

Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis

Rita Barradas Barata



resumo

O artigo discute a complexidade das metrópoles do ponto de vista dos processos sociais e urbanos, enfatizando a constituição de diversos grupos socialmente vulneráveis e o impacto dessas condições sobre o estado de saúde, exposição à violência, experiência de discriminação e alguns comportamentos de risco para a saúde. O estudo empírico focalizou a zona central da cidade (centro histórico e centro expandido) e três grupos particularmente vulneráveis vivendo nessa zona: pobres urbanos residindo em setores censitários de média a muito alta vulnerabilidade social, migrantes bolivianos e pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: saúde urbana; grupos socialmente vulneráveis; migrantes estrangeiros; pessoas em situação de rua.

abstract

The article discusses the complexity of metropolises from the viewpoint of social and urban processes; and emphasizes the makeup of several socially vulnerable groups and the impact of their conditions on health status, exposure to violence, experiences of discrimination, and some health-risk behaviors. The empirical study focused on the central area of the city (both the historic and expanded centers), where three particularly vulnerable groups dwell: the urban poor living in census tracts with moderate to very high social vulnerability, Bolivian immigrants and the homeless.

Keywords: urban health; socially vulnerable groups; foreign migrants; the homeless.

A

cidade de São Paulo é uma das 19 megalópoles definidas pela Organização Mundial da Saúde – OMS como cidades com mais de 10 milhões de habitantes que concentram a economia local e nacional, o poder político e técnico-científico e os meios de comunicação (WHO, 2009).

O intenso processo de urbanização ocorrido na segunda metade do século XX nas regiões menos desenvolvidas do mundo também se verificou no Brasil, conduzindo à formação de diversas áreas metropolitanas que concentram parcela importante da população (Grostein, 2001). São Paulo é a cidade-núcleo da maior região metropolitana do país, que, juntamente com Tóquio, Seul, Cidade do México, Nova York e Mumbai, constituem os seis maiores conglomerados urbanos do planeta (Carvalho, Pasternak & Bógus, 2010).

De região basicamente industrial até a década de 70, a cidade passou a ser um polo de atividades concentradas no setor terciário e quaternário da economia, alterando o processo de uso do solo e a divisão socioespacial do trabalho, que, no período anterior, havia determinado a ampliação dos espaços periféricos e a formação de anéis concêntricos em torno do centro expandido (Bousquat & Nascimento, 2001). Na cidade de São Paulo concentram-se os segmentos mais qualificados do mercado de trabalho brasileiro, os melhores centros de pesquisa, a mais importante universi-

dade pública, a maior infraestrutura de telecomunicações, o maior mercado consumidor e a melhor rede de serviços de suporte gerencial ao grande capital financeiro. O cenário urbano é fortemente marcado pelos contrastes sociais e pelas desigualdades entre a extrema riqueza e a extrema pobreza geralmente segregadas espacialmente, mas em certas situações, como no distrito do Morumbi, convivendo lado a lado (Iglecias, 2002).

A partir da década de 80, observa-se o processo de decadência do centro expandido, que reúne o centro histórico e a antiga área periférica do princípio do século XX. O deslocamento do centro pode ser acompanhado na história da cidade pela constante substituição das ruas que sintetizam o comércio e os serviços das classes altas: a Rua XV de Novembro no início do século XX, depois a Rua Direita até os anos 50, seguida da Rua Augusta até os anos 70 e atualmente as avenidas Faria Lima e Luis Carlos Berrini e a Rua Oscar Freire (Villaça, 2011).

A partir dos anos de 1980, também se observa uma modificação importante. Marques e Requeña (2013) analisaram os padrões de crescimento populacional na primeira década do século XXI identificando, no interior da cidade, três comportamentos distintos: áreas que vinham perdendo

RITA BARRADAS BARATA é coordenadora do CA de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq, membro do Conselho Superior da Capes e conselheira da América Latina e Caribe na Associação Internacional de Epidemiologia.

população e voltaram a crescer, áreas que continuaram no processo de esvaziamento iniciado na década de 80 e áreas que continuaram crescendo ainda que em taxas menores comparativamente ao período de grande crescimento das décadas de 60 e 70. Há quatro processos relacionados a esse crescimento/esvaziamento dos distritos paulistanos: a migração recente constituída principalmente por latino-americanos, africanos e árabes; a produção imobiliária via mercado com adensamento urbano em vários distritos; a taxa de fecundidade dos grupos de residentes; o processo de criação/remoção de favelas. Nos distritos que reverteram a tendência de esvaziamento nos últimos dez anos, o processo predominante parece ter sido o adensamento urbano, com a construção de mais edifícios de apartamentos, a eliminação de favelas, o menor fluxo migratório e a menor taxa de fecundidade. Nos distritos com manutenção das tendências de redução populacional, os processos responsáveis parecem ser a queda acentuada da fecundidade e a ausência de fluxos migratórios importantes. Finalmente, naquelas áreas que continuaram crescendo, predominam os fluxos migratórios e o crescimento das favelas (Marques & Requena, 2013).

A ZONA CENTRAL E AS COMPLEXIDADES DA METRÓPOLE

A região central de São Paulo, constituída por 11 distritos dos 97 que compõem a cidade, é um exemplo típico de território marcado por extrema heterogeneidade. Alguns bairros, como Higienópolis, por exemplo, ainda conservam parte da população mais rica da cidade, enquanto outros, como o Brás e o Bom Retiro, sofreram profundas transformações com a presença cada vez maior de migrantes estrangeiros. Na última década, a população em situação de rua cresceu 65%, e 55% dela se concentra na região central da cidade (Barata, Ribeiro & Cassanti, 2011; Prefeitura do Município de São Paulo, 2011).

