risco e da saúde. Outro ponto fundamental é a ênfase nos processos coletivos, sociais e demográficos, e na face política da doença e do risco, influenciando a capacidade das pessoas e grupos de se protegerem e/ou se tratarem. No entanto, a conceituação de vulnerabilidade ainda continua em construção, amplamente utilizada embora pouco precisada na maior parte desses estudos (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2005, p. 38).

Portanto, resta ainda o desafio de elaborar a noção de vulnerabilidade de modo mais preciso. “As Ciências Sociais tomaram de empréstimo das Ciências Ambientais a noção de vulnerabilidade para designar a maior ou menor capacidade de enfrentamento dos riscos sociais por parte de indivíduos e de grupos” (BILAC, 2006, p. 53).

Como as realidades tornam-se cada vez mais complexas, os cientistas buscam novos conceitos para tentar explicar a realidade sendo que a vulnerabilidade adquire um lugar de destaque no pensamento acadêmico. Configura-se, assim, uma ampla possibilidade de usos da noção de vulnerabilidade, onde cada disciplina lhe dá um sentido próprio.

De forma geral, a vulnerabilidade é vista como uma consequência da situação de risco. Elementos como violência, narcotráfico, desigualdade social, segregação e exclusão trazem as questões do risco e da vulnerabilidade para o centro da discussão (HOGAN; MARANDOLA JR., 2006, p. 25).

Uma das preocupações do levantamento realizado por Hogan e Marandola Jr. (2006) refere-se a mapear o conceito de vulnerabilidade relacionado aos temas de pobreza, exclusão e marginalização, onde os autores destacam a presença constante da “questão social” ou componente social subjacente a estes temas. “De fato, os debates sociais filiados à teoria crítica têm sido, há várias décadas, a principal matriz de pensamento ocupada da ‘questão social’, procurando uma compreensão do funcionamento da sociedade capitalista de classes que propusesse uma transformação social” (HOGAN; MARANDOLA JR., 2006, p. 26).

Deste modo, os estudos preocupados com as diferenças sociais fundamentam-se na leitura da sociedade de classes, onde as oportunidades de vida são desigualmente distribuídas.

Neste contexto, surge a leitura de vantagens (ativos) e desvantagens (falta de ativos) sociais para se avaliar a pobreza.

No cenário latino-americano, a Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) têm promovido discussões e trabalhos embasados neste enfoque de ativos, do qual deriva o conceito de vulnerabilidade social e sua correlata vulnerabilidade sociodemográfica.

De modo geral, os principais componentes que ordenam e originam os diferentes enfoques da vulnerabilidade social são os seguintes (VIGNOLI, 2006, p. 101-105):

i) **Ativos** - Proposta elaborada, entre outros, por Moser (1998) onde se reconhece que, apesar da vulnerabilidade dos pobres ser associada a um acervo de ativos, como por exemplo, trabalho, capital humano, moradia, em inferior quantidade ou qualidade; os pobres também possuem estratégias para mobilizar seus ativos e seria mais produtivo para as políticas sociais conhecerem e fortalecerem o uso destas estratégias.

Nas análises do cone sul da América, ampliou-se o enfoque de ativos, sugerindo que a vulnerabilidade não deve ser vista unicamente em função dos ativos disponíveis no domicílio, mas segundo sua relação com o contexto – as chamadas estruturas de oportunidades. Este incremento no enfoque deve-se a Kaztman (1999a).

ii) **Choques** - São os impactos externos que afetam as comunidades, lares e pessoas; por exemplo, as crises econômicas.

iii) **Entradas e saídas da pobreza** - Probabilidade de cair na pobreza. Vinculada ao mercado de trabalho (flexibilidade/estabilidade) e transformações do amparo social.

iv) **Insegurança e incertezas modernas** - Vulnerabilidade associada às mudanças do mundo do trabalho e do acesso material e simbólico aos alicerces básicos da sociedade, promovidas por mudanças tecnológicas e também por processos culturais.

v) **Desproteção** - Derivada da erosão das instituições-chave de proteção social, como a crise do Estado.

Esta classificação de Vignoli (2006) nos ajuda a ter um panorama mais geral dos enfoques de vulnerabilidade social, mas não deve ser considerada de modo estanque, dado que os enfoques muitas vezes se misturam como no caso das entradas e saídas da pobreza, da desproteção do Estado e incertezas modernos. Estes elementos estão intimamente imbricados.

A noção de vulnerabilidade proposta por Kaztman (1999a) inspirou-se no trabalho de Moser (1998), o qual se contrapõe aos estudos cujo enfoque da pobreza se faz apenas pelo recorte da falta de renda monetária, ou seja, a pobreza é mensurada estritamente por medidas fixas como a linha de pobreza.

Os enfoques voltados para os ativos (MOSER, 1998) procuram olhar o que os pobres têm ao invés do que lhes falta, sendo que, o olhar do pesquisador volta-se para as estratégias de soluções encontradas pela população alvo do estudo. Porém, é preciso lembrar-se das dificuldades existentes em se encontrar um “*right mix*, na gestão dos ativos que realmente resolva determinada vulnerabilidade sem propiciar o surgimento de novas” (BILAC, 2006, p. 63).

No enfoque teórico da vulnerabilidade proposto por Kaztman (1999a) a vulnerabilidade ante a pobreza ou a exclusão social se refere as “situações que surgem quando as configurações de recursos que controlam e podem movimentar os domicílios não são suficientes para aproveitar as estruturas de oportunidades de acesso ao bem-estar” (KAZTMAN, 2006, p. 71).

Para Kaztman (1999a) os **recursos** de um domicílio são todos os bens, tangíveis e intangíveis, que este possui. Os **ativos** são um subconjunto dos recursos e sua mobilização permite o aproveitamento das estruturas de oportunidades, seja para elevar o nível de bem estar ou para mantê-lo diante de ameaças externas. Os ativos são compostos por:

- Capital Físico: bens materiais e renda (baseado em direitos);
- Capital Humano: trabalho, educação e saúde (baseado nas pessoas);
- Capital Social: rede de relações baseadas na confiança e na solidariedade, onde circulam recursos e informação (baseado em relações).

O diferencial de Kaztman (1999a) em relação à proposta de Moser (1998) foi:

Vincular a existência de ativos nos domicílios e sua capacidade de movimentá-los às lógicas de produção e distribuição de ativos em cada sociedade. Reconhecemos o passo fundamental dado por Moser ao abrir a caixa preta dos domicílios e perguntar-se a respeito dos recursos e das estratégias que utilizam para mobilizá-los diante de crises e adversidades. O que propusemos em nosso enfoque é ampliar a pergunta, interrogando-nos sobre como construir sociedades que minimizem a ocorrência dessa situação de risco, para que estas afetem o menor número possível de pessoas e de famílias. Para responder a esta questão, devemos entender as lógicas de produção e distribuição destes ativos em distintas sociedades, isto é, perguntar pela natureza e pela dinâmica das estruturas de oportunidades que controlam as ordens institucionais básicas da sociedade, isto é, o mercado, o Estado e a comunidade (KAZTMAN, 2006, p. 73).

O trecho acima aponta um aspecto importante desta proposta, ou seja, a introdução de um novo componente: a estrutura de oportunidades. Para Kaztman deve-se perguntar sobre as fontes dos ativos sociais, sendo que o mercado, o Estado e a comunidade configuram-se como as fontes básicas destes ativos. Assim, além para entender de que forma os ativos dos domicílios afetam a produção e reprodução da pobreza, é preciso perguntar-se “Quais são os mecanismos que determinam a distribuição de ativos entre diferentes pessoas e famílias? Como se configuram e como mudam?” (KAZTMAN, 1999b, p. 16).

A estrutura de oportunidades são as fontes de ativos, em outras palavras, as bases físicas e organizacionais que permitem o acúmulo de ativos. “O termo estrutura alude ao fato de que as rotas de bem estar estão estreitamente vinculadas entre si, de modo, que o acesso a determinados bens, serviços ou atividades proveem recursos que facilitam por sua vez o acesso a outras oportunidades” (KAZTMAN, 1999a, p. 9).

As funções das estruturas de oportunidades são classificadas entre àquelas que fornecem ativos ou regeneram aqueles esgotados (como por exemplo, a provisão de oportunidades de educação e saúdes gratuitas pelo Estado) e àquelas que facilitam um uso mais eficiente dos recursos já disponíveis nos domicílios (como por exemplo, serviços de creche) (KAZTMAN, 2006, p. 73).

Todavia, as noções de ativos e estrutura de oportunidades, elaboradas por Kaztman (1999a) para o entendimento da vulnerabilidade social precisam ser mais bem exploradas. No caso específico da noção de estrutura de oportunidades, acreditamos que os estudos geográficos preocupados em verificar a importância da localização espacial para os grupos sociais podem contribuir para ampliar as discussões da vulnerabilidade.

As diversas disciplinas que adotam a noção de vulnerabilidade costumam apresentar em comuns três componentes constitutivos da vulnerabilidade:

- 1) existência de um risco;
- 2) incapacidade de responder ao risco;
- 3) inabilidade de adaptar-se ao perigo.

Além disso, “os geógrafos embora concordem com esses três componentes, as encaram como características dos lugares (não apenas das pessoas) e tendem a entender a vulnerabilidade como o grau de capacidade de resposta e de habilidade de adaptação (ajuste)” (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2005, p. 47).

A vulnerabilidade pode ser enfocada tanto como a vulnerabilidade dos lugares, quanto como a vulnerabilidade dos grupos populacionais verificadas através de seus recursos socioeconômicos. A união destes dois elementos pode enriquecer a capacidade explicativa das noções de ativos e estrutura de oportunidades.

Ainda que Kaztman não desenvolva a dimensão espacial na sua noção de estrutura de oportunidades, esta dimensão é considerada importante pelo autor quando se trata de estudar as políticas para superação da pobreza urbana. Ele considera que as condições locais podem afetar a eficácia e eficiência das políticas e, deste modo, considera importante que se incorpore a variável territorial no desenho de políticas públicas (KAZTMAN, 2003).

A partir das características estruturais e do contexto histórico de formação dos bairros, Kaztman (2003) constrói uma tipologia dos bairros pobres urbanos. Assim, os bairros foram divididos em: i) formados por migrantes internos que chegavam as cidades (êxodo rural); ii) bairros operários tradicionais; iii) bairros populares pobres (mostram certa heterogeneidade, apesar de sua população ser predominantemente pobre) e iv) guetos urbanos (condições socioeconômicas que não favorecem a mobilidade social tanto ao nível individual como coletivo). A partir deste diagnóstico dos bairros, ele procura pensar nas formas de atuação política mais adequada para cada contexto.

Com base, nestas considerações Kaztman (2003) propõe que os recortes territoriais sejam levados em consideração no desenho das políticas sociais. Não se trata de excluir as políticas universalistas, adotando políticas focalizadas; pelo contrário, sua proposta contempla o desenvolvimento de três tipos de políticas: i) de apoio às organizações comunitárias, ii) políticas sociais universais para bens coletivos e individuais e iii) políticas sociais focalizadas. Cada um destes três tipos varia conforme as características do bairro. Entretanto:

No puede haber duda, es que más allá que el diseño y ejecución de una política se concentre en la autoridad centralizada, o se libere a la gestión local, es necesario que cualquier intervención de base territorial incorpore una mirada que reconozca la diversidad de estructuras sociales en el espacio urbano, así como las peculiaridades de las unidades (barrios) que contienen esas relaciones. Dichas unidades deben ser tematizadas, comprendidas y abordadas en sus múltiples variantes, no como mera suma de individuos, sino como estructuras agregadas que son más que la suma de las partes.

Ahora bien, el reconocimiento de la importancia de entender e incorporar la dimensión espacial de las unidades de organización social, no implica aceptar automáticamente que la mejor gestión y diseño de política se produce en el mismo nivel "atómico" del vecindario. Hemos mostrado que la estructura de oportunidades local, y la acumulación de activos familiares y comunitarios está

fuertemente ligada a una estructura de oportunidades que trasciende la unidad barrial e incorpora como esferas claves al mercado de empleo y las políticas del Estado central (de la ciudad y de la nación) (KAZTMAN, 2003, p. 31-32).

Torna-se claro a importância de levar em conta as diversidades das estruturas sociais no espaço urbano, assim como as características físicas dos bairros para o desenho de políticas sociais. Ainda que a estrutura de oportunidades transcenda os limites dos bairros, as características do bairro também imprimem aspectos específicos nas estruturas de oportunidades.

Segundo Bourdieu (2007, p. 163), o espaço é um dos locais onde o poder às vezes se manifesta de um modo sutil, por meio da violência simbólica. Os espaços podem proporcionar:

- i) Ganhos de localização, onde as rendas (ditas de situação) estão associadas à proximidade de agentes ou bens raros e cobiçados;
- ii) Ganhos de posição ou de classe são os ganhos simbólicos proporcionados, por exemplo, por um endereço de prestígio;
- iii) Ganhos de ocupação (ou de acumulação) se traduzem na posse de espaços físicos que permitem manter à distância os elementos “indesejáveis”.

Em decorrência do capital que se possui é possível dominar o espaço apropriando-se de bens raros e dos meios de transporte. Os que não possuem capital são mantidos afastados, seja pela distância física ou simbólica. “A falta de capital intensifica a experiência de finitude: ela prende a um lugar” (BOURDIEU, 2007, p. 163).

Deste modo, a compreensão da dinâmica espacial das estruturas de oportunidades possibilita uma avaliação mais ampla dos riscos sociais. Pode ser que ocorram ganhos de localização para os moradores de baixa renda que estão próximos às áreas de mais alta renda da cidade. Neste caso, as oportunidades de acessar serviços de saúde podem ser diferentes daqueles moradores também de baixa renda, mas residentes nos locais pobres e segregados.

Pode-se dizer que, no contexto desta pesquisa, a noção de estrutura de oportunidades configura-se como os serviços de saúde que são oferecidos pelo Estado e, no caso brasileiro, trata-se de uma estrutura de oportunidades que tem origem em uma política social e universal. O sucesso da implementação desta política permite que a população acumule ou regenere um importantíssimo elemento do capital humano: a saúde.

Uma das formas de se verificar a fragilidade social pode ser pela ausência ou dificuldade de acesso às políticas sociais, ou segundo o enfoque de Kaztman (1999) acesso à estrutura de oportunidades fornecida pelo Estado. Como nesta pesquisa estudaremos alguns elementos que

podem gerar desigualdades na estrutura de oportunidades (fonte de ativos), interessa-nos estabelecer pontos de diálogo com outros autores que investiguem mais especificamente a interferência da segregação residencial nas políticas sociais.

O próximo item apresenta uma discussão sobre as relações entre dimensão espacial e estruturas de oportunidades, à luz da literatura sobre segregação socioespacial e geografia de oportunidades.

1.2 Elementos da Segregação Residencial e Geografia de Oportunidades

A literatura urbana nacional tem se preocupado em estudar a segregação residencial como um elemento da pobreza urbana, sendo que o foco está voltado, principalmente, para as causas e não para as consequências desta segregação:

Mudança na estrutura social, aumento da pobreza ou da concentração de renda, exclusão social, elitização do mercado imobiliário e alocação dos investimentos públicos são todos processos utilizados na explicação do aumento da segregação urbana no período recente. Ou seja, predomina o enfoque das causas e não dos efeitos da segregação (LAGO, s.d., p. 5).

De maneira geral, nos últimos 30 anos, os estudos urbanos brasileiros foram marcados por uma visão parcial da pobreza urbana. O destaque para os aspectos gerais ou macroestruturais deixou de lado os variados graus de heterogeneidade social e acúmulos de carências que podem existir nos espaços da metrópole marcados pela pobreza (MARQUES, 2005).

Nos anos de 1970 a consolidação dos processos de urbanização e metropolização, fizeram com que se desenvolvessem estudos referentes à cidade e as dinâmicas urbanas. “O estudo de nosso urbano, portanto, nasceu macrossociológico. Tentava enquadrar analiticamente as metrópoles brasileiras e seus fenômenos em processos macrossociais associados a um certo tipo de capitalismo (periférico e dependente e um regime político autoritário)” (MARQUES, 2005, p. 21). Tanto na Sociologia como na Geografia os estudos eram feitos predominantemente sob o paradigma marxista².

Nos anos de 1980 as análises estiveram mais voltadas para as ações urbanas coletivas que buscavam melhores condições de vida e moradia:

² Na geografia ver Santos (1981) e na sociologia ver Kowarick (1975).

Ao contrário dos trabalhos anteriores, esse conjunto de estudos acrescentou atores, pelo lado dos dominados, e sustentou que o 'povo se encontrava em movimento'. Em um primeiro momento isso foi feito dentro do paradigma anterior, mas em seguida certos autores tentaram se libertar dos constrangimentos estruturais e incorporar esses atores como agentes sociais plenos (MARQUES, 2005, p. 23).

A antropologia brasileira também esteve estudando as periferias, mas, segundo Marques (2005), o resultado deste deslocamento produziu uma grande quantidade de monografias localizadas e pontuais.

Uma lacuna deixada pela literatura urbana dos anos 1970 refere-se à descrição empírica das periferias em seu conjunto. Isto nos coloca hoje em uma situação contraditória, apesar da literatura dos anos de 1970 estudar intensamente os espaços periféricos:

A maior parte da produção era de natureza ensaística e bastante impressionista com relação aos conteúdos concretos dos espaços periféricos. Embora estivessem presentes estudos de caso ricos em detalhes, eles tendiam a ser muito pontuais, dialogando de forma genérica com as interpretações ensaísticas mais gerais e, portanto, apresentando grandes problemas para a generalização dos argumentos. (...) ao mesmo tempo em que conhecemos os padrões gerais daquelas cidades, sabemos incrivelmente pouco sobre seus detalhes (MARQUES, 2005, p. 29).

Algumas pesquisas contemporâneas que estudam as periferias urbanas negam a homogeneização da mesma, assim como resistem ao fato de caracterizá-la como o local onde as rendas diferenciais tendem a zero, os loteamentos são irregulares, a população é operária, onde predomina a autoconstrução e *não há presença do Estado*. Estas pesquisas contemporâneas partem da ideia de que a periferia, ainda que apresente parte destes elementos, é complexa e heterogênea. Apesar de não haver nenhuma teoria desenvolvida sobre isto, o contato empírico com os conteúdos sociais destas periferias, sobretudo a de São Paulo, permite tal visão (MARQUES, 2005, p. 31).

Nesta tarefa de desvendar a heterogeneidade das periferias, alguns elementos conceituais costumam aparecer para ajudar no seu entendimento. Um deles refere-se à segregação. Assim, no período recente, desenvolveram-se pesquisas voltadas para a investigação da segregação socioespacial em nossas metrópoles e da conformação de nossas periferias, como os trabalhos de Villaça (2000); Caldeira (2000) e Marques e Torres (2005).

O processo de segregação era considerado de forma abrangente pela literatura dos anos de 1970. “Por segregação se nomeava os heterogêneos processos que produziam separação e concentração de grupos sociais, assim como produziam e reproduziam desigualdades sociais no espaço” (MARQUES, 2005, p. 31).

Na produção brasileira, geralmente, o termo segregação é usado tanto para designar separação quanto desigualdade³. Nos estudos recentes, o processo de segregação pode ocorrer ao menos de três modos distintos (MARQUES, 2005, p. 31-34):

1) segregação que implica na total apartação e isolamento, idéia de gueto. Mais recentemente incorpora-se a ideia de auto-segregação através dos condomínios fechados. A inexistência de dispositivos legais em nossas cidades que garantam esta separação dificulta a aplicabilidade do conceito de gueto para as periferias.

2) segregação como desigualdade de acesso em várias acepções da expressão, como desigualdades de acesso a políticas públicas ou de condições de vida de uma forma geral.

3) segregação como separação ou homogeneidade interna e heterogeneidade externa na distribuição dos grupos no espaço.

Tanto a desigualdade de acesso a políticas sociais e a separação ou homogeneidade interna na distribuição dos grupos no espaço, embora tratados de forma distinta, devem ser considerados de forma combinada, dado que não é apenas a separação que determina o acesso desigual aos serviços, mas também (e ao mesmo tempo) a desigualdade de acesso que especifica e reproduz a separação. Deste modo:

Em nossas cidades, os grupos não apenas se localizam separados entre si em espaços homogêneos internamente e distantes uns dos outros como, por causa disso, ocorre um acesso diferenciado desses grupos às oportunidades e aos equipamentos vigentes na cidade, com muitas consequências negativas para os grupos sociais segregados; (...) os diferenciais de acesso também são causa de separação (MARQUES, 2005, p. 35).

Assim, torna-se difícil estudar um processo de desigualdade de acesso a políticas sociais sem levar em conta as separações dos grupos sociais no espaço urbano. As possibilidades dos indivíduos de ingressarem em situações de vulnerabilidade são fortemente influenciadas pelas desigualdades de acesso às políticas sociais. Estas desigualdades de acesso também estão

³ Cf. Lago (2002) e Maricato (2003).

fortemente marcadas pelos ganhos de localização conforme proposto por Bourdieu (2007) onde a proximidade de agentes ou bens raros proporciona benefícios aos grupos populacionais.

Pode-se dizer que os grupos sociais mais vulneráveis tendem a apresentar segregação socioespacial, pois a ausência de maior heterogeneidade em seus relacionamentos contribui para a precariedade e a instabilidade do mercado de trabalho, além de dificultar o acesso aos serviços públicos, como educação e saúde, sobretudo aos serviços de melhor qualidade. Este acúmulo de carências gera situações de fragilidade social, as quais, para serem mais bem apreendidas necessitam ir além de enfoques tradicionais que considerem apenas a renda para mensurar a pobreza. A localização espacial da estrutura de oportunidades se torna muito importante no entendimento de tais carências.

Alguns autores (VILLAÇA, 2000; MARQUES; TORRES, 2005) estudam os diferenciais socioeconômicos no espaço e, para eles, a segregação é entendida, em linhas gerais, como a separação entre grupos sociais, basicamente separação residencial entre grupos sociais⁴. Neste trabalho nos apoiaremos nesta definição de segregação, chamando-a de segregação residencial.

No estudo de Kaztman (2003) são apontadas duas dimensões da vulnerabilidade dos pobres urbanos: quanto ao mercado de trabalho e quanto ao “isolamento social”, proporcionado pela redução dos espaços de interação de diferentes grupos sociais. Ele enfatiza a importância de se promover a integração social como uma forma de ampliar as possibilidades dos pobres de superar sua pobreza.

Entretanto ele reconhece que esta tendência atual de redução dos espaços sociais de convivência só se aplica para os países latino-americanos que na segunda metade do século XX realizaram “avances significativos en la universalización de sus servicios públicos (básicamente educación y salud), [y] registraron en las últimas décadas una importante deserción de las clases medias de esos servicios” (KAZTMAN, 2003, p. 18)⁵.

⁴ Maiores esclarecimentos sobre conceitos, métodos e medições da segregação podem ser obtidos na edição da revista Espaço & Debates, São Paulo, v.24, n.45, jan/jul 2004. Em particular nos artigos de Preteceille e Marcuse e no debate final.

⁵ Para o caso brasileiro existe uma grande dificuldade em se trabalhar com o aumento da vulnerabilidade social utilizando a noção de “isolamento social”, nos moldes propostos por Kaztman, dado que aqui a universalização da educação e saúde se fez mais recentemente e estes serviços não foram usados igualmente pelos diferentes grupos sociais. Deste modo, estes serviços públicos são utilizados, geralmente, pela população de baixa renda e, portanto, não se pode considerar que já tenha havido uma maior sociabilidade dos grupos nestes espaços. Além do que, a sociedade brasileira é marcada por uma das maiores desigualdades de renda e sociais do mundo, favorecendo assim a segmentação social.

Nos casos dos bairros classificados como guetos (grande homogeneidade dos grupos sociais) parece haver uma tendência descendente na escala social, mas os mecanismos para explicar esta tendência ainda não estão muito estudados na América Latina, e mesmo:

En Estados Unidos, país donde la naturaleza de estos mecanismos se ha analizado con mayor profundidad que en otros países, “son pocos los estudios que han enfrentado el tema seriamente” (SMALL; NEWMAN, 2001). Los principales trabajos intentan dar cuenta de las variaciones en la organización social de los vecindarios en base a dos tipos de modelos. El primero enfatiza aspectos del contexto que afectan la socialización de niños y adolescentes (culturas del grupo de pares opuestas a las normas y valores dominantes en la sociedad, escasez de modelos de éxito en el mundo adulto, trato discriminatorio de representantes de instituciones externas al barrio, etc.). El segundo se concentra en aspectos instrumentales, esto es, **características del medio que limitan el acceso a estructuras de oportunidades** [grifos nosso] cuyo aprovechamiento facilita el mejoramiento de las condiciones de vida (empleo, escuelas, asociaciones con distintos fines, centros de salud, cuidado de niños, etc.) (KAZTMAN, 2003, p. 11).

Verifica-se que os estudos têm procurado abordar a questão de como as condições locais de um bairro podem alterar as organizações sociais deste mesmo bairro de dois modos: pelas relações de socialização dos indivíduos e pelos aspectos físicos do bairro que limitam o aproveitamento de outras estruturas de oportunidades. Assim, as possibilidades das pessoas de melhorarem suas condições de vida, também estão condicionadas pelas características estruturais do meio onde residem.

No caso específico dos bairros tipo guetos, Kaztman (2003) trabalha com a ideia de que as características deste tipo de bairro podem reduzir as relações de sociabilidade e esta redução pode favorecer uma mobilidade social descendente. Mas, como ele mesmo ressalta, os estudos sobre as consequências desta segregação são poucos. Entre eles destacam-se alguns:

En base a una investigación llevada a cabo en Chile, Sabatini, Cáceres y Cerda (2000) denuncian una acentuación de la malignidad de estos procesos. Como evidencia de ese fenómeno, los autores presentan datos de Gran Concepción y Gran Valparaíso que muestran un significativo crecimiento, entre 1970 y 1992, de los coeficientes de correlación entre el nivel de segregación residencial en los barrios pobres y sus tasas de desempleo, las proporciones de desafiliación institucional de los jóvenes, el rezago escolar y el embarazo adolescente. A su vez, en un estudio realizado en Montevideo, Kaztman (1999) buscó aislar el “efecto vecindario” del “efecto familia” sobre un conjunto de comportamientos de riesgo de niños y jóvenes parecido al estudiado en Chile. El trabajo permite concluir que niños y jóvenes provenientes de hogares con portfolios de activos

similares muestran una mayor propensión a comportamientos de riesgo cuanto mayor es el nivel de homogeneidad social de los vecindarios pobres. Estos resultados no difieren de los que arrojan numerosos estudios llevados a cabo en ciudades de Estados Unidos (JENCKS; MAYER, 1990) (KAZTMAN, 2003, p. 20).

Percebe-se pelo trecho acima que estes estudos enfatizam como papel negativo da segregação, a falta de socialização entre os grupos de diferentes segmentos socioeconômicos, ainda que os mecanismos explicativos para a relação “falta de sociabilidade/efeitos negativos” sejam pouco conhecidos.

No Brasil, verifica-se que, nos bairros com grande concentração de pessoas pobres, o desempenho escolar dos alunos tende a ser pior e a probabilidade de alguém conseguir um emprego formal também é menor, pois a proporção de pessoas com emprego formal é baixa, reduzindo assim as chances de obtê-lo através das relações sociais de vizinhança. Muitas vezes somam-se a este quadro as condições precárias de infraestrutura dos domicílios e uma maior exposição à violência, ocasionando maiores riscos de agravos de saúde ou até de vida. Todos estes elementos criam uma espiral negativa dificultando as soluções sociais existentes (TORRES; MARQUES, 2005).

O trabalho de Ribeiro (2008) trata especificamente do sistema de distâncias e oposições existentes entre os grupos sociais no território da metrópole fluminense (RJ). A partir da observação de que nas metrópoles brasileiras a divisão social nunca é absoluta “prevalecendo no interior dos espaços dominados pelas classes superiores territórios populares gerando proximidades geográficas de grupos inseridos em posições opostas no espaço social” (RIBEIRO, 2008, p. 2), o autor realiza duas pesquisas de campos em um conjunto habitacional popular – a Cruzada de São Sebastião - localizados em um bairro onde a população é predominantemente de alta renda – o Leblon.

Os resultados da pesquisa apontaram que as relações entre estes dois grupos de moradores sempre foram marcadas pela distância social e relações de subordinação, sendo que nem mesmo uma atividade em local público como o futebol na praia suscitava a integração social. Desta forma, o autor constatou que a proximidade física não proporciona inteiração social dos grupos sociais, não ocorrendo os possíveis aspectos positivos relatados nas pesquisas realizadas por Kaztman (2001) sobre segregação residencial (RIBEIRO, 2008, p. 15):

Somos conduzidos à constatação de que a vizinhança não elimina as relações de dominação existentes entre os moradores da Cruzada e os do bairro do Leblon.

Entre eles, com efeito, existem relações de dominação decorrentes do exercício do poder social e simbólico das elites econômicas e intelectuais, o que lhes confere a capacidade de dar o tom e definir o estilo de relações prevaletentes, breve [sic] de impor como legítimas suas normas de comportamento e seu modelo de vida. Por outro lado, as relações de dominação também estão asseguradas pelo fato da “co-habitação” se materializar pela compra e venda de trabalho dos mundos sociais e que hierarquizam a sociabilidade. (...) Podemos mesmo aventurar a hipótese de que a proximidade territorial gera um efeito negativo, na medida em que gera uma tal pressão social sobre os moradores da Cruzada que bloqueia as possibilidades de tomada de consciência da sua situação de inferioridade e de dominação, impedindo a adoção de atitudes que lhes permitam escapular dos efeitos negativos da estigmatização. Parece-nos mais apropriado a utilização do conceito de efeito do lugar proposto por P. Bourdieu (1997) para pensar as práticas de lutas pela apropriação do espaço, segundo o qual o lugar ocupado pelos grupos sociais na cidade permite acesso a várias formas de capitais inscritas no território (RIBEIRO, 2008, p. 14-15).

Pela passagem acima, fica claro que a proximidade física nem sempre é capaz de proporcionar melhorias na qualidade de vida das pessoas através da socialização dos diferentes grupos populacionais. A pouca distância geográfica entre os grupos nem sempre tem por consequência uma maior interação dos grupos populacionais. Os que são percebidos como diferentes são mantidos à distância pela diferenciação simbólica, traduzida na posse de bens e status.

Para que o estabelecimento de contatos sociais resulte em aspectos positivos (o chamado efeito demonstração, onde a convivência com modelos de sucesso material e profissional torna-se um exemplo inspirador para as pessoas) é preciso, em primeiro lugar, que haja “efetivamente uma estrutura de oportunidades aberta a todos aqueles que estão dispostos a fazer os esforços para transitar por ela e, em segundo lugar, que este trânsito implica no alcance de condições dignas de vida, incorporando aqueles bens e serviços que a sociedade propõe como desejáveis” (RIBEIRO, 2008, p. 15).

No caso brasileiro, historicamente os diferentes grupos socioeconômicos tiveram poucos espaços de sociabilidade em comum e as estruturas de oportunidades são desigualmente distribuídas. Portanto, esta abordagem que enfatiza o papel negativo da falta de socialização é limitada. Mas talvez ela possa ser promissora se considerarmos que, justamente pelo fato de haver pouco contato entre os grupos, ocorre uma seletividade no momento das escolhas dos locais de trabalho. Desta forma, os profissionais mais qualificados tendem a continuar nas áreas da cidade as quais têm maior familiaridade e na qual sua vida cotidiana está estruturada; evitando

assim, deslocar-se para os locais mais pobres e segregados, resultando em diferenças na oferta dos serviços públicos.

No caso de espaços territoriais onde diferentes grupos sociais co-habitam, como bairros de classe alta onde há favelas, pode-se pensar que esta população de menor renda poderia acessar serviços de saúde de maior qualidade, dado que estes serviços teriam mais condições de operarem com um quadro de funcionários qualificados, pois os mesmos prefeririam trabalhar próximo do seu local de residência, não necessitando fazer grandes deslocamentos pela cidade. Este talvez pudesse ser considerado um aspecto positivo do efeito de vizinhança. Mas os estudos que abordam este tipo investigação ainda são escassos e pretendemos contribuir com este trabalho nesta discussão.

A relação entre localização e oportunidades sociais pode ser encontrada em alguns estudos geográficos:

Cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão, depende de sua localização no território. Seu valor vai mudando, incessantemente, para melhor ou pior, em função das diferenças de acessibilidade (tempo, frequência, preço) independentes de sua própria condição. Pessoas, com as mesmas virtualidades, a mesma formação, até mesmo o mesmo salário têm valor diferente segundo o lugar em que vivem: as oportunidades não são as mesmas. Por isso, a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está. (...) Indivíduos que disponham de uma soma de capital, formação cultural e capacidade física equivalente, ocupados num mesmo tipo de atividade – para não falar senão destas qualidades comuns – são, sem embargo, dotados de possibilidades efetivas sensivelmente desiguais conforme os diferentes pontos do espaço em que se localizem (SANTOS, 2000, p. 81-82).

Ressalta-se que o espaço “afeta” as populações por meio da materialização de diferentes oportunidades sociais, como, por exemplo, diferentes possibilidades de acesso a políticas sociais. A afirmação de que o espaço pode ser visto como gerador de externalidades negativas ou positivas, as quais impactam na implementação de políticas sociais ajudará no desenvolvimento desta pesquisa:

No que diz respeito à dimensão espacial, não buscamos apenas descrever a presença de diferenciais socioeconômicos no espaço (entre grupos, atividades, etc.), mas defender a existência de uma dimensão verdadeiramente espacial nas condições de vida. **Entendemos por dimensão espacial o efeito específico que os padrões de contigüidade, vizinhança e distância causam aos indivíduos e grupos, afetando suas possibilidades de inserção em diversas esferas da**

sociedade. [grifos nosso] Nossas análises indicam que indivíduos com condições sociais semelhantes, mas localizados em regiões distintas da cidade, têm acesso diferenciado a bens e serviços públicos e a elementos geradores de mobilidade social (como o emprego), assim como tendem a ser submetidos de forma diferente a agravos de diversas naturezas, dependendo das condições de segregação a que estão submetidos (TORRES; MARQUES; BICHR, 2006, p. 232).

Desta forma, a dimensão espacial pode ser definida pelos efeitos resultantes da proximidade ou distância física dos grupos sociais (a segregação). Ou seja, a segregação residencial, materializada no espaço pela separação dos grupos sociais⁶, pode gerar interferências na qualidade de vida dos grupos populacionais.

O trabalho de Galster e Killen (1995) apresenta uma estrutura conceitual das oportunidades metropolitanas e um modelo dos elementos que afetam as decisões individuais dos jovens sobre seu futuro. Ele argumenta que as decisões dos jovens sobre educação, fecundidade, trabalho e decisão de ingressar em atividades criminosas são feitas com base nos seus valores, aspirações, preferências, em conjunto com as percepções que possuem das suas oportunidades:

Objectively, the components of the opportunity structure that yield the opportunity set vary at different spatial scales across the metropolitan area because of the operation of the education system, labor market, crime market, social welfare system, and criminal justice system. Subjectively, values, aspirations, preferences, and the apparent operations of these components are further shaped by spatially varying local social networks. The upshot of all this is that two youths with identical personal characteristics are unlikely to make the same life decisions if they reside in different parts of the same metropolitan area (GALSTER; KILLEN, 1995, p. 24-25).

No trecho acima, os autores deixam claro que existem diferenças no modo de atuar dos sistemas de educação, mercado de trabalho, sistemas de bem estar, embora não se aprofundem em especificar quais são e como estas diferenças se manifestam no cotidiano das pessoas. A preocupação deste trabalho de Galster e Killen (1995) é compreender melhor como os jovens tomam decisões e o papel que a geografia desempenha nesta tomada de decisão, seja pela variação de oportunidades no espaço, seja pela influência que as redes sociais locais desempenham na aquisição de valores, preferências, aspirações, entre outros.

⁶ É preciso ter em conta que existem graus de homogeneidade. Portanto, “há segregações e segregações, dependendo do grau de homogeneidade. [...] Nunca se deve esperar, como às vezes acontece, uma homogeneidade total, mas sim um maior ou menor grau de homogeneidade” (VILLAÇA, 2004, p. 94).

Pode-se verificar que nos trabalhos que levam em conta o espaço como diferenciador do conjunto de oportunidades que as pessoas podem utilizar a separação dos grupos sociais no espaço e as desigualdades de oportunidades de acesso a políticas sociais se retro-alimentam, em um constante movimento de ir e vir. O espaço (materializado por meio dos grupos sociais homogêneos) pode “atuar” determinando a concretização de diferentes estruturas de oportunidades.

A separação dos grupos sociais no espaço pode interferir no acesso a políticas sociais pela “evitação social”:

Em relação à segregação, considero que atualmente há um elemento essencial que é o processo das pessoas evitarem outras que são vistas como diferentes delas, tidos e havidos como potencialmente perigosos [...] É o processo de evitação social que cria formas de distanciamento, isolamento, que são extremamente importantes para separar ou segregar um grupo do outro, principalmente os abastados dos pobres. A questão da violência não só separa um grupo do outro como também é um elemento básico em estruturação da vida das famílias. Em pesquisa que fiz tanto no centro como na periferia, as entrevistas mostram que as pessoas procuram se situar em certos locais da cidade muito em função do trabalho, mas também em função da violência, ou, muitas vezes, para escapar dela. Existe uma migração de local de residência hoje para escapar da violência (KOWARICK et al., 2004, p. 96-97).

Neste debate sobre segregação, Kowarick (2004), cita o problema da vulnerabilidade civil, como um elemento que dificulta o acesso ao mercado de trabalho. A vulnerabilidade civil “diz respeito à integridade física das pessoas que estão sendo assassinadas, principalmente os jovens de 15 a 24 anos na periferia, fundamentalmente pobres assassinados por pobres (KOWARICK et al., 2004, p. 107).

Este aspecto da evitação social aparece também nos achados de estudos que mostram que a proximidade geográfica não implica na interação dos grupos sociais. Existe um conjunto de maneiras pelas quais as pessoas tendem a procurar conviver somente com grupos semelhantes aos seus, sendo que os diferentes são tidos como perigosos. Caldeira (2000) no seu estudo sobre crime, violência e as mudanças sociais traduzidas pela proliferação de condomínios fechados, ou como ela os denomina “enclaves fortificados”; também nos apresenta esta constatação de medo e falta de tolerância com grupos sociais diferentes:

No contexto de crescente medo do crime e de preocupação com a decadência social, os moradores não mostram tolerância em relação a pessoas de

diferentes grupos sociais nem interesse em encontrar soluções comuns para seus problemas urbanos. Em vez disso, eles adotam técnicas cada vez mais sofisticadas de distanciamento e divisão social. Assim, os enclaves fortificados – prédios de apartamentos, condomínios fechados, conjuntos de escritórios ou shopping centers – constituem o cerne de uma nova maneira de organizar a segregação, a discriminação social e a reestruturação econômica de São Paulo. Diferentes classes sociais vivem mais próximas uma das outras em algumas áreas, mas são mantidas separadas por barreiras físicas e sistemas de identificação e controle (CALDEIRA, 2000, p. 255).

Percebe-se assim, que a segregação ou separação dos grupos sociais ocorre independente da distância física. Acreditamos que os benefícios diretos da socialização entre grupos são restritos e ainda pouco explorados na literatura. Porém, será objeto de estudo nesta pesquisa um possível benefício indireto que a proximidade física entre diferentes grupos possa trazer para os mais pobres, por meio de uma oferta de serviços de saúde mais adequada.

Verifica-se que o problema da violência tem desdobramentos na mobilidade da população no espaço intra-urbano. Desta forma, a violência, ou mais especificamente o medo dela, interfere na vida não apenas de quem mora nas regiões com maiores índices de criminalidade, mas também aos outros moradores da cidade que temem frequentar estes locais, seja para morar ou para trabalhar. As pessoas tentam se situar em lugares onde a violência “não esteja tão presente”.

Evidentemente que nem todos conseguem, mas muitos procuram afastar-se das áreas periféricas. E, ainda que a violência não esteja circunscrita espacialmente somente nestes locais, é sabido que nas periferias os índices de homicídios são maiores, o que contribui para potencializar este processo de “evitação social”. Este fato pode nos ajudar a explicar o acesso diferenciado aos serviços de saúde, quando pensado do ponto de vista de alocação de recursos humanos.

Em síntese, os dois aspectos negativos da segregação residencial que recorrentemente aparecem na literatura nacional e internacional são: isolamento social (falta de interação entre os diferentes grupos sociais) e diferenças nos sistemas de serviços sociais oferecidos nos bairros (elementos físicos). Ambos os aspectos podem se relacionar e lançar luz para melhor compreendermos as diferenças na oferta de serviços de saúde básica em Campinas, conforme detalharemos melhor nos Capítulos 3 e 4.

1.3 Segregação Residencial e Vulnerabilidade Sócio-demográfica

As variáveis de população são incorporadas no debate mais geral sobre vulnerabilidade social, adotando-se então a noção de vulnerabilidade sócio demográfica. Assim, determinadas

características demográficas dos grupos populacionais, em função do seu contexto social podem gerar situações potencialmente adversas para o bem estar das pessoas:

Hay por lo menos tres razones para hablar de vulnerabilidad sociodemográfica y no de vulnerabilidad demográfica a secas. La primera es que las variables de población salvo excepciones, como la mortalidad no son riesgos en sí; sólo lo serán en la medida en que sus efectos adversos minen el desempeño social (rutinas, obligaciones y mejoramientos) o dificulten el ejercicio de derechos. La segunda razón es que la exposición a los riesgos es diferenciada según segmentos socioeconómicos y culturales. Y la tercera es que la capacidad de respuesta y la habilidad de adaptación son asuntos eminentemente sociales, pues se relacionan con la disponibilidad de activos relevantes, la visibilidad y potencia negociadora de los actores sociales, las políticas públicas y las oportunidades disponibles (CEPAL, 2002, p. 7).

O trecho acima deixa claro que a maioria das variáveis de população não são riscos em si, somente se configuram como tal em determinados contextos sociais. Portanto, o risco escapa à simples esfera demográfica, exceto a mortalidade, porém mesmo esta está altamente vinculada ao contexto social e espacial dos grupos populacionais.

De modo geral, as altas razões de dependência⁷, o envelhecimento demográfico, a fecundidade adolescente e a localização da população dentro das cidades (em particular a segregação residencial nas metrópoles) são apontadas como situações de risco na América Latina (CEPAL, 2002, p. 6).

Para os grupos populacionais localizados em áreas da cidade que apresentam segregação residencial, alguns aspectos da dinâmica demográfica podem aumentar sua exposição a situações de risco. A localização dos grupos populacionais nestas áreas segregadas também limita sua capacidade de resposta, pois a estrutura de oportunidades disponível não lhes permite mitigar estes riscos.

Selecionamos algumas características sociodemográficas que podem nos ajudar a entender melhor a situação dos diferentes grupos populacionais frente à sua qualidade de vida e aos cuidados com saúde:

i) **Escolaridade** - Além da qualificação para o mercado de trabalho, a escolaridade mais alta também proporciona melhores condições das pessoas no entendimento sobre os

⁷ Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 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.

cuidados com a saúde, em particular na questão dos exames preventivos. De modo amplo, a escolaridade proporciona maior acesso a informações e maior conhecimento sobre os mecanismos de funcionamento e canais de acesso a certas políticas sociais.

ii) **Renda** - A renda no campo da saúde permite ampliar as possibilidades de acesso a serviços de saúde, possibilitando à população recorrer aos convênios médicos e, apesar de ser menos frequente, ao uso direto da medicina privada. A renda também facilita a compra de medicamentos, muitas vezes não disponíveis nos serviços públicos, fazendo com que os tratamentos de saúde sejam executados de modo adequado.

iii) **Estrutura etária** - Ressalta-se que a concentração de crianças e idosos em certas áreas requer um planejamento e oferta dos serviços de saúde que possibilite o acompanhamento periódico dos pacientes, pois pela própria fisiologia humana, estes grupos etários possuem maiores riscos de adoecer e morrer;

iv) A **razão de dependência domiciliar** é apontada como um risco da esfera demográfica (CEPAL, 2002). Considerando-se que um dos ativos que os domicílios podem utilizar contra a pobreza ou as crises econômicas é a oferta de trabalho, quando há grande número de pessoas dependentes - crianças e idosos – limita-se a possibilidade do domicílio de ofertar mão-de-obra. Desta forma, a razão de dependência pode contribuir para o aumento da pobreza, sobretudo se considerada a razão de dependência (crianças), dado que os idosos podem ter uma fonte de renda por meio de aposentadorias, contribuindo assim para o orçamento familiar e deixando de ser um “peso” para as despesas domésticas.

Nos domicílios com crianças aumenta-se a divisão da renda, ao mesmo tempo em que é reduzida a capacidade produtiva dos seus membros. Se esta situação não for compensada por políticas sociais ou por um salário adequado pode-se aumentar a vulnerabilidade familiar. A razão de dependência também está relacionada com o ciclo de vida familiar.

v) **Arranjos domiciliares e Ciclo vital familiar** - O ciclo vital familiar é uma forma dinâmica de olhar a família. A família pode ser apreendida dentro de uma sucessão de etapas que afetam sua formação, transformação e extinção. Pode-se dizer que a família “nasce”, “cresce” e “morre”. Os casamentos, nascimentos e óbitos assumem um papel significativo para a análise temporal das famílias, pois são eventos que marcadamente influenciam na composição das famílias.

A vulnerabilidade econômica é diferencial segundo o ciclo de vida familiar, sendo que o aumento do bem-estar da família decorre principalmente do aumento de renda. A diminuição ou

aumento do tamanho das famílias através de parentes e não-parentes são apontadas estratégias de sobrevivência frente às crises econômicas frequentes na América Latina. (ARRIAGADA, 1997). As etapas mais avançadas do ciclo permitem uma redução da dependência de crianças além de possibilitarem o usufruto de bens acumulados ao longo da vida

O trabalho de Neves (2007) verificou que, em Campinas, para algumas áreas periféricas, pobres e de ocupação, predominam os arranjos domiciliares do tipo casal jovens e com filhos, indicando predomínio de famílias numa etapa inicial do seu ciclo vital. Embora este tipo de arranjo domiciliar não seja uma característica apenas dos domicílios de menor renda, a sobreposição desta situação (famílias no início do seu ciclo vital e de baixa renda) contribui para que, justamente nestas áreas que apresentam acúmulo de carências, os grupos populacionais também enfrentem maiores dificuldades financeiras, pois a razão de dependência de crianças tende a ser maior e o acúmulo de bens que muitas vezes ocorre ao longo da vida ainda não está viabilizado.

As mudanças no tipo de ocupação da periferia ocorrem na medida em que ocorrem mudanças financeiras da população ali residente e tal mudança decorre também de mudanças no perfil etário e no ciclo vital de sua população (NEVES, 2007). Desta forma, a análise do ciclo vital das famílias se torna importante para avaliar as vulnerabilidades sociodemográficas, pois ainda que ele não seja determinante da vulnerabilidade, suas diferentes fases e configurações podem potencializar a situação de fragilidade de alguns grupos populacionais;

vi) **Migração** - A condição migratória da população, em particular do migrante recente, pode interferir nos cuidados com saúde na medida em que, a decisão de onde morar para o migrante de baixa renda, muitas vezes, decorre da necessidade de uma localização “possível” na cidade e, portanto, não deixa muita escolha à família que apenas pode submeter-se a morar nas regiões da cidade com piores condições de infraestrutura sanitária e de serviços públicos.

Além disso, o migrante recém-chegado pode dispor de menos informações sobre as opções e formas de utilizar os serviços públicos como no caso dos Centros de Saúde. Esta população recém-chegada também pode desconhecer as possibilidades de tratamentos e cuidados que os mesmos oferecem. Tal fato pode ocorrer especialmente com migrantes que vêm de áreas rurais e estados mais pobres do país, onde a rede de atendimento da saúde básica funciona de modo diferenciado.

O migrante recém-chegado também pode dispor de menos “capital social”, ou seja, menor participação em grupos e associações que lhes permitiria adquirir informações e conhecimentos sobre os serviços de saúde já disponíveis ou atividades de grupo, como grupos de ginástica para terceira idade, de hipertensos e diabéticos, etc. Um bairro constituído predominantemente por migrantes recentes também pode enfrentar mais dificuldades para se organizar e reivindicar junto ao poder público, melhorias ou mesmo a implantação dos serviços de saúde:

Alguns estudos etnográficos demonstram que mesmo em áreas periféricas ou em áreas de favelas o tempo de residência no bairro é importante para o adensamento das redes de relações – que abrem uma série de oportunidades para os indivíduos – e para a capacidade de organização de uma certa comunidade, inclusive para a possibilidade de demandar serviços junto ao poder público (BICHIR, 2006, p. 94).

A migração parece ser um elemento demográfico relevante quando se considera o acesso a políticas públicas, tanto para as políticas de infraestrutura urbana quanto para as políticas sociais de provisão individual como saúde e educação.

O trabalho de Bichir (2007) avaliou o impacto da segregação residencial sobre o acesso da população mais pobre do município de São Paulo a alguns serviços urbanos (acesso à rede de água, esgoto, energia elétrica, coleta de lixo). A variável demográfica de migração foi utilizada para explorar associações entre a pobreza e a origem migratória da população, considerando que populações migrantes, especialmente recentes, tendem a morar em áreas mais precárias da cidade. Neste trabalho de Bichir (2007) foram consideradas variáveis relativas à migração – chefes de domicílio nascidos fora do Estado de São Paulo e imigrantes oriundos do Nordeste há menos de 10 anos em São Paulo – e ao tempo que os chefes de domicílio estavam no bairro em que residiam (*proxy* do grau de consolidação da área). Os níveis de acesso, em quase todos os serviços analisados, foram mais baixos para os domicílios chefiados por imigrantes procedentes do Nordeste, enquanto as variáveis relativas aos chefes nascidos fora do estado de São Paulo e tempo de residência no bairro apresentaram valores mais baixos apenas para alguns serviços:

Variáveis relativas à migração, ao tempo no bairro e aos investimentos viários realizados também se mostraram relevantes. (...) Em primeiro lugar, destacou-se a dimensão da macro-segregação – residência em área periférica, intermediária ou central – como o elemento mais relevante na diferenciação dos níveis de acesso à infraestrutura urbana, algo que já tinha aparecido nas

análises preliminares. Dentro de cada uma dessas macro-regiões, foram encontrados elementos particulares, destacando-se o tempo de residência no bairro – uma próxi do grau de consolidação da área e também do potencial de mobilização dos moradores –, a distância em relação às centralidades da RMSP – indicando que a questão da acessibilidade é realmente fundamental – e a renda do microambiente, o que parece comprovar a relevância das características do entorno do domicílio, da vizinhança (BICHIR, 2006, p. 23).

Em seu trabalho, Bichir (2006) ressalta que embora a migração tenha sido a única variável demográfica que se mostrou relevante para a diferenciação de acesso às políticas públicas, é preciso levar em conta que as políticas públicas selecionadas no trabalho referiam-se ao acesso a serviços urbanos no coletivo e não ao provimento individual de políticas sociais. No caso destas últimas, outros elementos demográficos podem se mostrar importantes.

Destaca-se que a migração parece ser relevante para o acesso às políticas sociais, pois está estreitamente relacionada com o fato de que os migrantes, especialmente recentes, tendem a morar em áreas mais precárias da cidade. Assim, a condição de migrante, aliada à dimensão territorial, pode gerar diferentes graus de vulnerabilidade sociodemográfica;

vi) A **localização dos grupos populacionais** também é apresentada como vulnerabilidade sociodemográfica (CEPAL, 2002). Os locais segregados e distantes dos centros das cidades também costumam se caracterizar por diversas situações de precariedade como o fato de estarem mais expostos a desastres naturais, com construções próximas a rios ou de alta declividade, sujeitas a inundações e a deslizamentos. Outra característica frequente destes locais é a ilegalidade ou informalidade da propriedade da terra. Muitas vezes trata-se de áreas de ocupação e favelas, não urbanizadas e sem infraestrutura sanitária.

Estes locais segregados também costumam apresentar problemas de conectividade com o resto da cidade, muitas vezes pela estruturação dos sistemas de transporte que aumentam os gastos e dificultam a mobilidade da população que ali reside para buscar alternativas de emprego ou serviços de educação e saúde.

As áreas centrais das cidades, geralmente possuem maior quantidade equipamentos urbanos e de infraestrutura, apresentando, portanto uma estrutura de oportunidades diferenciada, favorecendo os grupos populacionais que ali residem. As áreas comerciais e de serviços possuem grande capacidade de estruturar o espaço intra-urbano, pois geram e atraem os deslocamentos tanto dos que trabalham como dos que consomem nestes locais. Deste modo, a localização e as possibilidades de deslocamento são elementos estruturantes do espaço intra-urbano (VILLAÇA, 2001, p. 20).

Em contrapartida, as áreas mais periféricas e ocupadas por população de baixa renda apresentam um somatório de carências, que dificulta não apenas o acúmulo de ativos por parte das pessoas ou domicílios, como também impacta na estrutura de oportunidades disponível para esta população. Reforça-se deste modo a importância da localização como elemento importante para o acúmulo de ativos e como diferencial das vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano.

Como se percebe, embora as características demográficas não possam ser consideradas como as únicas condicionantes da vulnerabilidade, sem dúvida elas interferem nas possibilidades de enfrentamento dos problemas que afligem a população, em particular a de baixa renda que já possui um acúmulo de carências socioeconômicas.

1.4. Acesso às Políticas Sociais

Na busca por identificar os principais argumentos utilizados na literatura para explicar ou negar o acesso dos grupos sociais a políticas públicas, pode-se identificar quatro linhas interpretativas. Essa divisão não deve ser encarada de forma rígida, uma vez que os autores podem combinar em sua interpretação, argumentos oriundos de mais de uma linha interpretativa aqui delimitada. São elas (FIGUEIREDO et al., 2005, p. 45-50):

1. O acesso a serviços estaria associado às **características dos indivíduos e famílias**, destacando-se especialmente as características socioeconômicas dos mesmos.

Essa abordagem, que tem maior influência na economia e na demografia, considera que além da renda, fatores como escolaridade dos indivíduos, escolaridade dos pais, idade e o sexo seriam elementos importantes na explicação do nível de acesso aos serviços públicos. Essas variáveis socioeconômicas e demográficas condicionariam, por exemplo, o grau de conhecimento individual a respeito da existência e das formas de acesso e, dessa maneira, afetariam o comportamento desses agentes, por meio de diversos mecanismos, tais como maior acesso a informações, maior conhecimento do funcionamento de certas políticas públicas e seus canais de acesso, etc.

2. O papel do Estado, **as possíveis lógicas e interesses que o Estado** (ou segmentos de sua burocracia) teria em fornecer ou não serviços às camadas mais pobres da população. Trata-se de uma abordagem que se desdobra em diferentes vertentes explicativas alternativas:

a) as explicações que caracterizavam as áreas periféricas como locais desprovidos de investimentos públicos, marcados por precariedades extremas e pela ausência do Estado, relacionando esse fenômeno à lógica de reprodução do capital;

b) outros autores, criticando essas explicações macro-estruturais, na década de 1990, destacavam a presença de investimentos estatais nas áreas periféricas desde o final da década de 1970. Buscavam, então, entender os condicionantes dessa atuação estatal, a qual destoava desses modelos explicativos. É parte desse conjunto de explicações, por exemplo, o modelo da relação entre investimentos públicos e ciclos eleitorais, segundo o qual os investimentos públicos – especialmente aqueles destinados para as áreas mais pobres – seriam maiores nos períodos anteriores às eleições, de modo a obter retornos políticos (especialmente reeleição). Outra tese refere-se à “seletividade hierárquica” das políticas. De acordo com essa abordagem, a cultura técnica da burocracia de certos setores de políticas públicas – seu referencial, conjunto de ideias, crenças e visões da sociedade – tem consequências para a implementação das políticas, fazendo com que estas sejam expandidas prioritariamente – e com melhor qualidade – para as áreas mais ricas das cidades, sendo implantadas posteriormente nas áreas mais periféricas (MARQUES, 2000).

3. O papel dos **movimentos sociais**. Ou seja, as políticas sociais só seriam expandidas para as regiões mais pobres da cidade após a pressão de grupos sociais organizados que, dessa forma, contribuiriam para alterar a direção dos investimentos estatais.

Uma variação dessa abordagem enfatiza a importância dos grupos de parentesco, o pertencimento a associações comunitárias e os vínculos com instituições religiosas ou laicas, como elementos que influenciam o acesso a serviços públicos, especialmente no âmbito de comunidades carentes (LAVALLE; CASTELLO, 2004; ALMEIDA; D’ANDREA, 2004). Esses autores destacam ainda o papel desempenhado pelas práticas associativas – especialmente religiosas – na atenuação dos efeitos da exclusão. Verifica-se isso, geralmente, no caso da inserção no mercado de trabalho, uma vez que esses vínculos abrem uma série de oportunidades para as populações mais carentes. Assim, as igrejas e os cultos funcionariam muitas vezes como instâncias de inclusão social. Evidentemente, essa literatura faz parte do universo interpretativo das teorias sobre capital social, embora o tema possa se desdobrar em diferentes recortes analíticos (PUTNAM, 2000).

4. O papel da **segregação residencial** no acesso a serviços públicos. (VILLAÇA, 2000; MARQUES; TORRES, 2005). Para esses autores não se trata apenas de reafirmar a existência de diferenciais socioeconômicos no espaço, mas de defender a existência de uma dimensão espacial que interfere no funcionamento das políticas públicas.

Conforme observado por Figueiredo et al. (2005, p. 49), o enfoque teórico AVEO (Ativos, Vulnerabilidade e Estrutura de Oportunidades) está pouco presente na literatura brasileira. As explicações que levam em conta a estrutura de oportunidades não podem ser facilmente identificadas com nenhuma dessas quatro matrizes interpretativas citadas anteriormente, uma vez que busca integrar várias dessas perspectivas.

Conforme já dito, no âmbito desta pesquisa, consideramos que o acesso às políticas sociais se dá de modo diferenciado nas áreas segregadas e, deste modo, a estrutura de oportunidades (enfoque AVEO) pode variar não apenas pelo agente que a fornece – Estado, comunidade e Mercado (KAZTMAN, 1999a), mas também no espaço onde ela se concretiza, proporcionando diferentes graus de vulnerabilidades sociodemográficas.

Na próxima seção, destacamos um elemento teórico que nos ajudará a compreender como a ação estatal (fornecedora das estruturas de oportunidades) pode variar segundo sua localização espacial.

1.4.1. Distorções das Políticas Sociais no Nível Local

A política pode ser vista como o conjunto de ideias que persegue um objetivo. O entendimento do que é uma política pública se dá na sua implementação, a qual não pode ser deduzida do seu plano normativo, sendo preciso reconstruir a partir da ação e não do arcabouço teórico. “Normalmente, as políticas públicas são consideradas como cadeias de nexos causais: é bem sucedida a política que efetivamente obtém os escopos que projetava” (REGONINI, 1989, p. 20). Porém, é preciso ter em mente que não é possível afirmar que algo não funciona porque não existe tudo que foi proposto no plano normativo.

A política pública pode ser vista como detentora de um ciclo de vida (REGONINI, 1989, p. 20) ou, dito de outro modo, através de estágios comuns para se identificar a estrutura do processo político (THEODOULOU, 1995, p. 86). Estes estágios são os seguintes:

- reconhecimento do problema
- agenda
- formulação política
- política adotada
- implementação política
- análise política e avaliação

Após a formulação é feita a implementação, procurando alcançar as metas propostas. Muitas vezes, a política original é distorcida, para atender interesses burocráticos que mudam os objetivos iniciais. Aqui estamos falando de uma burocracia estatal que altera a implementação, trata-se da “burocracia do nível de rua” (LIPSKY, 1980), ou seja, os agentes que são responsáveis por executar as políticas. Assim, muitas vezes as políticas públicas falham no seu processo dinâmico de implementação.

A implementação pode ser programada, etapa esta que minimiza os problemas de implementação, pois tem um programa explícito dos procedimentos; ou pode ser adaptativa, onde é possível fazer ajustes na política original ao longo do processo. Outro tipo de problema que pode ocorrer é a não-implementação, onde a política nunca será totalmente executada. O contexto no qual o processo político é feito também deve ser levado em conta, deste modo, pode-se dizer que há 2 contextos: histórico (políticas passadas) e o ambiente atual.

Conforme apontado anteriormente, a abordagem desenvolvida por Marques (2000) considera que o fato da implementação das políticas ocorrer primeiramente e com maior qualidade nas áreas mais ricas das cidades é explicado como resultado da cultura técnica dos planejadores de políticas públicas – seu referencial, conjunto de ideias, crenças e visões da sociedade. Como consequência as políticas são expandidas diferencialmente, primeiro nas áreas mais ricas e posteriormente nas áreas mais periféricas.

Todavia, não se trata de abandonar por completo a perspectiva de que os modos de produção e reprodução do capital financeiro possam explicar a realidade urbana, mas destacar, ao contrário, a necessidade de integrar de forma analiticamente coerente a estrutura com a agência, tendo por base as características constituintes do Estado e da sociedade brasileira (MARQUES, 2000).

É preciso ter em conta que o trabalho de Marques (2000) estuda o caso da política de infraestrutura urbana, provavelmente esses mecanismos não funcionam do mesmo modo no caso das políticas sociais, dada a lógica completamente diferenciada da estruturação dessa política. Os serviços de infraestrutura urbana:

Constituem serviços de natureza coletiva, ao contrário da lógica de provisão individual das políticas sociais, como saúde e educação – assim, seria esperado que as variáveis individuais tivessem pouco impacto no caso dessa política. Além disso, assim como observado no caso da política de infraestrutura viária (MARQUES; ARRETCHÉ, 2003), as decisões de investimento na política de infraestrutura urbana são menos mediadas por contatos mais diretos com a

população organizada, a burocracia é mais insulada, entre outros aspectos. Nesse sentido, as decisões de investimento sofreriam menor influência dessas variáveis individuais dos usuários da política. No caso de algumas políticas caracterizadas por burocracias "do nível da rua" ("street-level bureaucracies"), como a política de educação, por exemplo, há grande interação entre os usuários da política e os trabalhadores, o que contribui inclusive para alterar as formas de implementação da política (LIPSKY, 1980). No caso das políticas urbanas, esse contato é menor, embora também exista (BICHIR, 2006, p. 85).

No caso das políticas de saúde, o mecanismo de seletividade hierárquica como diferenciador de acesso às políticas parece ter um alcance explicativo limitado, pois ocorre muita interação entre os usuários e os trabalhadores que implementam a política, fato este que contribui para alterar a implementação da política e diferenciar o acesso. No entanto, seria possível considerar que a seletividade hierárquica se manifestaria pela falta de equipamentos (Centros de Saúde) nas áreas mais pobres e segregadas.

Ressalta-se que, no caso da política de saúde brasileira, existe uma situação paradoxal a ser levada em conta. Não obstante, o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) tenha sido desenhado conforme princípios universalistas de acesso, na prática cotidiana ocorre uma segmentação de uso, pois grande parte dos grupos sociais mais ricos utiliza serviços privados de medicina suplementar. Dessa forma, alguns autores (FAVARET FILHO; OLIVEIRA, 1990; COHN, 1996) afirmam que a universalização do SUS é residual ou excludente, dado que é usufruída apenas pelos grupos mais pobres da população.

Assim, dada a peculiaridade da situação brasileira, a população de mais alta renda não mostra grande interesse em possuir Centros de Saúde próximo à sua área de residência, aliás, o acesso aos seus locais de moradia muitas vezes é controlado, sendo até indesejável a presença de um equipamento público que aumente a circulação de pessoas.

Portanto, na investigação das diferenças de acesso aos serviços públicos de saúde, as distorções na implementação política por meio das burocracias do nível de rua parecem ter mais capacidade explicativa do que a seletividade hierárquica.

Conforme já dito, na fase de implementação a política original muitas vezes é distorcida para atender interesses burocráticos que mudam os objetivos iniciais. As desigualdades de acesso aos serviços de saúde podem ser resultados das diferentes formas de implementação pelos agentes que prestam os serviços:

[...] as decisões dos burocratas que desempenham atividades-fim, as rotinas que eles estabelecem os expedientes que eles criam para contornar a incerteza e as

pressões, eis o que vêm a ser de fato as políticas públicas. Eu argumento que a política pública não é bem entendida se observada pelo ângulo da legislatura ou do alto nível da administração. Porque em diversos aspectos importantes ela é realmente feita nos escritórios lotados e nos encontros diários das burocracias. [...] trabalhadores, clientes e os cidadãos em geral ‘experimentam’ a burocracia que desempenha atividades-fim por meio dos conflitos que estes encontram para tornar o desempenho de suas funções mais consistente com suas próprias preferências e compromissos (LIPSKY, 1980, p. xii *apud* ARRETCHE, 2001, p. 47).

A passagem acima destaca o papel relevante das burocracias do nível de rua no cumprimento adequado do desenho político. O papel destas burocracias pode ser pensado pela ótica das dificuldades que os agentes implementadores encontram para desempenhar adequadamente suas funções, como os constrangimentos provenientes da própria ação estatal expressos por condições inadequadas de trabalho, falta de recursos materiais, ou mesmo a violência.

Outra forma se pensar o desempenho inadequadamente dos agentes implementadores diz respeito ao fato de que estes, embora conhecendo a política e tendo as condições adequadas de trabalho, resistem a implementar corretamente a política por preferências e compromissos pessoais:

Ao avaliar a implementação do Programa de Renda Mínima em Ribeirão Preto, Alonso e Guimarães (1998), concluíram que as assistentes sociais encarregadas das seleções dos beneficiários conheciam as regras legais de seleção, concordavam com as normas estabelecidas, mas selecionavam de fato segundo critérios que lhes pareciam subjetivamente mais sensatos (ARRETCHE, 2001, p. 56).

Podemos citar outro exemplo desta distorção da política no momento de sua implementação. Em estudo referente aos direitos reprodutivos realizado por Berquo e Cavenaghi (2003)⁸ cujo objetivo era analisar os impactos e as possíveis mudanças que a implementação da nova legislação sobre planejamento familiar teve nas práticas reprodutivas, constatou-se que por diferentes motivos, a lei mudou pouco a prática usual da esterilização e ainda não satisfaz os direitos reprodutivos de mulheres e homens no Brasil.

⁸ O trabalho foi baseado em uma pesquisa follow-up, aplicada com uma amostra de 159 indivíduos durante seis meses e em seis diferentes capitais de estado: Palmas, Recife, Cuiabá, Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba. Em cada capital foram acompanhados 15 mulheres e 15 homens demandantes de esterilização em um estabelecimento público de saúde ou conveniado com o SUS.

As dificuldades encontradas pela população para conseguir fazer cumprir seu direito à esterilização gratuita pelo SUS foram assim resumidas:

De fato, a grande maioria encontrou dificuldades no SUS, proporção maior para as mulheres (54,8%) do que para os homens (41,7%). As dificuldades alegadas pelas mulheres incluem: difícil acesso para solicitação, ausência de médicos, má vontade, burocracia do SUS acarreta longo tempo de espera, SUS não respeita critério de idade ou número de filhos vivos, ser solteira, não ter quem assine, médico alega arrependimento, médico do SUS cobra extra pela cirurgia e médico não recomenda por motivo “médico” (pressão alta). Sendo que, as duas primeiras citações respondem por 76,4% das referidas dificuldades. [...] Os homens que não conseguiram a vasectomia pelo SUS, assim expressaram seus motivos: burocracias do SUS, longas filas etc.; SUS não respeita critério de idade ou número de filhos vivos; médico alega arrependimento; SUS não faz de graça; médico não recomenda por problemas de saúde (colesterol elevado) e cirurgia foi suspensa no período. As duas primeiras queixas respondem por 80,0% das impossibilidades do atendimento pelo SUS (BERQUO; CAVENAGHI, 2003, p. S448).

O trecho destacado deixa claro o quanto a “vontade dos agentes” determina o acesso ou não à esterilização, mesmo tendo em conta outras dificuldades burocráticas de funcionamento do sistema como a “ausência de médicos” ou o longo tempo de espera atribuída à “burocracia do SUS”.

Assim:

A implementação é, de fato, uma cadeia de relações entre formuladores e implementadores, e entre implementadores situados em diferentes posições na máquina governamental. Isto implica que a maior proximidade entre as intenções do formulador e a ação dos implementadores dependerá do sucesso do primeiro em obter adesão dos agentes implementadores aos objetivos e à metodologia de operação de um programa (ARRETCHE, 2001, p. 49).

Por fim, retomemos sintetizamos alguns aspectos apresentados e que, junto com estes elementos de distorção na implementação de políticas, poderão nos ajudar no desenvolvimento desta pesquisa para caracterizar o acesso a políticas sociais:

- **Características dos indivíduos e famílias** fatores como renda, escolaridade dos indivíduos, escolaridade dos pais, idade e sexo, condição migratória podem diferenciar o acesso a serviços públicos. Essas variáveis socioeconômicas e demográficas condicionariam, por exemplo, o grau de conhecimento individual a respeito da existência e das formas de acesso e, dessa maneira, afetariam o

comportamento desses agentes, por meio de diversos mecanismos, tais como maior acesso a informações, maior conhecimento do funcionamento de certas políticas públicas e seus canais de acesso, maior conhecimento de seus direitos, etc.

- **Redes de organização social** podem favorecer a participação reivindicatória dos grupos populacionais. Entretanto, a população dos locais mais pobres e segregados, em geral, tem menos “voz política” para fazer com que suas demandas sejam ouvidas pelo poder público. No caso específico da saúde pública brasileira, existem os Conselhos Locais de Saúde que contemplam a participação popular. Estudos recentes (MARQUES; ARRETCHE, 2003; COELHO, 2006) não têm encontrado evidências de que uma presença ativa dos Conselhos Locais de Saúde seja capaz de melhorar as condições de funcionamento dos centros de saúde. Assim, os movimentos sociais enquanto elementos que possam explicar diferenciais de acesso a serviços de saúde parecem ter um alcance limitado, embora esta possibilidade exista.

- **Segregação** - A concentração da pobreza urbana e o conseqüente acúmulo de carências pode interferir nas escolhas e formas de atuar dos agentes implementadores de políticas. Isto parece ser empiricamente observável, no caso do atendimento básico à saúde, pelo fato de que as Secretarias Municipais de Saúde têm dificuldades de manter funcionários nas áreas mais periféricas da cidade. Muitas vezes, nem com maiores benefícios salariais para estes trabalhadores os quadros de funcionários conseguem ser preenchidos; em geral, só ocorre o preenchimento temporário destas vagas, o que pode resultar em impactos na própria qualidade do serviço oferecido.

2. Expansão Metropolitana e Segregação Residencial: O Caso de Campinas

A Região Metropolitana de Campinas⁹ é composta de 19 municípios, localiza-se a cerca de 100 km de São Paulo e, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE, em 2000 abrigava em torno de 2,2 milhões de habitantes. Trata-se de uma das mais importantes regiões do estado de São Paulo, tanto por sua dinâmica econômica como por sua densidade populacional.

A expansão metropolitana de Campinas tem início com a interiorização da indústria no estado de São Paulo. Destaca-se que “Campinas está no centro da região que mais se beneficiou

⁹ Instituída pela Lei Complementar Estadual nº 870, de 19/05/2000.

do processo de interiorização do desenvolvimento no estado de São Paulo, que ocorre a partir de 1960” (CANO, 2002, p. 105). No Estado de São Paulo houve uma desconcentração da indústria em favor não apenas da periferia nacional, como também uma desconcentração da indústria metropolitana rumo ao interior do estado. Segundo Pacheco e Negri (1993), “esse processo passou a ser conhecido como ‘interiorização da indústria paulista’ com fortes desdobramentos nas regiões administrativas de Campinas, Vale do Paraíba, Ribeirão Preto, Sorocaba e Litoral” (PACHECO; NEGRI, 1993, p. 20).

Esse processo de interiorização das indústrias proporcionou uma acelerada expansão urbana, tanto na sede metropolitana como em outros municípios da região de Campinas, alterando o tecido urbano tradicional e gerando novas formas de organização do espaço. A partir de 1970, a cidade de Campinas apresentou um elevado crescimento econômico e populacional:

Em Campinas, nos anos 1970, com a implantação das grandes indústrias ao longo da Via Anhanguera e o intenso fluxo migratório que acompanhou esse processo, essas áreas, que já haviam sido legalmente parceladas [na década de 1950], embora não tivessem sido efetivamente implantadas, especialmente as localizadas na região sudoeste, passam a abrigar parte da população migrante de baixa qualificação, atraída pelo emprego industrial. Entretanto, não foram os lotes que foram ocupados, posto que os baixos salários não permitiam o acesso dessa população ao mercado formal. A maior parte dos lotes permaneceu vago e a ocupação ocorreu nas áreas públicas, não raro por indicação de políticos locais. Áreas ambientalmente frágeis e com precárias condições de infraestrutura e serviços, que deram origem à formação de favelas e outras formas de ocupação irregular, tônica do tecido urbano bastante homogêneo que se formou na região sudoeste de Campinas (PIRES, 2007, p. 18-19).

Deste modo, a ocupação do quadrante Sudoeste de Campinas, já se inicia com um perfil de população pouco qualificada e de baixa renda. Em contrapartida, nos anos de 1960, houve a localização do campus da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no Distrito de Barão Geraldo (quadrante Norte do município), dando novas perspectivas para a ocupação daquela área. Posteriormente, nos anos de 1970 começam a ser implantados Parques Tecnológicos próximos à Unicamp, o que contribuiu para a uma ocupação mais organizada e a localização das oportunidades de emprego de maior qualificação naquele quadrante.

Acrescente-se a isto o fato de que o trecho da Rodovia D. Pedro I, entre a Via Anhanguera e a Rodovia Heitor Penteado, inaugurada no início dos anos 1970, facilitou o acesso às estradas que ligam o interior do Estado a Campinas e se tornou uma via privilegiada para a localização de estabelecimentos comerciais de grande porte. Mais tarde, será neste eixo que se localizarão os

principais shoppings da cidade, hipermercados, instituições de ensino como a Pontifícia Universidade Católica (PUC/Campinas) e a abertura de novos loteamentos voltados para as camadas de renda média e alta (PIRES, 2007):

Portanto, a expansão do tecido urbano de Campinas, desde meados dos anos 1940, já apresenta características de descontinuidade. Entretanto, embora se verifique a ocorrência de processos que vão criar as condições de alteração da estrutura centro – periferia, esta se mantém até os anos 1980. Ainda se mantém a importância de sua área central pela concentração de atividades de comércio e serviços e pela verticalização, que se estendem aos bairros adjacentes ao centro. Destaca-se que o comércio voltado para as camadas de alta renda migra para o Cambuí, tradicional bairro nobre da cidade, vizinho ao centro. A periferia distante é aquela do loteamento popular precário e dos conjuntos habitacionais públicos (PIRES, 2007, p. 24).

Os anos de 1980 são marcados por uma acelerada e profunda mudança na sociedade brasileira, as quais resultaram numa sociedade urbana “pobre e de consumo, heterogênea e desigual – na periferia da economia mundial crescentemente internacionalizada” (FARIA, 1991, p. 99). Inserida neste contexto das aglomerações urbanas brasileiras, a cidade de Campinas enfrenta “problemas urbanos e sociais [...] como segregação socioespacial, os problemas de moradia, desemprego, etc” (CUNHA; OLIVEIRA, 2001, p. 351). Agravando ainda mais esta situação, o município também apresenta um crescimento físico elevado e baixa qualidade de vida urbana.

As mudanças na configuração socioespacial de Campinas, pós 1980, tornam mais evidente a concentração de pessoas com maior renda e escolaridade em algumas áreas específicas do município. A área que compreende os arredores do centro e o quadrante Norte/Nordeste da cidade, em direção a Valinhos e Vinhedo, passa a ser ocupada majoritariamente por uma população de renda alta e média. Já os quadrantes Sul e Sudoeste concentram grande parte das favelas e ocupações com predomínio de população de baixa renda e precárias condições infraestrutura.

Assim, no final dos anos 1980, a expansão urbana de Campinas se estende para outros municípios da região, com características bem diferenciadas nos diversos vetores de expansão. Nos Vetores Campinas-Monte Mor e Campinas-Americana, predominam a ocupação industrial de grande porte e a ocupação residencial popular, formando um tecido urbano descontínuo e precário, com a ocupação de áreas públicas por favelas e grande quantidade de lotes vagos. Essas características estão presentes no Vetor Santos Dumont, apenas no município de Campinas. Nos Vetores Campinas-Paulínia, Campinas-Mogi Mirim e D. Pedro-Itatiba, concentrou-se a expansão da ocupação de média e alta renda, de padrão horizontal, em loteamentos formais em áreas descontínuas,

embora articuladas ao Centro Metropolitano e aos equipamentos de educação, comércio e serviços, que começam a se adensar nessa região, especialmente ao longo da Rodovia Dom Pedro I. No Vetor Anhaguera-Vinhedo destaca-se o surgimento de parcelamentos rurais para chácaras de recreio, voltado para o público paulistano, que vai tornando-se residência fixa e alterando as características do tecido urbano tradicional desses municípios (PIRES, 2007, p. 38).

No período recente, os dados relativos aos lotes aprovados e em aprovação entre 1994 e 2004 na RMC, indicam que (PIRES, 2007, p. 72 -73):

- quase 50% (cerca de 70 mil lotes) encontram-se nas direções de Campinas-Monte Mor; Rodovia Anhanguera/Sumaré; Americana/Santa Bárbara d'Oeste, ou seja, nas áreas mais pobres da RMC. A maior parte destes lotes têm área inferior a 250m² e é prática comum nestes locais o desdobro do lote para viabilizar a aquisição do mesmo por famílias de baixo poder aquisitivo.
- 39% dos lotes encontram-se nas direções de Campinas/Paulínia, Campinas/Mogi-Mirim e Rodovia Anhanguera/Vinhedo, sendo que a maior parte deles tem área superior a 250m² e estão em loteamentos fechados.
- 11% dos lotes estão na direção Rodovia Santos Dumont/Indaiatuba, sendo que metade deles têm área inferior a 250m². É nesta direção que estão a maior parte dos empreendimentos não residenciais, o que pode ser explicado pela maior proximidade com o aeroporto.
- 0,5% estão no centro metropolitano (80% em loteamentos fechados e 20% com área superior a 250m²). O centro de Campinas apresenta a maior área média por lote (1182m²) pelo fato dos loteamentos destinarem-se à edificação de condomínios horizontais e verticais.

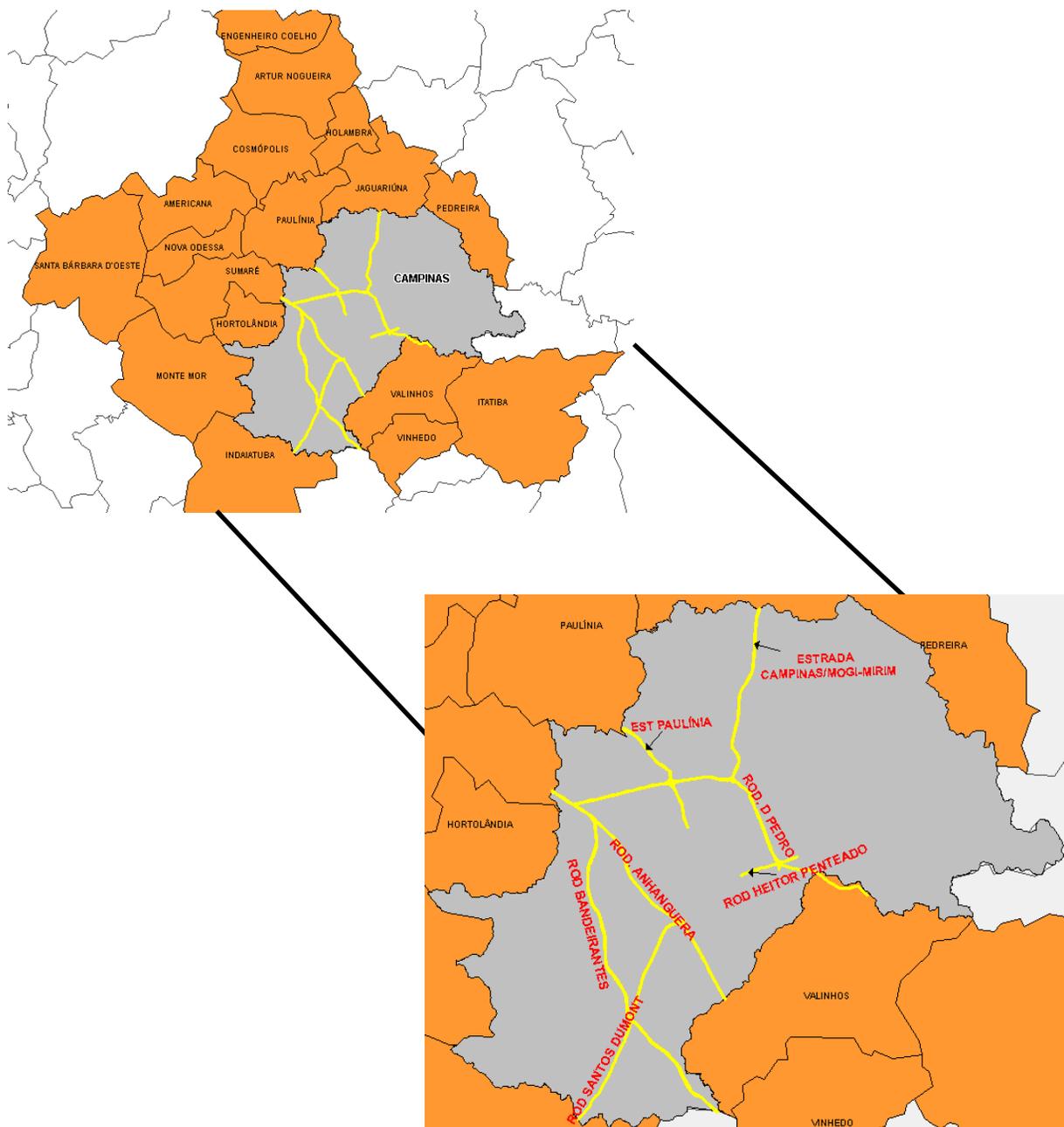
Deve-se ressaltar que, embora este levantamento dos parcelamentos na forma de loteamentos não permita identificar toda a incorporação formal de uso do solo urbano, ele nos ajuda a delimitar as principais características de ocupação que se desenham para a RMC e para Campinas.

Confirma-se assim a tendência de continuidade da segregação residencial na ocupação do espaço intra-urbano campineiro. Na área central de Campinas e na direção norte (Estrada

Campinas Mogi-Mirim e Estrada Paulínia) predomina a ocupação de uma população de maior poder aquisitivo em loteamentos horizontais. A área central é de ocupação mais antiga, apresentando uma população mais envelhecida. Já as regiões Sul/Sudoeste (Rodovia Santos Dumont, abaixo da Rodovia Anhanguera) apresentam uma expansão marcada pelo predomínio de população de baixa renda, com muitos loteamentos populares e ocupações¹⁰. A imagem a seguir apresenta a RMC e o sistema viário principal de Campinas, para melhor visualizar estas localizações.

¹⁰ O trabalho de Cunha e Oliveira (2001) investiga e aponta diferenças sociodemográficas no espaço intra-urbano de Campinas.

Imagem da RMC e Sistema Viário Principal de Campinas



Fonte: IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

O processo de ocupação urbana também está fortemente relacionado à dinâmica demográfica. Em relação ao crescimento populacional da região metropolitana de Campinas, observa-se que o mesmo esteve diretamente ligado à migração (CUNHA; BAENINGER, 1994); (BAENINGER, 1996; 2000; 2002). Apesar do intenso número de migrantes vindos de outras regiões do estado de São Paulo e de outros estados do Brasil, a migração intrametropolitana também assume importante papel no processo de redistribuição da população na RMC. A participação percentual da população de sede metropolitana (Campinas) cai de 55,2% para 41,4% entre 1970 e 2000.

TABELA 1 - População residente e taxa de crescimento médio anual Região Metropolitana de Campinas e Sede Metropolitana, 1970 -2000

	População Total				Taxa de Cresc. (%a.a.)		
	1970	1980	1991	2000	70/80	80/91	91/00
RM Campinas	680.826	1.276.801	1.865.255	2.338.148	6,49	3,51	2,54
município de Campinas	375.864	664.566	847.595	969.396	5,86	2,24	1,5

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1970; 1980; 1991 e 2000.

Enquanto Campinas cresceu a 1,5% a.a., entre 1991 e 2000, o crescimento das favelas (setores de aglomeradas subnormais) foi de cerca de 8,0% a.a:

Destaca-se que, em 1989, o cadastro da Prefeitura Municipal de Campinas indicava a existência de 107 núcleos de favelas no município. No último levantamento, realizado pela Secretaria de Habitação, em 1998/99, o número de ocupações ocorridas no período superava o de favelas, juntas – favelas e ocupações – abrigavam cerca de 17% da população (157 mil habitantes), com mais da metade vivendo em ocupações (55%), isto é, em áreas ocupadas depois de 1990. Quanto à localização, 54% da população moradora de favelas e 73% da população das ocupações estão situadas nas regiões Sul e Sudoeste do município. Nas regiões Norte e Leste, encontram-se 33% da população favelada e 12% da população das ocupações. Isto é, se a localização das favelas era mais distribuída nas diversas regiões da cidade, inclusive nas áreas com predomínio das camadas de alta renda, as ocupações estão mais concentradas nas regiões mais pobres do município (PIRES, 2007, p. 83).

Observa-se que a implantação de conjunto populares pela Cohab –Campinas na área mais central de Campinas, deu-se apenas no início de sua atuação entre 1967 e 1976, quando construiu cerca de 3.600 unidades em 6 empreendimentos. Depois disso a empresa passou a construir conjuntos maiores em áreas cada vez mais distantes do centro. No quadrante Noroeste da cidade

(Campinas sentido Americana) ocorre a maior parte da construção dos outros conjuntos residenciais populares, até o final dos anos 1980 (PIRES, 2007, p. 32-37).

Porém, é preciso ter em conta as especificidades do contexto brasileiro, onde a produção de habitação social não atinge a maior parte da população de baixa renda, fazendo com cresça o número de favelas, ocupações, loteamentos irregulares ou clandestinos. Surgem assim outras formas de segregação, além dos conjuntos habitacionais populares.

Atualmente os quadrantes Sul e Sudoeste da cidade são as áreas com maior concentração de favelas e ocupações. No outro extremo, temos a população de mais alta renda concentrada nos quadrantes Norte/Nordeste da cidade. De maneira a exprimir essa contraposição de configurações socioespaciais Cunha et al. (2005) criaram as expressões “cordilheira da pobreza” e “cordilheira da riqueza”¹¹, as quais refletem, em maior escala, a separação existente entre ricos e pobres no território metropolitano.

Todavia destaca-se que a “cordilheira da riqueza” apresenta maior heterogeneidade socioeconômica, se comparada à da pobreza. Assim, há uma mescla de situações fazendo com que, mesmo nas áreas predominantemente de alta renda, exista população e tipos de ocupação característicos das populações de baixa renda, como favelas e ocupações. No entanto não se pode perder de vista que tal proximidade física pode não implicar necessariamente em uma proximidade social conforme apontada na literatura (CUNHA et al., 2005; CALDEIRA, 2000; RIBEIRO, 2008).

Dessa forma, a recente expansão urbana de Campinas, também comum a outras cidades brasileiras, tem gerado dinâmicas que ampliam as formas de segregação residencial. O trabalho de Pires (2007) aponta que o processo de segregação é viabilizado pela atuação do poder público local, através da legislação urbanística e investimentos no sistema viário, os quais têm permitido o surgimento de empreendimentos do mercado imobiliário que possibilitam a privatização do espaço público (condomínios fechados) e também definem o lugar dos pobres na cidade.

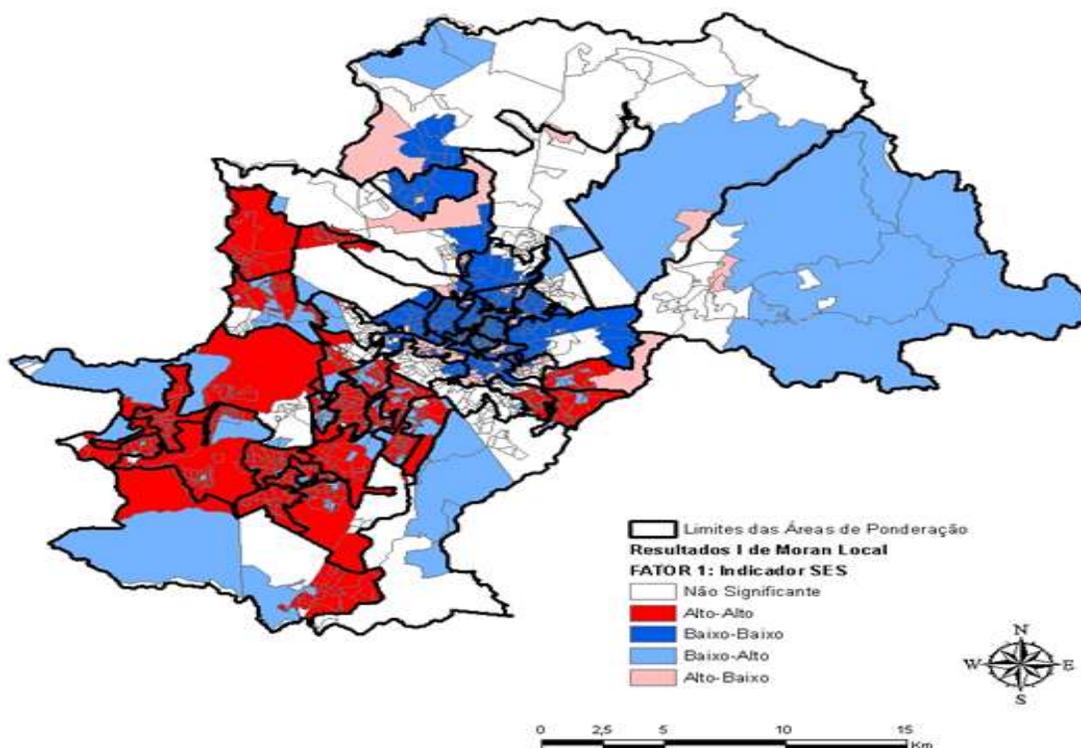
Conforme ocorrido em outras metrópoles brasileiras, o crescimento urbano de Campinas veio acompanhado de consequências negativas, como “elevada concentração da pobreza, desemprego, violência, aumento da desigualdade no desenvolvimento econômico e, de forma geral, uma forte tendência em direção à segregação espacial” (CUNHA; JIMÉNEZ, 2006, p.367).

¹¹ Este termo faz analogia com as ilustrações relativas ao relevo e foi usado no atlas produzido no contexto do projeto “Vulnerabilidade”. Para maiores detalhes ver: Campinas metropolitana: diversidades socioespaciais: Nepo/Nesur/Unicamp, 2004. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/vulnerabilidade/atlas/atlas_RMC/indice.htm>. Acesso em: 2008.

No trabalho de Cunha e Jimenez (2006) a segregação residencial e o acúmulo de carências são investigados no âmbito da região Metropolitana de Campinas. É apresentado, dentre outros, o Índice de Moran Local para condição socioeconômica¹², cuja análise permite a identificação das áreas de concentração de pobreza e de riqueza em nível intra-urbanos, os chamados *hot spots* e *cold spots*. Tendo em vista que o indicador utilizado na análise se referia à condição socioeconômica, os *hot spots* (em vermelho) seriam as áreas (setores censitários) onde vivem as pessoas em piores condições e os *cold spots* (azul claro) seriam as áreas de melhores condições socioeconômicas da região.

O Mapa 1 mostra os resultados do Índice de Moran local para a cidade de Campinas. Os dados apresentados reforçam a existência de uma concentração de população com melhores condições socioeconômicas nas áreas do centro e nos quadrantes Norte/Nordeste, enquanto as piores condições são registradas nas áreas Sul e Sudoeste da cidade.

MAPA 1 - Resultados do índice de Moran para indicador do status socioeconômico Campinas, 2000



Fonte: Cunha e Jimenez (2006).

¹² Para maiores detalhes sobre os procedimentos metodológicos consultar Cunha e Jimenez (2007).

Percebe-se que as transformações sociais e econômicas de Campinas são expressas na estruturação do seu espaço intra-urbano, sendo a segregação residencial um elemento marcante desta configuração socioespacial. Esta separação espacial (distância física) dos grupos sociais, ou seja, a segregação residencial¹³ nos ajudará a entender o acesso diferenciado às políticas sociais e as vulnerabilidades sociodemográficas.

A seguir, apresentamos algumas características sociodemográficas de Campinas que nos permitem compreender melhor sua diferenciação intra-urbana e reforçam, grosso modo, as diferenças entre os quadrantes Sul/Sudoeste com a área central e seu eixo de expansão na direção Norte/Nordeste da cidade.

2.1. Características Sociodemográficas e Distribuição Espacial dos Grupos Populacionais

Na cidade de Campinas a segregação residencial da população manifesta-se, principalmente, pela variação na distribuição dos grupos populacionais segundo sua condição socioeconômica (CUNHA; JIMENEZ, 2006). Assim, as camadas sociais de mais alta renda residem e usufruem serviços e infraestrutura diferente, sendo até possível dizer que há uma cidade para as camadas de mais alta renda e outra para a população mais pobre.

Neste capítulo, será apresentada uma caracterização sociodemográfica da cidade utilizando dados provenientes do Projeto de Pesquisa “Dinâmica Intrametropolitana e Vulnerabilidade Sociodemográfica nas Metrôpoles do Interior Paulista: Campinas e Santos” desenvolvido por pesquisadores do Núcleo de Estudos de População (NEPO) com financiamento da FAPESP e CNPq¹⁴.

Nesse projeto foi realizada uma pesquisa domiciliar, com o objetivo de coletar dados que permitissem fazer um retrato atualizado sobre distintas dimensões da realidade sociodemográfica das famílias residentes nas Regiões Metropolitanas (RMs) de Campinas e de Santos. Destaca-se a importância desta pesquisa domiciliar, pois os dados coletados pelo Censo Demográfico neste final de década dos anos 2000 já apresentam defasagem temporal e, para estas duas RMs, há poucas opções de outras fontes de dados. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

¹³ Diferente do caso norte americano onde a cor é um elemento de grande importância quando se considera a separação residencial da população, no Brasil, a segregação residencial pode ser mais bem observada pelo recorte socioeconômico.

¹⁴ Maiores detalhes da pesquisa podem ser obtidos em Cunha (2006) e **Sumário de Dados da Região Metropolitana de Campinas e da Baixada Santista**. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=590&nivel=0> Acesso em: 2008. (Versão Preliminar).

(PNAD) e Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), ambas realizadas pela FIBGE, contemplam somente as nove RMs criadas por lei federal. Na verdade, cumpre reconhecer que, em 2006, a Fundação Seade realizou uma Pesquisa de Condições de Vida (PCV) nas RMs do Estado de São Paulo, na qual foi possível conhecer um pouco mais das mesmas por outra fonte de dados que não o Censo.

Todavia a produção de dados para as RMs de Campinas e Santos continua fortemente dependente dos Censos Demográficos, sendo esta a única fonte de dados que também permite desagregação das informações em nível municipal. Deste modo, a pesquisa de campo realizada no âmbito do Projeto “Dinâmica Intrametropolitana e Vulnerabilidade Sociodemográfica nas Metrôpoles do Interior Paulista: Campinas e Santos” contribui para ampliar o conhecimento da realidade sociodemográfica destas regiões.

Deve-se destacar ainda que tal contribuição não se restringe apenas à produção de dados mais recentes. A pesquisa de campo é inovadora em alguns aspectos, pois para algumas questões já trabalhadas pelo Censo Demográfico ela investiga elementos novos como, por exemplo, incorporar perguntas sobre a frequência do fornecimento de certos serviços públicos.

As informações foram coletadas ao longo do segundo semestre de 2007. Na RMC a pesquisa domiciliar foi realizada em 1680 domicílios escolhidos através de uma amostra aleatória especialmente desenhada para refletir a heterogeneidade espacial da região em termos do grau de vulnerabilidade das famílias:

Quanto ao instrumento de coleta, este foi organizado em diferentes módulos colhendo informações sobre os seguintes aspectos: características dos domicílios e seu entorno, ambiente, riscos e perigos, dados sociodemográficos gerais, mercado de trabalho para os maiores de 10 anos, mobilidade espacial do chefe do domicílio, família e comunidade, saúde e educação, sendo estes últimos três módulos aplicados à cônjuge ou mulher responsável pelo domicílio. Salienta-se que em todos estes módulos o questionário buscou inovar com relação aos quesitos coletados ao incluir informações inovadoras e pouco comuns em levantamentos desse tipo tais como características do entorno dos domicílios, incluindo acessibilidade a serviços públicos, percepções sobre riscos e perigos, mobilidade intra-urbana, estratégias familiares e relações de gênero, capital social, participação dos pais nos estudos de crianças, acesso a serviços de saúde etc (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 3).

O desenho amostral da pesquisa domiciliar foi concebido de maneira a que a mesma fosse representativa não apenas para a RM como um todo, mas também em nível de estratos homogêneos concebidos segundo os lineamentos teóricos estruturantes do projeto, ou seja a

noção de vulnerabilidade (as Zonas de Vulnerabilidade - ZVs)¹⁵. Os dados da pesquisa dizem respeito à população urbana, descontada uma parte do estrato mais rico da mesma, que, no Censo de 2000, representava apenas 4,6% do total dos residentes na região¹⁶.

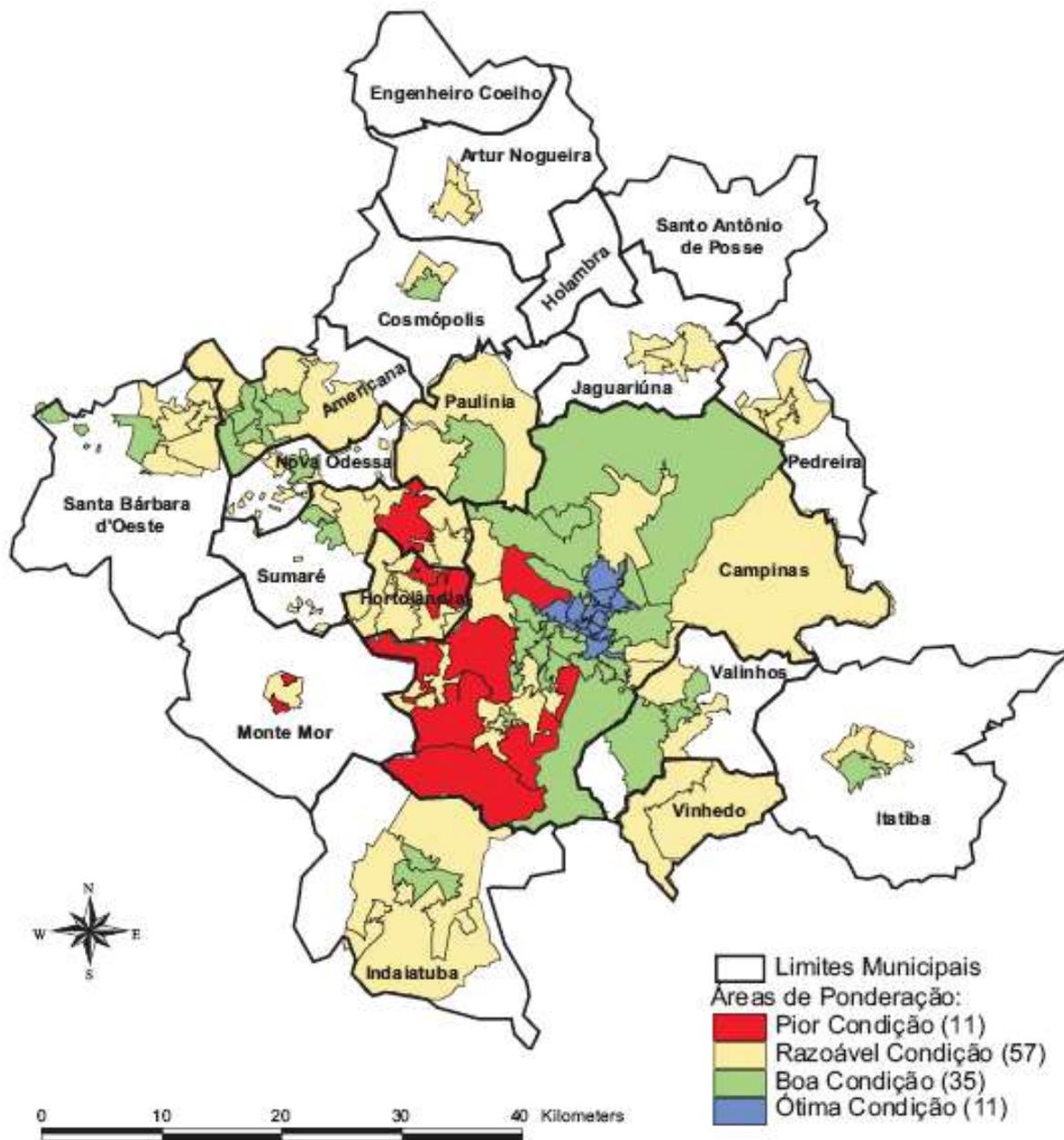
Mesmo que o recorte espacial de nosso trabalho contemple apenas a cidade de Campinas, pode-se dizer que os dados dessa pesquisa domiciliar serão úteis na medida em que, ao trabalhar com a divisão de ZVs, teremos garantida uma boa representatividade do município principalmente nos estratos opostos, ou seja, na ZV4 que envolve apenas áreas de Campinas e ZV1 de cujos residentes cerca de 70% vivem no município. Considerando-se que a metodologia de elaboração das ZVs levou em conta características comuns das mesmas, considera-se que as áreas são bastante homogêneas não havendo variações significativas nos outros 30% da população residente na ZV1. De fato, como mostra o Mapa 2, das onze áreas de ponderação¹⁷ que compõem a ZV1, seis delas estão localizadas em Campinas. E, para a ZV4, todas as onze áreas que a compõem estão em Campinas. Portanto, os dados destas ZVs 1 e 4 referem-se principalmente a situações encontradas no município de Campinas.