Os distritos que constituem a zona central são Barra Funda, Bela Vista, Bom Retiro, Brás, Cambuci, Consolação, Liberdade, Pari, República, Santa Cecília e Sé. Juntos, reúnem 4,25% (492 mil habitantes) da população de São Paulo. O dis-

trito menos populoso é a Barra Funda, com cerca de 14 mil habitantes, e o mais populoso é Santa Cecília, com quase 84 mil. A população é estacionária, com 14,5% de idosos e 14,5% de jovens. Alguns distritos, como Barra Funda, Consolação, Liberdade, Bela Vista e Santa Cecília, têm maior proporção de idosos do que jovens na sua composição etária (Fundação Seade, s/d).

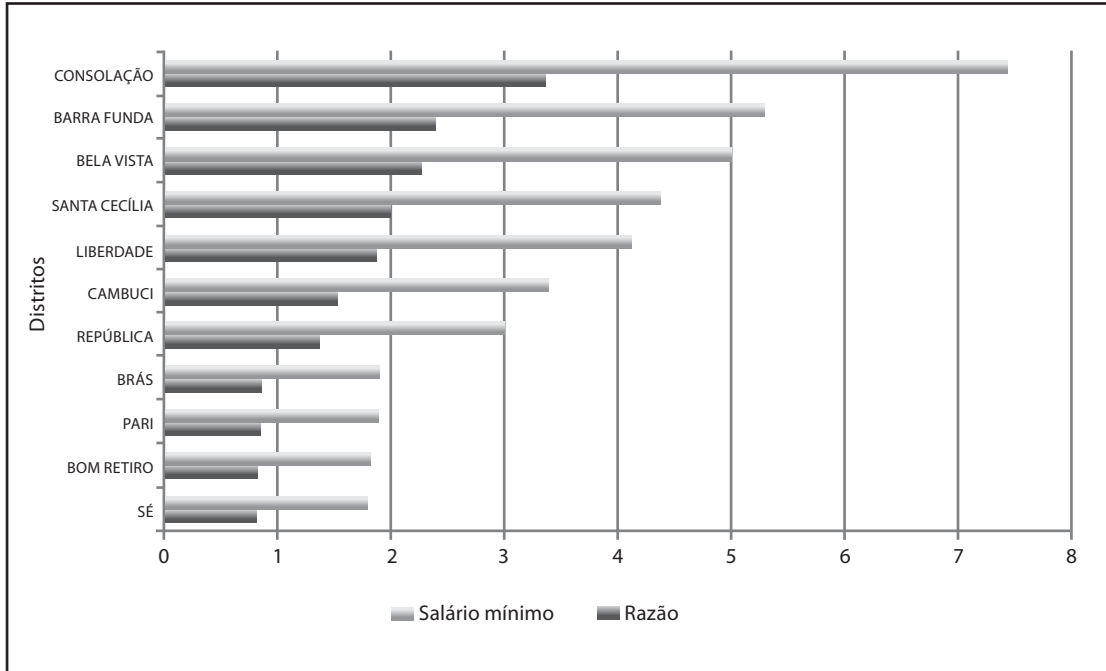
Todos os distritos da zona central, com exceção do distrito da Consolação, apresentaram crescimento populacional maior que a média municipal (0,59) (Fundação Seade, s/d).

A renda *per capita* média é muito variável entre os distritos, com quatro deles apresentando valores inferiores à média municipal e os demais com renda *per capita* variando entre 1,36 e 3,36 vezes a média municipal, em valores nominais de 2010. Em termos de salário mínimo vigente em 2010, a renda *per capita* varia entre 1,78 e 7,43 salários mínimos (Gráfico 1). Quanto à proporção de domicílios com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (R\$ 127,50), que define a linha da miséria, todos os distritos, exceto o Bom Retiro, apresentam valores inferiores à média municipal (8,55% dos domicílios). Para o indicador de pobreza – renda *per capita* menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo –, a melhor situação é a do distrito da Bela Vista, com 6% dos domicílios nessa situação, e a pior é a do Bom Retiro, com 21,5% dos domicílios nesse grupo. Todos os distritos, exceto o Bom Retiro, têm valores inferiores à média municipal de 18,7% dos domicílios com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo (Fundação Seade, s/d).

A saúde é a resultante de um processo envolvendo diferentes dimensões das condições de vida e dos contextos sociais nos quais os grupos sociais vivem. Segundo o modelo elaborado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), o perfil epidemiológico, ou seja, as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais dependem de um conjunto de determinantes estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais incluem o contexto socioeconômico e político definido pelas condições de governança; as políticas macroeconômicas; as políticas sociais relacionadas a mercado de trabalho, moradia e ocupação do solo urbano; as políticas públicas relacionadas a educação, saúde e proteção social; e os valores

GRÁFICO 1

Razão entre a renda *per capita* média no distrito e no município e a renda *per capita* em salários mínimos – zona central – município de São Paulo, 2010



culturais da sociedade. Esse contexto, por sua vez, determina a estrutura de classes sociais, as relações de gênero e etnia e a estratificação por educação, ocupação e renda. Os determinantes intermediários referem-se a situações materiais de vida, comportamentos e fatores biológicos e psicossociais que podem favorecer a manutenção da saúde ou facilitar o surgimento das doenças. O sistema de saúde é considerado um dos determinantes intermediários, uma vez que sua forma de organização pode contribuir para reduzir ou intensificar as desvantagens produzidas pelos determinantes estruturais. Como mediador entre os dois conjuntos de determinantes, os autores inserem a coesão e o capital social dos diferentes grupos populacionais.

Conhecer a distribuição dos diferentes determinantes sociais entre os vários grupos de moradores da zona central da cidade é fundamental para compreender os perfis epidemiológicos e para delinear a oferta de serviços e os programas de saúde necessários para melhorar a qualidade de vida em geral e reduzir as desigualdades sociais em saúde.