¹⁵ Detalhes metodológicos podem ser obtidos a partir de texto específico já publicado (CUNHA et. al., 2005) e no **Sumário de Dados da Região Metropolitana de Campinas e da Baixada Santista**. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=590&nivel=0>. Acesso em: 2008. (Versão Preliminar). Ressalta-se, porém que as Zonas de Vulnerabilidade buscam apreender os diferentes graus de vulnerabilidade da população, não havendo uma situação pré-estabelecida do mais vulnerável para o menos vulnerável. Deste modo, mesmo os grupos de melhores condições socioeconômicas como os residentes na ZV4 podem apresentar vulnerabilidade para alguma situação, como por exemplo, diante da violência urbana.

¹⁶ NA RM de Campinas foram encontradas enormes dificuldades para realizar a totalidade de entrevistas previstas para a ZV correspondente a população de maior poder aquisitivo (ZV4), o que implicou na redução significativa (ainda que forçada) do número de questionário e, portanto, a representatividade da amostra para este estrato específico (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 1).

¹⁷ Define-se Área de Ponderação como sendo uma unidade geográfica, formada por um agrupamento mutuamente exclusivo de setores censitários, para a aplicação dos procedimentos de calibração das estimativas com as informações conhecidas para a população como um todo (IBGE, 2002, p. 12). As áreas de ponderação foram utilizadas na delimitação as Zonas de Vulnerabilidade (ZV).

MAPA 2 - Zonas de Vulnerabilidade segundo áreas de ponderação Região Metropolitana de Campinas, 2000



Fonte: Pesquisa do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nas seções seguintes destacamos algumas características sociodemográficas por Zonas de Vulnerabilidade que possibilitam um melhor entendimento das diferentes condições de vida

dos grupos populacionais. Destacam-se também alguns elementos da dinâmica demográfica que podem interferir na condição de vulnerabilidade destes grupos¹⁸.

2.1.1. Infraestrutura Urbana

A cobertura de infraestrutura urbana e sanitária é muito importante para se verificar a qualidade de vida dos grupos populacionais. Sua presença é determinante para a redução de doenças, sobretudo as infecto parasitárias que têm um peso significativo na mortalidade infantil. A Pesquisa Vulnerabilidade (2007) traz algumas informações inovadoras sobre estes aspectos, permitindo ampliar o conhecimento sobre os diferenciais qualitativos de acesso a este tipo de serviço, uma vez que grande parte deles já se encontra quase universalizado em Campinas.

A Tabela 2 apresenta a cobertura para os serviços de saneamento básico e por zonas de vulnerabilidade. Embora o fornecimento de água tenha uma cobertura de quase 100%, verifica-se que, para o fornecimento contínuo, esta cobertura mantém-se apenas para a ZV4, justamente a que apresenta melhores condições socioeconômicas. A ZV1 é a que apresenta as piores coberturas, sendo notável a diferença na questão da coleta diária de lixo onde a cobertura é de apenas 5,2% contra 94% na ZV4. A variação entre as ZV1 e ZV4 em relação à coleta de esgoto também é grande, de 59,3% para 99,6%, respectivamente.

TABELA 2 - Acesso e frequência aos serviços de saneamento básico segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Serviços	Zonas de Vulnerabilidade (%)				Total RMC
	1	2	3	4*	
Água ligada à rede geral com canalização	96,0	99,8	99,8	100,0	98,6
Fornecimento continuado de água	82,0	88,2	92,3	99,2	90,4
Esgoto ligado à rede geral	59,3	86,7	99,5	99,6	86,3
Coleta direta de lixo	98,9	99,8	99,5	100,0	99,5
Coleta de lixo diária	5,2	18,9	44,2	94,0	40,6
Total	65.210	381.498	257.292	25.541	729.540

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Em relação aos serviços de infraestrutura urbana de: guias e sarjetas, calçadas, iluminação pública e pavimentação das vias de tráfego, verifica-se que a cobertura é de cerca de

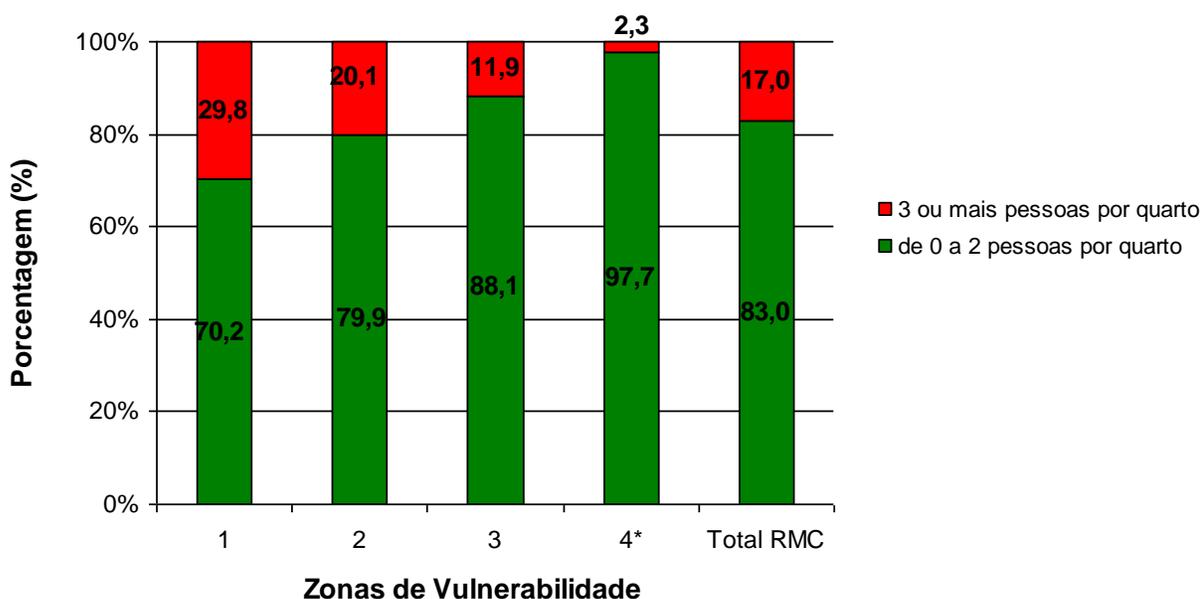
¹⁸ É importante destacar que alguns dados e comentários das seções de 2.1.1 a 2.1.6 são baseados no Sumário de Dados da RM de Campinas (NEPO/UNICAMP, 2008).

90% para toda a RMC. Para a maioria destes serviços não há variação segundo ZVs; apenas a iluminação pública apresenta menor cobertura na ZV1 (55%) (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 4).

A maior precariedade das formas de moradia é um aspecto importante para inferir sobre a qualidade de vida da população. Observa-se que na ZV1 há maior participação percentual dos domicílios com baixa qualidade de construção, verificando-se uma menor presença de domicílios com paredes revestidas ou parcialmente revestidas, aumentando assim à exposição do domicílio às intempéries e problemas de saúde (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 2).

A densidade domiciliar elevada é apontada como fator socioambiental de risco para a transmissão de algumas doenças, principalmente para os problemas respiratórios. Observa-se pelo Gráfico 1 que na ZV1 a densidade domiciliar de três ou mais pessoas por dormitório é bem maior (29,8%) do que na ZV4 (2,3%).

GRÁFICO 1 - Densidade domiciliar por dormitório segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

A distância a alguns equipamentos públicos ajuda a compor o quadro de infraestrutura urbana das ZVs. A Tabela 3 apresenta o percentual de domicílios distantes até 10 minutos a pé de alguns equipamentos públicos. Exceto para “ponto de ônibus”, há grande variação por ZVs, sendo que na ZV1 existe uma ampla diferença na distância ao Posto Policial: apenas 4,5% dos domicílios estão a menos de 10 minutos à pé contra 19,7% na ZV4. Os Postos de Saúde (Centros

de Saúde), tanto nas ZV1 e ZV4 apresentam os menores valores. Para as camadas de mais alta renda da cidade (predominantes na ZV4), a utilização dos serviços públicos de saúde básica é baixa (grande parte desta população recorre aos convênios médicos principalmente para a atenção básica). Tal situação favorece uma demanda pequena pelos serviços e, conseqüentemente, uma baixa densidade dos equipamentos nestas áreas.

TABELA 3 - Domicílios distantes até 10 minutos à pé de equipamentos públicos segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Equipamentos Públicos	Zonas de Vulnerabilidade (%)				Total RMC
	1	2	3	4*	
Ponto de ônibus	97,3	96,3	95,1	99,4	96,1
Posto de saúde	49,6	53,7	50,6	41,4	50,2
Creche pública	51,4	57,1	50,9	35,0	52,0
Escola pública	58,0	65,6	60,2	46,5	61,0
Posto policial	4,5	13,1	16,1	19,7	14,7
Total	65.210	381.498	257.292	25.541	729.540

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Em síntese, a situação da população residente na ZV1 é mais precária em vários aspectos como: fornecimento contínuo de água, acesso à rede de esgoto, menor frequência de coleta de lixo, maior quantidade de domicílios com baixa qualidade construtiva, maior densidade domiciliar e menor acesso a alguns serviços públicos. Este acúmulo de carências tem impactos diretos na saúde e qualidade de vida da população, sendo os idosos e crianças mais expostos aos riscos de adoecer e morrer. Também se faz necessário que haja uma boa oferta dos serviços de saúde nestas áreas a fim de minimizar os efeitos negativos de tais condições ambientais que favorecem os agravos de saúde.

2.1.2. Estrutura Etária

A estrutura etária é um dos componentes da dinâmica demográfica mais relevante para fins de planejamento de políticas públicas. Ela é um “elemento central para o conhecimento das diferenciações sócio-espaciais e, portanto, para a tomada de decisões sobre como enfrentar os problemas derivados do processo de urbanização” (CUNHA; OLIVEIRA, 2001, p. 365).

Sabe-se que a demanda por serviços varia conforme a idade das pessoas, conseqüentemente, não se pode considerar que regiões com população mais jovem tenham as

mesmas necessidades que as áreas mais envelhecidas. Os requerimentos de serviços de saúde são bastante altos no primeiro ano de vida, para as mulheres em idade reprodutiva (gravidez e parto) e são crescentes para os idosos.

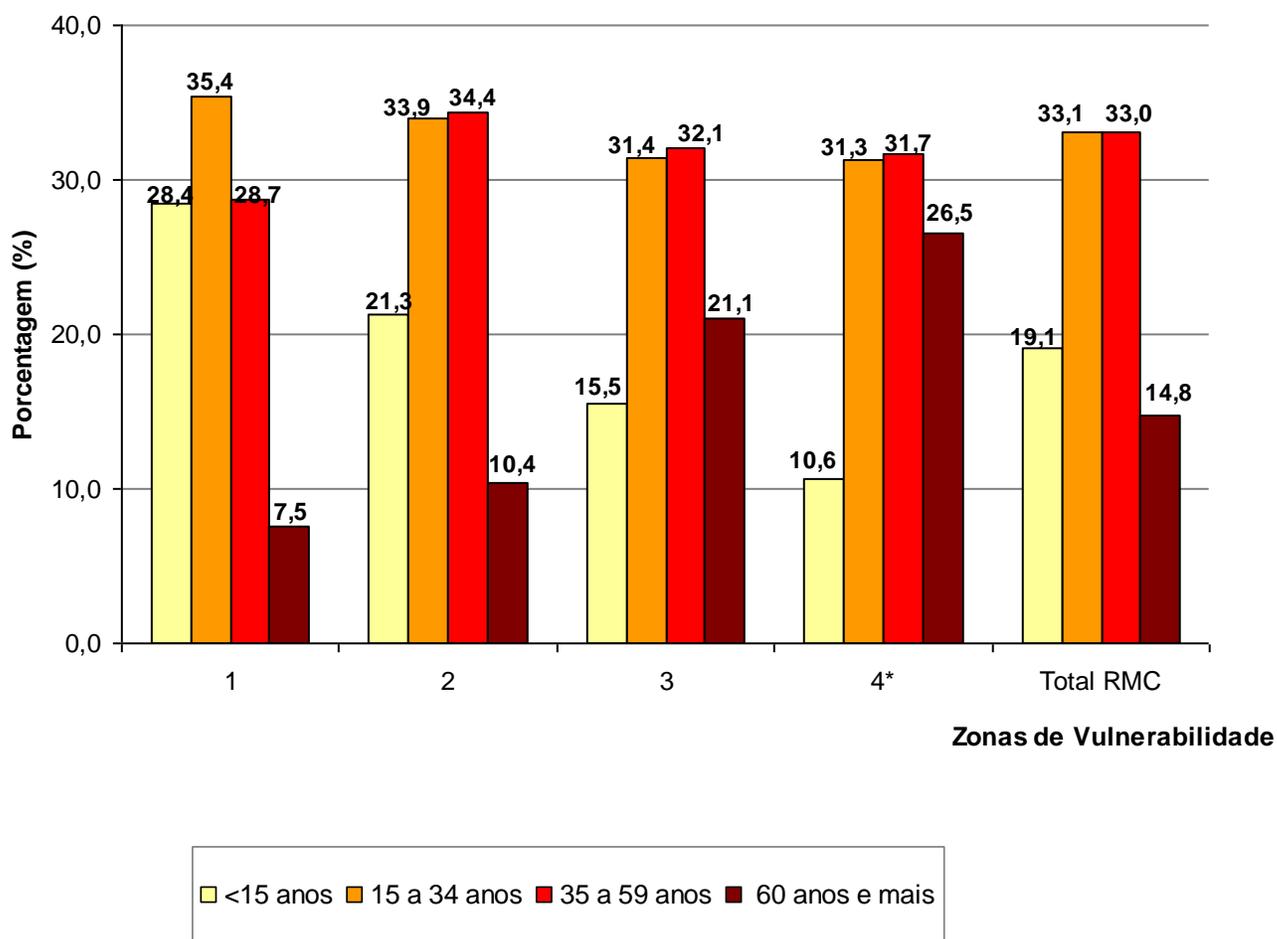
A estrutura etária tem grande importância, no momento da definição de demandas por políticas públicas. Muitas vezes, determinados grupos etários e certas características socioeconômicas devem ser preferencialmente focadas a fim de que a política seja mais bem sucedida. Não se trata aqui de negar a importância da universalização de políticas como saúde e educação, no entanto, dado a grande desigualdade da sociedade brasileira, muitas vezes sob a universalização dos serviços escondem-se iniquidades que precisam ser tratadas de modo específico.

Contudo, este trabalho não pretende se aprofundar no polêmico debate entre políticas focalizadas versus políticas universais, dado que, mesmo os defensores de políticas universais, concordam sobre a necessidade dos grupos em situação de grande privação econômica, alcançarem um patamar mínimo de atendimento de suas necessidades básicas de vida, a fim de que possam usufruir outras políticas sociais. Além disso, o modelo de proteção social brasileiro apresenta dificuldades históricas em promover políticas sociais que beneficiem os grupos mais pobres (TORRES; MARQUES, 2005).

Retomando a distribuição da população por grupo etário, observa-se no Gráfico 2 que na RMC há maior participação relativa de idosos (acima de 60 anos) e menor de jovens (menores de 15 anos), se comparado aos dados do Censo de 2000. “A participação da população menor de 15 anos é de cerca de 19% em 2007, contra 25,6% em 2000” (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 2). Para o grupo acima de 60 anos estes números variam de 14,8% para 8,5%, respectivamente.

O perfil etário também se diferencia por ZV, sendo que a ZV1 apresenta um número maior de crianças. Esta ZV1 é a que, no geral, possui as piores condições socioeconômicas. Ela se destaca ainda por ser a única onde a participação de pessoas de 15 a 34 anos (adultos jovens) é superior aos demais grupos etários.

GRÁFICO 2 - População urbana residente por grupos etários segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

A variação do estado de saúde por grupo etário pode ser observada na Tabela 4. Ela mostra a proporção de avaliação positiva do estado geral de saúde ("Muito bom ou Bom" versus "Regular, Ruim ou Muito ruim"), por Zona de Vulnerabilidade e grupo etário. Esta avaliação foi feita pela pessoa que respondeu o questionário para cada morador do domicílio, portanto não corresponde a uma autoavaliação estrito senso. A Tabela 4 nos mostra que, com o aumento da idade, o percentual de avaliação "Muito bom ou Bom" diminui e, a partir dos 30 anos, começa a declinar mais significativamente. Observa-se que, conforme esperado, a RMC apresenta maiores percentuais de resposta positiva para o grupo mais jovem e menores percentuais para o grupo mais idoso, variando no total de 95,2% a 54,9%, respectivamente. A distribuição de respostas

entre grupos etários por ZV varia menos na ZV4. Já na ZV1, a distribuição de respostas entre grupos etários apresenta maior variação, sendo de 96,7% para o grupo mais jovem e 38,7% para o grupo mais idoso (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 11).

TABELA 4 - Pessoas com avaliação do Estado Geral de Saúde "Muito Bom ou Bom" por grupos etários segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Zonas de Vulnerabilidade	% de Respostas "Muito bom" ou "Bom"					Total	(n)
	0 a 14 anos	15 a 29 anos	30 a 44 anos	45 a 59 anos	60 anos e mais		
1	96,7	94,6	83,2	62,6	38,7	83,8	226.450
2	95,1	92,7	82,1	61,1	44,9	79,9	1.323.695
3	94,1	94,7	85,9	82,8	60,7	83,4	808.460
4*	96,0	98,1	89,4	83,8	67,3	85,0	73.244*
Total (%)	95,2	93,6	84,2	70,6	54,9	81,9	2.431.849

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Na RMC e no município de Campinas em particular, considerando-se as ZV1 e ZV4, fica evidente que a distribuição dos perfis etários da população varia espacialmente acompanhando as condições socioeconômicas da população. As crianças, grupo com mais risco de mortalidade, têm uma participação elevada na ZV1, onde também há maiores carências gerais da população e, conforme mostraremos nos Capítulos 3 e 4, maiores dificuldades para alocar profissionais nos Centros de Saúde. Este acúmulo de carências aumenta o grau de vulnerabilidade dos grupos residentes na ZV1, em particular daqueles que mais correm o risco de apresentar problemas de saúde como as crianças e os idosos.

Os idosos possuem participação relativa mais alta nas áreas centrais de Campinas (ZV4), onde os serviços dos Centros de Saúde apresentam menos dificuldades para ofertar serviços. Também é uma área com predomínio da população de alta renda, a qual pode recorrer aos serviços particulares de medicina, havendo mais opções de acesso aos serviços de saúde para estes grupos, reduzindo a pressão da demanda sobre os Centros de Saúde. Os idosos que residem na ZV1, embora com menor participação relativa, requerem uma atenção especial. Considerando-se o acúmulo de carências desta ZV1, a situação deles torna-se especialmente

delicada, configurando-se como um grupo bastante vulnerável. Detalharemos mais esta questão no Capítulo 5.

2.1.3. Arranjos Domiciliares e Ciclo Vital

A tendência mundial recente é de diversificação crescente dos arranjos familiares. Porém é importante fazer uma distinção entre os arranjos familiares e os arranjos domiciliares.

Há uma ampla discussão a respeito da definição de família, onde cada campo de investigação científica adota uma perspectiva em função dos seus objetivos de estudo. Porém existe uma dificuldade comum que consiste em se compreender a relação do indivíduo diante do grupo. Basicamente, a ideia de família na sociologia e na antropologia considera as relações de gênero, parentesco, geração e aliança (casamento).

Destaca-se que família pode ser definida como:

Grupo de residência constituído por pessoas vinculadas por relações de parentesco consanguíneo e/ou de aliança, que são também relações de gênero e de gerações. Estas relações podem estar reduzidas à sua expressão mínima - um casal sem filhos, uma mãe (ou pai) e seu filho, dois irmãos, uma avó e seu neto, ou pode atingir formas altamente complexas, que podem chegar a envolver mais de uma "família elementar" (composta por pelo menos um dos genitores e prole).

A dimensão da residência constitui elemento importante na análise da família, uma vez que reflete a dinâmica de inclusão/exclusão que permeia as relações familiares. Certamente, as relações de parentesco não se restringem àquelas vividas no interior da residência e uma análise mais fina da instituição familiar implicaria no estudo das relações entre residências, algo ainda de difícil operacionalização. Por isso mesmo, não se pode afirmar que a pessoa que vive sozinha "não tem família", mas é inegável que, por escolha ou contingência, apresenta um padrão de residência não-familiar. Da mesma forma, também os arranjos de residência entre não parentes (grupos de amigos, por exemplo) não podem ser considerados "familiares". É importante, portanto, diferenciar "família" de "grupo doméstico", um conceito mais amplo, que dá conta tanto daqueles arranjos de residência de base familiar quanto daqueles de base não familiar (BILAC, 2008, p. 1).

A demografia estuda a família como um pequeno grupo. A família como unidade de análise está associada à perspectiva da reprodução da população, dado que a mesma está condicionada ou se dá no interior da família (OLIVEIRA, 1981, p. 619).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE preocupa-se em identificar as unidades de consumo dentro dos domicílios particulares permanentes. Na divulgação dos

resultados da POF, utiliza-se o termo “família” para representar o conceito de unidade de consumo (IBGE, 2004, p. 18).

Já o conceito de “família” adotado no Censo Demográfico e demais pesquisas domiciliares:

Refere-se às pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, sem referência explícita ao consumo ou despesas. Entretanto, na maior parte das situações, a unidade de consumo da POF coincide com a “família”, segundo o conceito adotado no IBGE [Censo]. Verifica-se, a título de exemplo, que a diferença entre o total de Unidade de Consumo da POF 2002-2003 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2002 é da ordem de 5,94%, sendo que a POF registrou um total de 48.534.638 Unidades de Consumo, e a PNAD, 51.560.959 famílias (IBGE, 2004, p. 19).

Deste modo, no Censo são levantadas as pessoas que partilham um mesmo domicílio sem a preocupação de saber se outras necessidades básicas são compartilhadas. No caso dos domicílios unifamiliares fica evidente que os limites da família censitária são os mesmos da unidade de consumo. Já para os domicílios de famílias conviventes nada garante que não exista mais de uma unidade de consumo. Porém, como demonstrado no trecho acima, na maior parte das vezes a unidade de consumo coincide com o recorte analítico de família feito no Censo.

A pesquisa domiciliar do Projeto Vulnerabilidade (2007) permite que se amplie o conhecimento sobre as condições de vida das famílias da RMC, utilizando-se os arranjos domiciliares¹⁹. Na RMC observa-se que nos domicílios de responsabilidade masculina predomina o arranjo “casal com filhos”, seguido apenas por “casais”. Já nos domicílios de responsabilidade feminina predomina o arranjo monoparental, constituído exclusivamente por mãe e filho(s), seguido dos unipessoais (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 7).

Os arranjos domiciliares estão associados ao ciclo vital familiar e às mudanças familiares ao longo do tempo. Costuma-se utilizar a idade do responsável pelo domicílio como uma *proxy* da etapa do ciclo vital. Seguindo o padrão comumente observado, na RMC as famílias nucleares de responsabilidade masculina (casais com filhos) estão predominantemente nas idades mais jovens e diminuem nas idades mais avançadas, até serem suplantadas pelos casais sem filhos. Os arranjos do tipo “casal sem filhos” são mais frequentes nas idades mais jovens (fase de formação da família) e mais avançadas (fase do chamado ninho vazio, quando os filhos já deixaram a casa

¹⁹ Para fins deste trabalho, utilizamos o termo arranjos domiciliares como sinônimo de arranjos domésticos.

dos pais). A elevada frequência de viuvez feminina, devido à maior longevidade das mulheres, parece contribuir para o aumento dos arranjos monoparentais femininos nas idades avançadas (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 8).

A Tabela 5 apresenta o sexo do responsável pelo domicílio segundo as ZVs. Percebe-se que justamente na ZV4, onde há melhores condições gerais da população, a chefia feminina é mais frequente. Tais resultados indicam não ser verdadeira a associação entre chefia feminina e pobreza. Assim, não se pode considerar que isoladamente a chefia feminina seja um elemento que aumente a vulnerabilidade dos domicílios.

TABELA 5 - Sexo do responsável pelo domicílio segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

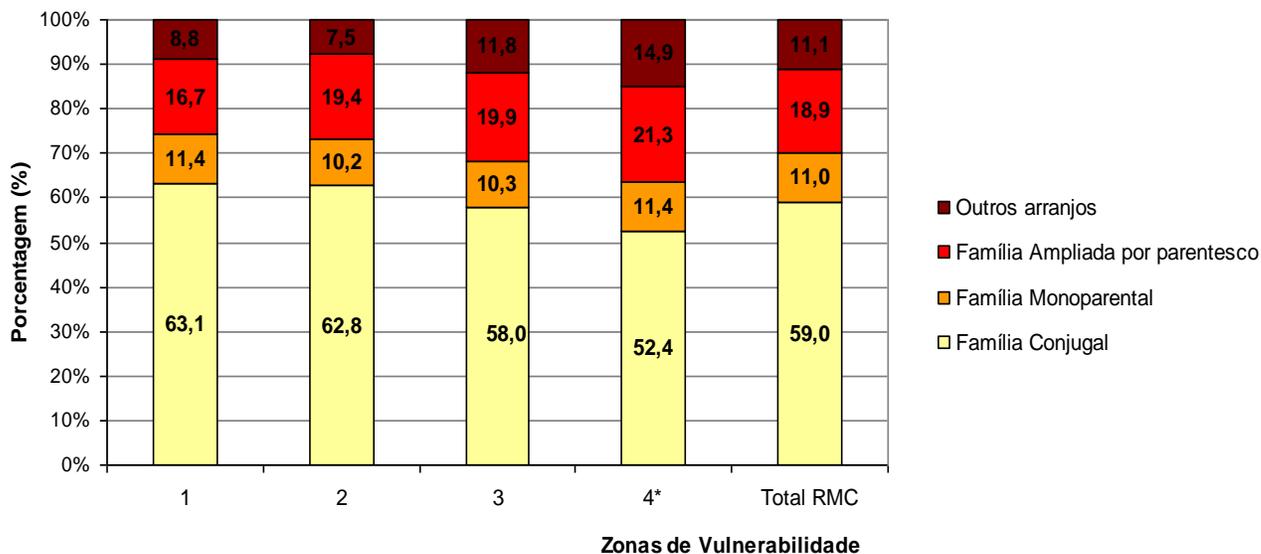
Zonas de Vulnerabilidade	Sexo do Responsável pelo Domicílio		Total
	Masculino	Feminino	
ZV1	78,2	21,8	65.210
ZV2	78,8	21,2	381.498
ZV3	72,8	27,2	257.292
ZV4	69,3	30,7	25.541
Total	74,0	26,0	795.611

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Em relação aos arranjos domiciliares por ZVs, observa-se pelo Gráfico 3 que na ZV4 há menor ocorrência de famílias conjugais (casais ou casais e filhos) - 52% contra 63% na ZV1. Este gráfico junto com a Tabela 5 permite verificar que o aumento da chefia feminina nas ZV4 deve-se em grande parte aos arranjos com parentes (famílias ampliadas) e do tipo “outros”, pois se observa que as famílias monoparentais (majoritariamente de chefia feminina) apresentam praticamente o mesmo valor em todas as ZVs.

GRÁFICO 3 - Arranjos domiciliares segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Conforme já apontado, as famílias com responsáveis mais jovens tendem a estar nas fases mais iniciais do seu ciclo vital e, portanto, ainda sem filhos ou com filhos na condição de crianças. Nas VZ1, dentre os que ocupam posição de filhos ou enteados, a maior parte está no grupo de até 14 anos (60%). Já nas ZV4 este número cai para 41,3% (NEPO/UNICAMP, 2008, Família e Comunidade, p.12). Tal fato tem implicações diretas na razão de dependência o que pode resultar numa situação de maior vulnerabilidade para os domicílios.

2.1.4. Razão de Dependência Domiciliar

A razão de dependência domiciliar pode expor o domicílio a uma situação de vulnerabilidade na ausência de políticas sociais (como serviços de creches e educação infantil) ou salários que compensem a maior dependência daqueles moradores (crianças e idosos) que não estão inseridos no mercado de trabalho e, portanto, não podem contribuir para o orçamento doméstico.

O caso da dependência dos grupos etários mais jovens (crianças) é mais significativo, pois os idosos, com a universalização das aposentadorias, possuem uma fonte de renda e podem

contribuir para as despesas do domicílio. Muitas vezes a renda dos idosos se torna importante para domicílios de baixa renda, sendo que os mesmos deixam de representar um “fardo econômico” (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 10).

As Razões de Dependência Domiciliar por ZVs mostradas na Tabela 6 indicam que a ZV1 apresenta uma razão de dependência das crianças bem acima das outras ZVs, em particular em relação a ZV4, a qual apresenta em contrapartida a maior razão de dependência dos idosos. Conforme a análise da estrutura etária já identificou, as ZV1 e ZV4 são realmente as áreas de Campinas com maior participação de população jovem e idosa, respectivamente. Destaca-se que a tendência nacional de queda de fecundidade em todos os estratos socioeconômicos da população é observada também na ZV1 e sua razão de dependência de crianças, ainda que mais alta se comparada com as outras áreas, já reflete tal tendência de queda.

TABELA 6 - Razões de dependência de crianças, idosos e totais segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Razões de dependência	Zonas de Vulnerabilidade				Total
	1	2	3	4*	
RD crianças	0,43	0,30	0,23	0,16	0,27
RD idosos	0,07	0,09	0,24	0,33	0,15
RD Total	0,50	0,39	0,46	0,49	0,42

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

2.1.5. Emprego, Rendimento e Escolaridade

O trabalho e a renda são dois elementos que dizem muito a respeito da vulnerabilidade do domicílio. Ainda que a proposta teórica do enfoque da vulnerabilidade procure ir além do elemento renda para dimensionar a vulnerabilidade do domicílio, é inegável que a mesma é um ativo fundamental na garantia de qualidade de vida das pessoas.

O mercado de trabalho brasileiro é fortemente marcado por altos níveis de informalidade e alta disponibilidade de força de trabalho. Esta informalidade se por um lado permite que as pessoas obtenham rendimentos, por outro gera níveis insatisfatórios de proteção social. Na RMC, observa-se que:

Na PEA²⁰, a taxa de desemprego aberto, representada por aqueles que procuraram efetivamente trabalho na data de referência é de 11%, mas o desemprego oculto pelo trabalho precário e pelo desalento eleva a taxa de desemprego total a 14,17%. Consequentemente, a taxa de ocupação (proporção da PEA que está ocupada) é de 85,83%. Entre os inativos, uma pequena parcela trabalha excepcionalmente, mantendo assim uma relação marginal com a PEA (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 2).

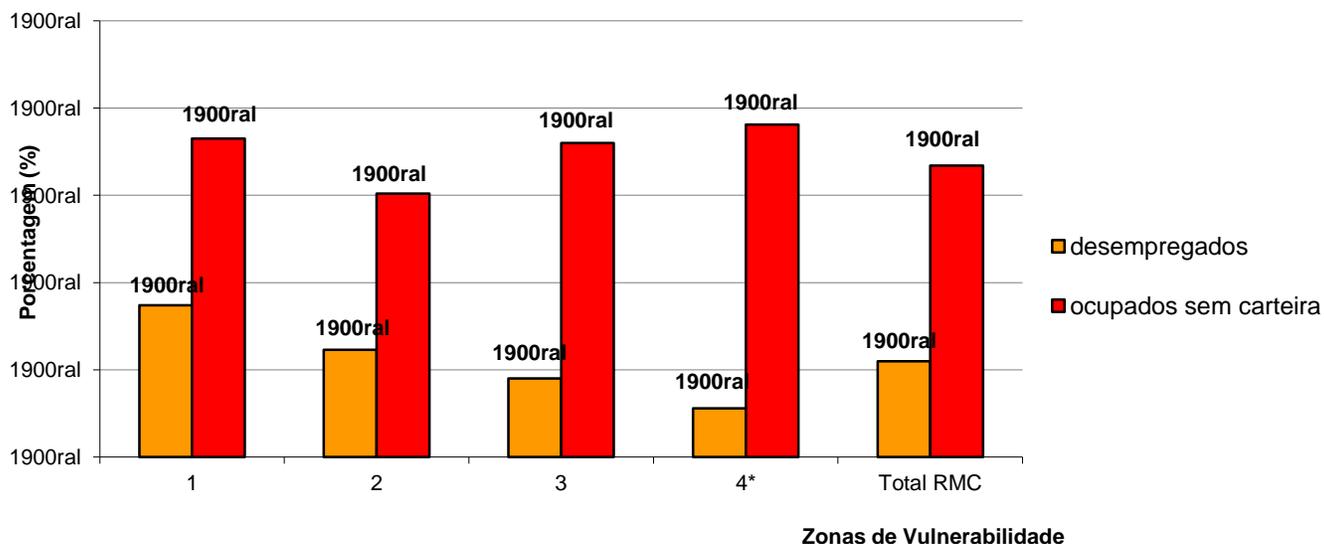
Conforme esperado, na RMC existe uma tendência do aumento da taxa de ocupação conforme aumenta o nível de instrução. Em todas as ZVs as taxas de ocupação no grupo de doze anos ou mais de instrução superam os 90%, confirmando as associações entre escolaridade e renda (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 8).

A participação dos trabalhadores que não detêm carteira assinada (cerca de 35%) varia pouco por ZVs, fato que não indica necessariamente homogeneidade de situações, pois “a não formalização do contrato de trabalho pode se dar, tanto no caso de trabalhadores manuais (em especial, autônomos com ocupações precárias), como para não-manuais, cujas atividades requerem alto nível de especialização” (NEPO/UNICAMP, 2008, p.9).

O Gráfico 4 mostra a participação percentual dos trabalhadores sem carteira e desempregados por ZV. No tocante ao desemprego confirma-se a polaridade já apontada pela análise da taxa de ocupação de que a ZV1 apresenta a maior participação percentual de desempregados (17,4%), enquanto na ZV4 este valor cai para quase pouco mais de um terço (5,6%).

²⁰ “População economicamente ativa (PEA) - constituída pelas pessoas que participam do mercado de trabalho seja na condição de ocupados seja na condição de desempregados - e pelos Inativos, ou seja, as pessoas que não participam do mercado de trabalho, seja porque dele já se retiraram seja porque nunca trabalharam” (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 2).

GRÁFICO 4 - População urbana por situação de desempregado e ocupação sem carteira assinada segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



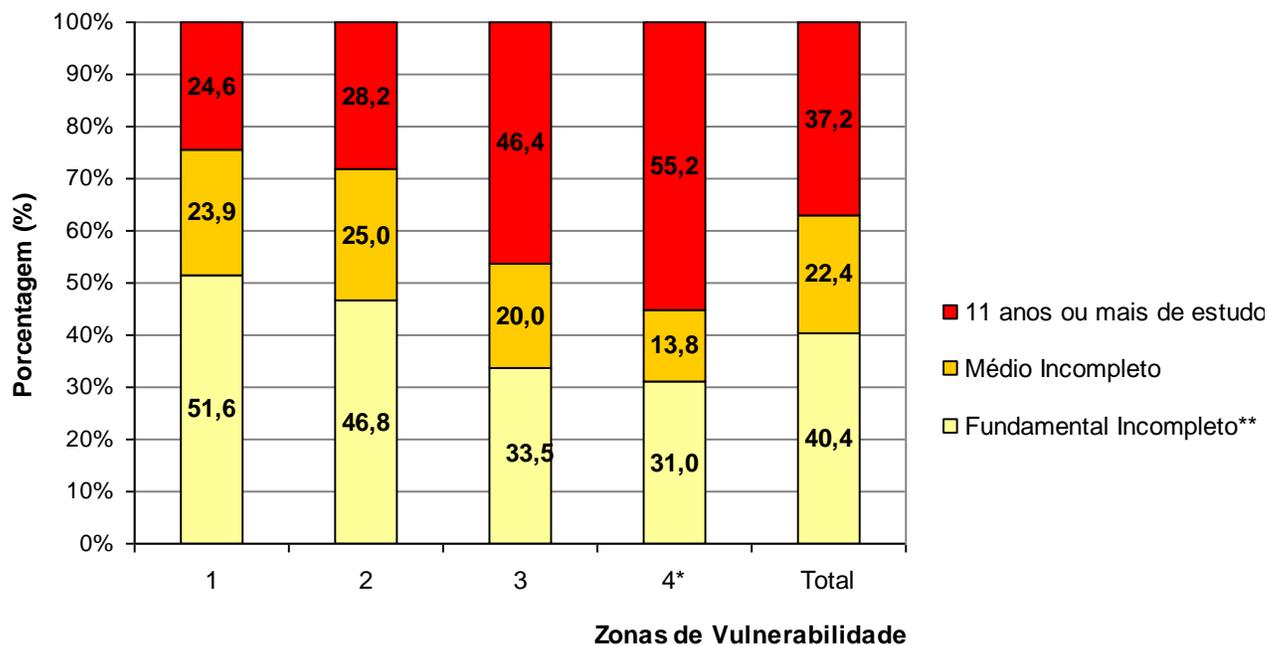
Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

A escolaridade da população é uma variável fortemente relacionada com a renda e permite inferir sobre as condições socioeconômicas da população, uma vez que a conclusão dos anos escolares diz respeito também à inserção ou não no mercado de trabalho, constituindo-se assim um ativo que aumenta a capacidade de enfrentamento das situações de vulnerabilidade social.

Observa-se pelo Gráfico 5 uma relação direta entre escolaridade e localização nas diferentes ZVs. Na ZV1 o peso da população com Fundamental incompleto é o mais elevado da região, sendo o oposto observado na ZV4. O Ensino Médio incompleto é a categoria com menor proporção em qualquer uma das ZVs.

GRÁFICO 5 - Distribuição da população urbana de 15 anos ou mais por nível de escolaridade segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

(**) Inclui analfabetos.

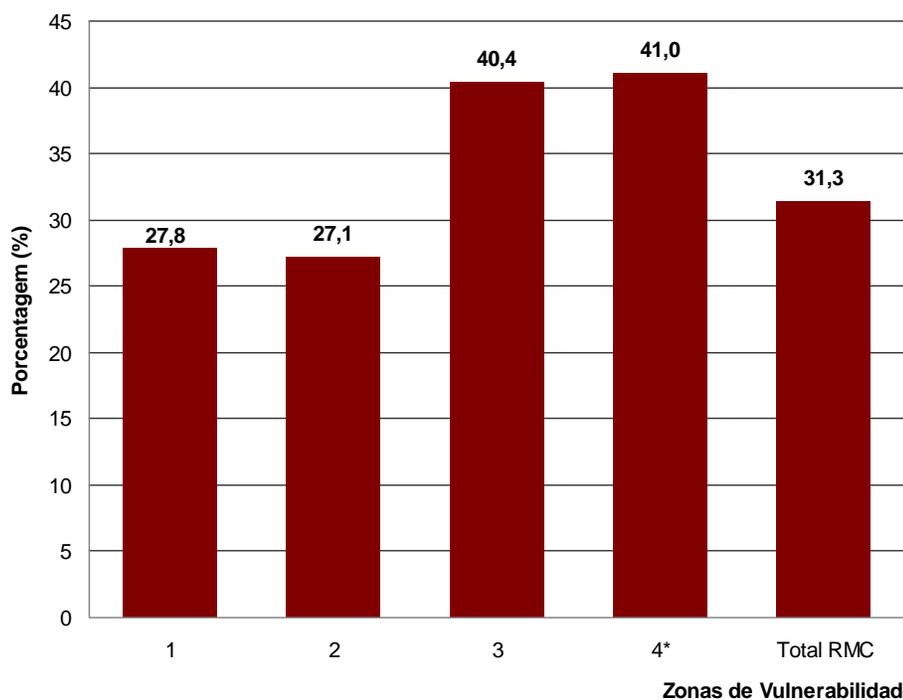
2.1.6. Migração

A migração é um elemento da dinâmica demográfica relevante para nossa pesquisa pelo fato de que, as características do migrante dizem respeito às suas opções de moradia na cidade. Esta localização espacial do migrante interfere nas suas oportunidades de acesso aos serviços e infraestrutura urbana, facilitando ou não sua acumulação de ativos e conseqüentemente sua capacidade de reagir a situações de vulnerabilidade. Destaca-se que, no Brasil, a condição de migrante recente e com baixa renda significa, em geral, acesso restrito ao mercado de trabalho e de terras, moradia nas áreas mais precárias e desvalorizadas da cidade, menos informação e acesso a serviços públicos, tornando-se um grupo sujeito a apresentar baixa qualidade de vida.

Na dinâmica populacional da RMC verifica-se que a migração respondeu por 61% do seu crescimento demográfico entre 1991 e 2000. Apesar da busca por melhores condições de trabalho ser um dos principais motivos para migrar, o simples fato de migrar não implica necessariamente em uma garantia de solução do problema. Na RMC a grande maioria dos responsáveis chegou à região sem emprego garantido (69%) (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 10). Verifica-se pelo Gráfico 6 que nas ZVs 3 e 4 o percentual de pessoas que chegaram com garantia

de emprego é bem mais elevado, reduzindo assim as condições de vulnerabilidade desta população que no conjunto geral também apresenta as melhores condições socioeconômicas.

GRÁFICO 6 - Percentual de responsáveis pelos domicílios urbanos que chegaram à região com emprego garantido segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

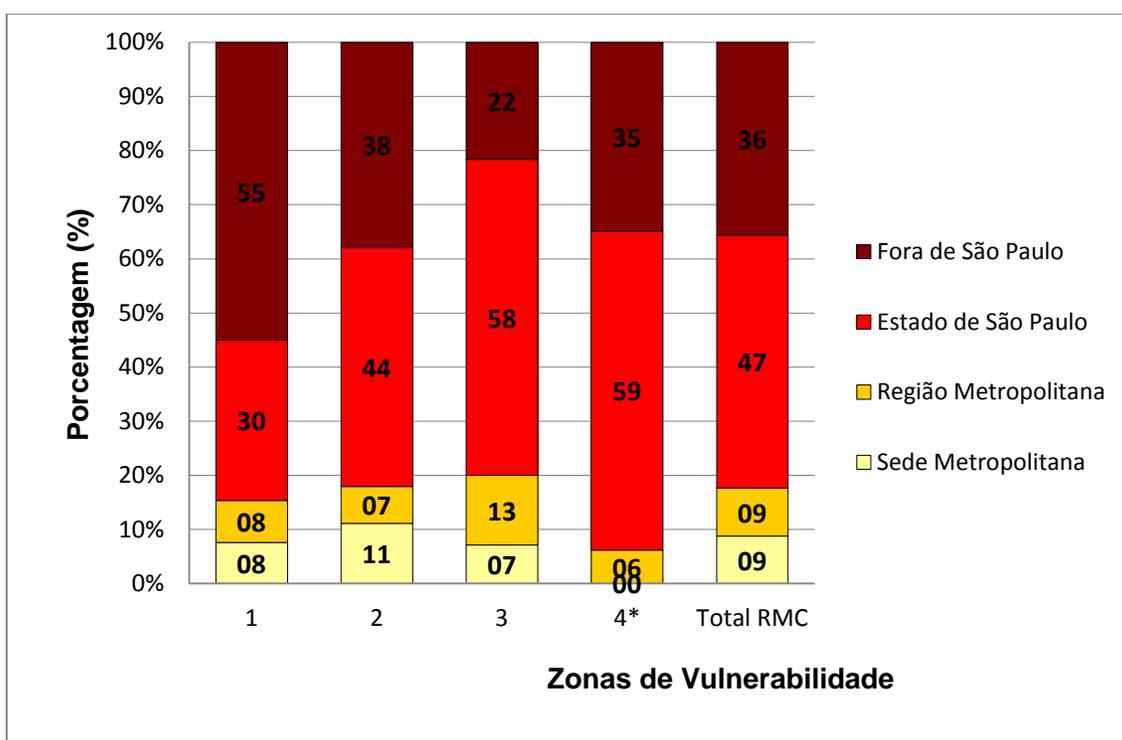
Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

A naturalidade da população desagregada por ZVs revela que na ZV1 ocorre maior percentual de população nascida fora do estado de São Paulo (39,9%), contra 10,6% na ZV4. A ZV4 apresenta maior participação, se comparada com a ZV1, de pessoas naturais do estado de São Paulo, 20,4% contra 16,7% respectivamente. Assim, justamente às pessoas de baixa renda e que chegam de mais longe lhes corresponde os piores lugares da cidade, representados principalmente pela ZV1. Situação inversa ocorre na ZV4 (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 1).

A identificação do último local de residência permite aprofundar os conhecimentos sobre os fluxos migratórios. A variação por ZVs e por residência anterior segue a mesma tendência apresentada pelo local de nascimento, ou seja, na ZV1 predominam os migrantes de fora do estado de São Paulo, enquanto na ZV4 o peso dos migrantes do estado de São Paulo é maior (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 2).

Considerar o local de residência anterior apenas do responsável por domicílio seria uma forma de analisar os dados eliminando o que se poderia chamar de “efeito indireto dos imigrantes” (ou seja, os filhos que estes tiveram após a chegada ao destino) e que, dependendo de seu volume, pode prejudicar uma visão mais realista do impacto da migração na região. O Gráfico 7 apresenta os responsáveis pelos domicílios migrantes por município anterior. Verifica-se que, novamente, os migrantes da ZV1 são predominantemente de fora do estado de São Paulo, enquanto nas ZV3 e ZV4 a maior procedência é do próprio estado de São Paulo.

GRÁFICO 7 - Responsáveis pelos domicílios urbanos por residência anterior segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Os migrantes recentes e vindos de outros estados podem enfrentar dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à grande diversidade das condições sociais e de serviços públicos no plano nacional. Muitas vezes, os estados e municípios com poucos recursos financeiros, em particular da região Nordeste, ofertam serviços de saúde muito aquém do que seria esperado. Sendo assim, poder-se-ia considerar que os migrantes oriundos destes locais possuem poucas informações sobre as opções e formas de utilizar os serviços públicos, além de muitas vezes

terem menos conhecimento sobre os cuidados com saúde e exames preventivos. Evidente, que tal situação seria facilmente contornada se, no local de chegada, houvesse uma boa oferta dos serviços de saúde, onde os agentes comunitários conseguissem fazer um acompanhamento detalhado da população. Porém, quando estes migrantes recém-chegados ocupam as áreas mais precárias da cidade e com fragilidades na oferta dos serviços, tal adaptação à nova situação e ampliação do conhecimento sobre os cuidados com saúde fica comprometida.

Existe ainda a possibilidade de que nos bairros constituídos predominantemente por migrantes recentes as redes de relações sociais podem não ser tão densas dificultando mobilizações e reivindicações junto ao poder público, para a obtenção de melhorias ou mesmo a implantação dos serviços de saúde.

As Tabelas 7 e 8 apresentam o percentual de pessoas acima de 40 anos segundo residência anterior e o tempo de realização dos exames preventivos para Diabetes e Hipertensão, respectivamente. Em decorrência de limitações da amostra da Pesquisa Vulnerabilidade, não foi possível desagregar estes dados por Zonas de Vulnerabilidade, uma vez que assim procedendo teríamos um número muito reduzido de casos. De qualquer modo, observam-se em ambas as tabelas que são menores as participações percentuais daqueles que residiam anteriormente em outro estado na realização dos exames preventivos há menos de um ano. Assim, apesar da maior parte dos migrantes acima de 40 anos realizarem os exames preventivos há menos de um ano, os dados sugerem que os migrantes provenientes de outro estado têm uma frequência menor na realização dos exames preventivos.

TABELA 7 - População urbana residente acima de 40 anos segundo residência anterior e o tempo de realização dos exames preventivos para Diabetes Região Metropolitana de Campinas, 2007

Residência anterior	(% de pessoas acima de 40 anos segundo tempo do exame preventivo de Diabetes)					Total RMC
	menos de 1 ano	de 1 a 2 anos	mais de 3 anos	Nunca fez	Não sabe	
Outro município da RMC ou da RMSP	61,4	12,1	9,2	14,8	2,5	155.123
Outro município ESP	63,5	15,2	9,4	10,1	1,8	244.929
Outras UF's	59,0	10,4	7,2	18,7	4,6	194.529
Total	61,5	12,9	8,6	14,1	2,9	597.631

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Nota: Excluiu-se da Tabela a resposta "Outro país" devido a não representatividade estatística.

TABELA 8 - População urbana residente acima de 40 anos segundo residência anterior e o tempo de realização dos exames preventivos para Hipertensão Região Metropolitana de Campinas, 2007

Residência anterior	(% de pessoas acima de 40 anos segundo tempo do exame preventivo de Hipertensão)					Total RMC
	menos de 1 ano	de 1 a 2 anos	mais de 3 anos	Nunca fez	Não sabe	
Outro município da RMC ou da RMSP	85,5	6,8	2,2	3,6	2,0	126.729
Outro município ESP	78,2	14,7	2,0	2,4	2,6	209.257
Outras UF's	75,9	7,9	3,1	5,5	7,6	157.681
Total	79,4	10,5	2,4	3,7	4,0	496.107

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Nota: Excluiu-se da Tabela a resposta "Outro país" devido a não representatividade estatística.

A cobertura de convênios médicos permite verificar quais as opções de serviços de saúde que a população pode utilizar. Evidentemente que o uso de convênios médicos não garante maior qualidade de serviços de saúde, no entanto os convênios ampliam as possibilidades de acesso aos serviços de saúde o que pode ter resultados positivos nos cuidados de saúde da população. Ainda que não seja possível desagregar as informações segundo Zonas de Vulnerabilidade devido a limitações da amostra, a Tabela 9 permite verificar que os migrantes recentes e provenientes de um estado diferente de São Paulo apresentam menor cobertura de convênios médicos. Assim, também neste aspecto os migrantes de outros estados parecem apresentar uma situação mais precária do que os migrantes de outras origens.

TABELA 9 - População urbana com menos de 10 anos de residência por residência anterior segundo cobertura de convênio médico Região Metropolitana de Campinas, 2007

Residência anterior	(% de migrantes com menos de 10 anos de residência segundo cobertura de convênio médico)			Total RMC
	Não	Sim	Não Sabe	
Outro município da RMC ou da RMSP	77,0	23,0	0,0	100,0
Outro município ESP	65,5	34,5	0,0	100,0
Outras UF's	82,4	17,5	0,1	100,0
Total	74,9	25,0	0,0	312.282

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Nota: Excluiu-se da Tabela a resposta "Outro país" devido a não representatividade estatística.

No que diz respeito à situação dos migrantes quanto suas opções de serviços de saúde, os dados até aqui apresentados ainda que não conclusivos, sugerem que os migrantes de outros estados (diferente de São Paulo), parecem apresentar uma situação de maior precariedade, tornando-se, portanto, um grupo mais vulnerável. No entanto, a mobilidade da população residente em uma região metropolitana como Campinas não se restringe unicamente àquela tradicionalmente lembrada quando se pensa no impacto e consequências dos deslocamentos populacionais que envolvem tais áreas.

De fato, a mobilidade intra-urbana da população também é extremamente relevante para se entender o processo de ocupação urbana da cidade. Portanto, estas mudanças também nos ajudam a inferir sobre a vulnerabilidade dos grupos populacionais frente às precariedades do seu local de moradia e sua capacidade de resposta diante de tal situação.

Aqueles que têm a possibilidade de se mudar poderiam escolher localizações dentro da cidade que lhes garantiriam maior qualidade de vida. Todavia, como mostram os dados da pesquisa domiciliar, esta mobilidade intra-urbana é bastante diferenciada segundo as condições

socioeconômicas: os mais pobres, além de ocuparem as piores áreas da cidade, apresentam dificuldades em se mudar e escolher locais de moradia que lhes tragam qualidade de vida.

A informação sobre as mudanças intra-urbanas não é levantado pelos Censos Demográficos, sendo inovadora a possibilidade de trabalhar com ela pela Pesquisa do Projeto Vulnerabilidade (2007). A Tabela 10 apresenta esta informação por ZVs. Na RMC a maior parte dos responsáveis (29,5%) realizaram duas mudanças, seguido daqueles que realizaram três ou mais mudanças (26,6%); já os que nunca se mudaram somam cerca de 15%. Observando os dados por ZVs percebemos um perfil semelhante ao descrito anteriormente nas ZVs 1, 2 e 3. No entanto, chama a atenção o que ocorre na ZV4, área onde se registra notável queda na participação dos responsáveis que nunca se mudaram, e um significativo aumento das participações dos responsáveis que se mudaram duas ou mais vezes. Assim, percebe-se que a ZV4 parece refletir uma maior mobilidade dentro do município de residência, o que está de acordo com as melhores condições socioeconômicas de seus moradores, as quais permitem que eles escolham seu local de moradia. Logo, estes grupos populacionais podem minimizar os efeitos adversos da precariedade socioambiental de determinadas localizações urbanas, optando por mudar-se para outros locais.

TABELAS 10 - Responsáveis pelos domicílios urbanos por número de mudanças dentro do município de residência segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Número de mudanças	Zonas de Vulnerabilidade (%)				
	1	2	3	4(*)	Total RMC
Nenhuma	17,2	13,2	19,3	5,0	15,6
1	22,9	26,1	23,2	22,0	25,1
2	27,6	32,0	27,3	36,3	29,5
3 ou mais	29,9	25,7	26,1	32,0	26,6
Sem Declaração	2,3	3,0	4,1	4,6	3,1
Total	65.210	381.498	257.292	25.541	795.611

Fonte: Pesquisa domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Em relação às redes sociais e ao conhecimento prévio dos migrantes sobre os bairros verifica-se que o apoio de parentes na chegada à área de destino é um expediente mais utilizado na ZV1 (47,1%) do que na ZV4 (14,8%) (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 11). Observa-se assim, que a rede de parentesco tem um papel relevante para informar ao migrante sobre o bairro, sendo que

esta rede também pode contribuir para aumentar o grau de conhecimento dos migrantes a respeito dos serviços de saúde, acelerando sua adaptação à nova realidade urbana.

Os parentes e amigos também são os que possuem maior participação nas formas de obtenção de informações sobre o município de destino (57%). Em relação à obtenção de informações sobre o bairro atual de residência, outros vínculos no município de residência anterior aparecem com maior participação de respostas (42,5%), seguido por parentes e amigos (33,8%). A migração parece reforçar as relações e redes de parentesco, ao que tudo indica, para a maioria dos migrantes da RMC, a mudança parece ter sido um mecanismo de aquisição de capital social. Em relação às ZVs, o que se percebe é que o padrão de ganhos em capital social praticamente se mantém entre elas (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 11-13).

Parentes e amigos também são uma fonte importante de informações sobre o bairro onde residiam os responsáveis pelo domicílio no momento de pesquisa, conforme apresentado na Tabela 11. As diferenças entre as ZVs neste caso são bem significantes. Os meios de comunicação e as informações das empreiteiras ocupam posição de destaque nas ZVs 3 e 4. “Assim fica claro que, particularmente nos deslocamentos intra-municipais, juntam-se em importância às redes sociais (estas ainda fundamentais para a população de mais baixa renda) outras alternativas, dentre as quais as informações colhidas no próprio município e, para habitantes das áreas mais centrais e ricas da região, a mídia e o setor imobiliário” (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 13).

TABELA 11 - Responsáveis pelos domicílios urbanos por fonte de informação sobre o bairro segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

De quem obteve informações?	Zonas de Vulnerabilidade (%)				Total RMC
	1	2	3	4*	
Informações de parentes ou amigos	47,1	37,0	28,9	14,8	33,8
Ouviu falar no município onde residia	38,0	49,4	38,6	31,5	42,5
Através de meios de comunicação	9,9	8,9	18,9	29,6	14,1
Por uma empreiteira	3,3	4,3	9,7	17,9	6,8
Outra forma	1,8	0,4	3,8	6,2	2,8
Total	36.531	225.529	149.714	16.515	465.609

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPq. Tabulações especiais. Nepo/Unicamp (2007) *apud* Nepo/Unicamp (2008).

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Os motivos de escolha para ir morar no bairro atual segundo ZVs são apresentados na Tabela 12. Verifica-se que existem diferenças significativas entre as ZVs, sendo que o motivo para a mudança de bairro mais apontado na ZV1 (72,9%) está ligado à redução dos custos de moradia.

Na ZV4 a maior parte das respostas (56,7%) refere-se à melhor qualidade de vida. Tais respostas, junto com o fato de que na ZV4 ocorre maior mobilidade intra-urbana, evidenciam o fato conhecido de que as pessoas com melhores condições econômicas também garantem os melhores locais de moradia. A ZV1 apesar dos problemas de infraestrutura (e justamente por conta deles que propiciam a desvalorização do preço da terra) apresenta-se como opção de moradia para os grupos mais empobrecidos onde a qualidade de vida fica em segundo plano diante do custo da moradia.

TABELA 12 - Responsáveis pelos domicílios urbanos por motivo de escolha do bairro atual segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Zonas de Vulnerabilidade	(% dos responsáveis de domicílios segundo motivo de escolha para morar no bairro atual			Total RMC
	mais barato de morar	próximo ao trabalho, escola ou	maior infra-estrutura, qualidade	
1	72,9	22,2	4,9	100,0
2	57,5	28,8	13,7	100,0
3	22,3	39,4	38,2	100,0
4*	6,4	36,9	56,7	100,0
Total	41,4	31,7	26,9	394.778

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Observa-se pela Tabela 13 que a maior parte dos responsáveis de domicílios respondeu que os serviços dos Centros de Saúde do bairro onde residiam no momento da Pesquisa eram iguais ao do bairro anterior que moravam. No entanto, verifica-se que existem diferenças por ZVs, sendo que na ZV1 a participação de respostas “Pior” é mais alta (7,8%) se comparada à mesma participação de respostas na ZV4 (2,7%). Para a resposta “Melhor” verifica-se que na ZV1 há 24,3% de respostas contra 31,2% na ZV4.

TABELA 13 - Responsáveis pelos domicílios urbanos por avaliação dos centros de saúde do bairro de residência atual em comparação com o bairro de residência anterior segundo Zonas de Vulnerabilidade Região Metropolitana de Campinas, 2007

Zonas de Vulnerabilidade	(% dos responsáveis de domicílios segundo a situação atual dos serviços do Centro de Saúde em relação ao bairro anterior)			Total RMC
	Melhor	Pior	Igual	
1	24,3	7,8	68,0	100,0
2	25,8	7,0	67,3	100,0
3	32,7	5,0	62,3	100,0
4*	31,1	2,7	66,1	100,0
Total	27,8	6,1	66,1	395.113

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Nota: (*) ZV4 corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Conforme esperado, os dados até aqui apresentados mostram que, em geral, a qualidade de vida dos grupos populacionais é bastante diferenciada. Tais variações se dão em função de características econômicas, sociais, demográficas e também da localização espacial. Destaca-se que ZV1 apresenta as piores condições gerais de vida, criando-se uma situação de vulnerabilidade que pode se agravar pela ausência de políticas sociais ou pela oferta inadequada de serviços de saúde, conforme detalharemos no próximo capítulo.

3. Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos gerais e oferta dos serviços de atenção primária de saúde em Campinas

Conforme já mencionado, os estudos mais específicos sobre vulnerabilidade e saúde destacam a importância de se verificar o contexto sócio-espacial dos grupos populacionais. O local de moradia dos grupos populacionais é importante, pois sugere, além das distintas probabilidades de adoecer em função do ambiente biofísico (falta de infraestrutura sanitária, por exemplo), as diferentes possibilidades de acesso aos serviços de saúde desta população e, portanto, as diferentes capacidades da população de reagir a uma situação de risco. Este capítulo mostra que existe, em Campinas, importantes diferenças na distribuição na oferta de serviços dos Centros de Saúde, devido a uma alocação diferenciada dos recursos humanos.

3.1. Aspectos Gerais do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem raízes históricas nas lutas sociais dos anos 70 e 80, envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram neste período

marcado pela redemocratização do país. Antes do SUS, havia um modelo de saúde extremamente excludente, dado que o acesso se fazia via contribuição previdenciária, fortemente vinculada à inserção no mercado formal de trabalho.

Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

Deste modo, a criação do SUS rompeu com o modelo anterior de saúde por, entre outros aspectos, promover a descentralização e não vincular mais a concepção de cidadania com a inserção no mercado de trabalho. Trata-se, portanto, de uma política universalista fruto de muitas lutas dos movimentos sociais e sanitários brasileiros. O SUS:

Tem como princípios a universalidade do atendimento, a equidade das ações, a descentralização dos serviços e a participação social em seu controle. Esta última, especialmente por meio dos Conselhos de Saúde (em níveis nacional, estadual e municipal), com caráter deliberativo e composição que privilegia as entidades e os movimentos da sociedade civil, os quais têm garantidas por lei 50% de suas vagas, sendo a outra metade dividida entre representantes dos trabalhadores (25%) e dos prestadores de serviços (25%), encontrando-se nesta fração os governos, os setores filantrópico e privado lucrativo (GOUVEIA; PALMA, 1999, p. 140).

As reformas de Saúde pós Constituição, promoveram uma descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo por meio da municipalização. “Houve uma grande expansão de serviços municipais e foram priorizados novos modelos de atenção voltados para a atenção primária da saúde, tendo como proposta estruturante o programa de saúde da família” (CONASS, 2006, p. 133).

A face perversa desta descentralização, é que ocorre simultaneamente “uma ‘desresponsabilização’ da esfera federal em relação à manutenção desta força de trabalho responsável pelas políticas sociais, fato agravado pela política fiscal e tributária que privilegia a União” (CONASS, 2006, p. 133).

Configura-se assim, uma situação onde os municípios enfrentam muitas dificuldades para financiar as novas demandas trazidas pelas políticas de saúde. Os gestores do SUS vêm lançando mão de estratégias de gestão de pessoal diferenciadas para tentar contornar estes problemas de financiamento dos serviços, os quais são agravados por legislações específicas. Entre estas

estratégias estão: contratação temporária; terceirização por meio de empresas ou cooperativas e contratos através de serviços prestados (CONASS, 2006, p. 134).

Com a criação do SUS as questões referentes ao trabalho, formação e qualificação dos trabalhadores de saúde é atualmente um dos grandes desafios²¹. A precariedade das condições de trabalho do quadro de funcionários do SUS pode ser agravada por condições específicas da localização onde os profissionais irão trabalhar como, por exemplo, nas áreas segregadas e com altos índices de violência.

Evidentemente, que os problemas de segurança pública não estão no âmbito das políticas de saúde. Todavia como interferem nas políticas de saúde, torna-se necessário pensar em estratégias que deem conta de atender a população exposta a esta situação e pensar em ações específicas para as áreas sujeitas a um acúmulo de carências:

Assim mais que uma fase (técnica e obediente) que sucede à formulação (política) de programas, a implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocarem em prática objetivos e estratégias que lhe são alheios (Mitnick & BACKOFF, 1984). Nessas circunstâncias, para obter adesão e 'obediência' aos objetivos e ao desenho do programa, a autoridade deve ser capaz de desenvolver uma bem-sucedida estratégia de incentivos (ARRETCHE, 2001, p. 49).

Reforça-se deste modo, a importância da investigação sobre os elementos locais que poderiam interferir na implementação política e suas consequências para os diferentes grupos populacionais. Não obstante o fato de haver problemas e dificuldades referentes aos recursos fiscais no SUS ressalta-se que eles podem não ser os únicos que afetam a equidade do sistema.

No Brasil existe um distanciamento entre o "SUS real", consequência do uso segmentado da sociedade, e o "SUS constitucional" que é universal. Alguns autores falam em universalização residual, dado que o sistema universal atende, predominantemente, aos estratos mais pobres da população (FAVARET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Uma consequência perversa desta segmentação do SUS é que ela amplia as iniquidades. Algumas razões para estas iniquidades seriam:

- Os pobres, em geral, não conseguem se posicionar na arena política, resultando para eles piores serviços;

²¹ Maiores esclarecimentos sobre estes aspectos podem ser obtidos em BRASIL. Ministério da Saúde (2005); CONASS (2002; 2004a; 2004b); CONASEMS (2006); Pierantoni (2004).

- Existe uma mobilidade unilateral da demanda, ou seja, beneficiários da saúde suplementar (e de maiores condições socioeconômicas) usam cestas de serviços de maior densidade tecnológica do SUS ou para tratamentos mais caros. Logo, estes serviços tendem a apresentar muito boa qualidade, pois existe uma espécie de “vigilância” pela população usuária que conhece melhor seus direitos e tem mais facilidade de acesso aos canais para reivindicá-los. Um exemplo dessa situação pode ser visto no bem sucedido Programa de combate à AIDS/HIV.

Verifica-se que existe uma demanda pelo SUS também nas camadas de mais alta renda, como no caso dos transplantes, tratamentos para AIDS, câncer e acompanhamento domiciliar de idosos. Nestes casos, a população de mais alta renda muitas vezes recorre aos SUS porque os custos destes tratamentos não são cobertos pelos planos privados de saúde.

Como resultado desta universalização segmentada do SUS, temos que, segundo dados do CONASS de 2003, 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e apenas 8,7% são não usuários (CONASS, 2006, p. 49).

Isto resulta em iniquidades a serem enfrentadas, pois o SUS se estrutura também pelo princípio da equidade:

No campo sanitário, é importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Tal distinção parece-me importante, pois os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer (TRAVASSOS, 1997, p. 326).

No caso da Constituição brasileira, equidade foi interpretada como igualdade no acesso aos serviços de saúde. Entretanto esta é uma interpretação bastante genérica e pode se referir tanto à disponibilidade do serviço como a efetividade destes serviços. Acredita-se que hoje, dado a alta cobertura dos serviços de saúde nas metrópoles, seja preciso investigar mais detalhadamente os aspectos qualitativos do acesso. Mesmo sabendo que nossa pesquisa é bastante pontual – os centros de saúde em apenas um município - acredita-se que ela ajude a iluminar aspectos das iniquidades dos serviços de saúde.

Entretanto, os objetivos deste trabalho não contemplam uma discussão mais aprofundada a respeito das especificidades e particularidades do SUS. Cabe-nos aqui apenas destacar que apesar do caráter universal e gratuito do SUS, o seu uso é segmentado na sociedade brasileira. Em geral, apenas a população com baixa renda o utiliza, sendo que os de mais alta renda utilizam convênio privado de saúde. Esse uso diferenciado por estrato socioeconômico dos grupos populacionais pode gerar iniquidades na oferta de serviços, reforçando os processos de desigualdade social, conforme detalharemos no Capítulo 4.

Assim, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, ainda que não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer. Acredita-se que um dos desafios para o cumprimento dos princípios de equidade e universalização do SUS, é eliminar os diferenciais locais de oferta no espaço urbanos. Estes diferenciais seriam decorrentes da localização dos centros de saúde nas áreas urbanas pobres e segregadas e, em geral, mais distantes e de menor acessibilidade. Um dos supostos deste argumento é que nestas áreas existe uma dificuldade para se preencher e manter o quadro de funcionários, médicos, enfermeiros, administradores, o que limita a oferta de serviços. As próximas seções caracterizam a oferta dos serviços básicos de saúde pública em Campinas e apresentam as diferenças na contratação de funcionários por Centros de Saúde.

3.2. Os Serviços de Saúde Básica em Campinas

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. A atenção básica da saúde caracteriza-se por ser:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...]. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A operacionalização da Saúde Básica na esfera municipal se dá pelo atendimento dos Centros de Saúde (CSs)²². O atendimento do CS se faz por meio de equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, médico de Saúde da Família, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança e adultos), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e profissionais de apoio podem completar essas equipes.

Na cidade de Campinas, a partir de 2001, houve a opção de adotar o Programa Saúde da Família (PSF) para toda a cidade²³. Atualmente todos os 49 CSs da cidade adotam esta estratégia de organização do PSF, que se traduz em delimitação do território e da população atendida por cada equipe. As equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas 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 freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008).

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) enfrenta dificuldades para colocar em prática tal proposta de trabalhar com Equipes de Saúde da Família (ESF) em toda a cidade, pois a realidade cotidiana dos CSs mostra que, muitas vezes, a quantidade de profissionais frente à demanda é insuficiente para permitir este acompanhamento sistemático de famílias. Na realidade o profissional fica incumbido de atender um número muito maior do que o planejado e idealizado.

Outra dificuldade existente para o preenchimento completo das ESF é a baixa oferta de profissionais com especialidade em Saúde da Família no mercado. A opção por esta carreira tem sido cada vez mais rara, entre os alunos de medicina, sendo que as especialidades médicas são cada vez mais procuradas, apresentando também o atrativo de possibilitar maior retorno financeiro ao profissional. Este descompasso faz com que haja poucos profissionais no mercado

²² Os Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde são as unidades físicas que permitem ofertar os serviços de atenção básica à Saúde. Existe ainda o Posto de Saúde que possui uma estrutura menor que a do Centro de Saúde ofertando serviços mais simples, às vezes sem a presença de médicos. Em Campinas não existem Postos de Saúde. Optamos neste trabalho por usar a nomenclatura Centro de Saúde (CS), todavia o termo é empregado como sinônimo de Unidade Básica de Saúde (UBS).

²³ Projeto Paideia de Saúde da Família – Campinas/2001.

com a formação adequada para integrarem uma ESF. Logo, soluções alternativas têm sido tomadas, sendo as vagas de médico de Saúde da Família muitas vezes ocupadas pelos clínicos:

Na teoria, as equipes de saúde da família de Campinas têm a mesma missão das equipes da Estratégia de Saúde da Família, proposta pelo programa do Ministério da Saúde: tem área geográfica definida, população cadastrada e conhecida, monitoramento das condições de saúde, profissionais de referência (com composição bem definida), ou seja, adscrição de clientela, com um número considerado ideal de famílias. Na prática, o número de equipes é insuficiente para cobrir o número de famílias sugerido (e financiado) pelo Ministério da Saúde. Desde a criação do PSF em Campinas, naquele momento e durante a gestão passada, denominado de "Paidéia", Campinas não expandiu o número de equipes e, pelo contrário, esse número vem decrescendo, pela dificuldade de fixar profissionais e contratação de médicos de saúde da família (depoimento de uma funcionária da SMSC).

Assim, nos estudos da SMSC cogita-se a possibilidade de uma proposta mista de atuação do PSF, embora esta proposta ainda não esteja nas prioridades da atual administração municipal. Esta ideia de atuação mista propõe que nas áreas mais carentes do município o atendimento se daria do modo idealizado no programa do MS, com um acompanhamento e número definido de famílias por profissional. Nas outras áreas da cidade, onde a precariedade das condições de vida da população é menor, o serviço seria ofertado, mas não focalizado no cadastramento e acompanhamento de um número fixo de famílias²⁴.

Ainda durante a administração municipal de 2001-2004, houve a criação dos chamados Módulos de Saúde da Família (MSF) nas áreas mais carentes da cidade. Os MSF funcionam como um CS pequeno, com uma equipe de Saúde da Família, composta por um médico de Saúde da Família, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. O objetivo do MSF é fazer um atendimento básico e estar mais próximo das famílias mais carentes. Quando são necessários serviços mais especializados, a população é encaminhada para o CS no qual o MSF está vinculado, cada MSF têm vínculo com um CS que lhe oferece retaguarda clínica para os casos menos simples.

²⁴ Com o objetivo de definir um método para a identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde ao longo do território das áreas de abrangência dos Centros de Saúde, no ano 2001 foi criado o Índice de Condição de Vida-ICV. Disponível em: <<http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/mapas/ICV.pdf>>. Esse índice foi atualizado e aprimorado em 2006, constituindo-se na dimensão social dos Mapas de Risco da Saúde, os quais têm servido de apoio ao planejamento da Secretaria de Saúde, em especial ao processo de reorganização da atenção básica e realocação de recursos.

A última administração municipal (2005-2008) não deu continuidade à proposta dos MSF e trabalhou no sentido de equipar e transformar todos os MSF em CSs; o plano de metas da Prefeitura de Campinas prevê construção de CSs nesses locais onde existem os MSF. Porém, muitos desses módulos não têm condições de se tornarem CSs de imediato, pois não é possível adequá-los às normas existentes do Ministério da Saúde para a classificação de CS.

Neste trabalho, optamos por trabalhar somente com os CSs, pois se trata da menor unidade possível de desagregação dos dados disponíveis no Datasus e na SMSC. Como os módulos têm por referência um CS, seus dados são agrupados e computados junto com os dados do CS, não sendo possível estudar isoladamente os atendimentos ou profissionais alocados no MSF. Entretanto, no decorrer da caracterização da oferta dos serviços dos CSs, os MSF serão mencionados, pois possuem especificidades no que se refere à oferta de serviços de saúde básica em Campinas.

3.2.1 Os Distritos de Saúde de Campinas

Distrito de Saúde é uma divisão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC). Cada Distrito de Saúde é composto por um agrupamento de Centros de Saúde (CSs) do município. O Mapa 3 apresenta a distribuição espacial dos 49 CSs²⁵ de Campinas e sua análise revela que os Distritos de Saúde Sul/Sudoeste concentram o maior número de CSs (doze para cada Distrito). Os Distritos Leste e Noroeste apresentam oito CSs cada e o Norte apresenta nove.

Conforme já apresentado no Capítulo 2, as áreas ocupadas pelos Distritos Sudoeste e parte do Sul (eixo sul-sul)²⁶ caracterizam-se, em linhas gerais, pelas piores condições socioeconômicas e de maior precariedade de infraestrutura sanitária da cidade. Também apresentam maior densidade populacional, maior proporção de domicílios em situação precária de infraestrutura urbana e sanitária, maior concentração de crianças e de jovens, menores níveis de escolaridade e renda da população. Todos estes aspectos contribuem para definir a segregação social destas áreas dado que apresentam esta homogeneidade socioeconômica à qual se

²⁵ Por motivos já mencionados, não estamos considerando os Módulos de Saúde da Família que totalizam 13 unidades. No momento da escrita deste trabalho, estava em tramitação na Prefeitura de Campinas o processo para a transformação dos MSF em Centros de Saúde. Porém, tal transformação exigirá reformas e adequações nos MSF, sendo preciso talvez até mudança de endereço, pois alguns deles funcionam em casas cedidas, em áreas de ocupação e não atendem às especificações necessárias para funcionarem como um CS.

²⁶ Na dinâmica de trabalho dos profissionais da SMSC, o Distrito Sul, divide-se em dois eixos: sul-sul e sul-leste, sendo o primeiro eixo também conhecido como fundão (acompanha o sentido da rodovia Santos Dumont) e o que apresenta as piores condições socioeconômicas da população.

contrapõe com as outras áreas da cidade, ou seja, os Distritos Norte e Leste (AZEVEDO, 2005; CUNHA; JIMENEZ, 2006; NEPO/UNICAMP, 2008). Os Distritos Sul/Sudoeste/Noroeste também concentram as maiores favelas da cidade, segundo a classificação do Censo Demográfico do IBGE de 2000²⁷.

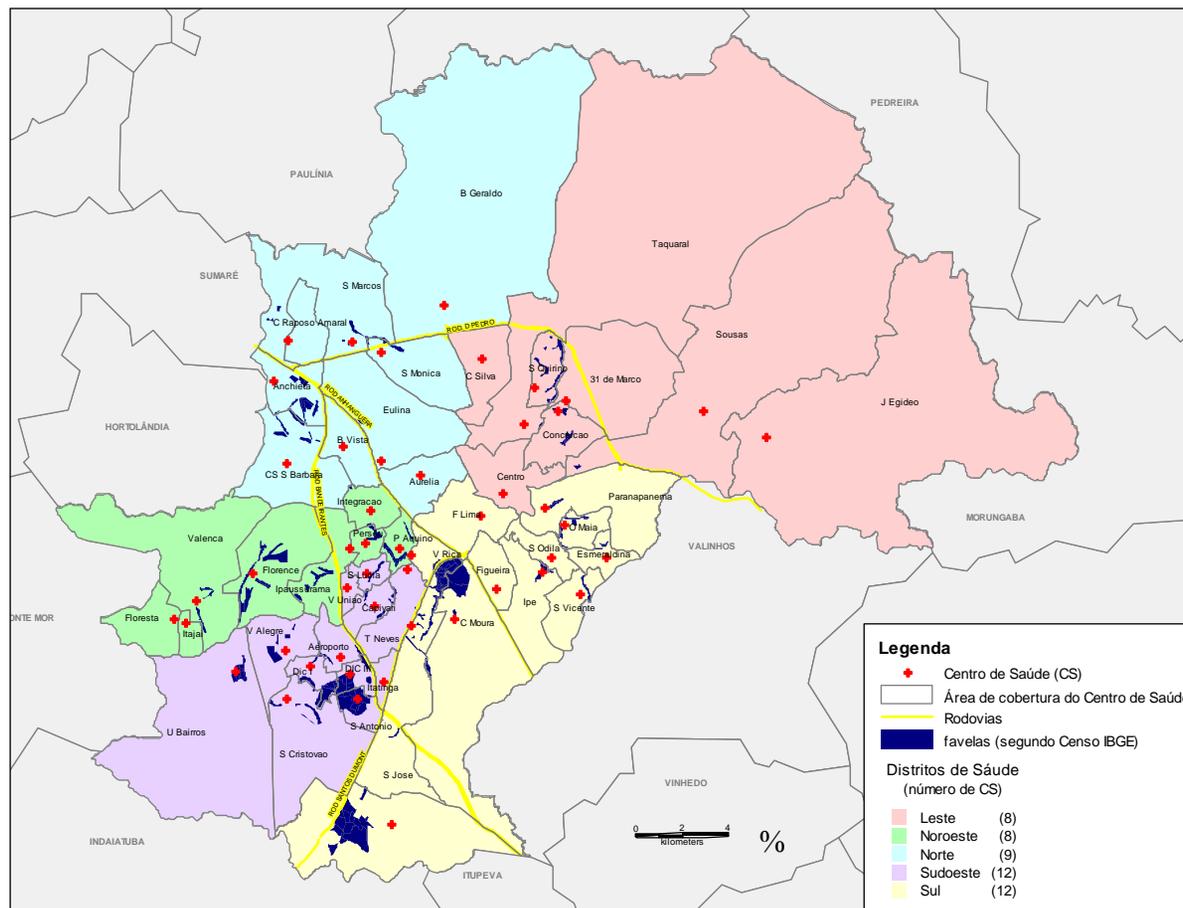
Em relação à localização dos CSs em Campinas, e suas respectivas áreas de cobertura²⁸, a leitura do Mapa 3 indica que os CSs apresentam uma distribuição geográfica bastante homogênea na cidade, cobrindo todas as regiões da cidade e estando presentes mesmo nos Distritos de saúde Sul, Sudoeste. Estes Distritos além de apresentarem uma parte significativa de sua população com baixa qualidade de vida, também possuem, em seus extremos, os CSs mais distantes do centro de Campinas (cerca de 25 km).

Observa-se que a presença dos CS é constatada mesmo nas áreas mais periféricas e pobres da cidade. Vale ressaltar que não desconsideramos a necessidade de uma avaliação sobre a existência de diferenciais qualitativos nos serviços oferecidos por estes equipamentos, uma vez que se deve levar em conta que a presença do equipamento não garante necessariamente a oferta dos serviços. Maiores detalhes sobre este aspecto serão fornecidos no Capítulo 4.

²⁷ No Censo Demográfico do IBGE de 2000, as favelas podem ser localizadas por meio da classificação dos setores censitários como aglomerados subnormais. O Setor censitário corresponde a menor unidade espacial de pesquisa que o IBGE utiliza para operacionalizar o Censo Demográfico. Os setores censitários também são utilizados como a menor unidade para efeito de amostragem do levantamento censitário e costumam compreender uma área com mais ou menos 300 domicílios. Isso implica que suas dimensões territoriais variam segundo o grau de adensamento da cidade (IBGE, 2002, p. 12).

²⁸ Destaca-se o excelente trabalho da Secretaria Municipal de Saúde Campinas (SMSC) na organização, coleta e disseminação de dados, havendo mesmo uma Coordenadoria de Informação e Informática, voltada para o georreferenciamento dos dados. Para maiores informações sobre os dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas consultar <<http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/>>.

MAPA 3 - Distritos e áreas de cobertura dos Centros de Saúde Campinas, 2006



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001) e Censo Demográfico (2000). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

É bastante difícil para a SMSC saber a quantidade de população por Distrito de Saúde e mais ainda por área de atendimento do CS. A estimativa de população para pequenas áreas e nos períodos intercensitários é um desafio para os planejadores urbanos.

Ressalta-se que a projeção de população é um campo da Demografia muito procurado e no caso de pequenas áreas o desafio é ainda maior uma vez que o método comumente utilizado, das componentes demográficas (que realiza hipóteses e estimativas futuras sobre a mortalidade, migração e fecundidade) nem sempre é possível tendo em vista problemas de dados e representatividade estatística para as pequenas áreas. Para contornar esse problema, a SMSC utilizou a técnica de projetar a população indicada em trabalhos do IBGE, a qual é feita a partir dos Censos de 1991 e 2000 e utilizando-se do aplicativo PeqAR do IBGE²⁹.

A Tabela 14 apresenta a população para 2000 e 2007 por Distrito de Saúde. Esta população corresponde à soma das populações de todos os CSs que compõem o Distrito de Saúde³⁰. A tabela apresenta ainda a quantidade de Centros de Saúde por Distrito e o percentual médio de população SUS dependente.

As estimativas de população SUS dependente foram feitas segundo classes de vulnerabilidade definidas em um trabalho feito pela SMSC denominado “Mapa de Vulnerabilidade Social do Município de Campinas” (2007), o qual usa os seguintes indicadores para estimar o grau de vulnerabilidade das áreas de atendimento do CS: proporção de moradores em aglomerados subnormais, proporção de chefes de família com renda igual ou superior a dez salários mínimos e proporção de chefes de família com quinze ou mais anos de estudo. Todos estes dados são provenientes do Censo Demográfico de 2000 do IBGE.

Assim, de acordo com o grau de vulnerabilidade obtido neste trabalho, A SMSC estimou um percentual de população SUS dependente por área de atendimento do CS que variam de 50 a 100%. Lembrando que, embora o SUS seja universal, a diferenciação entre a população total e população SUS dependente é consequência do uso segmentado que a sociedade brasileira faz do SUS. Deste modo, para se estimar mais precisamente a demanda do CS é preciso ter em conta esta segmentação da sociedade e buscar estimar a população SUS dependente.

²⁹ PeqAr é um produto do IBGE em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). Trata-se de uma ferramenta para projeções e estimativas populacionais para pequenas áreas, sobretudo em nível municipal.

³⁰ Considerando-se que a menor unidade territorial em que a SMSC projeta a população é a área de atendimento do Centro de Saúde, a população do Distrito de Saúde corresponde à soma de todas as áreas de atendimento dos CS que compõem o distrito. Lembrando que o distrito de saúde é composto de um conjunto de CS.

Observa-se que justamente em um dos Distritos mais pobres – o Sudoeste – considerando-se a projeção da população de 2007, há uma menor quantidade de população atendida por CS (18.780). No outro extremo, o Distrito Leste apresenta maior quantidade de população por CS (26.980). Isto parece revelar que a variação na distribuição dos CSs segue as necessidades da população, portanto, nas áreas mais carentes e pobres do município a densidade de população por CS seria menor, indicando maior presença dos equipamentos de saúde justamente para as áreas com maior demanda.

Todavia se considerarmos somente a população SUS dependente, ou seja, àquela que utiliza frequentemente os serviços públicos de saúde, a situação se inverte e revela iniquidades na distribuição dos CSs. Assim, os Distritos com predomínio de população de maior renda - Norte e Leste - apresentam em torno de 15.700 habitantes por CS, enquanto os demais Distritos apresentam em torno de 17.000 habitantes por CS.

Considerando-se as grandes diferenças socioeconômicas que caracterizam a sociedade brasileira e a população campineira, observa-se que existem diferenciais na distribuição dos CSs, sendo que justamente nas áreas onde a maioria da população apresenta piores condições socioeconômicas, a quantidade de população atendida por CSs é um pouco maior, o que pode gerar maior pressão de demanda nestes locais e impactar na oferta dos serviços pela sobrecarga de trabalho. Cumpre aqui destacar que os dados para o cálculo da população atendida por CS são baseados numa projeção, que leva em conta o comportamento pretérito das áreas e, certamente, apresenta as limitações já citadas no campo das projeções demográficas de não dar conta de avaliar corretamente a realidade atual nos períodos intercensitários, sobretudo para as áreas intra-urbanas de expansão recente, como é o caso da maior parte das periferias. Assim, acredita-se que estes dados podem estar subestimados, em particular para os distritos Sul, Sudoeste e Noroeste.

TABELA 14 - População, quantidade de centros de saúde e percentual de população SUS dependente por Distrito de Saúde Campinas, 2000 e 2007

Distritos de Saúde	População projetada 2007*	População Censo Demográfico 2000	Quantidade de Centros de Saúde (2007)	População 2007/ Centro de Saúde	% População SUS dependente (2007)	População SUS Dependente (2007)**	População SUS Dependente (2007)/ Centro de Saúde
Norte	184.920	174.747	9	20.547	77%	142.388	15.821
Leste	215.838	214.678	8	26.980	58%	125.186	15.648
Sul	277.400	248.576	12	23.117	74%	205.276	17.106
Sudoeste	225.360	186.765	12	18.780	88%	198.317	16.526
Noroeste	169.502	144.620	8	21.188	80%	135.602	16.950

Fonte: IBGE. Censo Demográfico (2000).

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Campinas (SMSC). Elaboração própria.

Notas: *A projeção de população de Campinas foi feita pela SMSC a partir dos Censos de 1991 e 2000, utilizando o aplicativo PeqAR do IBGE.

** Para cada CS há um percentual estimado de população SUS dependente, variando de 50 a 100%. Para obter o percentual por Distrito foi feita a média do percentual de SUS dependência de todos os CSs pertencentes àquele Distrito.

** Cálculo realizado do seguinte modo: percentual de população SUS dependente multiplicado pela população projetada para 2007 do respectivo Distrito. As estimativas de SUS dependência foram feitas segundo classes de vulnerabilidade. Estas classes de vulnerabilidade foram definidas em um trabalho feito pela SMSC denominado "Mapa de Vulnerabilidade Social do Município de Campinas" (2007).

Nos últimos quatro anos (2004-2007) houve a inauguração de dois novos CSs, sendo que os dois localizam-se justamente nas áreas mais carentes da cidade: o CS Santo Antônio e o CS Cássio Raposo do Amaral. Embora este último esteja no Distrito Norte, que apresenta melhores condições de vida da população, trata-se de um CS localizado numa área de moradias populares, com população remanejada de outras áreas da cidade que eram de ocupação ou apresentavam risco. A área de atendimento deste CS possui 100% de SUS dependência.

A maior pressão de demanda sobre os CSs justamente nos Distritos de saúde com piores condições socioeconômicas não sugere uma falta de atenção e investimentos do poder público nestas áreas mais carentes em favor das outras áreas da cidade, ou seja, uma seletividade hierárquica das políticas em detrimento das áreas mais pobres. Pois, conforme apontado, a construção dos novos CSs deu-se nas áreas com 100% de população SUS dependente, sugerindo que as áreas mais carentes estão na prioridade da construção de CSs. Contudo, as diferenças na oferta de equipamentos dizem respeito também à quantidade de recursos financeiros a ser investida na construção de novos CSs, o que limita a construção destes equipamentos independente da área da cidade.

O que queremos destacar aqui é que, ainda que exista a limitação de recursos financeiros e que seja preciso maiores investimentos nas áreas mais pobres da cidade, não se verifica a ausência total do Estado nestes locais. Os CSs existem e continuam sendo construídos para esta população mais carente. Assim, os objetivos desta pesquisa buscam verificar se a rede atual de CSs está distribuída adequadamente e com possibilidades de ofertar os mesmos serviços e, caso isto não esteja ocorrendo, verificar se a localização dos CSs é um fator que contribui para estas diferenças.

Também é preciso destacar que as áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde são bastante heterogêneas em relação à qualidade de vida, as características demográficas e socioeconômicas da população, resultando em diferentes necessidades de saúde em cada região. A análise por Distrito pode esconder as diferenças intra-urbanas existentes na cidade e, portanto, não revelar os grupos populacionais mais vulneráveis. A seguir trabalharemos com os dados na forma mais desagregada possível, ou seja, considerando as áreas de atendimento dos CSs.

3.2.2 A Distribuição da Oferta de Serviços dos Centros de Saúde de Campinas

Em decorrência das dificuldades de estimativas populacionais para os períodos intercensitários e para pequenas áreas, observa-se que, para Campinas (assim como para todos os

municípios brasileiros), existe a dificuldade de dimensionar a quantidade de população por área de atendimento dos CSs, o que representa um desafio adicional para o planejamento em serviços de saúde. Segundo a Portaria GM/MS 648³¹, dimensiona-se um CS para aproximadamente cada doze mil habitantes nas áreas urbanas e com atendimento de Saúde da Família.

A Tabela 15 apresenta a população por área de cobertura de cada CS, sendo que os dados para o ano de 2000 são provenientes do Censo Demográfico do IBGE³². Já os dados para 2007 foram projetados pela SMSC. Verifica-se que, em 2007, a maioria dos CSs de Campinas atende a uma população maior do que os 12.000 habitantes recomendados pelo MS (38 CSs).

Em relação à população SUS dependente por CS, de acordo com o esperado, a maior parcela encontra-se nos CSs dos Distritos de saúde Sul, Sudoeste e Noroeste. Ao considerarmos somente esta população cai para trinta o número de CSs que atendem acima de doze mil pessoas. Assim, mesmo utilizando apenas parte da população (SUS dependente), verifica-se que a maior parte dos CSs de Campinas trabalha atendendo uma população acima do “considerado ideal” pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se que alguns CSs apresentam uma população bastante reduzida em sua área de atendimento, inferior a dez mil habitantes, sendo que os CSs de Joaquim Egídio, Itatinga e Cássio Raposo do Amaral atendem menos de cinco mil habitantes, o que pode distorcer alguns indicadores que mostraremos mais adiante nesta seção. Os CSs Itatinga e Cássio Raposo do Amaral são unidades pequenas e que não comportam mais de uma equipe de Saúde da Família, não sendo possível ampliar sua área de atendimento, pois as unidades não tem estrutura física para aumentar a quantidade de equipes. O CS Joaquim Egídio também é uma unidade pequena, localizada numa área rural da cidade e de baixa densidade demográfica.

O CS São José chama a atenção, pois apresenta grande quantidade de população em sua área de cobertura (50.192 pessoas), sendo 100% de SUS dependente. Trata-se de uma área de crescimento recente em Campinas e uma parte desta população vive em áreas de ocupação (Parque Oziel, Monte Cristo e Jardim do Lago) com condições precárias de moradia apesar dos recentes esforços do poder público para urbanizar estes locais.

³¹ De 28 de março de 2006.

³² As áreas de cobertura dos Centros de Saúde (CS) foram delimitadas de acordo com os setores censitários do IBGE, de modo que seus limites são coincidentes, permitindo assim o cálculo preciso da população por área de cobertura do CS.

TABELA 15 - População por área de cobertura de Centro de Saúde Campinas, 2000 e 2007

Código do Centro de Saúde	Nome do Centro de Saúde	População Censo Demográfico 2000	População projetada 2007	% População SUS dependente (2007)	População SUS dependente (2007)
11	CS Centro	69.091	63.674	50	31.837
32	CS S Jose	34.220	50.192	100	50.192
44	CS Taquaral	40.664	42.193	50	21.097
5	CS B Geraldo	35.835	39.778	50	19.889
4	CS Aurelia	40.940	38.488	50	19.244
19	CS Florence	26.549	34.922	100	34.922
17	CS F Lima	38.928	34.710	60	20.826
39	CS S Domingos	21.809	33.586	100	33.586
13	CS DIC I	25.906	31.991	85	27.192
49	CS Valenca	26.540	31.786	85	27.018
12	CS Conceicao	29.413	29.840	60	17.904
45	CS U Bairros	17.690	29.328	100	29.328
23	CS Ipe	24.992	28.563	70	19.994
21	CS Integracao	27.472	26.675	60	16.005
37	CS S Barbara	18.345	25.449	85	21.632
29	CS Paranapanema	27.097	25.331	60	15.199
41	CS Sousas	19.080	25.052	60	15.031
9	CS C Silva	25.058	24.375	60	14.625
3	CS Anchieta	23.194	24.361	85	20.707
14	CS DIC III	25.576	23.114	100	23.114
22	CS Ipaussurama	14.914	22.833	100	22.833
27	CS O Maia	18.518	22.021	70	15.415
43	CS T Neves	22.473	21.647	70	15.153
33	CS S Lucia	16.973	21.608	85	18.367
35	CS S Quirino	21.542	20.670	70	14.469
38	CS S Cristovao	14.861	20.641	100	20.641
46	CS V Alegre	20.005	20.275	85	17.234
16	CS Eulina	20.904	19.086	60	11.452
28	CS P Aquino	20.125	18.404	70	12.883
18	CS Figueira	19.415	17.603	60	10.562
2	CS Aeroporto	15.149	15.409	85	13.098
42	CS S Odila	18.120	15.305	60	9.183
47	CS V Rica	15.613	14.716	70	10.301
20	CS Floresta	9.002	14.062	85	11.953
48	CS V Uniao/CAIC	10.838	13.798	70	9.659
10	CS Capivari	14.369	13.489	85	11.466
40	CS S Marcos	14.773	12.747	100	12.747
15	CS Esmeraldina	10.684	12.433	70	8.703
7	CS C Moura	8.069	11.478	100	11.478
36	CS S Vicente	11.111	11.462	70	8.023
31	CS S Antonio	-	11.058	100	11.058
30	CS Perseu	12.615	10.957	70	7.670
6	CS B Vista	10.497	10.323	70	7.226
34	CS S Monica	10.259	9.954	100	9.954
24	CS Itajai	7.403	9.863	70	6.904
1	CS 31 de Marco	6.590	7.288	50	3.644
8	CS C Raposo Amaral	-	4.734	100	4.734
25	CS Itatinga	2.925	3.002	85	2.552
26	CS J Egideo	3.240	2.746	60	1.648

Fontes: IBGE. Censo Demográfico (2000).

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2000; 2007). Elaboração própria.

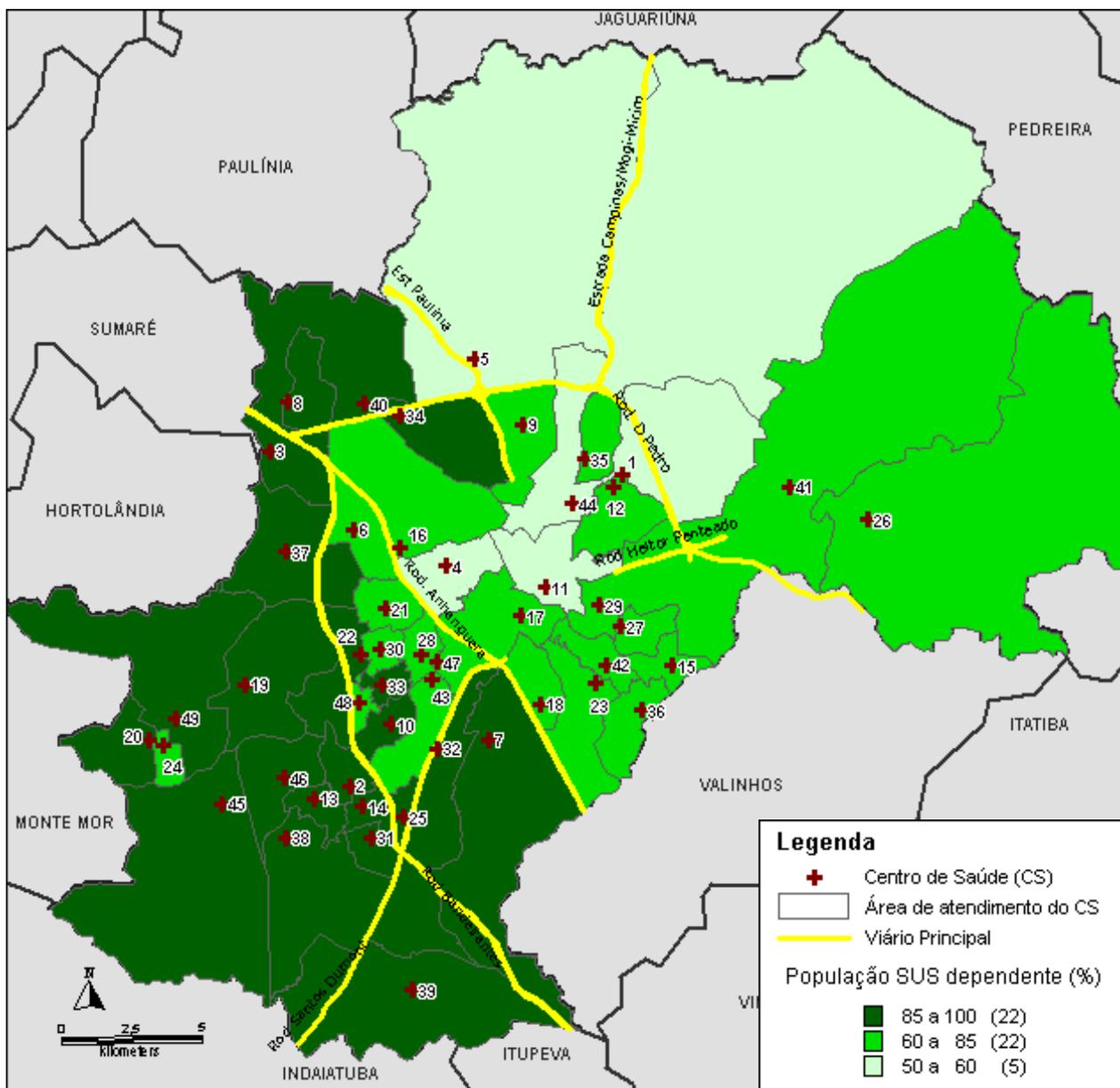
Notas: A projeção de população para Campinas em 2007 foi feita pela SMSC a partir dos Censos de 1991 e 2000, utilizando o aplicativo PeqAR do IBGE. Os CS Santo Antônio e Cássio Raposo do Amaral não possuem dados em 2000, porque ainda não existiam, foram inaugurados em 23/04/2006 e 12/06/2006, respectivamente.

A partir da leitura do Mapa 4, que apresenta a distribuição percentual de população SUS dependente, ficam claras as diferenças existentes entre os quadrantes da cidade, sendo evidente a polarização do Norte e o Leste com os demais Distritos. Ressalta-se que na área de abrangência do Distrito Norte há três CSs que atendem uma população mais carente: o São Marcos (n°40)³³, o Santa Mônica (n°34) e o Cássio Raposos do Amaral (n°8). Estes CSs, apesar das carências da população de sua área de atendimento, estão localizados próximos à região central e de maior renda da cidade, o que facilita a alocação de profissionais para eles, conforme detalharemos no Capítulo 4.

O Mapa 5 apresenta a população SUS dependente em 2007 por área de atendimento do CS. Destaca-se que àqueles CSs que atendem a um número reduzido de população, sobretudo menos de 7.500 pessoas parecem facilitar a alocação de profissionais, conforme mostraremos em outros mapas nesta seção.

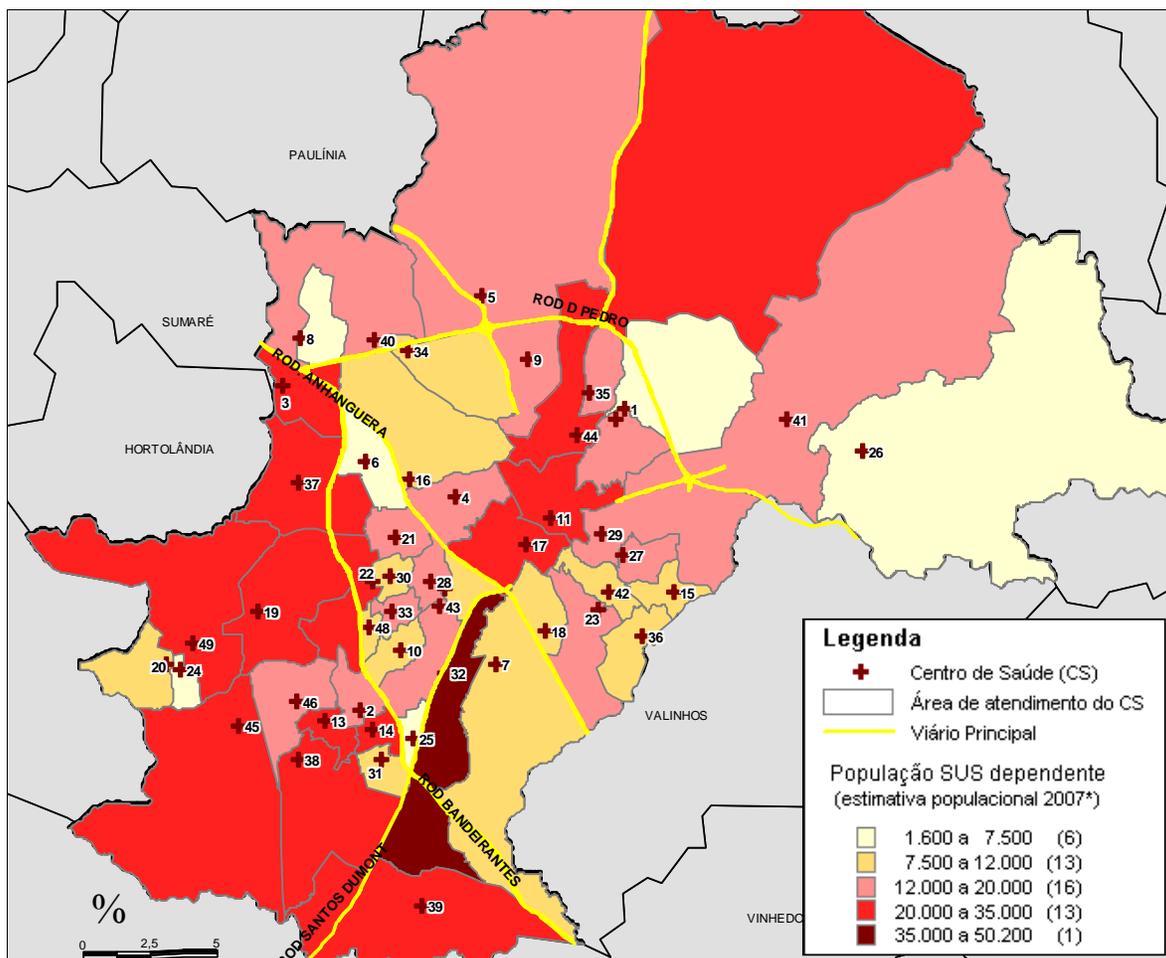
³³ O número de identificação do Centro de Saúde (código do Centro de Saúde) é de nossa autoria, não correspondendo a nenhuma classificação oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

MAPA 4 - Percentual de população SUS dependente por área de atendimento do Centro de Saúde Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

MAPA 5 - Distribuição da população SUS dependente por área de atendimento do Centro de Saúde Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

A seguir, apresentaremos alguns indicadores que parecem mais significativos para inferir sobre as variações intra-urbanas de oferta dos serviços dos CSs. Porém, destaca-se que a definição de índices, como médicos ou consultas por habitantes depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região. Isso faz com que seja pouco válido o estabelecimento de um “número ideal” a ser aplicado de maneira generalizada por todos os países:

O Brasil, país de dimensões continentais, ilustra bem o problema: o número ideal de médicos e leitos para uma população rural na Região Norte, onde um dos principais problemas de saúde é a malária, não pode ser o mesmo que o exigido na Região Metropolitana de São Paulo, que tem alta concentração de população urbana e cuja demanda por assistência médica e internação hospitalar tem como causas principais as doenças crônicas (ex: câncer e diabetes) e fatores externos (ex: acidentes de trânsito, homicídios e violência) (OPAS; OMS, 2003, s.p.).