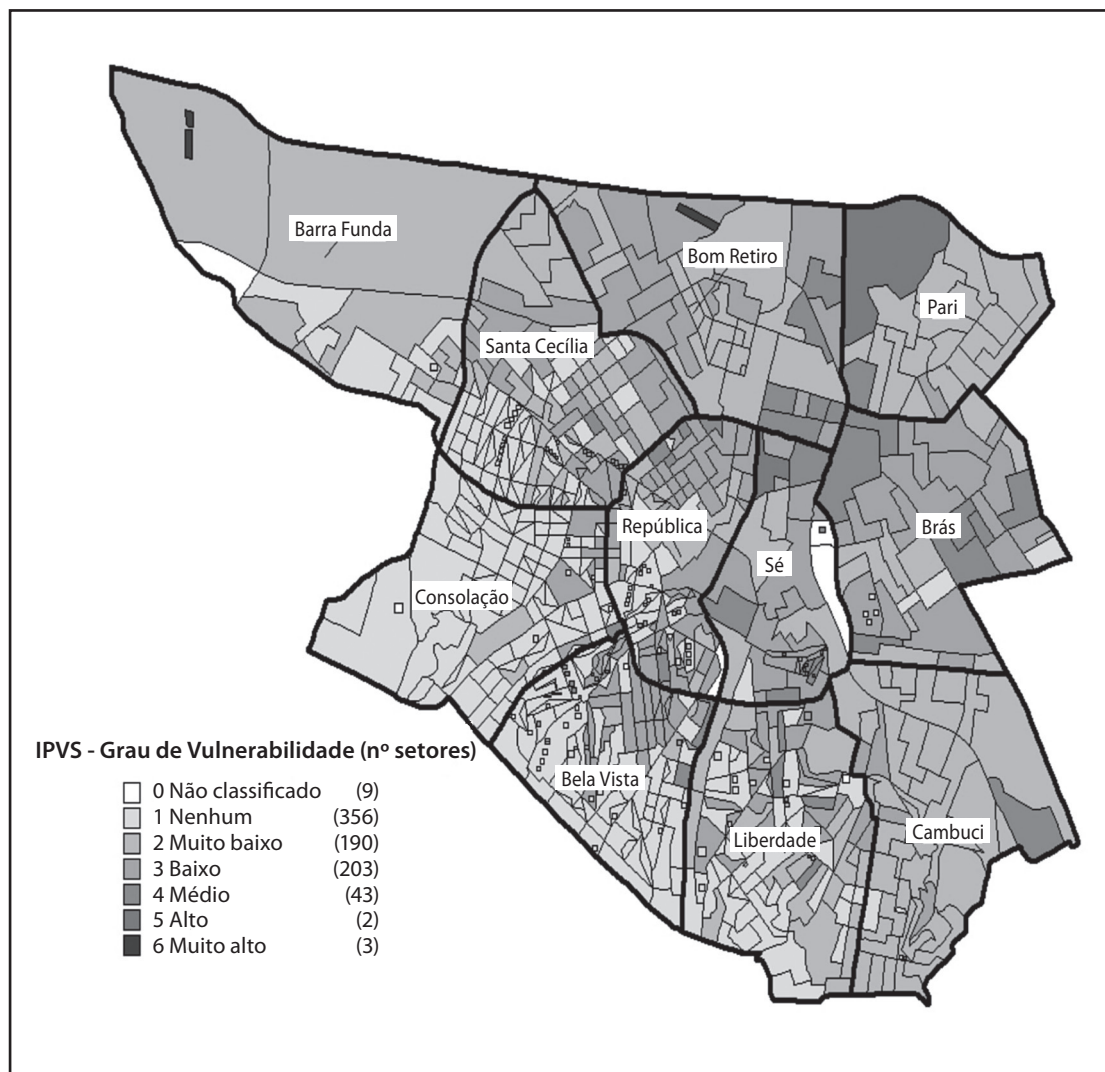
O INQUÉRITO DOMICILIAR NA ZONA CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO

Para analisar as desigualdades sociais e sua repercussão sobre a saúde e o acesso a serviços de saúde na zona central da cidade de São Paulo, um inquérito domiciliar foi realizado visando identificar a distribuição de determinantes sociais e o estado de saúde em quatro grupos de moradores com distintos graus de vulnerabilidade social. Ao invés de utilizar a divisão administrativa em distritos, optou-se pela estratificação dos setores censitários segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social desenvolvido pela Fundação Seade (2010).

Esse índice é construído a partir da composição de variáveis socioeconômicas e demográficas que permitem a estratificação dos setores censitários em seis diferentes grupos, desde aqueles com baixíssima vulnerabilidade social até aqueles com vulnerabilidade social muito alta. A Figura 1 mostra a classificação dos setores censitários da zona central nos seis grupos de vulnerabilidade social.

FIGURA 1

Setores censitários da zona central por grupos de vulnerabilidade social



Para contrastar diferentes situações sociais optou-se por incluir no inquérito 500 indivíduos residentes nos setores censitários com baixíssima vulnerabilidade social e 500 indivíduos residentes em setores censitários com vulnerabilidade social média, alta ou muito alta (grupos 4 a 6). O terceiro grupo foi constituído por uma amostra de 250 imigrantes bolivianos vivendo na zona central e arrolados pelo Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Prof. Alexandre Vranjac. O quarto grupo foi constituído por uma amostra de 250 pessoas vivendo em situação de rua, que se encontravam albergadas em três instituições sediadas na zona central da cidade.

MORADORES REGULARES EM SETORES CENSITÁRIOS COM VULNERABILIDADE SOCIAL MÉDIA A MUITO ALTA: A POBREZA URBANA

Essa amostra dos moradores nos setores censitários com vulnerabilidade social pode ser tomada como representativa das camadas urbanas pobres residindo em áreas metropolitanas. Sua vulnerabilidade decorre principalmente da situação de pobreza em que vivem e das limita-

TABELA 1

Características sociodemográficas dos residentes com e sem vulnerabilidade social – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)

Características	Vulnerabilidade	
	SEM	COM
Idade		
<30 anos	20,9	30,2
30-59 anos	49,1	56,5
60 anos e mais	30,0	13,3
Sexo		
Masculino	46,0	42,9
Feminino	54,0	57,1
Cor		
Branca	82,3	45,9
Parda	3,5	12,3
Preta	10,4	38,8
Outras	3,7	3,0
Escolaridade		
Básico incompleto	5,6	26,3
Básico completo	6,8	19,7
Médio incompleto	7,2	19,5
Médio completo	33,9	29,2
Superior	46,5	5,3
Situação conjugal		
Nunca foi casado	35,0	33,3
Atualmente casado	27,6	19,9
Vive com companheiro	7,5	19,5
Separado/divorciado	17,5	21,4
Viúvo	12,4	6,0
Ocupação		
Assalariado formal	56,6	43,8
Assalariado informal	7,6	20,6
Autônomo com negócio	13,8	7,5
Autônomo sem negócio	12,4	27,5
Empregador com até 5 empregados	4,8	0,3
Empregador com mais de 5 empregados	4,8	0,3
Desempregado	3,0	12,5
Renda mensal		
Até ½ SM	0,7	2,2
½-1 SM	1,0	10,2
1-2 SM	3,4	33,6
2-3 SM	10,2	23,7
3-5 SM	18,8	19,6
5-10 SM	29,8	8,3
10-20 SM	29,6	2,0
> 20 SM	9,5	0,4

ções que essa situação impõe a outras dimensões da inserção social (Mercado et al., 2007).

Todos os indicadores de estratificação social mostram a precariedade da situação do grupo com vulnerabilidade social, que é mais jovem, apresenta maior proporção de pretos e pardos, tem menor nível de escolaridade, menor renda mensal, inserção precária no mercado de trabalho e maior taxa de desemprego.

A percepção de discriminação também foi maior nesse grupo. A prevalência estimada foi de 12,4% a 18,6%, enquanto no grupo não vulnerável os valores estimados foram de 6,2% a 11,8%. Os motivos para sentir-se discriminado foram semelhantes em relação a idade, orientação sexual, religião, nacionalidade, incapacidade física e língua. Apenas três motivos foram mais frequentes no grupo vulnerável: raça/cor (8,4% versus 3,7%), classe social (4,5% versus 1,8%) e gênero (6,5% versus 0%).

A rede de suporte social também é menor para os indivíduos no grupo vulnerável, havendo o dobro de indivíduos que referiram contar com pouca ou nenhuma ajuda para a realização de tarefas

domésticas, em caso de doença e no cuidado com crianças ou idosos.

A avaliação das condições do local de residência (iluminação, ruído, poluição ambiental, limpeza pública, espaços de lazer e riscos para pedestres ou ciclistas, sensação de insegurança e medo de assalto) revelou insatisfação dez vezes maior entre os indivíduos do grupo vulnerável (18,4% versus 1,4%).

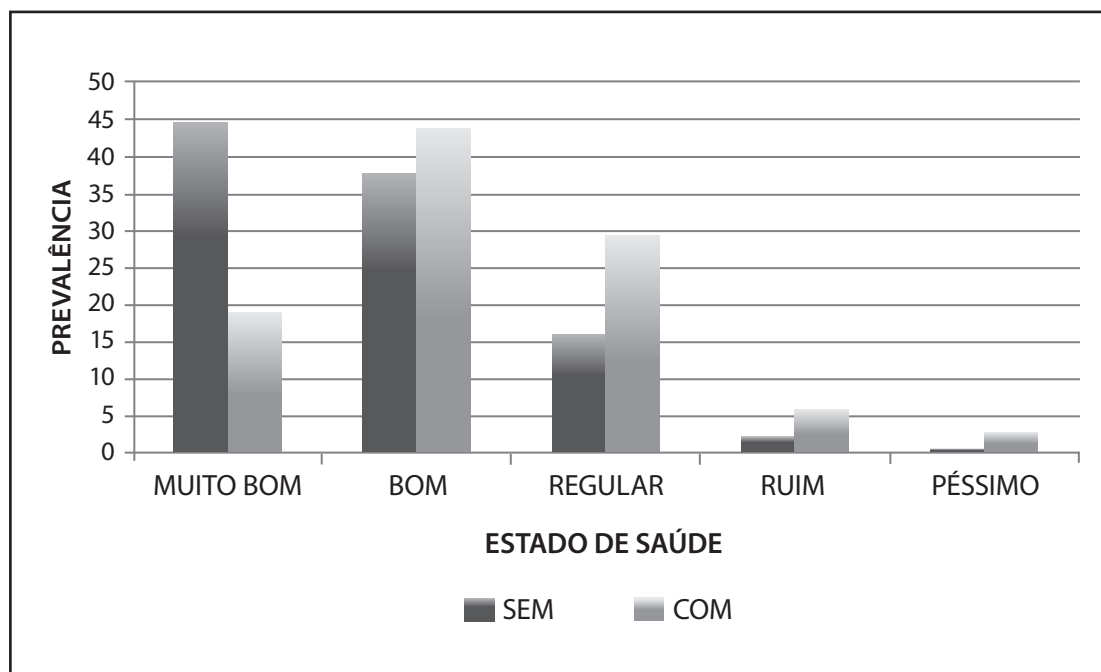
Esse conjunto de determinantes de estratificação social e condições materiais de vida tem reflexo na autopercepção do estado de saúde e no relato de limitações nas atividades cotidianas, psiquismo, dor crônica e problemas emocionais (Lawrence, 2012).