A OMS define apenas padrões “duros”, ou seja, para os quais existe evidência inquestionável, demonstrada por pesquisa e reproduzível em qualquer tempo e lugar, a fim de que seja possível a comparação e o acompanhamento temporal destes padrões. Aos governos nacionais, regionais e locais é dada autonomia para definir suas políticas de saúde e estabelecer, em conjunto ou separadamente, metas a serem atingidas.

Neste trabalho utilizaremos o número de profissionais de saúde por categoria (médicos, enfermeiros e dentistas) contratados por CS. Estamos considerando apenas os profissionais com nível superior, pois nesta categoria torna-se mais claro os possíveis conflitos entre locais de moradia e de trabalho, acirrados pelo processo de segregação residencial. Para os agentes de saúde é exigido que morem na própria comunidade de atendimento, assim não se observa este tipo de conflito. Os auxiliares de enfermagem são profissionais menos qualificados facilitando com que seus locais de moradia sejam mais dispersos pela cidade, diferente dos profissionais médicos.

Como a utilização do número de profissionais pode esconder variações no atendimento, dado a possibilidade de existir diferenças na jornada de horas de cada profissional, optamos também por utilizar a quantidade de horas semanais contratadas por categoria profissional para cada CS.

Construímos um indicador próximo deste (número de médicos por mil habitantes), todavia levando em conta apenas os médicos que trabalham nos CSs (portanto profissionais do SUS) e a estimativa de população SUS-dependente. Uma limitação para o uso deste tipo de

indicador é que não temos a quantidade de médicos necessários ou de vagas em aberto (não preenchidas) por CS. Deste modo, sabemos apenas quantidade atual de profissionais contratados, mas não sabemos quantas vagas estão abertas e sem preenchimento. A análise espacial das vagas sem preenchimento nos possibilitaria investigar sobre a ocorrência de um padrão espacial na distribuição das mesmas³⁴.

Dados da RIPSA (2008, p. 239) mostram que o número de médicos na região sudeste brasileira em 2005 era de 2,3 por mil habitantes. Na construção deste indicador estão todos os profissionais (independente se trabalham no SUS ou não) por total da população residente na região sudeste.

O Mapa 5 apresenta a quantidade de médicos contratados nos CSs por cada mil habitantes SUS dependente. Dos dezenove CS que apresentam menores quantidades de médicos por mil habitantes (0,1 a 0,6), a maior parte, ou seja, onze deles estão nas áreas mais periféricas e com população de baixa condição socioeconômica. Apesar de não serem as únicas nos intervalos de menor densidade médico/habitante, a maior parte das áreas periféricas e carentes, encontra-se neste intervalo.

Dos quatro CSs que apresentam maior proporção de médicos por mil habitantes (0,9 a 2,6), três deles estão no eixo de maior renda da cidade: CS Joaquim Egídio (nº 26), CS Santa Odila (nº 42) e CS São Marcos (nº 40) - quadrantes Norte e Leste da cidade. Destes, apenas o CS São Marcos possui 100% de SUS dependência. O quarto CS é o Itatinga (nº 25) que apresenta 85% de SUS dependência e, assim como o CS Joaquim Egídio atende a um número pequeno de pessoas (2.552 e 1.648 pessoas, respectivamente, em 2007). No CS Itatinga, o perfil da população é de adultos e com poucas famílias, pois é também a área da cidade conhecida por concentrar grande quantidade de profissionais do sexo, necessitando assim de um projeto diferenciado de atendimento.

Embora não fique claro uma polarização entre as áreas periféricas e as outras da cidade no que se refere à quantidade de médicos por habitantes, o mapa sugere que o sistema viário da cidade pode facilitar a alocação de profissionais por CS. Os CSs que estão nos Distritos Noroeste e Sudoeste e que se localizam entre as Rodovias Anhanguera e Bandeirantes apresentam maiores

³⁴ No momento de elaboração desta tese, as informações sobre a quantidade “ideal” de equipes para cada CS e o número de vagas em aberto não estavam disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC). Segundo informações que obtivemos junto ao departamento de recursos humanos da SMSC estes dados estão em fase de levantamento e organização para futuros trabalhos.

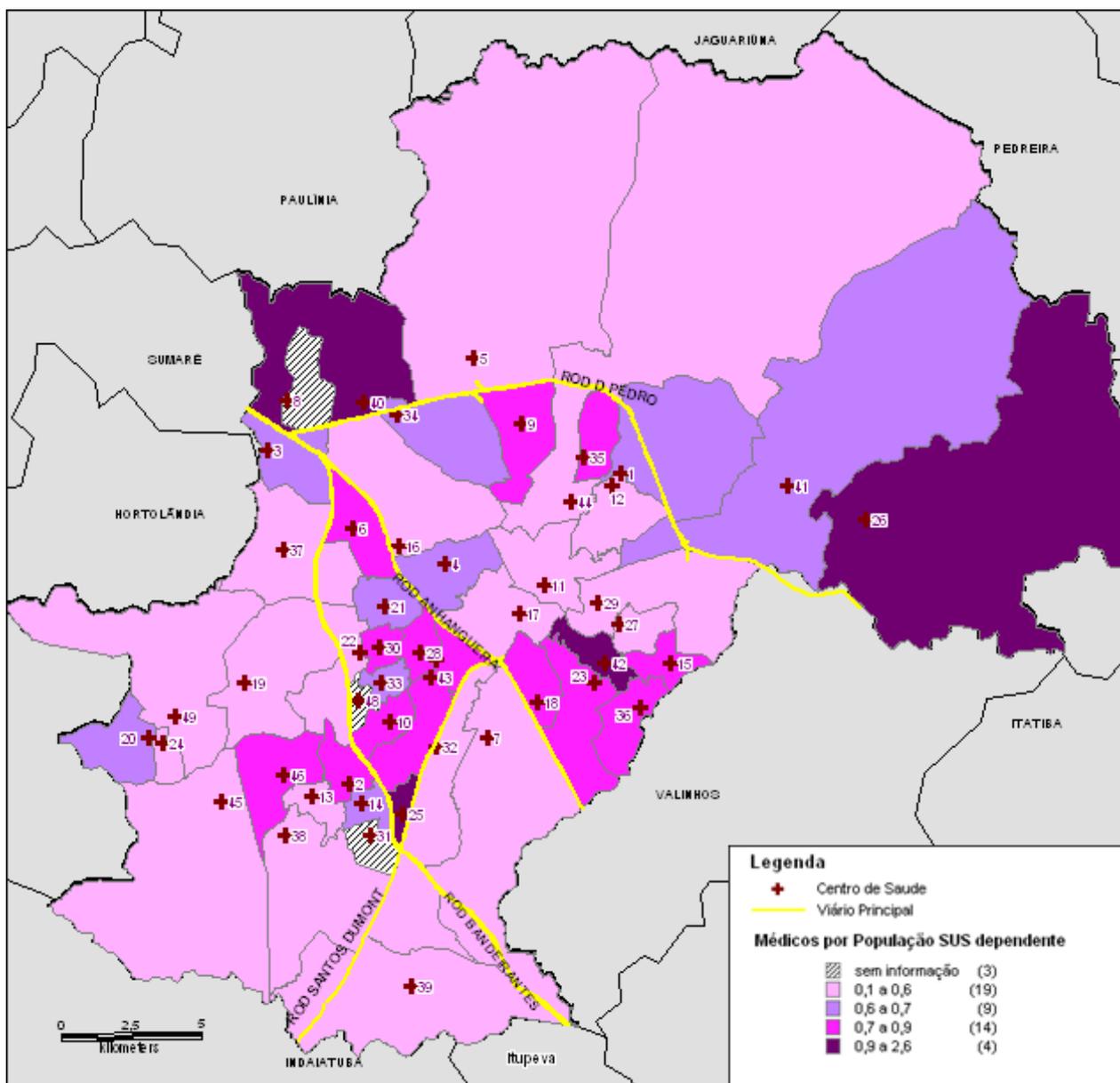
quantidades de médicos por mil habitantes. Também são estes CSs que estão mais próximos do centro da cidade, o qual pode ser identificado pela área do CS Centro (nº 11).

Assim, as vias de trânsito rápido que cortam a cidade, como as rodovias Anhanguera, Bandeirantes, Santos Dumont e Dom Pedro, podem facilitar a alocação de médicos para os CSs, pois conforme detalharemos melhor no Capítulo 4, os médicos costumam ter múltiplas jornadas de trabalho e precisam se deslocar rapidamente pela cidade para conseguirem cumpri-las.

Para evitar distorções na análise dado que um médico com jornada de trabalho de 12h em um CS não é equivalente a um médico com jornada de 36h em outro CS, optamos por criar o indicador de horas médicas semanais por população SUS dependente, conforme apresentado no Mapa 6. A leitura do Mapa 6 permite verificar que os CSs dos Distritos Leste e Norte apresentam quase em sua totalidade as maiores quantidades de horas contratadas por mil habitantes SUS dependentes. Novamente, os CSs localizados entre as principais rodovias estão no grupo de maior quantidade de horas.

Os CS localizados mais distantes do centro da cidade e na periferia - São José (nº 32), Carvalho de Moura (nº 7), São Domingos (nº 39), União de Bairros (nº 45), São Cristovão (nº 38) – apresentam menor quantidade de horas trabalhadas. Assim, a quantidade de horas trabalhadas parece expressar mais adequadamente a diferenciação de oferta de serviços de profissionais médicos do SUS na cidade. Muitas vezes, devido à dificuldade de alocar profissionais nestes locais, são feitas adaptações nas rotinas de trabalho, o que possibilitaria aos profissionais destes locais trabalhem em jornadas menores do que as 36h semanais que é estimada como adequada para um bom desempenho dos serviços.

MAPA 6 - Quantidade de médicos* por mil habitantes (SUS Dependentes) Campinas, 2007

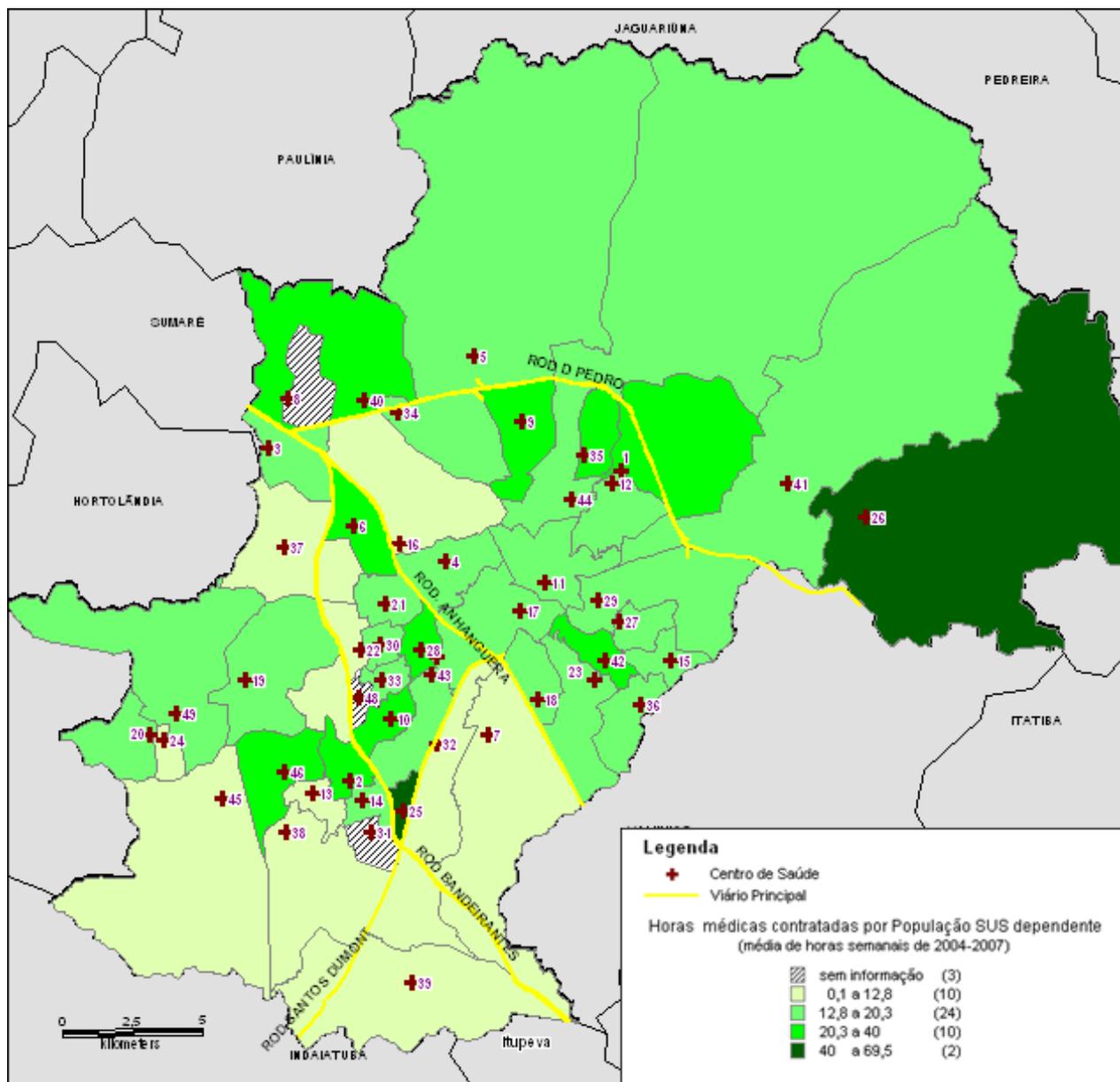


Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). CONSIST (2004-2007).

IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

Notas: *Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de horas profissionais nos CSs do período de 2004 - 2007. Os CSs que não apresentam informação foram inaugurados entre este período de 2004-2007. A quantidade de horas semanais está apresentada por mil pessoas SUS dependente. A população SUS dependente para 2007, foi calculada de acordo com os percentuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) sobre a estimativa populacional de 2007, também calculada pela SMSC.

MAPA 7 - Jornada semanal de horas médicas contratadas* por mil pessoas (SUS Dependentes) Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). CONSIST (2004-2007).

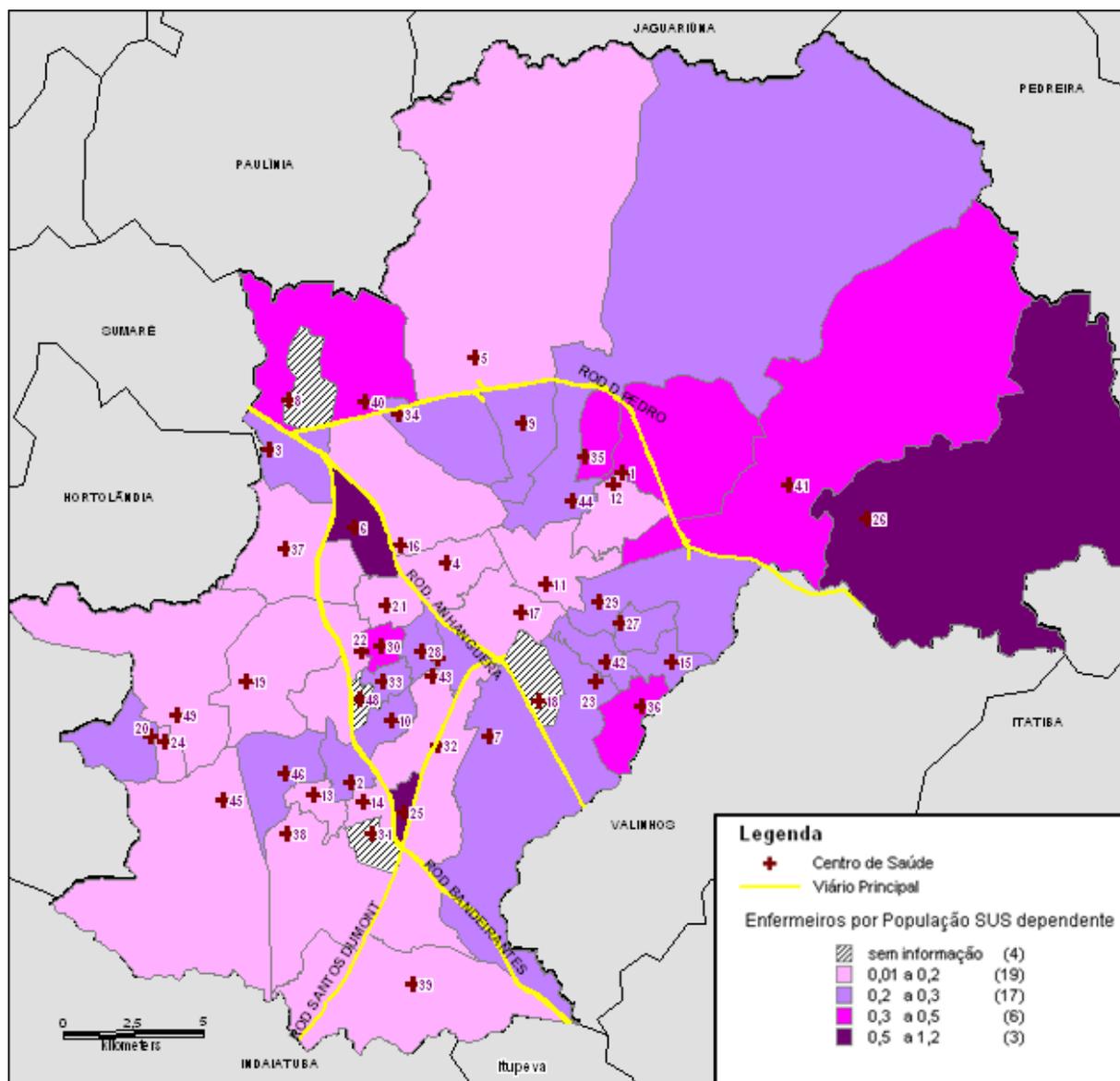
IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

Notas: *Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de horas semanais de trabalho dos médicos nos CSs do período de 2004 - 2007. Os CSs que não apresentam informação foram inaugurados entre este período de 2004-2007. A quantidade de horas semanais está apresentada por mil pessoas SUS dependente. A população SUS dependente para 2007, foi calculada de acordo com os percentuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) sobre a estimativa populacional de 2007, também calculada pela SMSC.

O Mapa 8 apresenta a quantidade de enfermeiros por população SUS dependente. Sua leitura indica que as maiores quantidades de enfermeiros são observadas predominantemente nos CSs do Distrito Leste, enquanto as menores quantidades ocorrem nos Distritos Sudoeste e Noroeste.

Em relação às horas contratadas de enfermeiros por população, conforme apresentado no Mapa 9, observa-se uma polarização ainda mais intensa entre os Distritos, sendo que o Norte e Leste, não apresentam nenhum CS nos intervalos de menor quantidade de horas. Conforme já ocorreu com as horas contratadas de médicos, os São José (n° 32), São Domingos (n° 39), União de Bairros (n° 45) e São Cristovão (n° 38) – Distritos Sul e Sudoeste – estão entre os que apresentam menores quantidades de horas contratadas. Os CS Florence (n° 19) e Itajaí (n° 24), ambos do Distrito Noroeste, também estão no grupo de menores quantidades de horas contratadas de enfermeiros.

MAPA 8 - Quantidade de enfermeiros* por mil habitantes (SUS Dependentes) Campinas, 2007

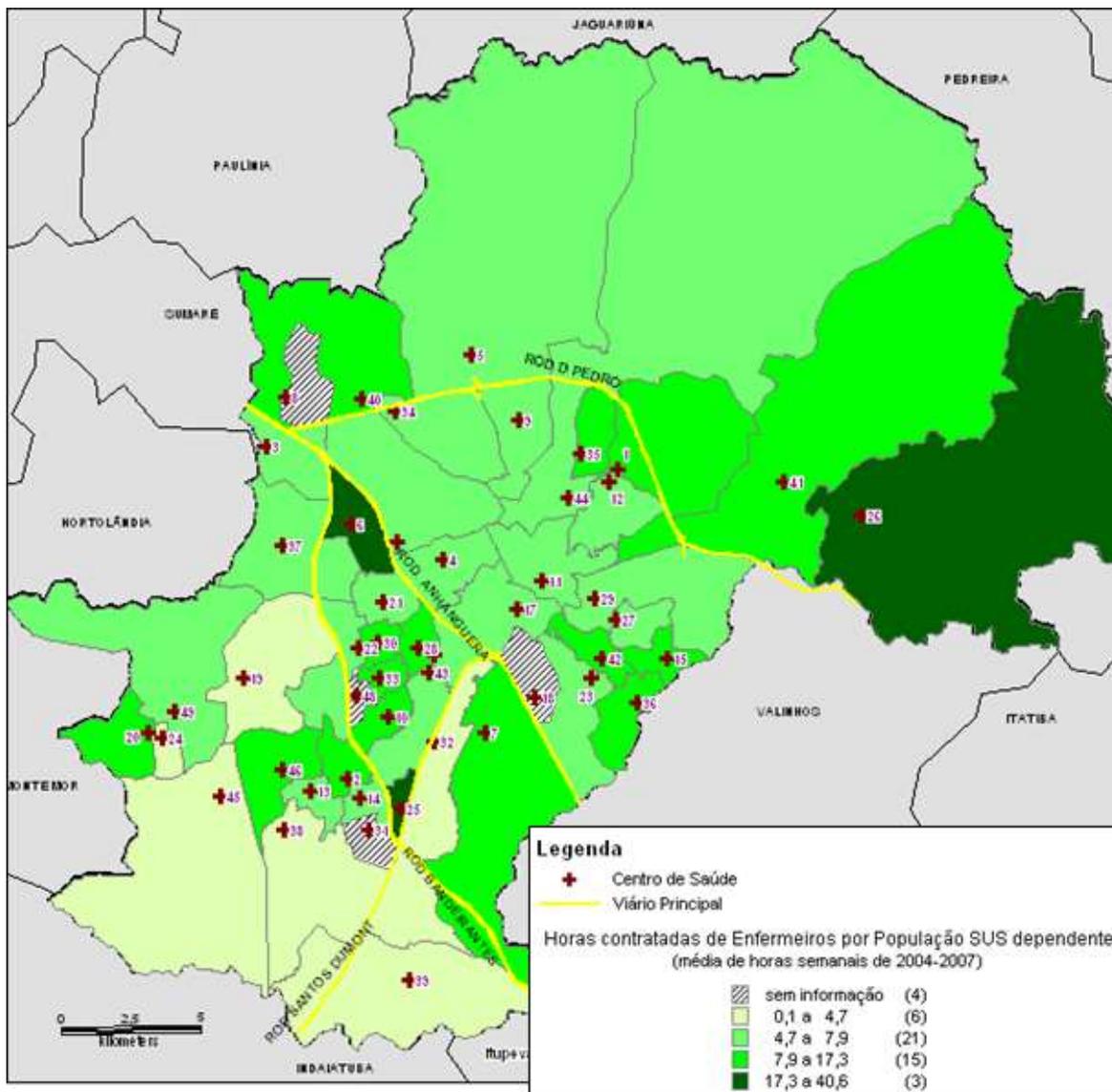


Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). CONSIST (2004-2007).

IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

Notas: *Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de horas profissionais nos CSs do período de 2004 - 2007. Os CSs que não apresentam informação foram inaugurados entre este período de 2004-2007. A quantidade de horas semanais está apresentada por mil pessoas SUS dependente. A população SUS dependente para 2007, foi calculada de acordo com os percentuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) sobre a estimativa populacional de 2007, também calculada pela SMSC.

MAPA 9 - Jornada semanal de horas contratadas* dos enfermeiros por mil pessoas (SUS Dependentes) Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007).

CONSIST (2004-2007).

IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

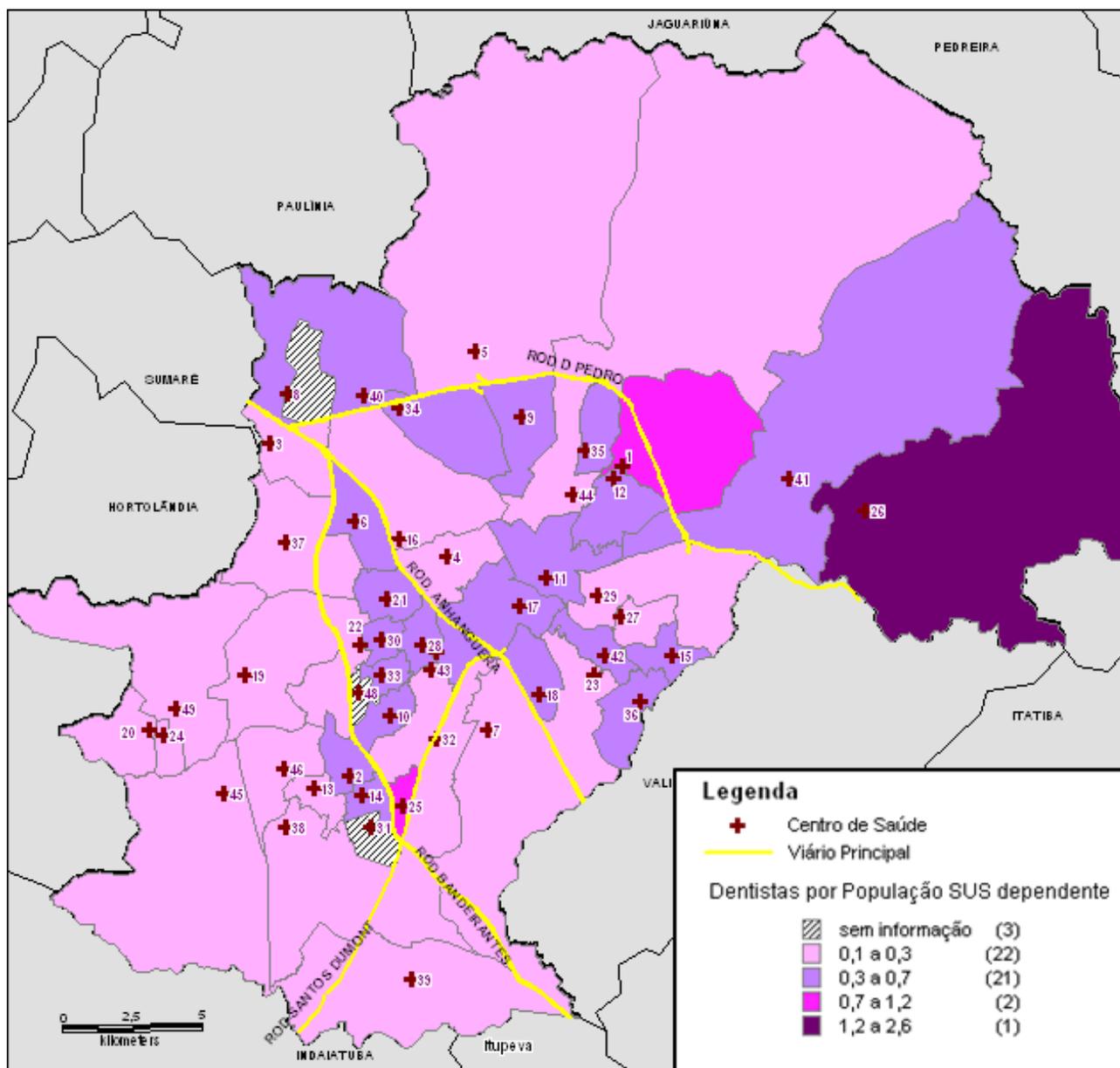
Notas: *Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de horas semanais de trabalho dos enfermeiros nos CSs do período de 2004 - 2007. Os CSs que não apresentam informação foram inaugurados entre este período de 2004-2007. A quantidade de horas semanais está apresentada por mil pessoas SUS dependente. A população SUS dependente para 2007, foi calculada de acordo com os percentuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) sobre a estimativa populacional de 2007, também calculada pela SMSC.

A quantidade de dentistas por população SUS dependente é apresentada no Mapa 10. Da mesma forma como observado no caso de médicos e enfermeiros, os distritos Norte, Leste e os

CSs localizados entre as rodovias Santos Dumont, Anhanguera e Bandeirantes apresentam maiores quantidades de dentistas.

O Mapa 11 apresenta as horas contratadas por semana de dentistas por população SUS dependente. Este mapa reflete uma polarização maior dos distritos de saúde, sendo os CSs que apresentam menor quantidade de horas trabalhadas novamente estão concentrados nos distritos Sul, Sudoeste e Noroeste.

MAPA 10 - Quantidade de dentistas* por mil habitantes (SUS Dependentes) Campinas, 2007

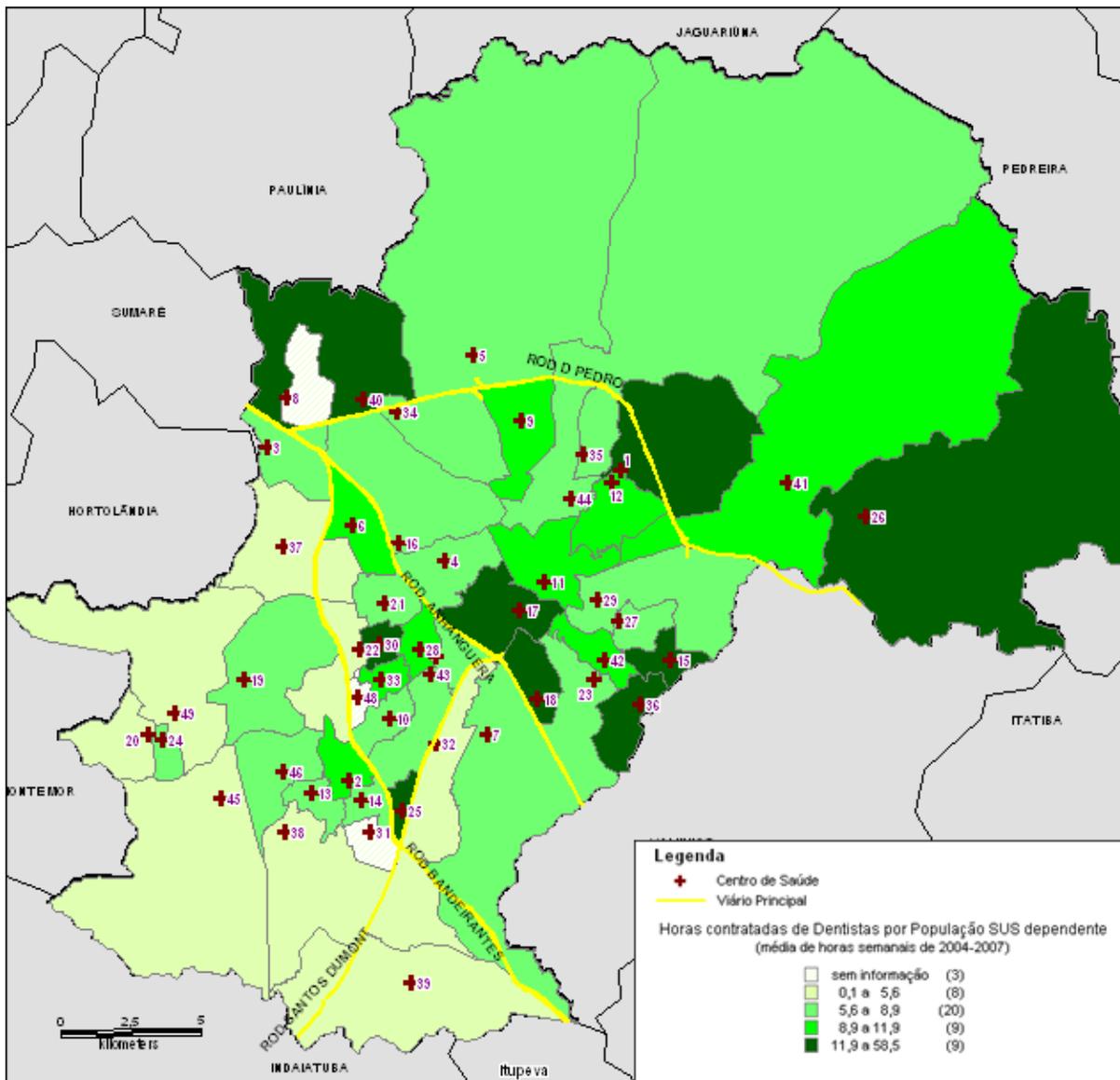


Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). CONSIST (2004-2007).

IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

Notas: *Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de horas semanais de trabalho dos dentistas nos CSs do período de 2004 - 2007. Os CSs que não apresentam informação foram inaugurados entre este período de 2004-2007. A quantidade de horas semanais está apresentada por mil pessoas SUS dependente. A população SUS dependente para 2007, foi calculada de acordo com os percentuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) sobre a estimativa populacional de 2007, também calculada pela SMSC.

MAPA 11 - Jornada semanal de horas contratadas dos dentistas* por mil pessoas (SUS dependentes) Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). CONSIST (2004-2007).

IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

Notas: Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de horas semanais de trabalho dos dentistas nos CSs do período de 2004 - 2007. Os CSs que não apresentam informação foram inaugurados entre este período de 2004-2007. A quantidade de horas semanais está apresentada por mil pessoas SUS dependente. A população SUS dependente para 2007, foi calculada de acordo com os percentuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC) sobre a estimativa populacional de 2007, também calculada pela SMSC.

Apesar de não haver um indicador universal do número adequado de consultas por habitante ao ano, dado que este número pode ser influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, para efeito de nossa análise o número de referência será de 1,5 consulta/habitante/ano conforme indicado pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS 91³⁵. A média registrada para o Brasil no número de consultas médicas do SUS em 2005 é de 2,9 consultas por habitante (RIPSA, 2008, p. 239). Este número leva em conta toda a população e não apenas a SUS dependente.

O Mapa 12 apresenta o número de consultas médicas SUS por população SUS dependente³⁶. As diferenças intra-urbanas persistem, sendo que os CS dos Distritos Norte e Leste concentram a maior quantidade de CS com os valores mais altos de consultas por habitante, o que corrobora os dados já apresentados anteriormente de que nestas áreas há também maior quantidade de horas contratadas de médicos. Em contrapartida, os valores mais baixos estão naqueles CS mais distantes e que já apresentaram piores valores nos mapas anteriores de horas contratadas, entre eles: São José (n° 32), São Domingos (n° 39), União de Bairros (n° 45), São Cristovão (n° 38), CS Florence (n° 19).

Observa-se que, para Campinas, o número de consultas por habitantes é baixo, a maior parte dos CSs, ou seja, trinta e cinco deles (71,4%) apresentam valores abaixo de 1,5. Nos CSs periféricos e que atendem uma população mais empobrecida, justamente a que mais necessita, predominam os valores abaixo de 1,5 consultas por habitante. Portanto, ainda que a localização na cidade possa interferir na oferta dos serviços, verifica-se que no seu conjunto a cidade ainda precisa de aumentar os investimentos nos serviços de atenção básica, dado o número baixo de consultas ao ano por habitantes³⁷.

A Tabela 16 apresenta o número de consultas médicas por população total e população SUS dependente. Pode-se verificar que os volumes de consulta por população total e por população SUS dependente variam bastante. Se levarmos em conta a população total na construção dos indicadores, os resultados são ainda mais baixos, sendo que apenas seis CSs (12%)

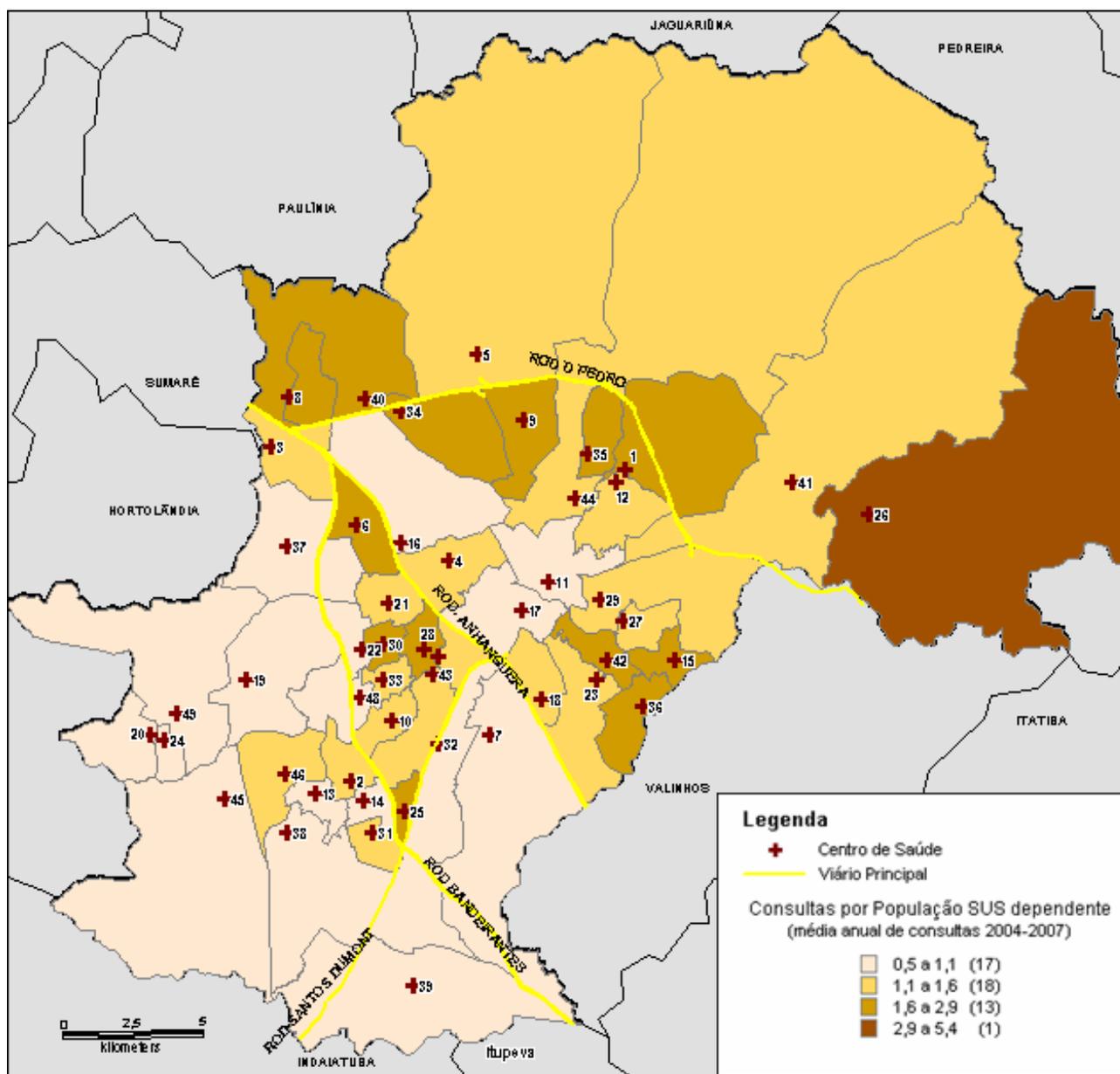
³⁵ de 10 de janeiro de 2007

³⁶ Os procedimentos considerados como consulta médica são provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e fazem parte dos Grupos 02 – Ações médicas básicas, Grupo 04 – Ações executadas por outros profissionais de nível superior e Grupo 07 – Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e de nível médio, conforme metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde (RIPSA, 2008, p.308-309).

³⁷ Ressalta-se que nosso indicador foi sobrestimado se comparado com o do Ministério da Saúde (MS), pois utilizamos somente a estimativa de população SUS dependente, ou seja, uma parcela da população, enquanto o MS usa toda a população na construção do seu indicador.

possuem mais de 1,5 consulta ao ano por habitantes. E, quatro deles localizam-se nos Distritos Norte e Leste: Santa Monica (n°34), São Marcos (n°40), Cássio Raposo Amaral (n°8) e Joaquim Egídio (n°26). Com exceção deste último que apresenta 60% de população SUS dependente em sua área de atendimento, os demais apresentam 100% de SUS dependência, apesar de localizarem-se muito próximo das áreas mais valorizadas da cidade. Assim, os dados sugerem que para a população carente e pobre, mas que reside nestas áreas mais valorizadas, os serviços de saúde básica cumprem suas metas de atendimento. A mesma situação não se observa para a maior parte da população residente nas áreas também pobres, porém periféricas.

MAPA 12 - Número de consultas médicas (SUS)* por população SUS dependente Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007).

Sistema de Informações da Produção Ambulatorial- SIA (2004-2007).

IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.

Notas: *Os procedimentos considerados como consultas correspondem àqueles indicados pelo Ministério da Saúde e relacionados na tabela SAI/SUS como parte dos grupos 2, 4 e 7. Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de consultas nos CSs entre 2004 e 2007 e para os CSs inaugurados entre o período de 2004-2007 a média foi feita apenas em função do seu período de funcionamento.

TABELA 16 - Número de consultas médicas (SUS)* por população SUS dependente Campinas, 2007

Código do Centro de Saúde	Nome distrito	Nome do Centro de Saúde	População projetada 2007	% População SUS dependente (2007)	População SUS dependente (2007)	Quantidade de Consultas Médicas (média 2004-2007)	Consultas/Pop_total	Consultas/Pop SUS dependente
1	Leste	CS 31 de Marco	7.288	50	3.644	5.963	0,8	1,6
2	Sudoeste	CS Aeroporto	15.409	85	13.098	18.154	1,2	1,4
3	Norte	CS Anchieta	24.361	85	20.707	24.369	1,0	1,2
4	Norte	CS Aurelia	38.488	50	19.244	21.319	0,6	1,1
5	Norte	CS B Geraldo	39.778	50	19.889	27.826	0,7	1,4
6	Norte	CS B Vista	10.323	70	7.226	12.342	1,2	1,7
7	Sul	CS C Moura	11.478	100	11.478	11.613	1,0	1,0
8	Norte	CS C Raposo Amaral	4.734	100	4.734	10218	2,2	2,2
9	Leste	CS C Silva	24.375	60	14.625	26.592	1,1	1,8
10	Sudoeste	CS Capivari	13.489	85	11.466	17.016	1,3	1,5
11	Leste	CS Centro	63.674	50	31.837	26.842	0,4	0,8
12	Leste	CS Conceicao	29.840	60	17.904	21.903	0,7	1,2
13	Sudoeste	CS DIC I	31.991	85	27.192	23.966	0,7	0,9
14	Sudoeste	CS DIC III	23.114	100	23.114	20.977	0,9	0,9
15	Sul	CS Esmeraldina	12.433	70	8.703	17.533	1,4	2,0
16	Norte	CS Eulina	19.086	60	11.452	10.437	0,5	0,9
17	Sul	CS F Lima	34.710	60	20.826	20.499	0,6	1,0
18	Sul	CS Figueira	17.603	60	10.562	16.269	0,9	1,5
19	Noroeste	CS Florence	34.922	100	34.922	36.114	1,0	1,0
20	Noroeste	CS Floresta	14.062	85	11.953	12.996	0,9	1,1
21	Noroeste	CS Integracao	26.675	60	16.005	19.244	0,7	1,2
22	Noroeste	CS Ipaussurama	22.833	100	22.833	14.490	0,6	0,6
23	Sul	CS Ipe	28.563	70	19.994	30.865	1,1	1,5
24	Noroeste	CS Itajai	9.863	70	6.904	7.428	0,8	1,1
25	Sudoeste	CS Itatinga	3.002	85	2.552	5.817	1,9	2,3
26	Leste	CS J Egideo	2.746	60	1.648	8.752	3,2	5,3
27	Sul	CS O Maia	22.021	70	15.415	20.521	0,9	1,3
28	Noroeste	CS P Aquino	18.404	70	12.883	22.588	1,2	1,8
29	Sul	CS Paranapanema	25.331	60	15.199	18.798	0,7	1,2
30	Noroeste	CS Perseu	10.957	70	7.670	16.581	1,5	2,2
31	Sudoeste	CS S Antonio	11.058	100	11.058	12713	1,1	1,1
32	Sul	CS S Jose	50.192	100	50.192	38.993	0,8	0,8
33	Sudoeste	CS S Lucia	21.608	85	18.367	21.031	1,0	1,1
34	Norte	CS S Monica	9.954	100	9.954	16.068	1,6	1,6
35	Leste	CS S Quirino	20.670	70	14.469	29.040	1,4	2,0
36	Sul	CS S Vicente	11.462	70	8.023	15.591	1,4	1,9
37	Norte	CS S Barbara	25.449	85	21.632	14.247	0,6	0,7
38	Sudoeste	CS S Cristovao	20.641	100	20.641	10.384	0,5	0,5
39	Sul	CS S Domingos	33.586	100	33.586	21.892	0,7	0,7
40	Norte	CS S Marcos	12.747	100	12.747	26.199	2,1	2,1
41	Leste	CS Sousas	25.052	60	15.031	20.697	0,8	1,4
42	Sul	CS S Odila	15.305	60	9.183	19.462	1,3	2,1
43	Sudoeste	CS T Neves	21.647	70	15.153	23.444	1,1	1,5
44	Leste	CS Taquaral	42.193	50	21.097	26.984	0,6	1,3
45	Sudoeste	CS U Bairros	29.328	100	29.328	19.074	0,7	0,7
46	Sudoeste	CS V Alegre	20.275	85	17.234	24.247	1,2	1,4
47	Sul	CS V Rica	14.716	70	10.301	12.444	0,8	1,2
48	Sudoeste	CS V Uniao/CAIC	13.798	70	9.659	5373	0,4	0,6
49	Noroeste	CS Valenca	31.786	85	27.018	27.815	0,9	1,0

Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas: Coordenadoria de Informação e Informática (2007).

Sistema de Informações da Produção Ambulatorial-SIA (2004-2007) Elaboração própria.

Notas: *Os procedimentos considerados como consultas correspondem àqueles indicados pelo Ministério da Saúde e relacionados na tabela SAI/SUS como parte dos grupos 2, 4 e 7. Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de consultas nos CSs entre 2004 e 2007 e para os CSs inaugurados entre o período de 2004-2007 a média foi feita apenas em função do seu período de funcionamento.

Dentre todos os mapas analisados até aqui, aqueles que apresentam a quantidade de horas contratadas se mostraram mais discriminante do que aqueles que apresentam apenas a quantidade de funcionários. Isto está de acordo com os resultados da pesquisa qualitativa realizada no âmbito desta pesquisa, os quais indicam que uma parte dos profissionais que atuam nos CSs mais distantes e em áreas carentes procurava fazer jornadas de trabalho menores ou mesmo concentrá-las em poucos dias, a fim de não ir frequentemente nestes locais e poder conciliar o trabalho na rede pública com outras atividades que possuem. Ainda que a SMSC evite aceitar este tipo de proposta, muitas vezes devido à escassez de profissionais é preciso fazê-lo.

A análise dos mapas também indica que há diferenciais de horas contratadas mesmo nos CSs localizados nos Distritos com predomínio de piores condições socioeconômicas da população – Sul, Sudoeste e Noroeste. Todavia, dentro destes Distritos alguns CSs aparecem para as três categorias de profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) com as menores quantidades. São eles: São José (nº 32), São Domingos (nº 39), União de Bairros (nº 45) e São Cristovão (nº 38). Estes CSs além de apresentarem 100% de SUS dependência, caracterizam-se por um acúmulo de carências da população que atendem e localizam-se distantes do centro da cidade. O somatório destes aspectos parece contribuir para a dificuldade de se ofertar serviços nestes locais.

A seguir, o Capítulo 4 apresenta os principais resultados das pesquisas qualitativas, os quais ajudarão a detalhar os elementos que podem interferir na oferta intra-urbana dos serviços de saúde.

4. Segregação Residencial e Oferta dos Serviços de Atenção Primária de Saúde em Campinas: o que Pensam os Agentes Envolvidos

A análise dos indicadores de horas trabalhadas, quantidade de profissionais ou número de consultas em Campinas, apresentada no Capítulo 3, mostrou que parece existir uma relação entre os serviços de saúde e o lugar onde estes são oferecidos. Esta análise, ainda que muito sugestiva, não nos permitiu aprofundar a investigação sobre possíveis causas ou mecanismos que explicariam tal relação.

De que modo, a localização espacial realmente contribui para estes resultados? O conhecimento sobre estas relações ajuda a entender a dinâmica de produção do espaço intra-urbano e quais os elementos desta dinâmica que interferem na oferta de serviços de saúde.

Na tentativa de avançar nessa direção, optamos por realizar, paralelamente à análise empírica dos dados, uma investigação de ordem qualitativa, deste modo realizamos pesquisas

qualitativas exploratórias. Nossa pesquisa de campo realizou entrevistas com aplicação de um roteiro semi-estruturado³⁸. As entrevistas foram realizadas com profissionais dos Centros de Saúde, com os apoiadores³⁹ dos distritos de Saúde e com usuários dos Centros de Saúde.

A escolha dos Centros de Saúde (CSs) onde foram realizadas as entrevistas baseou-se na análise das informações quantitativas, nas entrevistas com os apoiadores dos distritos de saúde e na análise do mapa das zonas de vulnerabilidade⁴⁰. Aos apoiadores dos distritos foi solicitado que discorressem sobre as características gerais de todos os CS que estavam em sua área de atuação, permitindo assim uma primeira identificação dos mesmos para a realização das pesquisas qualitativas, sendo posteriormente esta escolha confirmada (ou não) quando comparados os dados quantitativos e as zonas de vulnerabilidade.

Como base nesse processo foram selecionados sete CSs, sendo dois no distrito de saúde Norte, dois no distrito Leste, um no distrito Sul, um no distrito Sudoeste e um no distrito Noroeste, tendo sido realizadas cinquenta e quatro entrevistas: trinta e uma com profissionais dos CSs (médicos, enfermeiros, coordenadores, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) e dezoito com usuários. Nos distritos de saúde foram realizadas cinco entrevistas com apoiadores, uma para cada distrito de saúde da cidade - Norte, Leste, Sul, Sudoeste e Noroeste. A pesquisa de campo foi realizada entre março e julho de 2008. A análise das entrevistas envolveu leituras sistemáticas das transcrições para a identificação das principais temáticas mencionadas nas entrevistas

Os contatos com os profissionais de saúde, para a execução das entrevistas qualitativas, só ocorreram depois de obtidas todas as autorizações necessárias para a realização da pesquisa, tanto no âmbito da Universidade Estadual de Campinas, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)⁴¹ e da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, por meio do Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde (CETs).