Embora em ambos os grupos predomine estado de saúde bom ou muito bom, o grupo com vulnerabilidade social refere mais estados de saúde regular, ruim e péssimo em comparação com o grupo sem vulnerabilidade (37,6% versus 17,9%), refletindo assim suas piores condições de vida e sua precária inserção social.

A maior parte dos indivíduos que percebem sua saúde como boa ou muito boa faz parte do grupo sem vulnerabilidade social. Entre aqueles que

GRÁFICO 2

Autopercepção do estado de saúde nos grupos com e sem vulnerabilidade social – zona central da cidade de São Paulo, 2008



declaram saúde regular, ruim ou péssima não há diferenças significantes, exceto para a prevalência de problemas emocionais.

A prevalência de relatos de violência ao longo da vida foi alta nos grupos sem e com vulnerabilidade social, entretanto, no grupo vulnerável houve maior frequência de violência por parceiro íntimo e maior violência física e sexual por outras pessoas que não o parceiro. O consumo de álcool também foi semelhante nos dois grupos, mas a dependência do álcool é maior no grupo vulnerável, assim como o tabagismo. O uso de drogas ilícitas é semelhante nos dois grupos, com predomínio do uso de maconha e anfetaminas.

O grupo com maior vulnerabilidade social, decorrente de sua pior inserção social e locali-

zação nos estratos mais baixos de renda, escolaridade e ocupação, apresenta pior estado de saúde evidenciado pela percepção do estado de saúde e por avaliações do componente físico e psíquico da saúde, maior exposição a episódios de violência e discriminação, bem como maior frequência de comportamentos de risco, tais como consumo abusivo de álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

MIGRANTES BOLIVIANOS

Os migrantes recentes constituem um grupo particularmente vulnerável em função da precária inserção que apresentam na sociedade para a

TABELA 2

Repercussões na saúde dos grupos com e sem vulnerabilidade social segundo a autopercepção do estado de saúde – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)

Saúde	Saúde boa ou muito boa		Saúde regular, ruim ou péssima	
	Não vulnerável	Vulnerável	Não vulnerável	Vulnerável
Limitação das atividades cotidianas				
Nenhuma	84,0	69,7	23,7	30,0
Pouca	13,4	22,8	31,6	28,1
Moderada	1,1	3,7	13,2	6,5
Intensa	1,4	3,7	25,0	25,9
Muito intensa	0,0	0,0	6,6	9,2
Psiquismo				
Bem todo o tempo	12,5	12,9	5,4	3,7
Bem a maior parte do tempo	78,5	71,5	59,5	48,7
Bem uma pequena parte do tempo	9,1	15,6	33,8	46,5
Nunca está bem	0,0	0,0	1,4	1,1
Dor				
Sem dor	85,8	68,4	35,1	38,6
Levemente incapacitante	7,9	15,8	24,7	15,9
Moderadamente incapacitante	3,1	7,7	19,5	16,4
Intensamente incapacitante	3,1	8,1	20,8	29,1
Problemas emocionais				
Incapacitante	4,0	8,1	20,8	35,6
Não incapacitante	96,0	91,9	79,2	64,6

TABELA 3

Características sociodemográficas dos residentes em setores censitários com vulnerabilidade social e migrantes bolivianos – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)

Características	Migrantes	Vulneráveis
Idade		
<30 anos	49,1	30,2
30-59 anos	50,4	56,5
60 anos e mais	0,5	13,3
Sexo		
Masculino	52,5	42,9
Feminino	47,5	57,1
Cor		
Branca	11,6	45,9
Parda	65,2	12,3
Preta	0,6	38,8
Indígena/amarela	22,6	3,0
Escolaridade		
Básico	18,8	46,0
Médio	66,6	48,7
Superior	3,7	5,3
Situação conjugal		
Nunca foi casado	28,4	33,3
Atualmente casado	38,9	19,9
Vive com companheiro	29,5	19,5
Separado/divorciado	2,1	21,4
Viúvo	1,1	6,0
Ocupação		
Assalariado formal	4,5	43,8
Assalariado informal	25,5	20,6
Autônomo com negócio	12,7	7,5
Autônomo sem negócio	53,5	27,5
Empregador com até 5 empregados	2,5	0,3
Empregador com mais de 5 empregados	1,5	0,3
Desempregado	2,7	12,5
Renda mensal		
Até ½ SM	1,2	2,2
½-1 SM	12,0	10,2
1-2 SM	41,0	33,6
2-3 SM	22,3	23,7
3-10 SM	23,5	27,9
> 10 SM	0,0	2,4

qual migram. Da amostra estudada no inquérito, 48% eram migrantes recentes (menos de cinco anos em São Paulo).

Esse grupo era constituído por indivíduos mais jovens do que a população da zona central, do sexo masculino, de ascendência indígena ou mestiços (82%), com escolaridade média e renda mensal baixa. A escolaridade é superior à do grupo de residentes vulneráveis, e a renda é menor, sugerindo o processo de exploração a que esses indivíduos são submetidos. Desses migrantes, 28% eram “indocumentados”, estando em situação irregular no país, mas os demais possuíam documentos regulares. A situação de trabalho era precária, com 26% dos trabalhadores em empregos informais e 54% autônomos sem negócio. Os trabalhadores formais não somam 5% da amostra.

A percepção de discriminação nesse grupo foi estimada entre 17,3% e 30%, e o motivo principal foi a nacionalidade ou a língua falada (88%). Embora a maioria considere satisfatórias as condições do local de moradia, a sensação de insegurança e

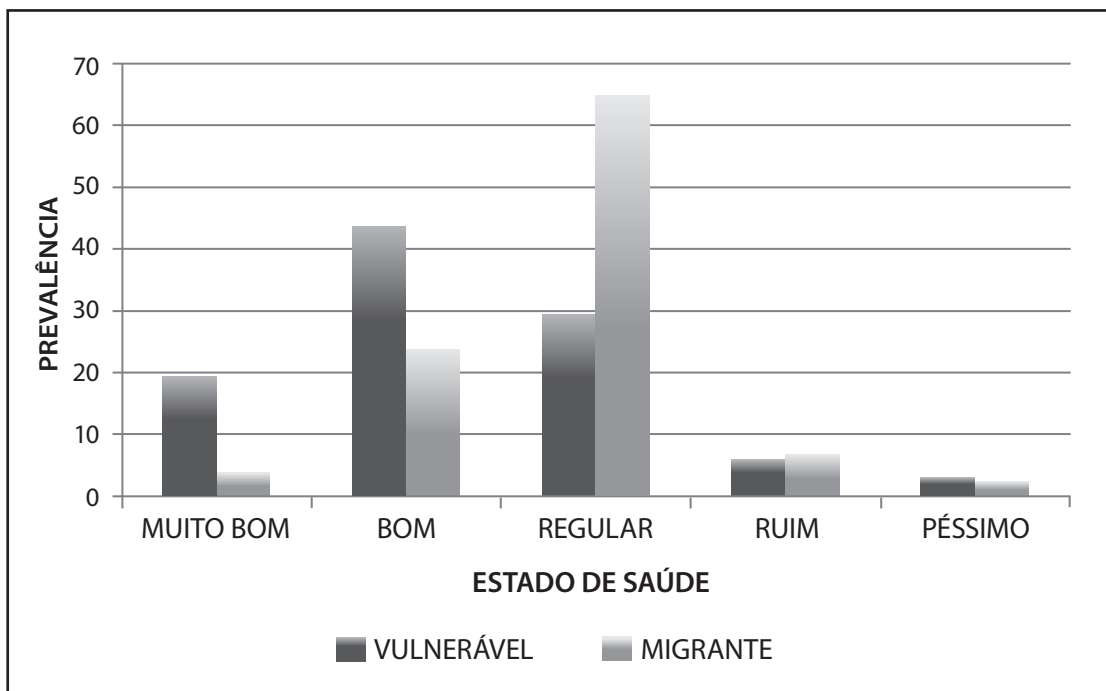
o medo de assaltos foram bastante altos. A rede de suporte social foi menor do que a referida pelos grupos sem vulnerabilidade, mas não inferior àquela referida pelos pobres, não imigrantes, já residentes na cidade. Esse fato parece estar relacionado ao padrão de migração desse grupo, no qual os motivos econômicos são os principais determinantes da migração, havendo alguma ligação ou conhecimento social entre os migrantes recentes e grupos que os antecederam na migração.

Todas as desvantagens expressas nessa inserção social precária têm reflexos na situação de saúde do grupo. A autopercepção de saúde mostra-se mais precária, inclusive quando comparada à do grupo de moradores vulneráveis. Ainda que questões culturais possam afetar a autopercepção do estado de saúde, chama a atenção o fato de 65% dos migrantes classificarem sua saúde como regular.

Entre os migrantes que classificaram sua saúde como boa ou muito boa, há tendência a um relato de situações piores para diversos componentes. A mesma tendência se observa para aqueles que classificaram seu estado de saúde como regular,

GRÁFICO 3

Autopercepção do estado de saúde nos grupos com vulnerabilidade social e migrantes bolivianos – zona central da cidade de São Paulo, 2008



ruim e péssimo, com exceção da questão sobre dor crônica. Embora a situação seja bastante parecida com a observada para os grupos vulneráveis, esse deslocamento relativo para as ponderações de pior estado de saúde é coerente com a apreciação geral de saúde regular nesse grupo.

A prevalência de episódios de violência ao longo da vida foi menor no grupo de migrantes (28%), mas a violência por parceiro íntimo foi a mais alta (44%). Os relatos de violência física ou sexual por outras pessoas que não o parceiro foram semelhantes aos observados para o grupo de moradores com vulnerabilidade social.

O consumo e a dependência de álcool também foram semelhantes aos do grupo vulnerável, embora o tabagismo tenha sido menor entre os migrantes

(7%). O uso de drogas ilícitas relatado foi cinco vezes menor do que aquele referido pelo grupo vulnerável, exceto para anfetaminas, em que a prevalência foi a metade da observada naquele grupo. É difícil avaliar se as respostas correspondem ao comportamento dos migrantes ou se sua situação já vulnerável influenciou na veracidade das respostas, uma vez que todos têm conhecimento de que o consumo de drogas é criminalizado no país.