³⁸ Para maiores detalhes sobre o roteiro da pesquisa qualitativa, ver Apêndice A.

³⁹ Os apoiadores atuam junto aos Centros de Saúde dando suporte técnico e gerencial para o funcionamento dos mesmos.

⁴⁰ Maiores detalhes sobre as zonas, já foram apresentados no capítulo 2. As zonas de vulnerabilidade foram criadas no âmbito do projeto “Dinâmica Intrametropolitana e Vulnerabilidade Sociodemográfica nas Metrôpoles do Interior Paulista: Campinas e Santos”, desenvolvido por pesquisadores do Núcleo de Estudos de População (NEPO) com financiamento da FAPESP e CNPq. Maiores detalhes sobre sua metodologia de elaboração podem ser obtidos a partir de texto específico já publicado (CUNHA et. al., 2006).

⁴¹ Parecer no CEP N° 1011/2007.

Os contatos para entrevistas deram-se inicialmente com os apoiadores dos distritos de saúde, os quais foram entrevistados e ajudaram a decidir em quais CSs fazer as entrevistas. Eles também nos forneceram os contatos dos coordenadores dos CS selecionados.

Após o contato com os coordenadores dos CS foram agendadas as visitas e a realização das entrevistas. Realizamos em média 4 visitas em cada CS para a total realização das entrevistas. A escolha dos usuários do CS deu-se de forma aleatória, apenas respeitando a condição de que não fossem menores de idade, conforme acordado com o Comitê de Ética. Os usuários foram abordados e entrevistados no próprio CS e todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sobre o caráter sigiloso das informações prestadas e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ⁴².

Observou-se que a estratégia de abordar os usuários nos Centros de Saúde apresenta limitações, pois os entrevistados em geral estão com pressa, muitos estão com problemas de saúde e assim não se mostraram muito dispostos a colaborar com a pesquisa. Todavia, estas limitações não comprometeram a realização das entrevistas e, em decorrência do tempo para a finalização deste trabalho, optou-se por continuar abordando os usuários nos CSs. Porém, ressalta-se que para este grupo outras abordagens de pesquisa podem obter resultados mais satisfatórios como a realização de grupos focais.

No que se refere ao TCLE, verificou-se que alguns entrevistados concordavam com a entrevista, mas ao ser solicitado seu consentimento formal no TCLE, eles se recusavam a continuar a colaboração, sobretudo nas áreas mais pobres da cidade. Ainda que informados sobre o sigilo das informações e que não haveria benefícios ou riscos, muitos se mostraram incrédulos e preferiram não serem entrevistados.

A pesquisa de campo foi realizada entre março e julho de 2008. Em alguns CS houve um intervalo de tempo grande para o agendamento das entrevistas, havendo às vezes a espera de mais de um mês entre o primeiro contato e a primeira entrevista. Algumas vezes, apesar de agendada, no dia da execução da entrevista ocorreram mudanças de planos e foi necessário fazer

⁴² Trata-se de uma exigência do Comitê de Ética. O TCLE expressa a autorização por escrito do entrevistado em participar da pesquisa e indica que o entrevistado está ciente de que sua participação na pesquisa não implicará em riscos ou benefícios, tanto diretos como indiretos para o entrevistado, de que as informações coletadas são sigilosas, de que os entrevistados têm liberdade de desistir ou de interromper a colaboração na pesquisa no momento em que desejar e que a participação ou não do entrevistado na pesquisa não interferirá no atendimento a ele prestado pelo Centro de Saúde. O Apêndice B apresenta o modelo de TCLE que utilizamos neste trabalho.

remanejamentos. Assim, o campo apresentou-se mais demorado e trabalhoso do que prevíamos no início da pesquisa o que infelizmente, também limitou a quantidade de CSs visitados.

Em um CS que havíamos planejado ir não foi possível fazer as visitas. A coordenadora apesar de em todos os contatos dizer que iria retornar informando uma data adequada para a visita, nunca o fez. Por fim, a apoiadora daquele distrito disse que o CS estava passando por reformas e que a coordenadora havia assumido há pouco tempo àquela coordenação, havendo acúmulo de trabalho o que tornava mais difícil agendar a visita. Todavia, este CS não estava classificado como prioritário, nem apresentava características muito diferentes dos demais, permitindo assim que pudéssemos transferir suas entrevistas para outro CS localizado no mesmo distrito. Além do que, o fato da coordenadora estar a pouco tempo naquele CS (menos de quatro meses) contribuiu para mudarmos nossa escolha, pois ela ainda encontrava-se em fase de adaptação dos processos de trabalho do CS.

O material de campo foi gravado e transcrito, sendo organizado em fichas por CS. A duração média das entrevistas foi de 35 minutos, sendo que as entrevistas com usuários e médicos apresentaram, em geral, menor duração. Muitos médicos não dispunham de muito tempo, pois trabalhavam com a agenda cheia e mesmo no final do expediente tinham outros compromissos.

As idades dos entrevistados variaram entre 18 e 75 anos, sendo que a média de idade foi de 42 anos. Foram entrevistadas quarenta e três mulheres e onze homens. A superioridade de entrevistas femininas deu-se porque grande parte dos cargos de saúde são ocupados por mulheres. Nas entrevistas com usuários procurou-se selecionar, quando possível, alternadamente, um homem e uma mulher, mas também neste caso havia um predomínio de mulheres nos CSs o que nem sempre permitiu tal alternância. Os homens também se recusavam mais a participarem da pesquisa do que as mulheres.

O Quadro 1 apresenta uma síntese das características dos entrevistado por Distrito de Saúde.

QUADRO 1 - Características dos entrevistados por Distrito de Saúde

Código do entrevistado	sexo	Idade (anos)	OCUPAÇÃO	Distrito Saúde
1	F	45	profissional de saúde	Leste
2	M	42	profissional de saúde	Leste
3	F	45	profissional de saúde	Norte
4	F	33	profissional de saúde	Norte
5	F	34	profissional de saúde	Norte
6	F	38	profissional de saúde	Norte
7	F	57	usuário	Norte
8	M	52	usuário	Norte
9	F	58	profissional de saúde	Norte
10	F	54	profissional de saúde	Norte
11	F	53	profissional de saúde	Norte
12	F	34	profissional de saúde	Norte
13	F	32	profissional de saúde	Norte
14	F	32	usuário	Norte
15	F	45	usuário	Norte
16	F	51	usuário	Norte
17	F	47	profissional de saúde	Leste
18	F	35	profissional de saúde	Leste
19	M	45	profissional de saúde	Leste
20	F	47	profissional de saúde	Leste
21	F	30	profissional de saúde	Leste
22	F	19	usuário	Leste
23	F	56	usuário	Leste
24	M	75	usuário	Leste
25	F	50	usuário	Leste
26	M	55	profissional de saúde	Sul
27	F	50	profissional de saúde	Sul
28	F	41	profissional de saúde	Sul
29	F	25	usuário	Sul
30	M	-	usuário	Sul
31	F	30	usuário	Sul
32	F	55	usuário	Sul
33	F	57	profissional de saúde	Leste
34	F	41	profissional de saúde	Noroeste
35	F	-	profissional de saúde	Noroeste
36	M	46	profissional de saúde	Noroeste
37	M	35	profissional de saúde	Noroeste
38	M	46	profissional de saúde	Noroeste
39	F	37	profissional de saúde	Noroeste
40	F	30	usuário	Noroeste
41	M	36	usuário	Noroeste
42	F	27	usuário	Noroeste
43	F	44	profissional de saúde	Norte
44	F	33	profissional de saúde	Sul
45	F	49	profissional de saúde	Sudoeste
46	F	44	profissional de saúde	Sudoeste
47	F	52	profissional de saúde	Sudoeste
48	F	44	profissional de saúde	Sudoeste
49	F	35	profissional de saúde	Sudoeste
50	M	33	profissional de saúde	Sudoeste
51	F	44	usuário	Sudoeste
52	F	25	usuário	Sudoeste
53	F	37	profissional de saúde	Sul
54	F	37	profissional de saúde	Sul

A seguir são destacados os principais elementos citados nas entrevistas que afetam a oferta dos serviços de saúde e alocação de profissionais.

4.1. A Demanda por Serviços nos Centros de Saúde

A dificuldade de dimensionar a demanda de serviços nos Centros de Saúde (CS) é claramente percebida no dia a dia dos coordenadores de CS. E isto ocorre tanto para os CSs localizados em áreas de expansão da cidade, mas também em áreas antigas, centrais e próximas de zonas comerciais.

Dentre os fatores que contribuem para aumentar as dificuldades de precisar a demanda destacam-se dois aspectos do processo de ocupação da cidade: as áreas de ocupação recente e as áreas da cidade onde há grande circulação de pessoas por motivos de trabalho ou estudo.

No primeiro caso não é raro que estas áreas apresentem uma população muito pequena na época da pesquisa do Censo Demográfico, embora com ritmo de crescimento demográfico tal que em poucos anos esse volume aumente sobremaneira. Nesses casos, a não ser pela utilização de técnicas mais sofisticadas, como por exemplo, o monitoramento por imagens de satélite ou fotografias aéreas ou mesmo um acompanhamento contínuo no terreno⁴³, é muito difícil que as projeções deem conta adequadamente de tal crescimento. Portanto, não existem dados totalmente confiáveis para pensar prospectivamente o crescimento populacional destas áreas, O depoimento abaixo dá uma boa dimensão do que pode acontecer nestas áreas de expansão da cidade:

Houve uma mudança populacional muito grande na área de atendimento do CS, na década de 1990 houve um 'boom' e cresceu muito. (...) em 2002 tinha duas mil pessoas e hoje em torno de doze mil e quinhentas (Coordenador - CS do Distrito Sul).

O segundo caso decorre da forma de ocupação da cidade onde há locais que são polos de atratividade populacional, como o setor de comércio que atrai tanto trabalhadores como consumidores elevando a circulação de pessoas nestes locais. Neste caso, o aumento da população que passa a circular na área também gera aumento de demanda no CS daquele local,

⁴³ Embora possível, operacionalmente o uso de tais procedimentos ainda não é comum, tendo em vista que a complexidade das cidades requereria investimentos significativos de imagens de satélite ou fotografias aéreas. Até o momento, as experiências realizadas e conhecidas têm sido em geral, para aplicações em áreas específicas. Mesmo assim tais procedimentos teriam mais utilidade para a atualização do que para a projeção da população.

sendo que muitos trabalhadores decidem usar esses CSs, tendo em vista a proximidade com seu local de trabalho.

Deve-se lembrar que as pessoas que não possuem cadastro em um CS podem utilizá-lo; são os chamados “eventuais”. Para estes usuários é indicado que façam o cartão SUS⁴⁴. Todavia é justamente neste momento que algumas pessoas preferem não fazer o cartão, pois para fazê-lo precisariam apresentar comprovante de residência o que configuraria a incompatibilidade entre o local de moradia e o local de atendimento. Sendo assim, preferem permanecer na condição de eventual:

SUS dependência é quem abre cadastro e vai passar em consulta, muitas vezes a população não quer abrir cadastro, mas ele vem na farmácia retira medicamentos, usa vacina, passa pela odontologia, ele entra pela urgência faz uma ficha de eventual e nunca mais vem fazer o cadastro. São cerca de 25 a 30 mil prontuários [na situação de eventual]. Outra dificuldade que temos é pela própria localização, por ser uma área com muito comércio próximo e por ser um CS que quem conhece prefere vir, é fácil estacionar, sempre tem médico, o pessoal atende bem, então por quê eu vou lá no meu bairro que é longe, demora mais, é difícil se eu trabalho aqui do lado e tem este que é bom. O arquivo de eventual como eu chamo os pacientes que não tem cadastro, está quase igual o arquivo dos que tem cadastro. Muitas pessoas mentem o endereço e outras dizem mesmo que preferem passar aqui (Coordenadora - CS do Distrito Leste).

⁴⁴ O pertencimento a um CS é feito segundo o local de moradia da pessoa. O cartão SUS é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados os procedimentos. Seu funcionamento ocorre através de um número nacional de identificação. Mesmo as pessoas que não utilizam o CS podem fazer o cartão, sendo ele necessário para a utilização de outros serviços do SUS. Em Campinas a implantação do cartão SUS deu-se por volta de 2002, mas sua informatização não está totalmente implantada e ainda não é possível fazer o agendamento das consultas e acompanhamento de prontuários *on line*, utilizando apenas o número de identificação do usuário no cartão. Ressalta-se que, em Campinas, no formulário de solicitação do cartão SUS (normalmente preenchido pelos agentes de saúde) são coletadas informações sobre renda, escolaridade, composição familiar, participação em atividades sociais, tempo de moradia na área e UF de nascimento, se possui convênio médico entre outros. Estes dados poderiam constituir-se numa fonte para estudos sociodemográficos, pois seu uso permitiria o acompanhamento da dinâmica populacional em períodos intercensitários, dando subsídios para as projeções de população em pequenas áreas. Seu uso também possibilitaria o acompanhamento do crescimento populacional nas áreas de expansão recente da cidade. Porém, atualmente as informações obtidas no preenchimento do formulário não são atualizadas, ou seja, a pessoa fornece os dados apenas no momento em que solicita seu cartão. Assim, as informações provenientes do cartão referem-se à população que já esteve na área de atendimento daquele CS, mas não necessariamente que ela ainda se encontre ali ou que tenha as mesmas características fornecidas na época de solicitação do cartão.

Observa-se ainda que, mesmo nos CSs onde a SUS dependência não é grande, muitas vezes o fato do CS ter instalações adequadas e equipes de atendimento completas, faz com que atraia uma população que, “idealmente” deveria utilizar outro CS, ocasionando um aumento de demanda.

Conforme relatado por uma enfermeira:

[...] vieram mais funcionários ultimamente e esperava-se que a rotina não fosse ficar tão puxada, tão desgastante, mas o que percebo também é que aumenta a demanda. [...] na medida que você melhora o atendimento, maior é a procura. Temos uma média de atendimento de 400 pacientes por dia. O CS é bem referenciado, pessoas que não moram por aqui e pertencem a outro CS vem passar por aqui porque estão habituadas, gostam do atendimento, fazer vacina da gripe, das crianças. Vacinas da gripe qualquer pessoa passa aqui, uma queixa aguda também não é necessário o cadastro. Se ela for agendar consulta daí é pedido o cadastro. Tem pessoas que falam que aqui é um “excelente pronto-socorro”. Nosso problema maior de sobrecarga é pela demanda crescente e não pela falta de médicos, Conheço a realidade de outros serviços mais da periferia e sei que em termos de estrutura humana é mais deficiente do que aqui; aqui a gente é até bem privilegiado, tem pediatra, tem clínico, tem generalista [médico de Saúde da Família], tem dentista, tem ginecologista, tem 5 enfermeiros, tem equipe boa de auxiliares, tem acupuntura. Você vai melhorando a qualidade e as pessoas vão vindo mais (Enfermeira - CS do Distrito Leste).

Tenho dificuldade de trabalhar conforme as diretrizes do PSF aqui, com uma demanda grande desta, você não tem como garantir retorno para hipertenso. Como? Se eu fechar minha agenda para hipertenso eu não atendo mais nada. Não dá para fazer o PFS, um vez comigo, no outro mês com o enfermeiro, depois de volta comigo. Eu sou uma, minha população é 13 mil. Não dá. Tá [sic] certo que eu tenho o clínico, mas ele faz 20 horas, não resolve (Médica - CS do Distrito Leste).

Assim, mesmo nos CSs localizados nas áreas de melhores condições socioeconômicas da cidade, há dificuldades para se atender adequadamente a população devido à grande demanda registrada por alguns CSs. Nesses casos, a demanda não costuma ser exclusivamente da população residente daquela área, mas de outros que vêm utilizar estes serviços, complicando ainda mais as estimativas de atendimento.

Nas regiões mais periféricas observou-se que também o atendimento programático do PSF fica comprometido tanto pela grande demanda, quanto pela falta de funcionários, conforme detalharemos mais adiante.

Destaca-se que a mobilidade pela cidade em busca de atendimento de saúde em outros CSs é um privilégio que nem todos podem se permitir. Ela ocorre mais frequentemente nos casos

em que a população já se desloca para trabalhar, aproveitando então para utilizar serviços de outro CS, geralmente próximo de seu local de trabalho. O custo com meios de transporte faz com que o deslocamento apenas para usar os serviços de outros CSs seja proibitivo para muitas pessoas, principalmente àqueles que moram nas áreas distantes e carentes, muitas vezes sem emprego e, portanto, sem condições de arcar com os custos de transporte para se consultarem em outro CS.

Dos dezoito usuários entrevistados, três deles declararam já ter utilizado serviços de outros CSs quando moravam em outra área da cidade ou quando àquele CS que hoje utilizam não existia. Apenas um deles expressou desejo de usar outro CS que classificava como “melhor e mais organizado”, porém não dispunha de recursos financeiros para pagar o transporte e ir utilizá-lo. Ambos os CSs citados por esta usuária localizam-se no Distrito Sul.

Em contrapartida nos deparamos com um relato de usuária que, embora pertencendo atualmente a outro CS em função de mudança de residência, continua utilizando o CS a que pertencia anteriormente, não apenas porque gosta mais dos serviços daquele CS, mas também porque a filha utiliza um serviço (um grupo de atendimento para crianças) que não existe no CS ao qual pertence atualmente.

Os custos com transporte também podem se transformar em restrições significativas para o acesso aos CSs, em particular quando se trata de idosos:

Fica difícil para o idoso vir porque ele tem que pagar a condução dele e do acompanhante para vir marcar consulta, depois vir na consulta, vir fazer exames e voltar para o retorno da consulta, às vezes o idoso e o acompanhante têm que vir quatro vezes no mês. Fica um custo muito alto para a família, sobretudo se estiver desempregada (Agente de Saúde – CS do Distrito Sul).

A situação também é difícil quando a população tem gastos com condução e não consegue ser atendida; com o tempo ela deixa de procurar o serviço:

Acesso ao médico é [tem] muita reclamação, tem paciente que chega aqui e vem me procurar (...) não tem dinheiro para pagar ônibus, vem a pé, chega aqui não tem médico, eles não voltam mais, preferem ficar doente porque aí vão no PA [Pronto Atendimento] e são atendidos. A espera para passar no médico é grande, não vou mentir não, no mínimo 1 hora. Sempre aconselho eles à virem de noite porque é mais vazio e eles não pegam sol na caminhada (Agente de Saúde – CS do Distrito Sul).

Há o caso de um CS do Distrito Sul onde uma equipe inteira ficou sem médico por dois anos. Desse modo, a população dependente desta equipe ficou com o atendimento comprometido, pois não tinha equipe de referência. A dinâmica de trabalho do CS também precisou ser alterada de modo que estas pessoas fossem atendidas por outras equipes, ocasionando sobrecarga em todas as equipes e impactando no atendimento ofertado para toda a população.

Permanecer por muito tempo com vagas em aberto, não parecer ser uma exceção no caso dos CSs mais distantes do centro da cidade e em áreas pobres. Na verdade isso é bem mais frequente do que seria razoável esperar, conforme nos relataram os apoiadores dos distritos de saúde:

A equipe [...] (deliberadamente não mencionamos o nome para manter o sigilo de pesquisa) ficou sem generalista [médico Saúde da Família] por dois anos, então a dificuldade que as pessoas têm para vir aqui e quando chegava não conseguia uma consulta, desistiam do atendimento. Eles reclamavam. Agora não, mas antes a equipe [...] era só reclamação, não ouvia um elogio e alguém satisfeito. Ficou dois anos sem ninguém, a vaga em aberto. Foi passado para a gente que eles colocavam em Edital e os médicos quando viam que a área era aqui não se interessavam, por ser uma área de ocupação, fala-se muito de violência, é uma dificuldade muito grande os médicos escolherem esta área para trabalhar. O CS como um todo é difícil ter médicos para trabalhar. Em outras equipes neste período de dois anos já passaram uns três generalistas (médico Saúde da Família); eles não ficam. Eu acho que a demanda é demais, agenda lotada, gente batendo na porta e no corredor parando os médicos; aí eles (os médicos) veem outros CS que trabalham muito mais tranquilos, eles acabam desistindo (Agente de Saúde – CS do Distrito Sul).

Estes casos de equipes sem médicos por anos ocorrem principalmente nos CSs das áreas mais pobres e pertencentes aos Distritos Sul, Sudoeste e Noroeste. Nos Distritos Norte e Leste, apesar de alguns CSs terem bolsões de pobreza e favelas em suas áreas de atendimento, esta situação não é comumente observada:

Hoje o Norte e o Leste (Distritos) são considerados os preferenciais para as vagas de remanejamento. Toda vez que a gente abre vagas, seja por concurso público ou processo seletivo, a gente faz o remanejamento primeiro. É a oportunidade dos efetivos mudarem sua área. É a única forma deles se remanejarem, mudarem seu local de origem. Em geral, os profissionais vêm para a região Norte ou Leste, porque são regiões mais centrais, mais conhecidas, onde a maioria das pessoas moram, o fluxo de acesso de ônibus é mais tranquilo, são as áreas que geralmente, vamos dizer assim, a gente tem uma dificuldade menor de alocar recursos humanos [...] Eixo Sul, Sudoeste, Noroeste são os piores ICV (Índice Condição de Vida). Falamos que a cidade têm

dois eixos. Tanto no Leste como no Norte, nós não temos a situação tão dramática de faltar médico porque ninguém escolhe o CS para trabalhar. Porém, só pode vir um funcionário por remanejamento mediante reposição. Assim, acontece de nós ficarmos sem profissional porque os antigos escolhem ser remanejados para nosso Distrito, mas se o novo não cobrir a vaga dele lá, ele não pode vir. Os novos desistem de assumir. E veja que estamos em Campinas, onde nestas regiões de pior ICV ganha-se cerca de R\$2.800,00 a mais; médico tem esse diferencial (Apoiadora do Distrito Norte).

Assim, muitas vagas abertas por concursos são para trabalhar nas áreas mais periféricas e por causa disto muitas vezes elas não são preenchidas. Este fato parece ocorrer frequentemente tanto no Distrito Sudoeste como no Sul:

O [...] (deliberadamente não mencionamos o nome do CS para manter o sigilo de pesquisa) passou dois anos sem médico; é muito tempo. A dificuldade nos CS que estão localizados mais próximos do centro de Campinas é bem menor. Eu costumo dizer que aqui é o resto. Estas unidades acabam sobrando, as mais próximas do centro facilitam o cotidiano, o ir e vir dos médicos (Apoiadora do Distrito Sudoeste).

O Índice Condição de Vida (ICV)⁴⁵ mencionado nas entrevistas permite a identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde das áreas de abrangência dos Centros de Saúde de Campinas.

O ICV também é um dos critérios utilizados para a concessão do prêmio produtividade. O prêmio produtividade existe em Campinas desde 1993 e atribui salários diferentes para os profissionais segundo as condições de trabalho, o perfil da população atendida pelo CS e procedimentos executados⁴⁶. Há quatro categorias de ICV, sendo àquele classificado como ICV I, o que apresenta as piores condições de vida da população e, conseqüentemente, os maiores prêmios salariais para os profissionais que atuam nestes locais. Por exemplo, um médico de um CS classificado com ICV I chega a ganhar R\$2.8000 reais a mais para uma jornada semanal de 36h. Para um CS classificado com ICV IV, o médico pode ganhar R\$999,94 numa jornada de 36h semanais.

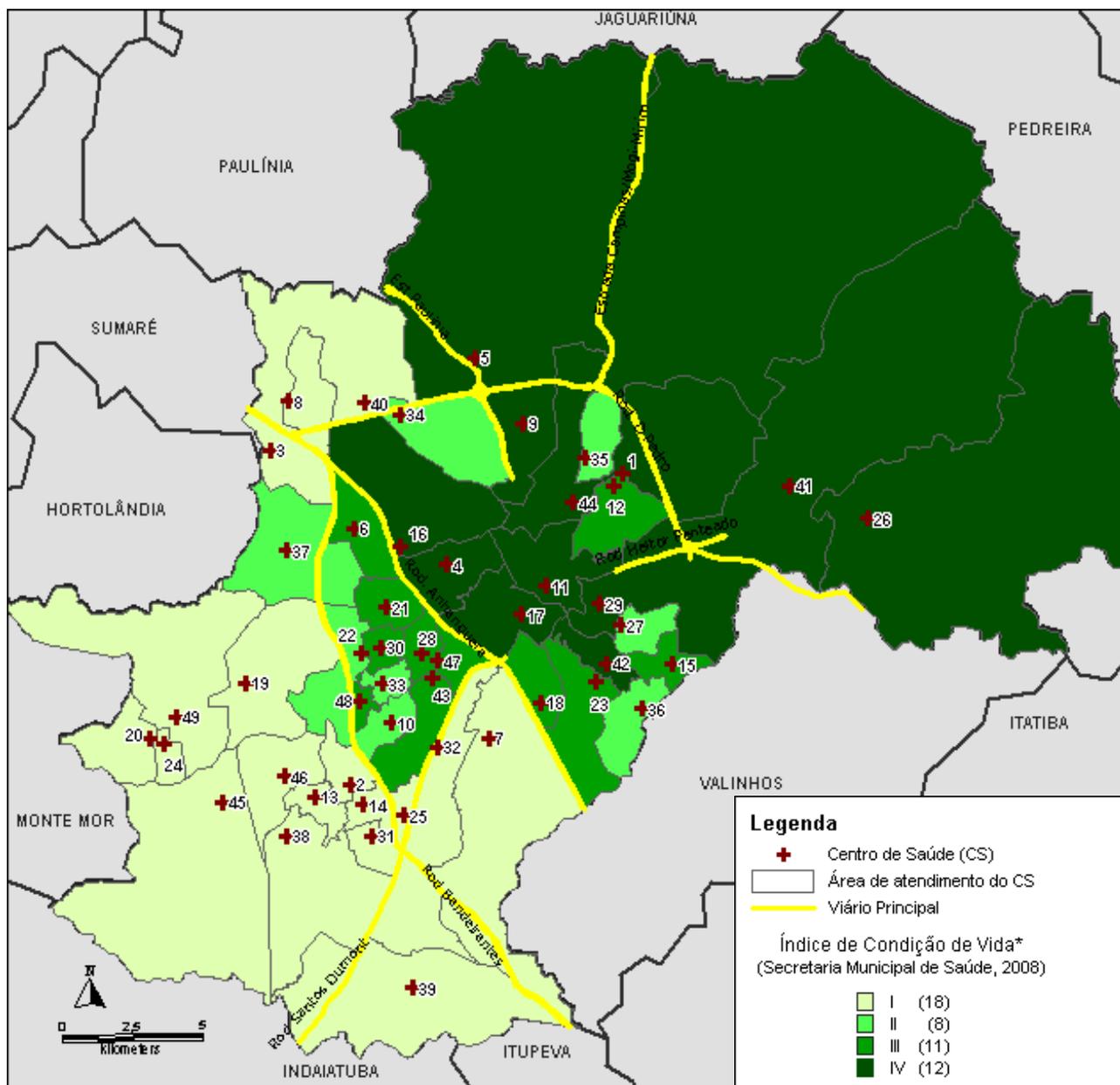
⁴⁵ Maiores detalhes estão disponíveis em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude>>. Acesso em: 2008. O ICV é composto por sete indicadores: 1. Proporção de chefes de família sem ou com menos de um ano de instrução (IBGE); 2. Taxa de crescimento anual 91-96 (IBGE); 3. Proporção média de mães com menos de vinte anos de idade (COVISA, 1998-2000); 4. Coeficiente médio de mortalidade infantil (CoViSA); 5. Coeficiente médio de mortalidade por homicídios (CoViSA); 6. Incidência média de desnutrição entre os menores de cinco anos (CoViSA); 7. Incidência média de tuberculose (CoViSA).

⁴⁶ Maiores informações sobre as últimas atualizações do Prêmio Produtividade e valores para cada categoria profissional podem ser obtidas no Decreto N° 16.271 de 03 de julho de 2008. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/legislacao/leis_organicas/decreto_16271.htm>. Acesso em: 2008.

Embora haja este diferencial de salário para os profissionais que atuam em áreas mais carentes da cidade e com condições adversas de trabalho, o mesmo não tem sido suficiente para garantir a fixação e alocação de recursos humanos nestes locais, em especial para o caso do profissional médico. Muitos coordenadores de CS e apoiadores de Distrito relataram que o prêmio ajuda, mas não é suficiente, pois muitas vezes o profissional (em especial o recém-formado) permanece nestes locais apenas enquanto não estabelece sua clientela de consultório particular, sendo que escolhe estas áreas justamente pelas maiores vantagens salariais. Trata-se de uma experiência de “meio tempo” para o médico, não sendo seu objetivo fixar-se naquele local. Tal prática não permite o estabelecimento de vínculos com a comunidade conforme estabelecido pelo Programa Saúde da Família e conforme busca a Atenção Básica. A falta de concursos público na cidade também favorece estas experiências curtas nos CSs, conforme detalharemos mais adiante.

O Mapa 13 apresenta a classificação dos CSs segundo o ICV. Fica claro que os Distritos Norte e Leste concentram os maiores ICVs da cidade.

MAPA 13 - Índice de Condição de Vida* da população de Campinas por área de atendimento do Centro de Saúde Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001). Sistema Viário SANASA (2000). Elaboração própria.
Nota: *O Índice de Condição de Vida varia de I (as piores condições de vida) a IV (as melhores condições de vida).

Muitas vezes, o não preenchimento de vagas ou a constante falta de equipes completas têm impactos na própria dinâmica de trabalho do CS que funciona mais como um local para atendimento dos que já apresentam algum problema de saúde, do que como um local de assistência integral e preventiva aos problemas de saúde. Deixa-se de oferecer um atendimento integral, com clínica ampliada conforme as diretrizes do SUS. As consultas de rotina ou preventivas são deixadas de lado para dar prioridade aos pacientes de risco. O CS torna-se, portanto, uma espécie de Pronto Socorro, priorizando apenas as emergências.

Esta rotina de trabalho tem impactos na própria motivação dos profissionais para continuar trabalhando nestes CSs, pois eles não conseguem trabalhar adequadamente criando vínculos, conhecendo sua população e fazendo a clínica ampliada. Segundo relato da coordenadora e do médico do mesmo CS:

Nestes anos todos (os seis anos que ela trabalha no CS) teve entradas e saídas; tem uma equipe que é fixa e uma que flutua todo ano; entra e sai gente. Hoje, eu tenho uma equipe, se fosse pelo tamanho e pela necessidade da população eu precisaria de seis equipes [...]. Para os agendados, quem vai chegar hoje na recepção e pedir para marcar uma consulta, não tem mais para este ano, já fechou a agenda (entrevista realizada em 1/7/2008). Só quem tem risco, com pedido de médico, ou alteração de exame, consegue marcar para este ano (Coordenadora, 49 anos – CS do Distrito Sudoeste).

Isto [a falta de outras equipes médicas no CS] vai dando desânimo, você vincula num lugar para atender uma população que você tem ideia do que vai fazer, de que vai vincular, vai fazer um trabalho, vai melhorar. Daí você não consegue fazer isto. Qual a diferença de eu ficar aqui mais seis anos (ele já trabalha há 6 anos no CS) ou ir para outro lugar? Não tem vínculo (com a população) (Médico, 33 anos – CS do Distrito Sudoeste).

Nas entrevistas com usuários observou-se que foram justamente os entrevistados dos Distritos Sul, Sudoeste e Noroeste os que se mostraram insatisfeitos por “não haver médicos”, “pela demora no atendimento” e “por chegarem ao CS mesmo com consulta marcada e não haver médico, tendo que retornar em outro dia”. Por outro lado, nos Distritos Norte e Leste os usuários mostraram-se satisfeitos com os serviços, não tendo queixas ou reclamações; nesse caso, apenas dois deles externaram o desejo de que a espera para ser atendido fosse menor, porém não relataram problemas com a falta de médicos.

Apesar desta realidade bastante frequente onde algumas unidades ficam até mais de um ano com vaga para médico em aberto, nas entrevistas com coordenadores e apoiadores de todos os distritos houve unanimidade em afirmar que a falta de funcionários, em especial médicos, não

pode ser explicada por uma única causa, já que existiriam vários outros elementos que contribuem para tal fato. Na medida em que estes fatores se apresentem de forma combinada a situação torna-se ainda mais grave.

Alguns dos fatores que interferem na contratação e fixação de recursos humanos são:

- distância do centro da cidade;
- horário de funcionamento do CS;
- grande concentração de pobreza em alguns locais (acúmulo de carências) e SUS dependência alta;
- violência;
- processos de trabalho.

Na verdade, tendo em vista a complexidade e gradiente de gravidade destes fatores, bem como as várias possibilidades de operação conjunta dos mesmos na diferentes áreas da cidade, não se pode pensar em condicionantes fixos e gerais para explicar as maiores dificuldades de um CS em fixar seus recursos humanos.

A seguir veremos mais detalhadamente cada um destes elementos.

4.2. Distância do Centro da Cidade e Horário de Funcionamento do Centro de Saúde (CS)

A questão do horário de funcionamento dos CSs pode interferir na facilidade ou não com que o mesmo consegue completar seu quadro de funcionários, em particular para os médicos. Para os demais profissionais do CS foi relatado que é mais tranquilo o preenchimento de vagas. Esta questão está estreitamente relacionada com a distância do centro da cidade.

Verificou-se que todos os médicos, coordenadores e apoiadores entrevistados, moravam em locais da cidade que pertencem aos Distritos de Saúde Norte e Leste. Mesmo aqueles profissionais que trabalham em CSs mais periféricos não o fazem pelo fato de residirem próximo ao seu local de trabalho, ficando evidente que há um desajuste entre o local de moradia destes profissionais mais qualificados e o local de trabalho. No caso do entrevistado já ter trabalhado em um CS de outro Distrito de Saúde, a razão mais apontada para a mudança foi o fato de que, com ela, foi possível trabalhar próximo de casa.

Para alguns coordenadores, o horário de funcionamento mais longo do CS, por exemplo, das 7h às 21h, pode facilitar a alocação de médicos dado que, com esta maior amplitude de horário eles conseguem conciliar suas múltiplas atividades com o atendimento no CS. Entretanto, isto varia de acordo com a localização do CS. Para os CSs localizados nas áreas mais periféricas e

violentas o fato de ter um horário mais estendido pode complicar, pois os médicos temem ficar à noite no CS.

De qualquer modo, o que aparece recorrente nas entrevistas realizadas é que, cada vez mais, os médicos possuem várias atividades e para tanto buscam não apenas uma flexibilidade de horário, mas também que o CS seja próximo ao centro da cidade ou próximo às vias de trânsito rápido, a fim de que possam se locomover com agilidade e cumprir uma agenda de múltiplas atividades.

Foi relatado que existe um investimento grande, por parte da Secretaria de Saúde, na formação do profissional para capacitá-lo ao atendimento SUS e muitas vezes, a própria forma de contratação do profissional contribui para que ele tenha uma passagem breve pelo CS⁴⁷.

Do médico é uma questão especial, tem a questão do mercado, da formação, quando ele vem para a rede temos que dar uma preparação para atendimento SUS, ele não teve formação para isto, muitas vezes, é médico centrado no consultório, tem dificuldade para trabalhar com equipe de referência, dificuldade para fazer clínica ampliada, dificuldade para fazer visita no território. Além disso, até pela questão social e cultural que é imposta ao médico, com um só trabalho ele não dá conta porque tem a questão do status, de se manter socialmente como a classe aceita, então é um profissional que tem três às vezes até quatro vínculos empregatícios. Ele tem consultório, ele dá plantão, ele vai para outra cidade. Geralmente eles têm outros vínculos, a primeira coisa que eles perguntam quando entram aqui e tem jornada é de 36 horas é: “posso fazer três dias de 12 horas?”; porque concentrando os horários ele pode assumir melhor as outras atividades. Em Campinas a gente não deixa. Médico generalista [médico de Saúde da Família] tem que fazer os cinco dias da semana. Nós não somos PA [Pronto Atendimento]. A jornada de 20 horas tem que ser feita no mínimo em quatro dias. Quando a unidade fica aberta mais tempo, ele consegue, por exemplo, estender a jornada dele para tarde e noite, ficando livre a manhã e o início da tarde. Ou então ele faz um horário que permite sair para fazer plantão. A unidade que também trabalha de sábado para eles é ótimo, porque eles podem estender a jornada. [...] Outros que vêm e têm mais tranquilidade com a questão do horário são os recém-formados que vêm, que fazem esta jornada porque eles estão estudando, prestando residência, então eles vêm ficam um tempo com a gente, adquirem certa experiência, depois prestam residência e vão embora, Isto tem sido muito comum, eles ficam um ou dois anos. A falta de concurso, os contratos temporários também são outros pontos, porque você acaba investindo nos profissionais, às vezes até mudando rotinas de trabalho para manter o profissional; acontece muito nos Distritos S, SO e NO que às vezes para poder ficar com o profissional acaba mexendo na estrutura de trabalho interna e depois estas pessoas vão embora. Ou então, na primeira oportunidade que eles têm para vir para cá (Distrito

⁴⁷ Em 2008, foi realizado um concurso público da Prefeitura de Campinas para contratação de novos médicos. Desde 2000, não havia concurso e neste período foram feitas contratações temporárias, onde o profissional tinha um ano de contrato e podia renová-lo por no máximo mais um ano. Deste modo, seu tempo de permanência no CS era de no máximo dois anos.

Norte) eles vêm. A distância de alguns locais é muito grande; apesar de ter o diferencial salarial o que te consome de gasolina e tempo, desestimula. Auxiliares de enfermagem mudam pouco. Em geral, eles trabalham perto de onde moram (Apoiadora do Distrito Norte, 44 anos).

No Distrito Sul também foi verificado que existem dificuldades com os horários dos médicos, existindo inclusive, no momento em que foi feita nossa pesquisa, a perspectiva de que o concurso do ano em curso (2008) não fosse suficiente para suprir com tranquilidade a falta de profissionais médicos:

Hoje estamos com problema de carga horária médica. O concurso público saiu para 36 horas. E muita gente prestou para tentar conseguir 20 horas, 30 horas e menos que isto. Pode até ter um bom salário, mas as pessoas têm muitos vínculos hoje. Os médicos nas entrevistas tentam ver um jeitinho de puxar o horário para cá, para lá, e a gente não tem como dar toda esta flexibilidade, a população precisa daquele horário, se está vago aquele horário é porque faz tempo que não consegue. Então na prática a gente tem sentido que as pessoas não estão se fixando 36 horas em uma unidade, eles têm mais de um vínculo, e não querem ficar total na unidade; querem fazer sua especialização, dar seus plantões. Isto a gente percebe bastante, tanto que a gente acha que o concurso público não vai suprir a necessidade da rede. Pelos dados a gente viu que será algo do tipo um para um, se um desistir já faltará alguém, faltam cerca de noventa e cinco generalistas [médico de Saúde da Família] na rede e passaram cento e poucos (Apoiadora do Distrito Sul, 33 anos).

Portanto, o profissional médico parece requerer uma flexibilidade de horário e uma disponibilidade que vai contra a necessidade e o atendimento almejado pelo SUS. As escolas de medicina têm formado profissionais cada vez mais especializados, cujo foco não é um atendimento ampliado como é na proposta do SUS. São poucos os profissionais que optam pela especialidade de médico Saúde da Família.

Portanto, às outras dificuldades como infraestrutura e localização do CSs, acrescenta-se o fato ser cada vez raro no mercado encontrar um médico que tenha uma formação que atenda as necessidades do SUS. Mesmo recebendo treinamento, estes profissionais quando vão trabalhar no SUS, têm um olhar muitas vezes voltado para outras atividades, o que torna apenas temporária a passagem pelo CS.

Evidentemente que existem profissionais que querem trabalhar no SUS e se dedicam inteiramente a isto. Porém, conforme observado por todos os apoiadores de Distritos entrevistados, eles são minoria e insuficientes para preencher as vagas existentes na rede.

4.3. Acúmulo de Carências e Violência

O acúmulo de carências em algumas regiões da cidade também contribui para que os médicos não escolham estas áreas para trabalhar ou, muitas vezes, fiquem desestimulados a continuar trabalhando nestas áreas. Os problemas de saúde muitas vezes são manifestações das histórias de vida, assim, quando o ambiente social e biofísico facilita ou agrava problemas de saúde, o alcance do trabalho do profissional de saúde fica bastante restrito, podendo com o tempo desestimar o profissional.

Desta maneira, as características da comunidade com a qual o profissional irá trabalhar contribuem para sua decisão do local de trabalho. É preciso que o profissional além do conhecimento técnico tenha o perfil adequado para trabalhar nos locais mais carentes e com piores condições socioeconômicas:

Dentro do Norte [Distrito] tenho unidades que são 'vitrines'. São locais que os profissionais mais procuram pela localização do CS e pela especificidade da comunidade também. Eu acho que os profissionais acabam procurando porque eles acreditam que a unidade é melhor, é mais estruturada, a população é menos agressiva, vamos dizer assim. As necessidades de saúde que esta população apresenta são diferentes daquelas onde há uma população mais carente. As condições culturais, sociais, familiares, desemprego, trazem muito mais problemas e que, para a gente enquanto setor de saúde tem pouco poder de intervenção. A gente tenta criar rede de ajuda, trabalhar com a questão intersectorial, com ONGs, às vezes o que eles trazem para a gente é uma consequência de todas as vidas que eles têm. Falta saneamento básico, não tem o que comer, não tem onde morar, às vezes o problema de saúde acaba sendo consequência de uma questão social que ele está vivendo. Nestas áreas mais carentes é o que pesa mais. Não é que não tenha problemas de saúde, mas a questão social pesa muito e isto traz um desgaste social muito grande, porque a gente tem uma limitação enquanto técnico. Então quem trabalha nestas áreas tem que ter um perfil de construir parcerias muito maiores que em outras áreas (Apoiadora do Distrito Norte).

Os problemas aqui são muito mais do que problemas de saúde se a gente for pensar. Muitos problemas de violência doméstica, eu tenho vinte anos de saúde pública, já trabalhei em muitos lugares, já trabalhei na região norte do Brasil, em aldeia de índio. Desses lugares que eu trabalhei para mim o contraste aqui da pobreza, da miséria é muito grande com o resto da cidade (Coordenadora, CS do Distrito Sudoeste).

Os depoimentos acima deixam claro que, nas áreas mais carentes, o profissional é desafiado diariamente a lidar com seus limites técnicos para resolver questões da saúde que muitas vezes são frutos de problemas sociais maiores. As áreas com grandes carências sociais também apresentam SUS dependência alta, em torno de 100%. Consequentemente ocorre maior

pressão da demanda sobre os serviços junto ao fato de que, em geral, também nestes locais as equipes são menores do que o ideal para atender a população, tanto pela falta de recursos humanos quanto pela falta de investimentos do município.

Conforme já apontado anteriormente, a administração municipal de 2001-2004 deu-se a criação dos chamados Módulos de Saúde da Família (MSF), os quais funcionam como um CS pequeno, nas áreas mais carentes da cidade. Embora tal proposta tenha sido deixada de lado, os MSF ainda continuam funcionando sendo que o atual plano de metas da Prefeitura Municipal de Campinas prevê a transformação destes módulos em CSs.

Na visão de duas médicas que hoje trabalham em um CS do Distrito Sul e já trabalharam em MSF no mesmo Distrito, os módulos não atingem o objetivo de levar os serviços o mais próximo possível da população mais carente da cidade. Elas dizem que não gostaram de trabalhar nos módulos, pois as condições de infraestrutura não eram adequadas e a exposição do profissional à violência e às insatisfações da população era muito grande:

É difícil fixar médicos (no Módulo) porque falta muita coisa, é muito desestimulante, o estímulo financeiro é muito aquém do que deveria ser não conseguimos desenvolver nosso trabalho por todas essas limitações. A população se torna agressiva. O módulo é pequenino e eles reclamam muito. Aqui no CS eles reclamam menos. É diferente, eles têm que tomar um ônibus ou caminhar para vir até aqui. Aqui (no CS) é maior, tem estrutura, tem organização, isso dificulta a reclamação. Lá eles reclamavam por algo que você não pode dar. O módulo de saúde é o governo naquela área, tudo que é reclamação eles levam para o Módulo. Para continuar aqui no CS eu fico; se fosse para ficar no módulo teria pedido exoneração, impossível trabalhar lá. Uma vez eu fiz a seguinte pergunta para o pessoal da vigilância sanitária: “se fosse para clonar este Módulo e colocar no Cambuí do mesmo jeito que ele é, a mesma estrutura física, vocês dariam alvará de funcionamento?” A resposta foi: “não se pode fazer uma vigilância igual aqui e no Cambuí” (Cambuí é um bairro de alta renda em Campinas). No dia que chove você não tem acesso, não tem asfalto, é cheio de buraco, o carro quebra. Por exemplo, se chega uma criança com falta de ar grave, você não tem nada para fazer, a população corre para lá porque é perto, mas com isto você expõe o profissional, porque ele não tem absolutamente nada para fazer, mas a população se torna agressiva conosco (Médica – CS do Distrito Sul).

A passagem acima revela a dificuldade de se trabalhar nos MSF e de se implantar o serviço em uma área carente da cidade, onde outros serviços públicos são poucos presentes. Conforme relatado, o MSF torna-se alvo das insatisfações populares em todas as esferas possíveis e não apenas na área de saúde, intensificando o clima de insegurança nos profissionais. Também foi relatado por uma apoiadora de Distrito que “a saúde é o único serviço que chega às áreas mais

carentes da cidade e está sempre de portas abertas”, sendo alvo, muitas vezes, da agressividade da população decorrente do acúmulo de insatisfações que elas carregam. Conforme ela relatou, as escolas têm seu acesso mais controlado, dado que somente os alunos a utilizam, enquanto os serviços de saúde são abertos a qualquer um.

Outro aspecto importante na passagem anterior e sobre o qual retornaremos posteriormente é o fato de haver uma diferenciação na infraestrutura dos serviços em função de sua localização na cidade. Chama a atenção que, como visto, a médica reconhece abertamente que aquele MSF não teria alvará de funcionamento se estivesse na região mais rica da cidade.

De fato, os MSF localizados nos Distritos Norte e Leste não parecem sofrer com problemas de infraestrutura e condições inadequadas de trabalho. Nenhum médico, coordenador ou apoiador destes Distritos relatou existir este tipo de problema. Porém, tanto nos Distritos Noroeste e Sul, foi relatado que existem MSF que funcionam de modo muito precário, como por exemplo, um MSF onde não há forro adequado nas salas, implicando que, no período da tarde dos dias de verão, não se pode atender os pacientes devido à elevada temperatura da sala. Tais condições não facilitam nem estimulam os profissionais a trabalharem nestes locais.

Uma enfermeira entrevistada e hoje trabalhando um CS do Distrito Sudoeste, revelou que não aceitou trabalhar em um MSF, quando viu as condições de armazenamento das vacinas. Segundo ela, a geladeira era inadequada e não mantinha a temperatura ideal. Ela solicitou remanejamento e disse que tinha medo de ser responsabilizada por problemas de saúde decorrentes destas condições precárias de armazenamento das vacinas. Os profissionais relatam que, justamente os MSF das áreas mais carentes são os mais precários em infraestrutura o que dificulta a atuação adequada do profissional e os expõem às insatisfações da população. Em relação aos CSs não foi relatado problemas graves de infraestrutura como ocorreram com os MSFs.

A transformação destes MSFs em Centros de Saúde também esbarra em dificuldades legais, pois alguns destes MSF funcionam em casas alugadas ou emprestadas e em áreas de ocupação da cidade onde não há regularização fundiária. Nessas condições o poder público não poderia construir ali um CS.

Outra questão frequentemente presente nestas áreas mais carentes da cidade e citada como um fato que assusta os profissionais é a violência. Segundo o Boletim de Mortalidade (2001) da SMSC, onde são sintetizadas as tendências de mortalidade por distritos de saúde da última década, o Distrito Sudoeste apresenta as maiores proporções de mortes por causas externas,

indicando a violência como uma característica a somar-se na precariedade das condições de vida da população residente naquele distrito. “As desigualdades sociais expressam-se fortemente na mortalidade por homicídio, tendo as áreas de pior nível socioeconômico um risco cinco vezes maior do que as de melhor nível” (Boletim de Mortalidade, 2001).

Tais problemas de violência, como assalto, sequestros e assassinatos, fazem com que os profissionais sejam bastante seletivos na escolha do seu local de trabalho. Dos sete CSs visitados, um já foi assaltado. Segundo os médicos que trabalham no CS que foi assaltado:

A questão da violência atrapalha, já teve momentos muito críticos a gente chegou a ser ameaçado pela população, ser roubado, fizemos mobilização, pedimos mais seguranças, aí colocaram as câmeras de vídeo, dois guardinhas, eu acho que está melhor agora me sinto mais tranquila. Faz um ano que começou a mudar (Médica - Distrito Sul).

Tivemos uma época muito ruim, mas agora está melhor, houve mobilização dos funcionários, a mudança ocorreu principalmente após o furto do ano passado, de dentro da minha sala levaram o estetoscópio. Chamamos o secretário da saúde, nunca esteve tão completo como agora (Médica – Distrito Sul).

Conforme relato do atual coordenador deste CS, o assalto foi justamente um dos motivos dele ir assumir a coordenação. Antes trabalhava na parte de apoio do Distrito de Saúde, mas como estava muito difícil a situação deste CS, ele decidiu aceitar o convite de assumir a coordenação. Neste assalto específico, houve reunião com a comunidade e o Conselho Local pedindo a colaboração e devolveram tudo que foi roubado. Segundo o coordenador o assalto “foi coisa de moleque”. Segundo seu relato, a violência está disseminada pela cidade e ele tem a impressão de que, como a população precisa do serviço, ela ajuda a “proteger” os serviços.

Os apoiadores de todos os Distritos relataram não serem frequentes assaltos dentro do CS e que nas áreas mais carentes, os coordenadores adotam a estratégia de pedir a colaboração da comunidade e têm tido respostas positivas. Em todos os CS, independente da localização, os coordenadores se referiram mais há problemas nas redondezas do CS do que dentro dos CS. A maior frequência é de furtos de carros, seja de usuários ou funcionários e também relataram assaltos aos idosos na saída dos CSs. Houve o relato de assalto a funcionários em apenas um CS do Distrito Sudoeste, em 2003. O assalto isoladamente não foi motivo para o médico deixar de trabalhar no CS, tanto que ele continua lá até hoje, embora atualmente diga que está “desanimado” com os problemas da região.

Na época do assalto deste médico, a comunidade foi avisada e as lideranças da área localizaram o ladrão e o carro. A “justiça local” foi feita e o responsável pelo roubo, que não era da região, foi encontrado espancado. Esta “justiça paralela” parece ser recorrente nos locais mais carentes da cidade, sendo que uma enfermeira também relatou caso semelhante em um CS onde ela já trabalhou.

Tal fato não transmite segurança aos profissionais, pois é sabido que tal “justiça” não proporciona uma proteção efetiva e funciona de acordo com a “cabeça” dos grupos que dominam a área, ficando os profissionais dependentes de tais grupos. Tanto os agentes de saúde como os médicos relataram que conseguem fazer as visitas em domicílio sem sofrerem violência, pois a comunidade já os conhece e respeita. Entretanto, em alguns locais as visitas só podem ser feitas com o consentimento dos grupos que dominam a área, sobretudo nas regiões de tráfico, o que gera desconforto para os médicos; além dos pacientes só poderem ser atendidos, quando os profissionais recebem permissão de ir até suas casas:

Há dias em que tem movimentos estranhos no bairro, às vezes você percebe que a rua está vazia, e alguém avisa que naquele dia não dará para fazer visitas. Não nos agridem. Quando a gente vai, eles ficam contentes, se sentem importantes. Eles nos ajudam até a encontrar as casas, porque não tem numeração, um monte de viela, então algum morador tem que nos levar (Médica – Distrito Sul).

O Conselho Local de Saúde é uma instância do controle social que está presente em todos os Centros de Saúde de Campinas e seu papel foi apontado nas entrevistas em alguns casos, como relevantes para as melhorias do CS e, em outros, apenas como instrumento para se fazer críticas e reclamações. Algumas vezes, ele é usado apenas para a promoção individual de determinadas pessoas que almejam publicidade e cargos políticos junto à comunidade. De qualquer forma os Distritos de Saúde atuam junto aos membros dos Conselhos Locais, buscando capacitá-los e estabelecendo parcerias na definição de melhorias para o CS. Chama a atenção que, nas entrevistas realizadas – ainda que poucas e não representativas do ponto de vista estatístico - a maior parte dos usuários dos CSs declarou não conhecer e sequer ter ouvido falar sobre o Conselho Local de Saúde.

Em síntese, o quadro que se desenha para os profissionais é que as áreas periféricas apresentam muitas dificuldades sociais, insegurança muita pressão sobre os serviços ofertados e são distantes dos seus locais de moradia. Evidentemente, conforme já destacado, há profissionais que se engajam nesta causa e sentem-se motivados a continuar trabalhando nestas condições.

Todavia grande parte deles acha a situação muito difícil, com o tempo sentem-se “cansados” e ficam desestimulados a continuar em áreas deste tipo, preferindo pedir remanejamento ou deixando de trabalhar no serviço público.

4.4. Processos de Trabalho

O processo de trabalho e as relações entre funcionários dentro do CS aparecem como elemento importante para a alocação de recursos humanos⁴⁸. Na entrevista com os apoiadores, eles enfatizam que o coordenador do CS deve ser um profissional capaz de lidar com os conflitos. Quando há boas relações de trabalho no CS, os demais problemas externos impactam menos nas equipes favorecendo a permanência dos funcionários.

Há CSs localizados em áreas próximas ao centro da cidade, com boas condições sociais na sua comunidade de atendimento e que enfrentaram processos de esvaziamento de recursos humanos. Tal fato, muitas vezes é atribuído pelos apoiadores do Distrito às posturas autoritárias e pouco cooperativas dos coordenadores.

Em contrapartida, há CSs nas áreas mais periféricas e pobres da cidade que apresentam coordenadores com muito tempo de trabalho e que é uma referência para os demais profissionais que trabalham ali. Um médico entrevistado que trabalha num CS do Distrito Noroeste fez questão de deixar claro que embora já tenha trabalhado em outro CS do mesmo distrito e em área carente, fez questão de voltar para aquele CS por causa da coordenadora, estando disposto a continuar ali enquanto ela permanecer no cargo, pois admira seu trabalho. Verifica-se assim que a coordenação do CS desempenha um papel importante na alocação e motivação dos funcionários.

Outro problema relativo aos processos de trabalho é a dificuldade de conciliar uma jornada de trabalho de 36 horas e as múltiplas atividades dos médicos. Nas palavras de uma médica que trabalhou pouco mais de um ano em um CS distante (Distrito Noroeste) e que na primeira oportunidade possível mudou-se para um CS do Distrito Leste:

Eu já estou nisto há anos e anos e anos; não tenho porque sair, mas o jovem não fica. O jovem não fica porque não tem incentivo, está pagando pouco, se ele fizer três ou quatro plantões ele ganha o que ele ganharia em um mês de trabalho aqui em 36 horas por semana. Qual a vantagem para o recém-formado? Nenhuma. Ele quer fazer uma residência, uma pós-graduação e

⁴⁸ A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas realizou em outubro de 2008 o Seminário “Trabalho Médico no SUS – Campinas desafios para a fixação”. O relatório sobre os principais temas abordados está disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/eventos/seminario_medico/RELATORIOFINAL.pdf>. Acesso em: 2008.

trabalhando 36 horas prende demais. Se fosse bem remunerado ele ficava, mas não é. E se você for para a periferia é pior, porque você corre o risco de ser sequestrado, de ser assaltado, de levarem seu carro, levar um tiro, sei lá, briga de gangue, tiroteio. Eu chegava morta quando saía daqui (Distrito Leste) e ia para lá (para um CS no Distrito Noroeste onde ela trabalhou) (Médica – CS do Distrito Leste).

Não foi citado nas entrevistas que houvesse problemas graves com infraestrutura nos CSs de modo a comprometer o funcionamento ou atendimento prestado. De fato, as instalações físicas dos CSs de Campinas já se encontram numa situação de bastante homogeneidade, não havendo muitas diferenças ou o abandono de algumas unidades, mesmo nas áreas mais carentes da cidade. Os apoiadores de distrito referiram-se a problemas desta natureza apenas para os Módulos de Saúde da Família (MSF) localizados nos distritos Sul e Sudoeste, uma vez que alguns destes MSF funcionam de maneira bastante precária.

Nas entrevistas foi relatado que há problemas para garantir o princípio de Integralidade do SUS, sendo o atendimento médico das especialidades apontado como uma grande dificuldade percebida pelos profissionais. Tal atendimento não é feito no próprio CS:

A gente não tem prontuário on-line. É preciso que o médico que encaminhou (para o especialista) escreva adequadamente. Os profissionais usam muito mal, quando usam, o sistema de referência e contra referência⁴⁹. Há vários níveis onde o serviço é ofertado. O especialista não nos conhece assim como nós não o conhecemos. Não nos comunicamos de forma adequada, vemos que temos muito que avançar (Apoiadora – Distrito Norte).

Em geral demora-se bastante para conseguir agendar especialistas como cardiologistas, reumatologistas e até oftalmologistas. Impactando nas possibilidades de acesso a um sistema de saúde eficiente e desestimulando os profissionais. Estes não possuem condições adequadas de desenvolver bem seu trabalho, por esta ausência de retaguarda clínica, seja pela dificuldade de se agendar consultas com especialistas ou pela dificuldade de se conseguir realizar exames mais específicos e que necessitem de maior densidade tecnológica.

Em Campinas existe um Sistema de marcação on-line (SOL) para agendamento com especialistas, onde existem critérios para poder inserir o paciente, segundo uma avaliação de risco. Como o SOL é para toda a cidade não foi citado que haja “privilégios ou prioridades” de um

⁴⁹ Sistema de referência e contra referência é utilizado no encaminhamento dos pacientes à outros médicos e consiste na documentação detalhada do estado de saúde do paciente, com os diagnósticos e tratamentos prescritos.

CS em relação ao outro. Cada CS tem uma cota de consultas a ser marcada e se porventura estas consultas não são preenchidas, elas são redistribuídas para os outros CSs.

Há vários aspectos do processo de trabalho os profissionais de saúde que geram insatisfações, conforme apresentado no relatório do Seminário “Trabalho Médico no SUS – Campinas desafios para a fixação” (2008)⁵⁰. O fato de o CS localizar-se em uma área periférica e pobre da cidade não é, de modo algum, o único ponto de insatisfação relatado pelos profissionais. Portanto, a rotatividade dos profissionais não pode ser atribuída somente à localização. No entanto, a segregação residencial e suas conseqüentes diferenças no perfil socioeconômico da população contribuem para potencializar as insatisfações dos profissionais com as relações de trabalho, dificultando a oferta adequada de serviços pelos Centros de Saúde.

4.5. Implementação Diferenciada das Políticas: a questão das burocracias do nível de rua

Um dos objetivos deste trabalho é verificar se as desigualdades de acesso aos serviços de saúde podem ser resultados das diferentes formas de atuação pelos agentes que são os responsáveis pela prestação de serviços. Seriam as chamadas burocracias do nível de rua contribuindo para o cumprimento adequado política planejada:

Fornecer os serviços através da política no nível da rua é uma difícil contradição. Por um lado os serviços fornecidos de pessoa para a pessoa invocam um modelo de interação humana, cuidado e responsabilidade. Por outro lado, invoca um modelo de separação e equidade no tratamento das pessoas, sob condições de recursos limitados e constrangimentos, tornando o cuidado e a responsabilidade condicional (LIPSKY, 1980, p. 71).

Na estrutura de atendimento do CS, o confronto mais direto entre usuários e profissionais de saúde costuma ocorrer no âmbito da recepção do CS ou do acolhimento. Nos CSs de Campinas, o fluxo de atendimento do usuário que não está com consulta marcada costuma ser do seguinte modo: o indivíduo passa pela recepção para retirar uma senha e depois é encaminhado para o acolhimento de sua equipe de referência, definida segundo seu local de moradia, dado que pela proposta do Programa Saúde da Família (PSF) cada equipe trabalha com uma população territorialmente definida. O acolhimento é feito por enfermeiros e/ou auxiliares que escutam a

50

Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/eventos/seminario_medico/RELATORIOFINAL.pdf. Acesso em: 2008.

queixa, avaliam a gravidade e dão encaminhamento ao paciente, seja para se consultar no mesmo dia ou para agendar uma consulta.

Evidentemente esta descrição é o plano ideal de atendimento, mas nem sempre é possível efetivar tal fluxo. Sobretudo nos CSs com poucos funcionários e equipes incompletas, muitas vezes o confronto entre usuários e profissionais dá-se na recepção, pois a mesma não tem retaguarda clínica para encaminhar o paciente, sendo possível apenas agendar uma consulta, a qual nestes casos costuma demorar bastante. Parece que, não por coincidência, esta dificuldade de se cumprir o fluxo ideal de atendimento é mais frequente nos CSs dos distritos Sul e Sudoeste, ou seja, justamente as áreas que têm maior demanda pelos serviços e mais dificuldade para alocar recursos humanos.

É sabido que condições de trabalho estressantes também fazem com que os indivíduos respondam de forma diferente no seu trabalho. Deste modo, trabalhadores ainda que plenamente capacitados para exercer suas funções, podem responder de modo diferenciado na realização de suas tarefas (LIPSKY, 1980). Logo, as limitações de recursos que os profissionais enfrentam para realizar suas tarefas podem comprometer sua capacidade de atuação e fazer com que estes se tornem mais agressivos e menos produtivos.

Nenhum usuário entrevistado relatou ter sido mal tratado ou se sentido inferiorizado com o atendimento recebido nos CSs. Apenas um entrevistado citou existir uma médica no CS que ela “não gosta muito”, mas disse trata-se apenas de uma impressão, sem nenhum fato concreto de conflito entre elas. Porém, todos os usuários dos CSs dos Distritos Sul e Sudoeste relataram que o problema é que não há médicos e a demora é grande para agendar consultas. Muitas vezes, estes pacientes vão até o CS, perdem dia de trabalho, gastam com transporte para, ao fim de tudo, serem informados que não haverá atendimento naquele dia por falta de médico ou mudanças na agenda.

Em Campinas as situações estressantes de trabalho parecem agir no sentido de afastar os profissionais dos CSs que apresentam sobrecarga de trabalho. Os CSs que atendem populações que populações mais carentes, também apresentam maior pressão de demanda sobre os serviços, gerando insatisfação aos profissionais e usuários.

Os apoiadores de Distrito também relataram que procuram atuar fortemente para solucionar os conflitos entre usuários e profissionais, havendo constantes cursos e treinamentos para os profissionais de saúde. Procura-se fazer mudanças na estrutura física e de atendimento dos CSs para que os conflitos sejam evitados:

Antigamente, o CS [...] [deliberadamente não mencionamos o nome do CS para manter o sigilo de pesquisa] era uma comunidade extremamente agressiva. A recepção era uma gaiola, com barras e as auxiliares de enfermagem ficava enjauladas dentro daquela gaiolinha com medo, porque já tinham sido agredidas, até com faca, alguma coisa assim. Bem, há alguns anos mudamos o jeito de trabalhar, implantamos o PSF por equipe de referência, o CS é uma unidade nova que a gente investe muito em recursos humanos. Hoje tem uma quantidade grande de médicos e outros funcionários, porque é uma população carente e a gente tem um investimento grande neles. E aí com o tempo foi mudando, hoje a gente continua com a recepção numa mesa. Gente que fala mais alto fica nervoso, dá um xilique sempre tem e tem em qualquer unidade, porque as pessoas muitas vezes descompensam outros problemas que possuem e aproveitam para pôr para fora. Mas essa coisa de agressividade, de constranger, de ter violência física, ou mesmo moral, não a gente não tem tido. Houve mudanças dos funcionários e da população, porque conforme a população se sente acolhida ela responde bem. Ela se torna agressiva quando encontra barreiras (Apoiadora – Distrito Norte).

Nos CSs dos Distritos Norte e Leste houve relatos de que, pelo fato dos usuários serem mais escolarizados e melhor informados e pelo fato de muitos possuírem convênios médicos, ou terem experiência de como funcionam os serviços particulares de saúde; estes usuários são mais exigentes e críticos em relação aos serviços oferecidos:

A gente ouviu falar, eu particularmente não tenho esta visão, mas as pessoas que trabalham mais direto com os pacientes, na farmácia, na recepção, sala de vacina, aquele atendimento que é direto, é contínuo, falam que os usuários são exigentes, tem uma conscientização, o Conselho Local também é ativo, exigente, eles cobram. Perguntam por que a sala de curativo está fechando às 17 horas, se tem que fechar às 18 horas. Estão sempre na vigilância (Enfermeira – CS do Distrito Leste).

Aqui a reivindicação é assim, a pessoa está insatisfeita com algo, ela chega lá na frente, esperneia, grita, mas quando chega aqui [no consultório] já acalmou. Eu já ouvi gente chegar aqui e dizer que queria passar na frente porque estava pagando imposto e o povão não estava (Médica – CS do Distrito Leste).

Nos Distritos Sul, Sudoeste e Noroeste as reclamações observadas nas entrevistas relacionam-se mais com a falta de profissionais e, conseqüentemente, a demora no atendimento. Todavia esta demora não se refere ao tempo gasto na sala de espera aguardando as consultas, como foi observado nas entrevistas dos distritos Norte e Leste. A demora neste caso está relacionada com o agendamento da consulta que, em um CS do Distrito Sudoeste visitado, chegava a ser de mais de seis meses.

Portanto, respostas semelhantes podem ter significados distintos, conforme as experiências e percepções do entrevistado. Para os usuários que acessam CSs onde há equipes completas, a demora na sala de espera e os constantes atrasos no atendimento em consultas configuram-se como um problema. Já para a população que acessa CSs onde é frequente a falta de médicos e os recursos humanos são bastante limitados, o problema da demora na sala de espera fica em segundo plano dado que a demora mais significativa é para conseguir agendar a consulta propriamente dita.

Conforme o relato de uma médica de um CS do Distrito Sul, sobre a realização das visitas domiciliares “quando a gente vai, eles ficam contentes, se sentem importantes”. O simples fato de o médico poder atender já os deixa contente. Muitas vezes esta população mais humilde e carente não tem boas condições de avaliar sobre o atendimento obtido, dado que não possui conhecimento ou padrão de referência para comparar. Problemas semelhantes têm sido encontrados na literatura sobre pesquisas que buscam avaliar os serviços de saúde pelas declarações dos usuários.

Quando os usuários eram perguntados se eles encontravam os medicamentos que procuravam nos CSs; se tinham alguma dificuldade em obtê-los; os usuários que relataram possuir dificuldades, pois não encontravam alguns remédios receitados, foram justamente àqueles que utilizam os serviços dos CSs dos Distritos Norte e Leste, ou seja, nos distritos de melhores condições socioeconômicas. A população usuária destes CSs, muitas vezes possui referências anteriores de medicações prescritas por médicos particulares, sendo que tais remédios geralmente não estão disponíveis na rede pública.

Os profissionais dos CSs dos Distritos Norte e Leste também relataram ser comum a presença de pessoas para retirarem medicações com receitas de médicos particulares. Ou seja, utilizam o CS apenas para retirar medicação. Os próprios profissionais de saúde dos CSs relataram nas entrevistas que a população que utiliza as medicações de alto custo são predominantemente pessoas de mais alta renda, que têm mais acesso à informação e se consultam em médicos particulares. A população de mais baixa renda, totalmente SUS dependente, normalmente utiliza-se de medicação prescrita pelo próprio médico do CS, o qual já conhece a lista de medicação disponível e procura pré-escrever suas receitas de acordo com as disponibilidades do CS.

Alguns médicos entrevistados quando perguntados sobre a lista de medicação disponível no SUS responderam que a mesma era inadequada, estando muito desatualizada. Mesmo quando a população relatava não ter problemas para encontrar a medicação nos CSs, os enfermeiros

citavam problemas com a medicação, dado que muitas vezes já existiam remédios mais modernos, que requeriam maior intervalo de horas entre as doses, o que facilitaria o tratamento, sobretudo no caso de crianças que ficam em creches e assim estariam menos expostas ao risco de tomar a medicação em intervalos errados.

Infelizmente a população muitas vezes desconhece estes aspectos técnicos, fazendo com que sua avaliação da obtenção de medicação seja positiva, razão pela qual tais depoimentos deveriam ser tomados com maior cautela.

Outro aspecto interessante revelado numa entrevista com uma médica de um CS no Distrito Sul, refere-se ao fato dela dizer ter questionado a Vigilância Sanitária sobre o funcionamento de um Módulo de Saúde da Família (MSF). Foi perguntado se a Vigilância autorizaria o funcionamento daquele MSF em um bairro de alta renda. Segundo seu depoimento, a resposta obtida foi “não se pode fazer uma vigilância igual aqui e no Cambuí”⁵¹. Isto mostra que existem diferenças, de acordo com a localização, na forma de prestar o serviço e que, como já colocado, também acaba delimitando os espaços sociais da cidade. Em áreas carentes e desprovidas de serviços de saúde, admite-se o funcionamento de MSF ainda que os mesmos não apresentem infraestrutura adequada. Os próprios apoiadores revelaram que alguns MSF funcionam de modo precário e tal fato também tem sido noticiado na imprensa⁵².

Conforme observado por outra médica:

Não tire Campinas pelos CS do Distrito Leste. Aqui em geral os prédios são bons, as instalações também. Mas não é a realidade, a gente ouve falar de CS caindo aos pedaços. O Leste é uma exceção, eles não gostam que tenha queixas. Porque é muito central, muito visado, você sente-se pressionado, não pode haver queixa (Médica – CS do distrito Leste).

A fala acima revela que o fato do CS estar numa área central e de visibilidade na cidade para a população de mais alta renda, contribui para que se busque inibir as situações de queixas. Sem dúvida que o fato de atender uma população mais escolarizada e, portanto, “mais crítica” também faz com que os profissionais sintam-se mais “pressionados” a evitarem reclamações.

Apesar das instalações físicas dos CSs já serem bastante parecidas, independentemente da área da cidade onde se encontram, os MSFs têm condições muito diferentes e são justamente os MSFs que se localizam mais próximos das comunidades mais carentes. A proposta de

⁵¹ Cambuí é um bairro nobre localizado na área Central de Campinas.

⁵² Disponível em: <http://eptv.globo.com/busca/buscaavancada_interna.asp?id=214824>. Acesso em: 2008.

funcionamento dos MSFs é que eles ofereçam o atendimento básico de uma equipe de saúde da família para estas comunidades mais carentes, contando com a retaguarda de apoio da estrutura maior do CS. Todavia problemas com infraestrutura ainda parecem afastar alguns profissionais destes locais, conforme relatado acima.

Em síntese, ainda que não se possa explicar a oferta de serviços do CS e a alocação de recursos humanos por um único elemento como a localização espacial, os dados quantitativos e qualitativos aqui analisados são muito eloquentes a respeito da real influência destes últimos sobre os primeiros. Os profissionais são seletivos ao escolherem o seu local de trabalho, sendo que os locais com um maior acúmulo de carências muitas vezes são evitados, ainda que o salário seja maior nestes locais. As entrevistas também sugeriram que existem cobranças e comportamentos diferenciados segundo o local da cidade onde se trabalha.

O conjunto de elementos acima mencionados aponta para os diferentes mecanismos a partir dos quais a oferta de serviços de saúde pode ser afetada e, portanto, desigualmente distribuída tanto no espaço físico quanto social.

5. Segregação Residencial e Acúmulo de Carências: Impactos na Qualidade de Vida dos Idosos de Campinas

Conforme temos apresentado ao longo deste trabalho, buscamos verificar como as populações que vivem em áreas segregadas e pobres das cidades podem correr riscos diferenciados de adoecer ou morrer, tanto pelas suas características sociodemográficas como pelas suas oportunidades de acesso aos serviços de saúde. Deste modo, a localização espacial é um elemento importante na qualidade de vida das pessoas, ainda que outros aspectos sociais (renda, escolaridade) e demográficos (idade, sexo, condição migratória) também contribuam para intensificar seus riscos de morbimortalidade.

Segundo Prata (1994) indivíduos e grupos populacionais estão desigualmente submetidos a fatores protetores e de riscos, sendo que estes fatores variam pela localização espacial e social dos grupos. “As pessoas são ‘escolhidas’ para morrer por estarem submetidas a um risco diferencial de mortalidade, relacionado com as condições ambientais do lugar onde vivem, com suas condições de trabalho, o seu status socioeconômico, educacional e com a distribuição desigual dos recursos à que têm acesso” (PRATA, 1994, p. 387).

O Brasil apresenta enormes desigualdades sociais e uma acirrada concentração da renda. Como resultados desta intensa desigualdade observa-se um processo de transição

epidemiológica⁵³ diferenciado tanto na escala nacional, como nas suas grandes regiões, municípios e até na escala intra-municipal.

No cenário epidemiológico brasileiro atual, as doenças crônicas, como as cardiovasculares, respiratórias e neoplasias ganham destaque. No que se refere aos padrões de doença, estudos têm apontado para uma carga dupla de doença, ou seja, há regiões que possuem alta prevalência de doenças infecto-parasitárias (típicas de regiões pobres e com pouco desenvolvimento socioeconômico) e também há regiões em predominam as doenças crônicas e degenerativas, consequência da maior longevidade da população (SCHRAMM et al., 2004). Assim, velhos e novos problemas em saúde coexistem e, no Brasil, não tem ocorrido o modelo de transição epidemiológica experimentada pela maioria dos países desenvolvidos:

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. Estes “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 frequentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através 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 sequelas 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 (CHAIMOWICZ, 1997, p. 189).

A carga dupla de doenças também pode ser verificada no espaço intra-urbano de várias metrópoles brasileiras, sendo que os grupos populacionais vivem realidades muito diferentes. Também a localização destes grupos no espaço é bastante segmentada – a segregação residencial - e este processo parece acentuar-se nos tempos atuais. Campinas insere-se nesta realidade e a localização intra-urbana torna-se um aspecto crucial para melhorias nas condições de vida.

Devem-se levar em consideração as implicações de todos os fatores (históricos, políticos e econômicos) como determinantes das desigualdades existentes no bem-estar, na saúde e na mortalidade, desafio que se torna mais complexo devido à dupla carga de doenças existente na realidade brasileira:

⁵³ “Transição epidemiológica, caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas” (PRATA, 1992, p. 168).

O desafio dos formuladores de políticas tem sido, portanto, buscar uma solução que atenda a jovens e idosos, simultaneamente. É um problema análogo ao da competição por recursos para a educação e previdência. Vale notar que, no caso da saúde, os gastos na infância também não são independentes dos gastos na fase adulta. Vários estudos demonstram que o investimento em desenvolvimento humano, principalmente em saúde, nos primeiros instantes da vida, tem efeitos duradouros sobre a saúde dos indivíduos e, portanto, contribui para redução ou adiamento da manifestação de doenças crônicas em populações em envelhecimento (CGEE, 2008, p. 135).

Assim, em que pese este risco diferencial de morbimortalidade derivado da localização, as características sociodemográficas dos grupos populacionais, como a idade, a escolaridade, a renda, a qualidade de construção dos domicílios, a densidade habitacional por cômodo, entre outros, contribuem para potencializar tais riscos.

Já foi visto no capítulo 2 que a ZV1 apresenta, em geral, as piores condições socioeconômicas da população e, portanto, as pessoas que ali residem possuem baixa qualidade de vida. Os capítulos 3 e 4 mostraram que também os serviços de saúde nestas regiões apresentam maiores dificuldades de funcionamento se comparado com outras áreas do próprio município, proporcionando uma distribuição desigual dos recursos.

A seguir, apresentaremos alguns aspectos sociodemográficos e das condições de saúde de um grupo populacional cujo risco de adoecer ou morrer é maior: os idosos (grupo etário maior ou igual a 60 anos). Espera-se com isto, exemplificar de modo mais detalhado a exposição diferenciada aos riscos de adoecer/morrer deste grupo populacional, segundo seu local de moradia e suas diferentes capacidades de resposta frente à estrutura de oportunidades que podem acessar. O próprio Programa Saúde da Família (PSF) coloca a necessidade de uma atenção especial aos idosos. Essa atenção pode se efetivar através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde mais frequentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação voltadas para evitar a sua separação do convívio familiar e social.

O processo crescente de envelhecimento da população também remete à problemática de que a demanda por serviços públicos tende a ser crescente, inclusive para aqueles grupos populacionais não usuários do SUS em outras fases de suas vidas, mas que em sua velhice não podem arcar com os crescentes custos dos convênios médicos ou mesmo necessitam de atendimentos especiais e não são cobertos pelos mesmos.

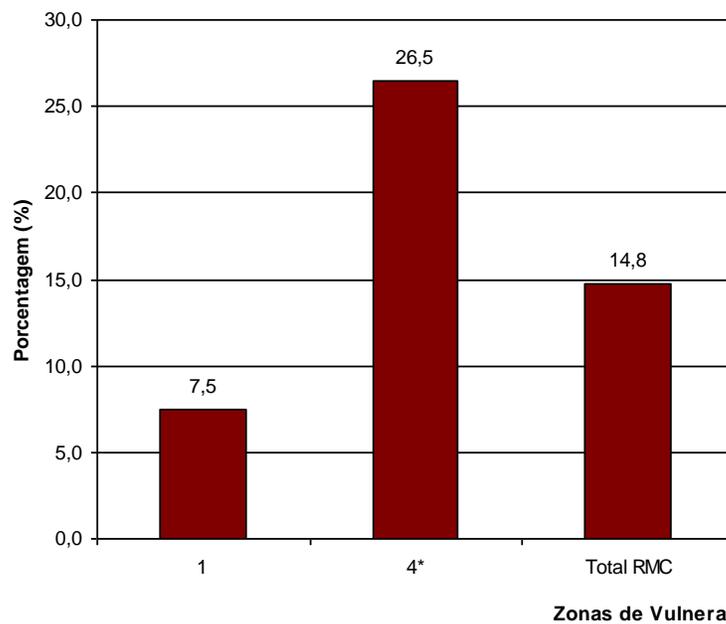
5.1. Aspectos da Qualidade de Vida dos Idosos de Campinas

Em Campinas, assim como ocorre em todo o Brasil a população vem passando por um processo de envelhecimento. Com o declínio da fecundidade, o peso relativo dos idosos tem aumentado consideravelmente e maiores investimentos e planejamento nas políticas de saúde serão necessários. Neste trabalho o grupo de idosos foi definido segundo o corte etário de 60 anos e mais, para seguir a legislação da Política Nacional do Idoso. No entanto, cabe destacar que este intervalo (acima de 60 anos) possui grande amplitude, podendo variar de 30 anos ou até mais, o que significa uma grande heterogeneidade das pessoas contempladas neste grupo. Todavia, em razão do tamanho da amostra da Pesquisa Vulnerabilidade (2007), não foi possível subdividir o grupo de idosos sem, que se perdesse representatividade estatística dos dados.

No Censo de 2000 o grupo de idosos representava 8,6% (200.373 pessoas) da população na Região Metropolitana de Campinas (RMC). Na RMC, segundo a Pesquisa Vulnerabilidade (2007)⁵⁴ os idosos já representavam 14,8% da população (381.909 pessoas). Da forma como foi concebida, a Pesquisa Vulnerabilidade permite que observemos como é significativa a variação do peso relativo deste grupo etário nas diferentes áreas da RMC, ou seja, nas Zonas de Vulnerabilidade (ZVs). O Gráfico 8 mostra que a ZV1 aparece com 7,5% da população acima de 60 anos (16.990 pessoas), enquanto a ZV4 possui 26,5% (19.400 pessoas), sendo que esta última corresponde à área central de Campinas, de ocupação mais antiga da cidade e também predominantemente ocupada por população de alta renda. Para facilitar a visualização e a contraposição de situações, o Mapa 14 apresenta a localização somente das ZVs1 e 4 no município de Campinas.

⁵⁴ Optamos por trabalhar com os dados da Pesquisa Vulnerabilidade em detrimento dos dados censitários para caracterização sociodemográfica do grupo de idosos, por duas razões: a) a Pesquisa Vulnerabilidade possui dados mais atualizados e permite trabalhar com algumas informações referentes aos cuidados com saúde que não são coletadas no Censo; b) evitar que trabalhasse com vários recortes espaciais das informações. Por exemplo, no Censo Demográfico as informações sobre renda só estão disponíveis por Áreas de Ponderação, cujos limites não são coincidentes com os limites espaciais das áreas de atendimento dos Centros ou Distritos de Saúde, assim a comparação das informações ficaria prejudicada, pois não se trata de limites territoriais iguais. Na Pesquisa Vulnerabilidade, estas informações podem ser construídas por Zonas de Vulnerabilidade, as quais também não são coincidentes com as áreas de atendimento de Saúde, mas ao trabalhar-se somente com estas duas fontes de informações e recortes espaciais, facilita-se a comparação aproximada das áreas. Acredita-se que um terceiro recorte espacial, como as Áreas de Ponderação do Censo, dificultaria o entendimento do trabalho.

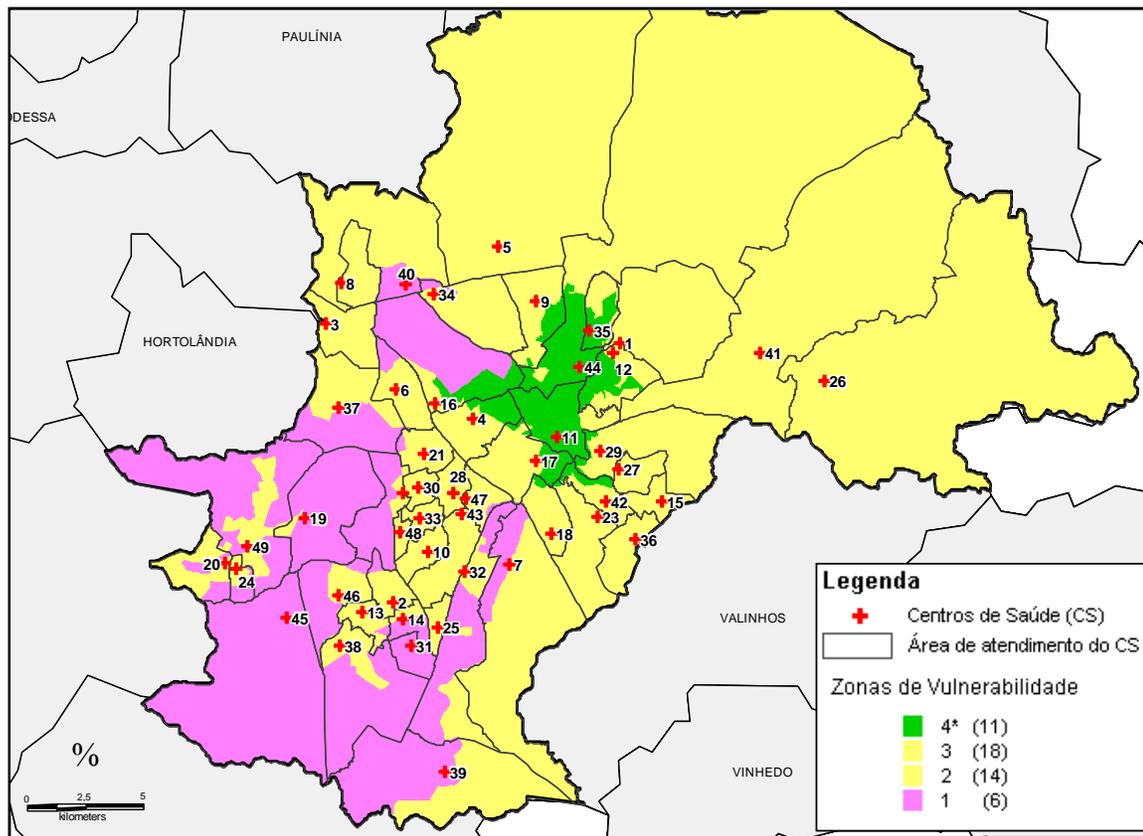
GRÁFICO 8 - População urbana acima de 60 anos segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

MAPA 14 - Zonas de vulnerabilidade e distribuição dos Centros de Saúde Campinas, 2007



Fontes: CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática (2007). IBGE. Base Cartográfica Municipal (2001) e Pesquisa do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ, Nepo/Unicamp (2007). Elaboração própria.

Nota: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato. A ZV 1 corresponde a parte que está dentro do município de Campinas e abrange cerca de 70% dos residentes desta ZV.

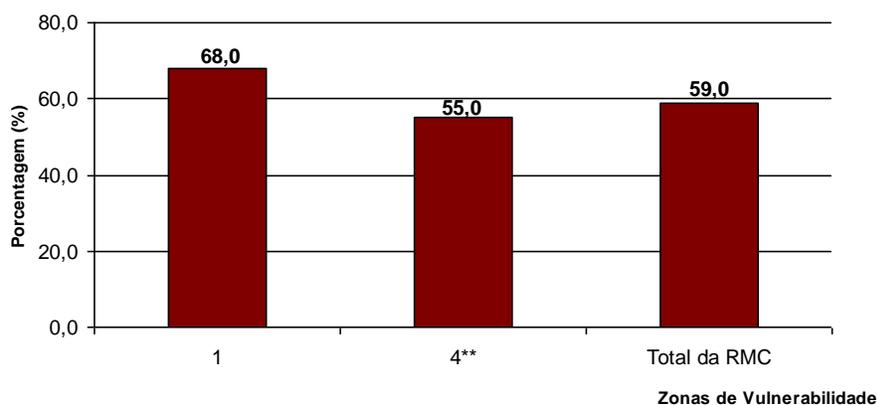
A condição dos idosos como dependentes financeiramente de outros membros dos domicílios sendo, portanto, apenas uma fonte de despesas parece ter se alterado bastante nos últimos tempos, sobretudo com a universalização do sistema previdenciário brasileiro. Deste modo, é comum os idosos possuírem rendimentos e até contribuírem com as despesas dos domicílios.

O Gráfico 9 mostra que na RMC 59% dos idosos (225.327 pessoas) possuem alguma fonte de rendimento (não estão sendo considerados os idosos que ainda trabalham). Na ZV1, 68% dos idosos (11.553 pessoas) possuem rendimentos e na ZV4 este valor é de 55% (10.670 pessoas). Isto se deve, em parte, à universalização dos benefícios da Seguridade Social.

Ainda em relação à renda, observa-se pelo Gráfico 10 que na ZV1 a maior parte dos idosos (67,4% ou 8.421 pessoas) vivem em domicílios com até 1 SM per capita valor este bastante superior aos 33% (87.863 pessoas) observados para a RMC. Já na ZV 4 a maior parte dos idosos vive em domicílios com renda per capita acima de 2 SM (54,8% ou 7.045 pessoas).

Estes dados mostram que não se podem considerar os idosos apenas como uma fonte de despesa no domicílio e, portanto, como um “peso” para a família. Todavia também é conhecido que as despesas com saúde são maiores neste grupo etário, sendo que talvez os rendimentos dos idosos sejam insuficientes para cobri-los adequadamente. Neste aspecto, observa-se que os idosos da ZV1, vivem em domicílios com renda per capita inferior, o que pode contribuir para que tenham maiores dificuldades em arcar com seus custos de vida.

GRÁFICO 9 - População urbana acima de 60 anos com rendimentos* segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007

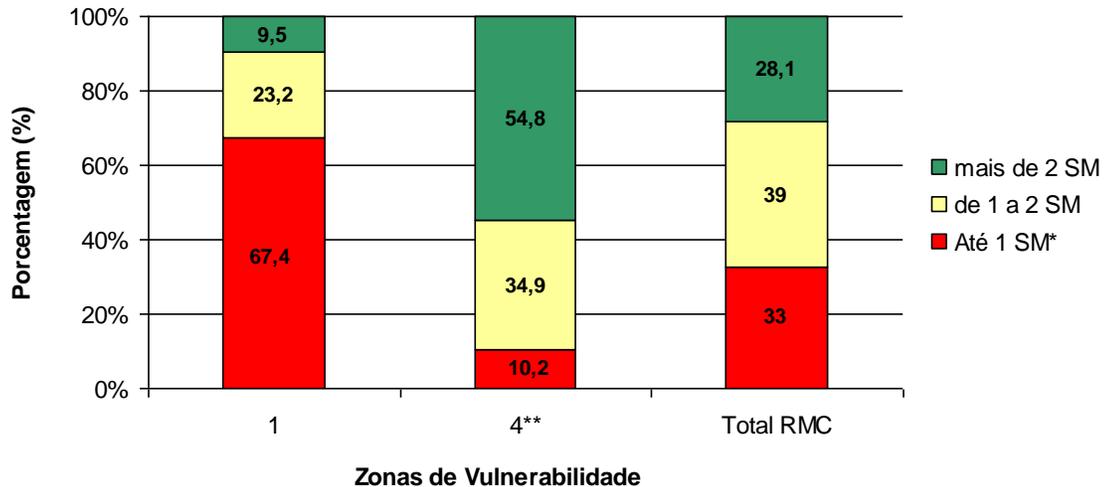


Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Foram consideradas como fontes desta renda: aposentadoria, pensão da Previdência Social, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e/ou transferências de programas governamentais trabalho. Não foi considerada como fonte de renda o trabalho, o qual correspondia a apenas a 6% e 9% nas ZV 1 e 4, respectivamente.

(**) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

GRÁFICO 10 - População urbana acima de 60 anos por rendimento domiciliar per capita segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) SM significa a Salário Mínimo e neste grupo estão incluídos os sem renda.

(**) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

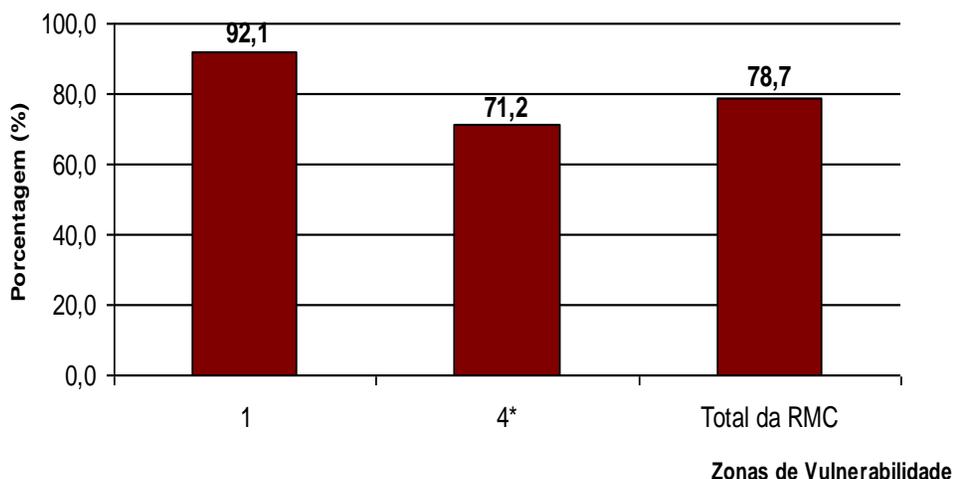
A escolaridade além de ser uma variável diretamente relacionada à renda, também é um aspecto relevante quando se pensa nos cuidados com saúde. Assim enquanto a renda propicia as condições econômicas para os cuidados com a saúde, a escolaridade propicia o conhecimento para realizar estes cuidados. Pessoas mais escolarizadas tendem cuidar melhor de sua saúde, realizar mais frequentemente exames preventivos e usar mais os serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008). Adultos com maiores níveis de educação e renda são também aqueles com menores chances de desenvolver doenças crônicas e morrer (CGEE, 2008).

[...] idosos com pior escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de piores hábitos, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente. No entanto, o uso de serviços de saúde, maior em quem apresenta pior estado de saúde, também sofre a influência da maior ou menos escolaridade (LOUVISON et al., 2008, p. 738).

O Gráfico 11 apresenta o percentual de idosos com ensino fundamental incompleto por ZV. Enquanto a ZV1 possui 92,1% de idosos (15.648 pessoas) nesta condição a ZV4 apresenta 71,2% (13.813 pessoas). Deve-se ressaltar que níveis de escolaridade elevados para este grupo etário não são esperados, mesmo para os que possuem melhor condição econômica, uma vez que

no passado a escolaridade, sobretudo para as mulheres, não se constituía em elemento tão importante para o mercado de trabalho como é hoje. De qualquer modo, evidencia-se na ZV4 tanto a renda como a escolaridade dos idosos é maior, provavelmente contribuindo para que os cuidados com saúde sejam mais intensos.

GRÁFICO 11 - População urbana acima de 60 anos com ensino fundamental incompleto segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (**) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Em relação aos arranjos domiciliares da população idosa é comum a literatura denominar famílias de idosos como “ninhos vazios”, ou seja, as famílias formadas por um casal, cujo cônjuge tem mais de 35 anos e não se encontram filhos aí residindo (ARRIAGADA, 1997). Outra tendência esperada decorrente do envelhecimento populacional é o crescimento domicílios unipessoais, em particular àqueles compostos de mulheres viúvas, devido à sobremortalidade masculina:

Pesquisas recentes têm mostrado que a universalização da Seguridade Social, as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos, tais como nos meios de comunicação, elevadores, automóveis, entre outros, podem estar sugerindo que viver só, para os idosos, represente mais formas inovadoras e bem sucedidas de envelhecimento do que abandono, descaso e/ou solidão (DEBERT, 1999). Do ponto de vista da população idosa, dois fatores são importantes na determinação da sua “necessidade” de co-residência: as suas condições de saúde e autonomia e a sua renda quando da perda da capacidade laboral. O efeito desses fatores é afetado por políticas sociais. Do ponto de vista dos filhos adultos, o não morar com os pais depende da sua inserção no

mercado de trabalho e/ou da constituição de uma nova família (CAMARANO, 2002, p. 2-3).

Segundo Camarano (2002) as evidências empíricas em vários países não têm apontado para o crescimento de domicílios do tipo “ninho vazio”. Ao contrário, observa-se que a co-residência de mais de uma geração tem sido frequente sendo, na América Latina, uma das estratégias de enfrentamento da pobreza pelo aumento do tamanho dos domicílios. O que parece claro é que, atualmente, há duas tendências: os idosos estão vivendo mais e os jovens estão adiando a idade em que saem da casa dos pais. Assim, a co-residência ou a ampliação das famílias dos idosos pode ser uma estratégia familiar para otimizar recursos, estratégia esta que beneficia não apenas os idosos, mas também as gerações mais jovens, pois muitas vezes os idosos dispõem de renda própria e contribuem substantivamente para o orçamento doméstico:

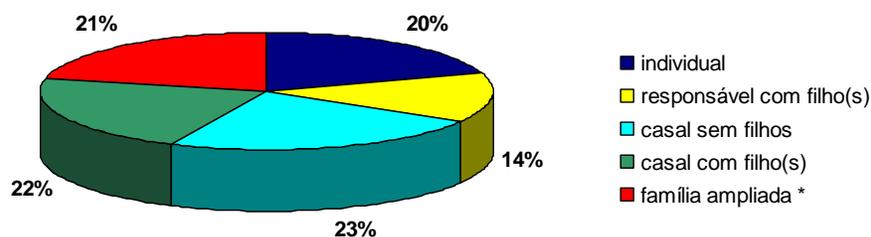
No caso brasileiro, predominam os arranjos do tipo idoso/a com filho. Além disso, em 86% dos domicílios onde residem os idosos, estes são chefes ou cônjuges. O aumento da taxa de chefia da população idosa tem sido uma tendência crescente no tempo e permite inferir uma redução na dependência dos idosos. Além disso, encontrou-se uma proporção expressiva e crescente de filhos morando nesses domicílios. Estes domicílios apresentam uma renda domiciliar per capita mais elevada e uma menor proporção de pobres. A grande maioria são domicílios próprios. O peso da renda dos idosos no orçamento desses domicílios é expressivo, onde se destaca a importância da renda do benefício social. Nesse caso, pode-se pensar numa inversão da relação de dependência e numa associação entre arranjos familiares e condições de vida, onde a política previdenciária tem desempenhado um papel importante. Uma proporção bem menor de idosos reside em casa de parentes. Estes são mais velhos, mais pobres, trabalham menos e reportaram piores condições de saúde e menor independência funcional. Há indicações de que eles, em algum grau, dependem da ajuda dos filhos. Esta “dependência” deve estar associada ao avanço da idade, ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas e incapacidades físicas (CAMARANO, 2002, p. 22-23).

Verifica-se que os arranjos domiciliares são uma forma importante de enfrentamento de situações de pobreza e também de suporte entre gerações. A tarefa de cuidar dos idosos tem sido atribuída, geralmente, às famílias o que nem sempre representam um “peso” para as mesmas, dado que com as altas taxas de desemprego, o aumento dos empregos informais e a dificuldade dos jovens de se posicionarem no mercado de trabalho, a co-residência com idosos que dispõem de renda podem beneficiar também as gerações mais novas.

O trabalho de Camarano (2002) indica que não há estudos que revelem se os arranjos familiares predominantes refletem as preferências dos idosos quanto a co-residência ou se esta é resultado de pressões econômicas, sociais e/ou de saúde.

Novamente, em decorrência do tamanho da amostra, não foi possível desagregar os dados de arranjos domiciliares por Zonas de Vulnerabilidade para realizar cruzamentos relativos ao estado de saúde e arranjos domiciliares ou subdividir o grupo de idosos. Todavia, para efeitos de caracterização geral da RMC, apresentamos no Gráfico 12 a distribuição dos idosos segundo arranjos domiciliares. Os domicílios chefiados por idosos representam 31% (246.831 domicílios) da RMC. Observa-se pelo Gráfico 12 que na RMC há um certo equilíbrio na distribuição dos arranjos domiciliares do tipo “individual”, “casal sem filhos” e “casal com filhos” em torno de 20% (49.366 domicílios), talvez em decorrência da amplitude de situações dos idosos que o intervalo acima de 60 anos possa abranger.

GRÁFICO 12 - Domicílios urbanos com responsáveis idosos segundo arranjos domiciliares Região Metropolitana de Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde ao agrupamento dos seguintes arranjos: “Responsável e parentes”, “Responsável com filho(s) e parentes”, “Casal e parentes”, “Casal com filho(s) e parentes”

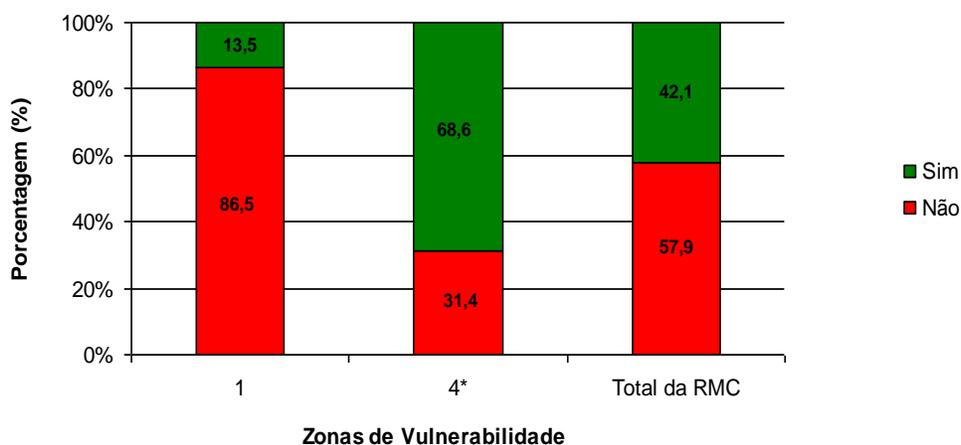
Os resultados até aqui apresentados expressam claramente as diversidades de condições sociodemográficas dos idosos nas ZV1 e 4, contribuindo sobremaneira para que se configure situações diferenciadas a respeito dos cuidados com saúde e do uso dos serviços de saúde.

No que se refere às opções de acesso aos serviços de saúde, a cobertura de convênios, observa-se que para a RMC, conforme se aumenta a idade, aumenta o número de pessoas com convênio médico, sendo este resultado esperado dado que nos grupos etários mais velhos a demanda por serviços de saúde costuma ser maior. A posse de convênio médico também apresenta um aumento nos grupos onde se concentra a população economicamente ativa (15 a 59 anos), indicando que nestes grupos a presença de convênio pode ocorrer em função do vínculo

empregatício ou mesmo pela maior entrada de rendas, o que facilitaria os gastos com os convênios médicos (NEPO/UNICAMP, 2008, p. 2).

As diferenças de cobertura de convênio médico por ZVs para os idosos são apresentadas no Gráfico 13. Enquanto na ZV4 mais da metade (68,6% ou 13.310 pessoas) dos idosos possuíam convênio, este valor cai para 13,5% (2.288 pessoas) na ZV1. Assim, conforme esperado, verifica-se a grande dependência dos idosos desta ZV1 pelos serviços públicos de saúde.

GRÁFICO 13 - População urbana acima de 60 anos por cobertura de convênio médico segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

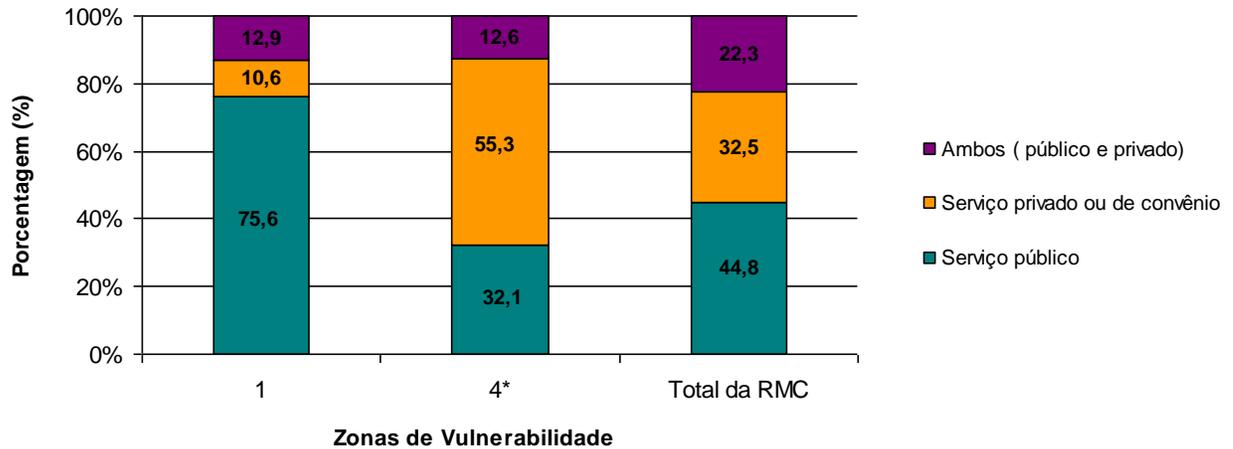
Notas: (*) A avaliação foi feita para cada morador do domicílio pela pessoa que respondeu o questionário, portanto não corresponde a uma autoavaliação estrito senso.