O grupo de migrantes bolivianos, especialmente os recentes, por sua precária inserção na sociedade brasileira, ainda que pertença a um estrato relativamente mais educado, está incluído nos estratos mais baixos de renda e ocupação, fato que repercute em seu estado de saúde, seja na autopercepção, seja nos componentes de saúde física ou

TABELA 4

Repercussões na saúde dos grupos com vulnerabilidade social e migrantes bolivianos segundo a autopercepção do estado de saúde – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)

Saúde	Saúde boa ou muito boa		Saúde regular, ruim ou péssima	
	Migrante	Vulnerável	Migrante	Vulnerável
Limitação das atividades cotidianas				
Nenhuma	66,7	69,7	36,5	30,0
Pouca	13,3	22,8	17,5	28,1
Moderada	4,4	3,7	20,6	6,5
Intensa	6,7	3,7	8,7	25,9
Muito intensa	8,9	0,0	16,7	9,2
Psiquismo				
Bem todo o tempo	20,0	12,9	13,5	3,7
Bem a maior parte do tempo	55,6	71,5	34,1	48,7
Bem uma pequena parte do tempo	20,0	15,6	39,7	46,5
Nunca está bem	4,4	0,0	12,7	1,1
Dor				
Sem dor	62,5	68,4	37,4	38,6
Levemente incapacitante	31,3	15,8	32,8	15,9
Moderadamente incapacitante	2,1	7,7	17,6	16,4
Intensamente incapacitante	4,2	8,1	12,2	29,1
Problemas emocionais				
Incapacitante	25,0	8,1	48,9	35,6
Não incapacitante	75,0	91,9	51,1	64,6

mental (Martinez et al., 2012). Eles estão expostos a experiências de discriminação, violência e exploração tanto quanto os pobres urbanos, com o agravante de serem estrangeiros, falarem outro idioma e terem valores culturais muito distintos. Os comportamentos de risco foram menos relatados, exceto para o consumo de álcool.

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

O terceiro grupo vulnerável incluído no inquérito foi constituído por pessoas em situação de rua, albergados em instituições da zona central da cidade de São Paulo. Esse é o grupo mais

TABELA 5

Características sociodemográficas dos residentes com vulnerabilidade social, migrantes bolivianos e pessoas em situação de rua – zona central da cidade de São Paulo, 2008 (em %)

Características	Migrantes	Vulneráveis	Pessoas em situação de rua
Idade			
<30 anos	49,1	30,2	11,2
30-59 anos	50,4	56,5	74,9
60 anos e mais	0,5	13,3	13,1
Sexo			
Masculino	52,5	42,9	68,1
Feminino	47,5	57,1	31,1
Cor			
Branca	11,6	45,9	36,3
Parda	65,2	12,3	44,0
Preta	0,6	38,8	16,1
Indígena/amarela	22,6	3,0	3,6
Escolaridade			
Básico	18,8	46,0	51,2
Médio	66,6	48,7	35,6
Superior	3,7	5,3	3,2
Situação conjugal			
Nunca foi casado	28,4	33,3	52,6
Atualmente casado	38,9	19,9	4,8
Vive com companheiro	29,5	19,5	5,2
Separado/divorciado	2,1	21,4	29,5
Viúvo	1,1	6,0	8,0
Renda mensal			
Até ½ SM	1,2	2,2	64,8
½-1 SM	12,0	10,2	26,1
1-2 SM	41,0	33,6	6,4
2-3 SM	22,3	23,7	1,6
3-10 SM	23,5	27,9	1,1
> 10 SM	0,0	2,4	0,0

marginalizado nos grandes centros urbanos (Barata et al., 2015).

O grupo dos indivíduos em situação de rua é constituído por adultos do sexo masculino, pardos ou brancos, com escolaridade básica completa ou incompleta, solteiros, separados, divorciados ou viúvos, com renda mensal inferior a 1/2 salário mínimo, obtida através de atividades informais ou mendicância. Entretanto, 12% dos entrevistados referiram ter trabalho, dos quais 3% em empregos formais, mas, dada a situação financeira, recorriam aos albergues como moradia durante a semana de trabalho.

As condições financeiras precárias foram apontadas por 63% dos indivíduos como o principal motivo para estarem vivendo nas ruas. Em seguida foram mencionadas a ausência de família ou desavenças com ela. Cerca de 1/3 deles estava há menos de um ano vivendo na rua, 1/3 entre um e cinco anos e 1/3 há mais de cinco anos.

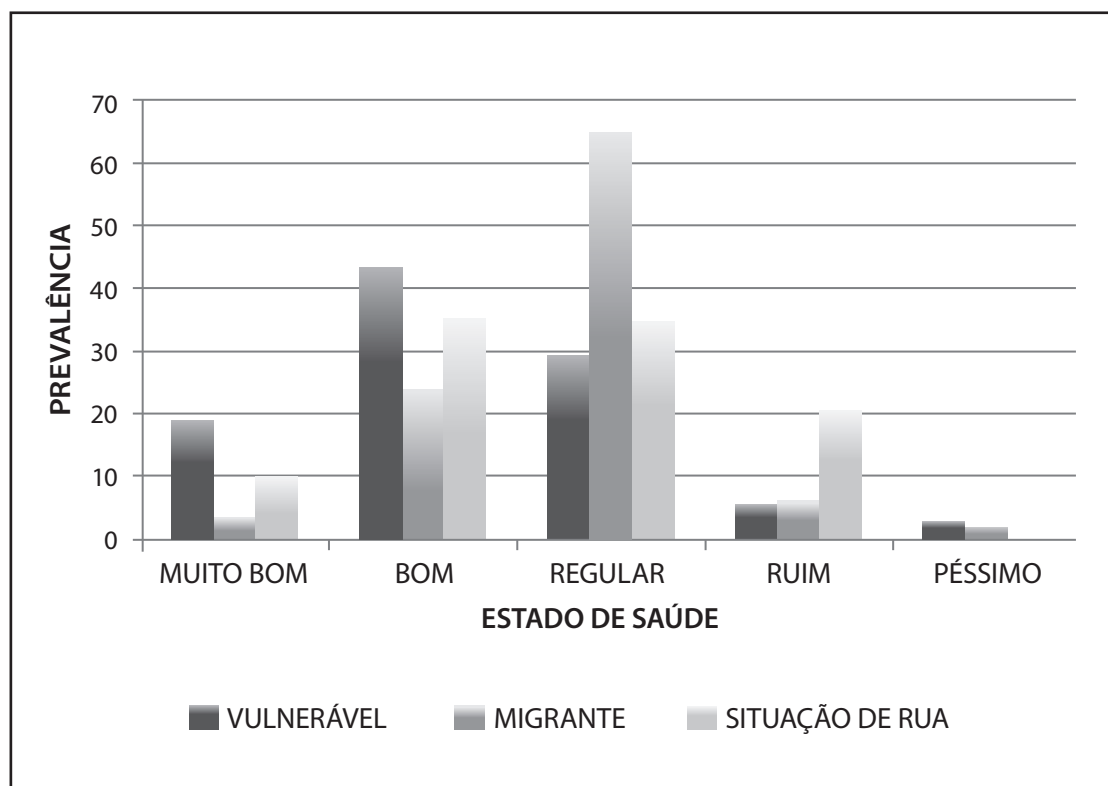
Entre esse grupo foi observada a maior percepção de discriminação, com 85% deles relatando experiência de ser discriminado por viver na rua, por questões de higiene pessoal, incapacidade física ou mental, cor ou orientação sexual.