(**) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

No tocante aos cuidados de saúde dos idosos ressalta-se que, devido aos altos custos dos tratamentos e às dificuldades que os convênios colocam para atendê-los muitas vezes, a população idosa de mais alta renda recorre aos serviços públicos, os quais incluem visitas domiciliares no atendimento aos idosos, serviço que não é ofertado pela maior parte dos convênios médicos.

O Gráfico 14 apresenta os serviços que os responsáveis de domicílios com mais de 60 anos costumam utilizar. Conforme esperado, dado a diferença na cobertura de convênio por ZV, verifica-se que os idosos na ZV1 utilizam predominantemente os serviços públicos (75,6% ou 8.989 responsáveis de domicílios idosos), enquanto o inverso ocorre na ZV4, sendo que 55,3% (6.402 responsáveis de domicílios idosos) utilizam serviço privado ou de convênio.

GRÁFICO 14 - Responsáveis de domicílios urbanos acima de 60 anos por tipo de serviço de saúde que costumam utilizar e segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007

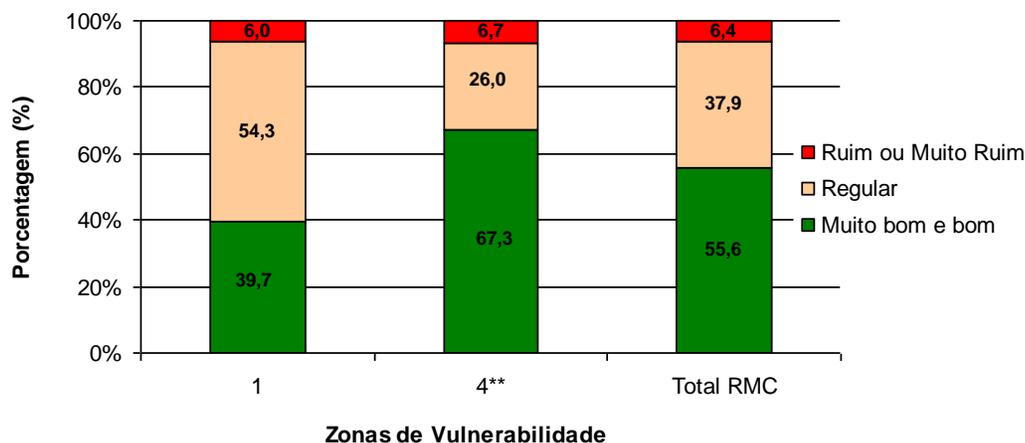


Fonte: Pesquisa domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

O Gráfico 15 apresenta a avaliação do estado de saúde dos idosos por Zona de Vulnerabilidade. Observa-se nas ZVs expressiva variação na proporção de respostas “Muito boa ou boa”. A ZV4 apresenta a maior parte das respostas nesta condição (67,3% ou 13.054 idosos), enquanto a ZV1 apresenta a maior parte das respostas na condição de “Regular” (54,3% ou 9.219 idosos), sendo esse percentual bem mais elevado que a média da RMC. A baixa proporção de avaliação positiva entre os idosos na ZV1 sugere que esses idosos apresentam as piores condições de saúde de toda a RMC, como resultado do acúmulo de vulnerabilidades vivenciadas ao longo da vida.

GRÁFICO 15 - População urbana acima de 60 anos por avaliação do estado de saúde* segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) A avaliação foi feita para cada morador do domicílio pela pessoa que respondeu o questionário, portanto não corresponde a uma autoavaliação estrito senso.

(**) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

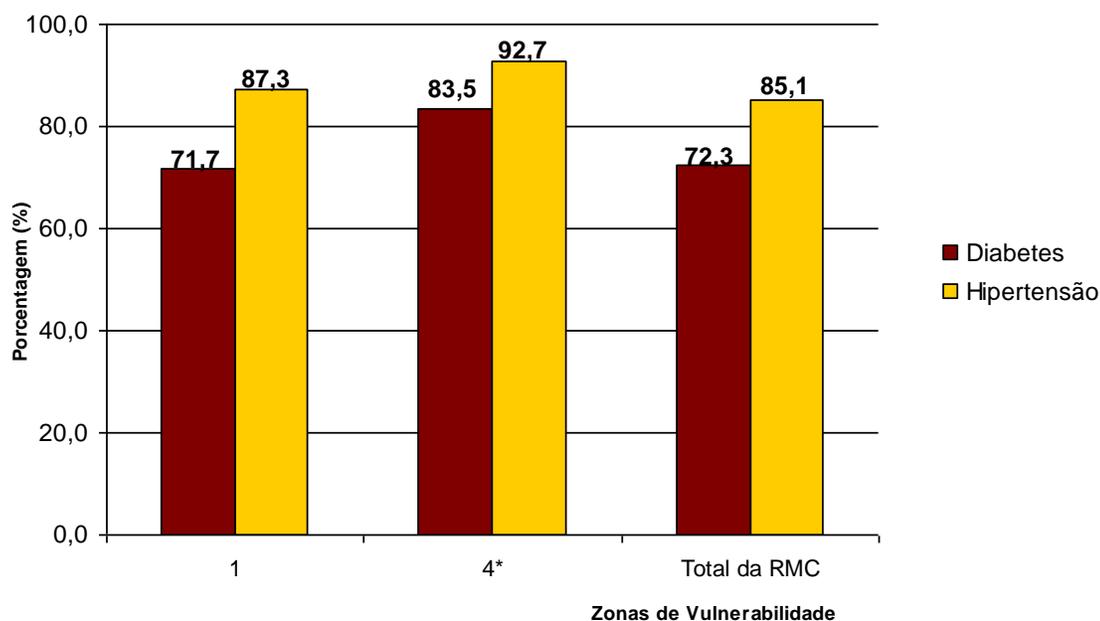
Segundo o Boletim de Mortalidade (2006) a hipertensão arterial tem alta prevalência na população, afetando cerca de metade dos campineiros com 60 anos ou mais. Já o diabetes mellitus atinge 14% dos residentes de Campinas na faixa acima de 60 anos. Ressalta-se também que a mortalidade decorrente destes problemas é mais intensa justamente nas áreas de piores condições socioeconômicas da cidade, com é caso da ZV1.

Os dados deste boletim enfatizam a importância das mortes por doenças cardiovasculares e por diabetes no quadro da morbimortalidade do município de Campinas. Revelam que as taxas, embora declinantes, são elevadas quando comparadas a outras regiões do mundo, mostrando a potencialidade de redução dos coeficientes atuais com adoção mais incisiva de medidas de prevenção e controle. Os resultados também apontam que as áreas de pior nível socioeconômico, além de sujeitas a maiores taxas de mortalidade por doenças infecciosas e daquelas provocadas por violência, também são as que apresentam as maiores taxas por doenças cardiovasculares. A desigualdade social do padrão de doenças do município aponta a necessidade de medidas dirigidas à promoção da equidade (BOLETIM DE MORTALIDADE, 2006, s.p.).

O Gráfico 16 apresenta o percentual de população urbana acima de 60 anos que realizou exames preventivos para Diabetes e Hipertensão por ZVs. Sua leitura indica maior cobertura na realização dos exames de hipertensão. Porém em ambos os exames preventivos, se registra menor cobertura na ZV1, sendo a diferença mais expressiva no caso do exame de diabetes: 71,7%

(12.175 pessoas) contra 83,5% (16.205 pessoas) nas ZV1 e 4, respectivamente. Verifica-se ainda que, enquanto na ZV1 os valores de cobertura do preventivo para diabetes são inferiores ao observado para a RMC, na ZV4 estes valores são superiores. Todavia, cumpre observar que há uma ampla cobertura destes exames, onde mais de 70% da população os realizou a menos de um ano, sendo que apesar das fragilidades e dificuldades de ofertar serviços nas áreas mais segregadas e pobres da cidade, a maioria dos idosos havia realizado estes exames.

GRÁFICO 16 - População urbana acima de 60 anos que realizou exames para diabetes e hipertensão a menos de um ano, segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007



Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

A Tabela 17 apresenta os locais de realização do exame de Diabetes segundo ZVs. Na ZV1, onde a dependência dos serviços públicos é maior, observa-se que mais da metade (56%) dos idosos realizou o exame no Centro de Saúde do próprio bairro de residência.

TABELA 17 - População urbana acima de 60 anos por local de realização do exame para diabetes segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007

Zonas de Vulnerabilidade	% Serviços Utilizados				Total	%
	Centro Saúde do bairro	Serviço SUS no município de residência	Serviço SUS fora do município de residência	Serviço Privado		
1	56,0	28,3	2,6	13,2	15.535	100,0
4*	16,5	12,5	0,5	70,5	17.739	100,0
Total	39,6	18,6	3,0	38,9	349.199	100,0

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Para o exame de hipertensão verifica-se na Tabela 18 que 57,6% dos idosos haviam utilizado o Centro de Saúde do bairro. Estes dados reforçam a fato, já destacado nesse trabalho de que os serviços de saúde estão bastante espalhados pela cidade, sendo a utilização dos serviços do bairro a mais frequente.

TABELA 18 - População urbana acima de 60 anos por local de realização do exame para hipertensão segundo Zonas de Vulnerabilidade Campinas, 2007

Zonas de Vulnerabilidade	% Serviços Utilizados				Total	%
	Centro Saúde do bairro	Serviço SUS no município de residência	Serviço SUS fora do município de residência	Serviço Privado		
1	57,6	29,2	1,9	11,3	14.888	100,0
4*	15,5	12,9	0,0	71,6	17.000	100,0
Total	40,7	18,0	2,3	39,0	334.657	100,0

Fonte: Pesquisa domiciliar do Projeto Vulnerabilidade FAPESP/CNPQ (2007). Elaboração própria.

Notas: (*) Corresponde a cerca de 40% do total da população da zona 4 e apresenta rendimento médio abaixo da mediana da distribuição geral deste estrato.

Os Boletins de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas apontam para o fato de que os idosos das áreas mais periféricas e carentes apresentam coeficientes de mortalidade maiores e que as taxas diferem conforme o local de moradia do idoso. A Tabela 19 apresenta as taxas de mortalidade por cardiopatia isquêmica e de mortalidade por doença cerebrovascular dos idosos. As maiores taxas para as duas mortalidades são observadas nos distritos sudoeste e noroeste, apresentado valores acima daquelas observadas para a cidade.

TABELA 19 - Taxas de mortalidade por cardiopatia isquêmica e de mortalidade por doença cerebrovascular dos maiores de 60 anos segundo Distritos de Saúde Campinas, 2005

Distrito Saude	Óbitos por doença isquêmica do coração (média 2000-2005)	Óbitos por acidente vascular cerebral (média 2000-2005)	População Idosa (2005)	Tx de isquemia (por mil)	Tx de AVC (por mil)
Norte	468	370	17.843	26,2	20,7
Sul	637	569	25.583	24,9	22,2
Leste	782	636	29.462	26,5	21,6
Sudoeste	315	288	11.783	26,7	24,4
Noroeste	307	243	10.289	29,8	23,6
Total	2.509	2.106	94.960	26,4	22,2

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Coordenadoria de Informação e Informática- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC), (200-2005). Elaboração própria.

Conforme dados já apresentados neste trabalho, são justamente estas áreas com as menores taxas de mortalidade por isquemia e doença cerebrovascular que enfrentam menos dificuldades (se comparadas às outras áreas da cidade) em alocar profissionais para trabalharem nos Centros de Saúde, sofrem menor pressão da demanda e, portanto, conseguem ofertar serviços mais de acordo com o planejado pelo Ministério da Saúde.

A Tabela 20 apresenta a Razão internações/ mil idosos residentes em Campinas segundo o Distrito de Saúde. Observa-se que o distrito Leste, apresenta as menores razões, apesar de possuir valores elevados para as internações por causa psiquiátrica. Os Distritos Noroeste e Sudoeste apresentam os valores mais elevados, destacando-se os problemas referentes à pneumonia e cardiopatias, em grande medida associados à baixa qualidade de vida desta população.

TABELA 20 - Razão internações*/mil habitantes maiores de 60 anos segundo Distritos de Saúde de Residência Campinas, 2005

Distrito Saude	Razão internações/mil idosos								População Idosa** (2005)
	Pneumonia	Psiquiátrica	Álcool	Cardiopatas	Diabetes	Desnutrição	Neoplasia de mama	Outras internações	
Norte	3,2	1,3	0,1	12,5	0,9	0,1	0,3	21,8	17.843
Sul	3,1	0,7	0,1	12,3	0,9	0,0	0,2	21,1	25.583
Leste	2,1	6,1	0,2	8,5	0,5	0,0	0,2	14,4	29.462
Sudoeste	4,1	0,9	0,4	17,4	1,0	0,0	0,3	30,7	11.783
Noroeste	5,4	1,1	0,3	19,8	1,4	0,3	0,3	36,9	10.289

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Coordenadoria de Informação e Informática- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC),(2004-2006). Elaboração própria.

Notas: (*) Para evitar distorções dos dados foi feita a média da quantidade de internações do período de 2004 – 2006.

(**) Dados estimados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC).

As análises apontam para um acúmulo de carências nas áreas mais periféricas e pobres da cidade. Como consequência, tais áreas (parte dos Distritos de Saúde Sul, Sudoeste e Noroeste e que também são incluídas na parte da ZV1 contida no município de Campinas), apresentam dificuldades operacionais na prestação de serviços dos Centros de Saúde.

Para um grupo específico como os idosos tal situação torna-se ainda mais dramática, dado que este grupo pela própria idade já apresenta necessidades de cuidados mais intensos com a saúde. Ainda que os idosos sejam um grupo de menor participação relativa nestas áreas da cidade, observou-se que são justamente os idosos destas áreas que apresentam menos frequência na realização de exames preventivos e maiores taxas de mortalidade por complicações de problemas possíveis de serem acompanhados e tratados.

O envelhecimento das pessoas traz limitações que podem resultar na perda da capacidade laboral e da autonomia. O momento em que estas se iniciam é fortemente influenciado pelas condições sociais, cor/raça, gênero, localização espacial etc. A idade onde ocorre a perda de capacidades tem sido postergada ao longo do tempo em face das melhorias nas condições de saúde e no avanço da tecnologia médica (CAMARANO, 2004).

Assim, tais perdas podem ser minimizadas por políticas sociais as quais serão mais bem sucedidas na medida em que considerem o território, como um fator que ajuda a entender os diferenciais na qualidade de vida dos grupos populacionais. A desigualdade social do padrão de doenças do município aponta, entre outros, para a necessidade de medidas dirigidas à promoção da equidade nos cuidados com a saúde e qualidade de vida de idosos.

Diante da atual fase de transição demográfica (com aumento da população idosa) e suas consequências para o sistema de saúde, a sociedade deve ampliar e aprimorar o debate sobre a situação deste grupo etário. É preciso avaliar alternativas que possibilitem minimizar o impacto negativo das iniquidades nos cuidados com saúde e cobrar do Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se insere nos estudos sobre segregação residencial, desigualdades de acesso a políticas sociais e vulnerabilidades sociodemográficas. Procuramos apresentar elementos que possibilitassem ampliar a compreensão da relação entre e a segregação residencial, a oferta dos serviços públicos de saúde e seus impactos nas condições de vida da população.

Na seleção dos elementos conceituais norteadores desta pesquisa buscou-se incluir aqueles que permitissem incorporar a dimensão espacial como um aspecto relevante para o entendimento das condições de vida da população e do acesso diferenciado às políticas sociais.

Ao longo do trabalho comparamos o conteúdo sociodemográfico de dois espaços de Campinas: a área mais pobre e periférica e a área mais central habitada predominantemente pelos grupos de maior renda. Assim, mostrou-se como as condições de vida dos moradores destas duas áreas são opostas, sendo que as primeiras apresentam pior infraestrutura sanitária, menor renda e escolaridade e um predomínio de responsáveis de domicílios com menos idade, indicando uma fase mais inicial do seu ciclo vital.

Tal fase do ciclo vital além de não favorecer o acúmulo de bens que se pode fazer ao longo da vida tende a apresentar mais alta razão de dependência de crianças o que pode expor o domicílio a uma situação de maior vulnerabilidade quando não existem políticas sociais ou salários que compensem a dependência destes moradores.

O trabalho também mostrou que, diferentemente do que ocorre com as crianças, a presença de idosos nos domicílios não implica necessariamente em um ônus para as famílias dado que, com a universalização do sistema previdenciário brasileiro, a maior parte dos idosos possui renda e até contribuem nas despesas dos domicílios.

Este aspecto merece ser aprofundado em pesquisas posteriores que investiguem o grau de participação dos idosos nos orçamentos domésticos das famílias de baixa renda. Considerando-se que o mercado de trabalho brasileiro tem altos níveis de informalidade e alta disponibilidade de força de trabalho, a estabilidade de renda dos idosos (ainda que pouca) pode ser uma garantia de recursos para as famílias de mais baixa renda.

Deste modo, pode ser que nas camadas mais pobres adote-se a estratégia de ampliar as famílias para se proteger das situações de instabilidade do mercado de trabalho. Neste caso, a agregação do idoso deixa de ser “um peso”. Porém, é necessário ter em conta que muitas vezes a contribuição do idoso no orçamento doméstico, pode implicar em prejuízos para o mesmo, pois devido à sua idade, ele necessita efetuar maiores gastos nos cuidados com saúde. Como nem

sempre seus rendimentos são suficientes para lhe proporcionar uma vida confortável, quando ocorre uma divisão com os outros membros da família, sua situação pode se tornar bastante vulnerável. Enfim, várias questões decorrentes desta situação merecem ser mais bem exploradas, mas devido a limitações de fonte de dados não foi possível aprofundar tais questões neste trabalho.

É sabido que as condições precárias de moradia, menor escolaridade e renda aumentam os riscos de problemas de saúde, os quais têm impactos diretos na capacidade de trabalho da população, gerando um espiral de situações negativas que torna as pessoas mais vulneráveis a uma situação de pobreza. Confirmou-se nesta pesquisa que a população das áreas mais periféricas e pobres de Campinas está mais exposta ao risco de apresentarem problemas de saúde.

Os idosos que ali vivem, ainda que não correspondam ao grupo etário de maior participação relativa destas áreas, encontram-se numa situação bastante vulnerável apresentando, conforme mostramos os menores percentuais de resposta “muito boa ou boa” para condição de saúde, quando comparados aos idosos da região de melhor condição econômica da cidade. Também é menor a posse de convênio médico para os idosos das áreas periféricas limitando suas opções de acesso aos serviços de saúde.

Observa-se ainda que a realização dos exames preventivos de diabetes e hipertensão dos idosos das áreas mais periféricas é menos frequente. Eles também apresentam quando comparados com os idosos de outras áreas, as maiores taxas de mortalidade por cardiopatia isquêmica e de mortalidade por doença cerebrovascular. Verifica-se que tal sub-grupo além dos riscos maiores de adoecer e morrer por conta do próprio processo biológico da vida, tornam-se especialmente mais vulneráveis quando vivem nas áreas de piores condições socioeconômicas e de oportunidades de acesso aos serviços de saúde.

A análise da estrutura dos serviços de saúde tem grande importância para se avaliar a capacidade das pessoas de enfrentarem o risco de adoecerem. Este trabalho investigou a oferta de serviços dos Centros de Saúde mostrando que a mesma varia no espaço intra-urbano de Campinas. Observou-se que as *estruturas de oportunidades*, noção desenvolvida por Kaztman (1999), sofrem variações segundo sua localização espacial. De acordo com Marques e Torres (2005), grupos sociais em igual situação econômica têm oportunidades diferenciadas de superar suas dificuldades e romper com o “espiral negativo da pobreza” em função do local onde habitam. Deste modo, as chances dos indivíduos sobreviverem e o fazerem com qualidade de vida são afetados também pelo seu local de residência.

O Estado – um dos agentes fornecedores da estrutura de oportunidades – desempenha, através das políticas sociais, um papel importante para ajudar os grupos sociais mais necessitados a superar suas condições de pobreza. Porém, em geral, os serviços ofertados para os grupos de mais baixa renda e moradores das áreas segregadas são de pior qualidade. Este trabalho apresenta um investimento teórico e metodológico na busca de evidências que confirmem as variações espaciais de oferta dos serviços de saúde.

Nosso primeiro desafio foi justamente encontrar elementos teóricos que permitissem entender como uma política social, baseada no provimento individual de serviços pode variar espacialmente. Considerando-se o contexto de universalização de grande parte dos serviços, e a realidade de Campinas onde os Centros de Saúde já estão presentes em todas as áreas da cidade foi preciso analisar indicadores que permitissem qualificar os serviços.

Os estudos referentes ao papel das burocracias do nível de rua (LIPSKY, 1980; ARRETCHÉ, 2001) contribuíram para a compreensão da variação espacial dos serviços e nos auxiliaram na busca de indicadores qualitativos de diferenças na oferta. O fato dos profissionais interagirem de modo diferente ou selecionarem seus locais de trabalho, evitando as áreas mais periféricas, pobres e violentas da cidade, parece interferir na oferta dos Centros de Saúde que se localizam nestas áreas, contribuindo também para que haja um acesso desigual da população aos serviços.

A análise de indicadores como profissionais por Centro de Saúde e horas trabalhadas demonstrou que há uma diferenciação nos quadrantes da cidade em prejuízo da população mais pobre: as áreas Norte e Leste, ocupadas predominantemente pela população mais rica, apresentavam os melhores resultados. Os CSs que apresentavam maior proporção de médicos por mil habitantes (SUS dependente) ou horas contratadas localizavam-se majoritariamente nestes quadrantes Norte e Leste. Além disso, estes quadrantes também apresentavam os melhores indicadores de consultas por habitantes.

Destaca-se que, com o objetivo de retratar de forma mais próxima possível a demanda pelos serviços públicos de saúde, utilizamos no denominador dos indicadores a população *SUS dependente*, ou seja, uma estimativa aproximada da população que realmente é usuária dos serviços públicos de Saúde. Evidentemente que isto favoreceu os indicadores, pois os resultados seriam menores se levassem em conta a população total. Utilizando apenas a população SUS dependente, trabalha-se com um número menor de demanda no denominador, no entanto, tal número é mais próximo da realidade, pois boa parte da população campineira (cerca de 40%) possui convênio médicos, não sendo exclusivamente dependente do SUS.

Desta maneira, buscou-se evidenciar as diferenças que existem na sociedade brasileira quanto ao uso dos serviços de saúde. Apesar da enorme conquista dos movimentos sociais e sanitários na promoção do acesso universal a saúde, é preciso continuar a caminhada para promover melhorias na oferta destes serviços, pois a forma como se estrutura a sociedade brasileira faz com que os serviços públicos (em particular a atenção básica) fiquem em grande medida restritos aos mais pobres. Com isso esvaziam-se os movimentos sociais de reivindicações por melhorias e os mais pobres, com mais dificuldade para dar “voz” e visibilidade aos seus problemas tornam-se as maiores vítimas desta universalização excludente.

As entrevistas qualitativas nos ajudaram a refinar a pesquisa, pois os indicadores de horas trabalhadas, ainda que se mostrem mais úteis do que a simples quantidade de profissionais por CS, não possibilitam entender e detalhar as diferenças na oferta de serviços. Deste modo, ainda que a análise dos indicadores quantitativos acima mencionados não expresse de forma contundente uma polarização entre as áreas pobres e periféricas com as áreas mais ricas da cidade, os dados sugerem um aspecto interessante: o sistema viário da cidade parece facilitar a alocação de profissionais por CS. Os CSs localizados próximos às principais vias de tráfego rápido da cidade apresentam, em geral, bons indicadores.

As entrevistas qualitativas contribuíram para lançar luz sobre estes aspectos e confirmaram que os profissionais demonstravam preferências por trabalhar nos Centros de Saúde mais próximos de suas residências, o que no caso dos profissionais mais bem qualificados como os médicos, corresponde às áreas mais centrais da cidade, em direção aos quadrantes Leste e Norte. A localização dos Centros de Saúde próximos das principais vias de tráfego, também foi mencionada como elemento facilitador do ir e vir dos médicos que, em sua grande maioria, cumpriam múltiplas jornadas de trabalho. Assim, tal característica da localização espacial claramente contribui para a alocação de profissionais.

Em que pese os esforços da Secretaria Municipal de Saúde em acompanhar tal problema e oferecer salários diferenciados para os profissionais que vão trabalhar nos locais mais carentes da cidade, tal medida parece não ter sido suficiente para evitar que as consequências negativas desta preferência se manifestem. Os médicos relataram que o salário era em geral, colocado em segundo plano quando pensavam na dificuldade de conciliar o serviço nestes locais distantes com outras atividades que possuíam como cursos de especializações e atividades em consultórios particulares. Destaca-se que a principal universidade de Campinas – a Unicamp – localiza-se no quadrante Norte, favorecendo que as especializações médicas concentrem-se também nesta área.

Segundo Pires (2007), observa-se que a crescente separação dos grupos sociais na estruturação do espaço urbano de Campinas o que contribui para que a organização do cotidiano dos diversos grupos sociais seja muito diferente, dificultando a interação dos mesmos. Quando é necessário que profissionais qualificados como os médicos precisem se deslocar para as áreas mais periféricas que não fazem parte da sua rotina cotidiana de cursos ou atividades familiar como levar e buscar filhos na escola, a decisão de trabalhar longe se torna mais difícil, pois pode prejudicar a realização de outras atividades que ocorrem em espaços completamente diferentes daqueles onde trabalhariam.

A separação dos grupos sociais no espaço também parece acirrar o medo da violência que está presente de forma ampla na sociedade. Como as áreas mais periféricas e pobres apresentam maiores indicadores de violência (por exemplo, maior número de homicídios), as pessoas, em especial profissionais qualificados como os médicos que na sua maioria vivem em locais distantes destas áreas, mostram-se temerários de ir trabalhar em alguns CSs vislumbrando terem sua segurança ameaçada. Ainda que as pesquisas qualitativas demonstrem que a comunidade tende a proteger os funcionários dos CSs e que não são comuns episódios de violência contra os mesmos, alguns médicos sentem-se incomodados com esta “segurança” muitas vezes garantida pelos grupos de tráfico que dominam algumas áreas.

O fato de a visita domiciliar só ser possível quando tais grupos fornecem autorização incomoda alguns profissionais e, sem dúvida, prejudica o tratamento do paciente. Tais elementos ajudam a comprovar que a “evitação social” dos grupos sociais contribui para acentuar os processos de desigualdade social e as consequências negativas do acúmulo de carências de determinadas áreas.

Mas os problemas vão mais além. Conforme mostrado, o tempo de espera para uma consulta médica de rotina pode ser de mais de seis meses em um CS da periferia devido à falta de profissionais (pelo não preenchimento das vagas ou pela alta rotatividade de funcionários) e a grande demanda pelos serviços. Nem sempre a falta de médico é dada pela inexistência de vaga na equipe médica, mas sim da dificuldade de se atrair e fixar o profissional naquele local. Para um CS localizado na área mais central da cidade a espera pela consulta é de cerca de um mês. Consequentemente, os CSs da periferia que enfrentam tais dificuldades com o quadro de profissionais não têm condições de fornecer um atendimento preventivo conforme previsto para a saúde básica. Deste modo, atuam como uma espécie de pronto socorro, onde são tratados os casos mais graves e depois do agravo já manifestado pelo paciente.

Ainda que no quadrante Norte e Leste da cidade existam favelas e com a população vivendo em condições precárias, os CSs que atendem esta população não apresentam tantas dificuldades para alocar os médicos, pois eles se localizam mais próximo das áreas onde está estruturado o cotidiano dos médicos. Confirma-se assim que pessoas em igual situação de pobreza têm chances diferentes de reagir a tal situação de acordo com o local da cidade onde residem.

Em relação à mobilidade da população para buscar atendimento de saúde em outro CS que não o seu de pertencimento pelo local de moradia, verifica-se que tal mobilidade é um privilégio que nem todos podem se permitir. Ela ocorre mais frequentemente nos casos em que a população já se desloca para trabalhar, aproveitando então para utilizar serviços de outro CS, geralmente próximo de seu local de trabalho. O custo com meios de transporte faz com que o deslocamento apenas para usar os serviços de outros CS seja proibitivo para muitas pessoas, principalmente aqueles sem emprego e, portanto, sem condições de arcar com os custos de transporte para se consultarem em outro CS. Ou seja, nesse caso o acúmulo de carências se configura com toda a sua força.

No caso dos espaços territoriais onde diferentes grupos sociais co-habitam, como bairros de classe alta onde há favelas, verifica-se que esta população de menor renda tem mais possibilidade de acessar serviços de saúde de melhor qualidade, dado que estes serviços teriam mais condições de operarem com um quadro completo de funcionários. Talvez este seja um bom exemplo do que muitos autores têm chamado de “efeito de vizinhança” (KAZTMAN, 2001; 2003; MARQUES; TORRES, 2005; RIBEIRO, 2008). Há poucas investigações deste tipo e, ainda que este trabalho lance luz sobre alguns destes aspectos, tal questão merece ser aprofundada, inserindo-se numa agenda de pesquisa futura.

De qualquer modo, este estudo apresentou elementos que confirmam sua hipótese central de que a segregação residencial afeta negativamente o desempenho da política de saúde e que o acúmulo de carências de algumas regiões contribui para a reprodução da situação de vulnerabilidade de alguns grupos populacionais, potencializando seus riscos de adoecer e morrer.

Um dos desdobramentos possíveis deste trabalho seria investigar mais especificamente como a forma diferente de interagir dos profissionais pode resultar em variações na qualidade dos serviços. Alguns elementos de nossas pesquisas qualitativas apontam para tal fato, como por exemplo, profissionais que trabalham nas áreas de maior condição socioeconômica sabem que a população é mais exigente e conhecedora dos seus direitos, então procuram atender de modo

mais educado, com paciência e cumprindo seus deveres profissionais. É necessário que tal questão seja aprofundada, talvez realizando um acompanhamento do trabalho de profissionais e pacientes nas diferentes áreas da cidade para investigar maiores detalhes.

Ressalta-se que um problema com o qual nos defrontamos desde o início desta pesquisa foi montar um banco de dados consistente e que permitisse investigar as mesmas áreas da cidade sob os diversos aspectos: características sociodemográficas, oferta dos serviços de saúde e problemas de saúde da população. Ao se trabalhar com pequenas áreas, torna-se mais difícil conseguir um número suficiente de casos que sejam representativos. Tais limitações não permitiram que se aprofundasse as investigações sobre as variáveis socioeconômicas e demográficas (condição migratória, arranjos familiares) que interferem no acesso aos serviços e cuidados com saúde. No entanto, pode-se dizer que nossa pesquisa qualitativa contribuiu para desvendar alguns aspectos que as limitações das fontes de dados não permitiam identificar.

Pela pesquisa qualitativa foi possível verificar que, atualmente, a estruturação de atendimento dos Centros de Saúde de Campinas apresenta algumas fragilidades, decorrentes do fato de se ter adotado a estratégia de Saúde da Família para todo o município. Esta opção não tem se mostrado muito produtiva dado que existem dificuldades financeiras e de formação de recursos humanos para manter em toda a cidade a cobertura da proposta do Ministério da Saúde de Saúde da Família, a qual prevê a definição de uma área geográfica, o cadastro da população, o monitoramento das condições de saúde e a definição de profissionais de referência segundo um número considerado ideal de famílias.

Assim, diante das significativas diferenças sociodemográficas da população campineira, uma possibilidade para contornar tal fragilidade é que se faça uma seleção das áreas mais carentes da cidade para se aplicar a estratégia de Saúde da Família. Acreditamos que nosso trabalho contribui para o entendimento destas diferenças sociodemográficas dos grupos populacionais e também para apontar alguns elementos relativos à dificuldade de alocação de profissionais que podem contribuir para a seleção das áreas com mais necessidade de um atendimento diferenciado dos serviços de saúde.

Evidentemente, há fragilidades no Sistema Único de Saúde que são de diversas ordens, como a de financiamento e integralidade dos serviços, porém mostrou-se neste trabalho que para se aproximar da equidade efetiva é preciso levar em conta o território e os efeitos dele sobre a sociedade.

Mesmo diante dos esforços do poder público em levar os equipamentos que ofertam serviços de saúde básica para as áreas mais periféricas e pobres, o acúmulo de carências destes locais reforçam o processo de reprodução da pobreza e a situação de vulnerabilidade dos grupos populacionais que ali residem.

Enfim uma pergunta que se coloca ao final deste trabalho é: afinal de que política universal de saúde estamos falando? Não basta colocar o equipamento quando o atendimento não é adequado. Porém, como fornecer um atendimento que supõe a interação de grupos sociais onde o a própria dinâmica da sociedade atual fortalece o processo em curso da segregação residencial? Além disso, os problemas de violência urbana cada vez mais restringem os espaços de convivência cotidiana entre os grupos, contribuindo para o isolamento social dos grupos percebidos como diferentes.

Talvez, no curto prazo, seja possível pensar em adotar algumas estratégias de atendimento diferenciadas para os grupos mais pobres, ou mesmo focar o Programa Saúde da Família apenas para estes grupos, levando em conta as limitações de recursos e de profissionais para que se possa fazer uma cobertura adequada em toda a cidade. Também é preciso que se estabeleçam planos de carreira e remunerações bastante atrativas para os profissionais que atuem nestes locais, além de garantir uma infraestrutura e retaguarda clínica, tornando o trabalho na rede pública de saúde mais atraente para os médicos.

Em longo prazo, sem dúvida, é preciso haver um desenvolvimento conjunto das diversas políticas sociais como educação e segurança, para promover o desenvolvimento social destas áreas, além é claro de uma atenção especial do poder público a fim de desenvolver instrumentos de controle para que os novos empreendimentos imobiliários não acentuem o processo de segregação residencial.

Sem dúvida as consequências negativas da segregação residencial são um grande desafio para os formuladores de políticas públicas. Este trabalho contribui para reforçar a idéia de que a dimensão territorial deve ser levada em conta no planejamento político a fim de que um atendimento equitativo realmente seja alcançado.

Por fim, acreditamos que o conhecimento da dimensão espacial das vulnerabilidades dos grupos populacionais no espaço intra-urbano possa contribuir para o planejamento de estratégias específicas de ação política. A dimensão espacial é crucial na compreensão dos mecanismos que podem interferir na implementação das políticas de saúde.

Considerando-se as fortes desigualdades sociais presentes na sociedade brasileira, a utilização de números médios para o planejamento de políticas públicas torna-se bastante imprecisa. O planejamento de políticas sociais não deve ser concebido sem levar em consideração uma visão territorial da cidade. Deste modo, a investigação intra-urbana torna-se muito importante, a fim de que as especificidades sejam conhecidas e situações sociais negativas não sejam diluídas nas grandes médias homogêneas (MARQUES; TORRES, 2005).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr.2000.

_____. et al. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Research in public health. **Technical Papers 17**, Washington, Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 61, p. 137-154, maio/ago.2002.

ALMEIDA, R.; D'ANDREA, T. Pobreza e redes sociais em uma favela paulistana. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, n. 28, mar.2004.

ALONSO, A. F.; GUIMARÃES, E. **Avaliação do Programa de Renda Mínima de Ribeirão Preto**. Araraquara, 1998. (Trabalho final de estágio de conclusão de curso de Administração Pública).

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, SP: IEE/PUC-SP, 2001.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, SP, v. 11, p. 44-46, 1996.

ARRIAGADA, I. **Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo**. Santiago de Chile: Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y El Caribe, 1997. (Serie Políticas Sociales, 21).

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro, SP: Editora 34, 1999.

AZEVEDO, S. J. S. **Contribuições demográficas para a formulação de ações políticas: o exemplo das telecomunicações em Campinas (SP)**. 2005. 154f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.

BAENINGER, R. A população em movimento. In: FONSECA, R.; DAVANZO, A. M. Q.; NEGREIROS, R. M. C. (Org.). **Livro verde: desafios para a gestão da Região Metropolitana de Campinas**. Campinas, SP: IE/UNICAMP, 2002.

_____. Região Metropolitana de Campinas: expansão e consolidação do urbano paulista. In: HOGAN, D. et al. (Org.). **Migração e ambiente nas aglomerações urbanas**. Campinas, SP: NEPO/UNICAMP, 2001.

_____. **Espaço e tempo em Campinas: migrantes e a expansão do polo industrial paulista**. Campinas, SP: CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campiniana, 5).

BARBOSA, L. M.; SAWYER, D. O. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos Municípios das Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, SP, ABEP, v. 20, n. 2, p. 241-257, jul./dez.2003.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: LASH, S. (Ed.). **Modernização reflexiva**. São Paulo, SP: Editora Unesp, 1997.

BERLINGUER, G. Equidade, seletividade e assistência à saúde. **Lua Nova**, São Paulo, SP, n. 47, p. 73-103, 1999.

BERQUO, E. S.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária I. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, 2003.

BICHIR, R. M. **Segregação e acesso a políticas públicas no Município de São Paulo**. 2006. 190f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

BILAC, E. D. Família e comunidade: introdução. In: Nepo/Unicamp. **Projeto vulnerabilidade**: sumário de dados da Região Metropolitana de Campinas. Campinas, SP, 2008. (Mimeo).

_____. Gênero, vulnerabilidade das famílias e capital social: algumas reflexões. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas**: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

BOLETIM de Mortalidade. **Mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes mellitus**. Campinas, SP, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, n. 38, 2006. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/boletins/mort_38/1.htm>. Acesso em: 2008.

_____. Campinas, SP, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, n. 30, 2001. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 2008.

BOURDIEU, P. (Org). **A miséria do mundo**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

_____. Efeitos do lugar. In: _____ (Org.). **A miséria do mundo**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria91_10_01_07.pdf>. Acesso em: 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 2008.

_____. **Agenda positiva do Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde - SGTRS**. Brasília, DF, 2005.

BUSSO, G. La vulnerabilidad social y las políticas sociales a inicios del siglo XXI una aproximación a sus potencialidades y limitaciones para los países latino americanos. In: SEMINARIO INTERNACIONAL - LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2001, Santiago de Chile. **Anais...** Santiago de Chile: CEPAL/CELADE, 2001.

CALDEIRA, T. **Cidade dos muros**. São Paulo, SP: Edusp/Editora 34, 2000.

CAMARANO, A. A. et al. Como vivem os idosos brasileiros? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004.

_____; EL GHAOURI, S. K. Famílias com Idosos: ninhos vazios? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2002.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Mortalidade em Campinas**: informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no Município de Campinas. Disponível em: <<http://http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 2006.

CANO, W.; BRANDÃO, C. A. **A Região Metropolitana de Campinas**: urbanização, economia, finanças e meio ambiente. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

CEPAL. **Vulnerabilidad sociodemográfica**: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Santiago de Chile: CEPAL, 2002.

CGEE. **Populações e políticas sociais no Brasil**: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Brasília, DF, 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHESTER, L. G. C. et al. **Saúde e condição de vida em São Paulo**: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP. São Paulo, SP: USP/FSP, 2005.

COELHO, V. S. P.; SILVA, N. **Has the distribution of public health services become more equitable?**: reflecting on the case of São Paulo. 2006. (Mimeo).

_____. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: _____; NOBRE, M. **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo, SP: 34 Letras, 2004.

CONASEMS. **Núcleo de gestão do trabalho e da educação em saúde**. Brasília, DF, 2006.

CONASS. **SUS**: avanços e desafios. Brasília, DF, 2006.

_____. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2004a. (CONASS Documenta, 1).

_____. **Recursos humanos**: um desafio do tamanho do SUS. Brasília, DF, 2004b. (CONASS Documenta, 4).

_____. **Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS**. Brasília, DF, 2002.

COHN, A. A saúde na Previdência Social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: _____; ELIAS, P. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo, SP: Editora Cortez, 1996.

CUNHA, J. M. P.; JIMÉNEZ, M. A. Segregação e acúmulo de carências. In: _____ (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas**: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

_____ et al. Expansão metropolitana, mobilidade espacial e segregação nos anos 90: o caso da Região Metropolitana de Campinas. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 11., 2005, Salvador, BA. **Anais...** Recife, PE: ANPUR, 2005.

_____; OLIVEIRA, A, A. B. População e espaço intra-urbano em Campinas, In: HOGAN, D. J. (Org.). **Migração e ambiente nas aglomerações urbanas**. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2001.

_____; BAENINGER, R. Processo de metropolização e migração: análise comparativa entre Região Metropolitana de São Paulo e Campinas. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, SP, Fundação Seade, v. 8, n. 4, p. 109-116, out./dez.1994.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo; FAPESP, 1999.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, SP: IEE/PUC-SP, 2001.

DRAIBE, S. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais?: reflexões a propósito da experiência Latino-Americana recente de reforma dos programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, SP, Fundação Seade, v. 11, p. 3-21, 1997.

ELIAS, P. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; _____. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo, SP: Editora Cortez, 1996.

FARIA, V. E. Cinquenta anos de urbanização no Brasil: tendências e perspectivas. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, CEBRAP, n. 29, mar.1991.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, IPEA, n. 3, p. 139-162, jun.1990.

FIGUEIREDO, A. C.; TORRES, H. G.; BICHIR, R. M. A conjuntura social brasileira revisitada. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, n. 75, jul./2006.

_____ et al. **Rede de pesquisa e desenvolvimento de políticas públicas**: REDE-IPEA II. 2005. (Relatório Final do Projeto BRA/04/052) (Mimeo).

_____. Princípios de justiça e avaliação de políticas. **Lua Nova**, São Paulo, SP, n. 39, p. 73-103, 1997.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. C. Avaliação política e avaliação de políticas urbanas: um quadro de referência teórica. **Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte, MG, v. 1, n. 3, set./dez.1986.

FLORES, C. Consequências da segregação residencial: teoria e métodos. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas**: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

GALSTER, C.; KILLEN, S. The geography of metropolitan opportunity: a reconnaissance and conceptual framework. **Housing Policy Debate**, Alexandria, v. 6, n. 1, p. 7-43, 1995.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, n. 49/50, p. 13-22, 1996.

GOLDANI, A. M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo, SP: Hucitec; New York: Population Council, 1999.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, São Paulo, SP, v. 13, n. 35, p. 139-146, jan./apr.1999.

HOGAN, D. J.; MARANDOLA JR., E. Para uma conceituação interdisciplinar de vulnerabilidade. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas**: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**: primeiros resultados. Rio de Janeiro, RJ, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2002/pof2002.pdf>>. Acesso em: 2005.

_____. **Censo Demográfico 2000**: documentação dos microdados da Amostra. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

_____. **Base Cartográfica Municipal**. Rio de Janeiro, RJ, 2001.

JANNUZZI, P. M. Projeções populacionais para Campinas e Região: considerações finais. **Cadernos da FACECA**, Campinas, SP, v. 7, n. 2, jul./dez.1998.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. O desafio da equidade no setor saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, SP, v. 33, n. 1, p. 38-51, 1993.

JENCKS, C.; MAYER, S. The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In: LYNN JR., L. E.; McGEARY, M. G. H. **Inner - city poverty in the United States**. Washington: National Academy Press, 1990.

KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. As normas como bem público e privado: reflexões nas fronteiras do enfoque "ativos, vulnerabilidade e estrutura de oportunidades" (AVEO). In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas**: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

_____. **La dimensión espacial en las políticas de la superación de la pobreza urbana**. Santiago de Chile: CEPAL, 2003. (Serie Medio Ambiente y Desarrollo).

_____. **Seducidos y abandonados**: el aislamiento social de los pobres urbanos. **Revista de la CEPAL**, Santiago de Chile, n. 75, p. 171-189, 2001.

_____. El vecindario importa. In: _____ (Coord.). **Activos y estructuras de oportunidades**: estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. Montevideo: CEPAL/PNUD, 1999.

_____. **Activos y estructuras de oportunidades**: estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. Montevideo: CEPAL, 1999a.

_____. **Vulnerabilidad, activos y exclusion social en Argentina y Uruguay**. Santiago do Chile: OIT/Ford, 1999b. (Documento de Trabajo, 107).

KOGA, D. **Medidas de cidades**. São Paulo, SP: Cortez, 2003.

KOWARICK, L. et al. A pesquisa sobre segregação: conceitos, métodos e medições. **Espaço & Debates**, São Paulo, SP, v. 24, n. 45, p. 87-109, jan./jul.2004.

_____. **Capitalismo e marginalidade na América Latina**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1975.

LAGO, L. C. **Avaliação crítica dos trabalhos sobre segregação residencial urbana São Paulo e Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://web.observatoriodasmetrolopes.net/index.php?option=com_content&view=article&id=109:lago5&catid=36:colecão-textos&Itemid=82>. Acesso em: 2008.

_____. A lógica segregadora na metrópole brasileira: novas teses sobre antigos processos. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, RJ, n. especial, 2002.

_____. **Estruturação socioespacial na Metrôpole do Rio de Janeiro**: reprodução ou alteração nas condições de (não) acesso ao urbano? (Mimeo).

LAVALLE, A. G.; CASTELLO, G. As benesses deste mundo associativismo religioso e inclusão socioeconômica. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, n. 28, mar.2004.

LIPSKY, M. **Street - Level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. Nova York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

LUCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para redução de desigualdades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MARANDOLA JR., E.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidades e riscos: entre geografia e demografia. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, SP, v. 22, n. 1, p. 29- 53, jan./jun.2005.

MARICATO, E. MetrÓpole, legislação e desigualdade. **Estudos Avançados**, São Paulo, SP, v. 17, n. 48, 2003.

_____. **Brasil: cidades**. São Paulo, SP: Editora Vozes, 2001.

MARQUES, E. Elementos conceituais da segregação, da pobreza urbana e da ação do Estado. In: _____; TORRES, H. (Org.). **São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais**. São Paulo, SP: Editora SENAC São Paulo, 2005.

_____; ARRETCHÉ, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. **Caderno CRH**, Salvador, BA, n. 39, p. 55-81, jul./dez.2003.

_____. **Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: REVAN/FAPESP, 2000.

_____; BICHER, R. M. **Estado e espaço urbano: revisitando criticamente as explicações correntes sobre as políticas estatais urbanas**. (Mimeo).

MOSER, C. The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies. **World Development**, New York, v. 26, n. 1, 1998.

NEPO/UNICAMP. **Projeto vulnerabilidade: sumário de dados da Região Metropolitana de Campinas**. Campinas, SP, 2008. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=590&nivel=0>. Acesso em: 2008.

NEVES, I. M. Z. C. **Dinâmica demográfica e assentamentos urbanos populares em Campinas na década de 90**. 2007. 172f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

OLIVEIRA, M. C. F. A. Algumas notas sobre "Ciclo Vital" como perspectiva de análise. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2., 1980, Águas de São Pedro, SP. **Anais...** São Paulo, SP: ABEP, 1981.

OPAS/OMS. **Leitos por habitante e médicos por habitante**. Brasília, DF, 2003.

PACHECO, C. A.; NEGRI, B. **Mudança tecnológica e competitiva da indústria brasileira**. Campinas, SP: SCTDE; FECAMP; IE/UNICAMP, 1993. (Relatório Final do Projeto - Desenvolvimento Tecnológico e Competitividade da Indústria Brasileira) (Mimeo).

PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 4, p. 400-421, out./dez.1990.

PIERANTONI, C. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes.** Rio de Janeiro, RJ: UERJ/IMS, 2004. (Relatório Final).

PIRES, M. C. S. **Morar na Metrópole:** expansão urbana e mercado imobiliário na Região Metropolitana de Campinas. 2007. 178f. Tese (Doutorado) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, p. 387-391, jul./set.1994.

_____. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun.1992.

PUTNAM, R. D. **Bowling alone.** New York: Touchstone, 2000.

REGONINI, G. Lo studio della política pubbliche. In: PANEBIANCO, A. (Ed.). **L'analisi della política:** tradizion di ricerca, modelli, teoria. Bolonha: Edizioni Il Mulino, 1989.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar.1990.

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil.** 2.ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBEIRO, L. C. Q. Proximidade territorial e distância social: reflexões sobre o efeito do lugar a partir de um enclave urbano. **Revista VeraCidade**, Salvador, BA, Ano 3, n. 3, maio/2008. Disponível em: <http://web.observatoriodasmetropoles.net/index.php?option=com_content&view=category&id=36:colecão-textos&Itemid=82&layout=default>. Acesso em: 2008.

_____; LAGO, L. C. **Reestruturação nas grandes cidades brasileiras:** o modelo centro/periferia em questão. (Mimeo).

SABATINI, F.; CÁCERES, G.; CERDÁ, J. Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: tendencias en las tres últimas décadas y principales cursos de acción. **EURE Santiago**, Santiago de Chile, v. 27, n. 82, 2000.

SANTOS, M. **A natureza do espaço.** São Paulo, SP: Edusp, 2004.

_____. **O espaço do cidadão.** São Paulo, SP: Studio Nobel, 2000.

_____. **A urbanização desigual:** a especificidade do fenômeno em países subdesenvolvidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 1981.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, dez.2004.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2000.

SMALL, M. L.; NEWMAN, K. Urban poverty after the truly disadvantaged: the rediscovery of the family, the neighborhood and cultura. **Annual Review of Sociology**, USA, v. 27, p. 23-45, 2001.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.203-211, 2002.

SPINK, P. O lugar do lugar na análise organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, PR, v. 5, edição especial, p. 11-34, 2001.

THEODOULOU, S. Z. How public policy is made. In: _____; MATTHEW, A. **Public policy: the essential readings**. California: Prentice Hall, 1995.

TORRES, H. G.; BICHIR, R. M.; CARPIM, T. P. Uma pobreza diferente?: mudanças no padrão de consumo da população de baixa renda. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, n. 74, p. 17-22, mar.2006.

_____; MARQUES, E.; BICHIR, R. M. Políticas públicas, pobreza urbana e segregação residencial. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas: população, vulnerabilidade e segregação**. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

_____; FERREIRA, M. P.; GOMES, S. Educação e segregação social: explorando o efeito das relações de vizinhança. In: MARQUES, E.; _____ (Org.). **São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais**. São Paulo, SP: Editora SENAC São Paulo, 2005.

_____. Políticas sociais e território: uma abordagem metropolitana. In: MARQUES, E.; _____ (Org.). **São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais**. São Paulo, SP: Editora SENAC São Paulo, 2005a.

_____. **Informação demográfica e políticas públicas na escala regional e local**. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL, 2005b. (Paper apresentado na "Reunión de Expertos sobre Población y Desarrollo Local") (Mimeo).

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

VETTER, D.; MASSENA, R. Quem se apropria dos benefícios líquidos dos investimentos do Estado em infraestrutura?: uma teoria da causação circular. In: SILVA, L. M. (Org.). **Solo urbano: tópicos sobre o uso da terra**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1981.

_____ et al. Espaço, valor da terra e equidade dos investimentos em infraestrutura no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 41, n. 1-2, 1979.

VIGNOLI, J. R. Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e o Caribe. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas: população, vulnerabilidade e segregação**. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006.

VILLAÇA, F. Segregação e homogeneidade. **Espaço & Debates**, São Paulo, SP, v. 24, n. 45, jan./jul.2004.

_____. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo, SP: Nobel, 2000.