Cerca de 2/3 deles não mantêm nenhum tipo de vínculo com familiares e dependem das instituições públicas ou sociais para solucionar problemas. Apenas 11% referiram poder contar com o apoio de familiares em caso de necessidade. O sentimento de insegurança e medo é alto entre esse grupo, refletindo a situação de desamparo em que se encontram.

Esse é o grupo que apresenta a pior percepção do estado de saúde, com a maior proporção de classificações no estado ruim. No entanto, cerca de 45% classificaram sua saúde como boa ou muito boa, superando a proporção declarada pelos migrantes. Esses resultados estão relacionados com a própria composição da amostra estudada, na qual cerca de 1/3 dos indivíduos

GRÁFICO 4

Autopercepção do estado de saúde nos grupos com vulnerabilidade social, migrantes bolivianos e pessoas em situação de rua – zona central da cidade de São Paulo, 2008



estava havia menos de um ano em situação de rua. O fato de a amostra conter três diferentes coortes, em termos do tempo na situação de rua, certamente produziu esse quadro misto.

A prevalência de episódios de violência ao longo da vida foi a mais alta, atingindo 47% dos indivíduos. Embora menor proporção tenha referido consumo de álcool, a prevalência de dependência foi semelhante àquela observada entre os outros dois grupos vulneráveis, correspondendo ao dobro da referida pelo grupo sem vulnerabilidade social.

O tabagismo foi referido por 57% dos entrevistados, sendo superior aos valores relatados pelos outros grupos. O consumo de drogas ilícitas também foi muito alto em comparação com os outros dois grupos. O consumo na vida e nos últimos seis meses foi alto para todas as drogas pesquisadas: maconha, cocaína, crack e anfetaminas.

O estado de saúde, a exposição à violência e os comportamentos de risco são a consequência imediata da precariedade e da vulnerabilidade desse grupo, bem como do processo de exclusão social a que está submetido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O centro das grandes metrópoles está sofrendo modificações rápidas em função do processo intenso de urbanização com deslocamentos populacionais nacionais e internacionais para essas áreas, adensamento e multiplicação de condições precárias e acúmulo de efeitos nocivos ao ambiente. Esses processos de urbanização rápida e desordenada vêm acompanhados de precarie-

dade na infraestrutura urbana e de deterioração das condições de ocupação dos espaços mais centrais. Dadas as dificuldades relacionadas ao transporte urbano, muitos grupos vulneráveis acabam se instalando em condições habitacionais precárias nas áreas mais próximas à oferta de trabalho e de serviços em geral.

Mudanças na composição da população urbana, em termos de fluxos migratórios, envelhecimento, declínio da fecundidade e urbanização, têm profundos impactos sobre a saúde, do mesmo modo que as condições ambientais relacionadas a abastecimento de água, rede de esgoto, limpeza urbana, poluição atmosférica e sonora, condições de moradia e espaços públicos de deslocamento e lazer. As dificuldades impostas pela própria estrutura urbana tornam as relações pessoais, as práticas associativas e as relações de confiança mais difíceis, enfraquecendo os vínculos e as redes de suporte social familiar ou extrafamiliar. Por outro lado, as grandes cidades e as metrópoles em particular oferecem mais oportunidades em termos de mercado de trabalho, acesso a escolas, rede de serviços de saúde, entre outros.

São Paulo apresenta toda essa complexidade na qual grupos com diferentes graus de vulnerabilidade compartilham a zona central, em espaços socialmente segregados, em que convivem lado a lado a abundância e a privação das condições mais básicas de sobrevivência. Evidentemente, tal contexto socioeconômico repercute nos estados de saúde desses grupos, gerando um perfil epidemiológico complexo no qual estão presentes as doenças crônicas, os problemas de saúde mental, os efeitos da violência urbana e os hábitos de vida pouco saudáveis.

BIBLIOGRAFIA

- BARATA, R. B. et al. "Grupo do Projeto de Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Desigualdade Social em Saúde na População em Situação de Rua na Cidade de São Paulo", in *Saúde & Sociedade*, 24(Supl1), 2015, pp. 219-32.
- BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CASSANTI, A. C. "Grupo do Projeto Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Social Vulnerability and Health Status: a Household Survey in the Central Area of a Brazilian Metropolis", in *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Sup2), 2011, pp. S164-S175.
- BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. B. "A Metrópole Paulista e a Saúde", in *São Paulo em Perspectiva*, 15(1), 2001, pp. 112-20.
- CARVALHO, I. M. M.; PASTERNAK, S.; BÓGUS, L. M. "Transformações Metropolitanas: São Paulo e Salvador", in *Caderno CRH*, 23(59), 2010, pp. 301-21.
- FUNDAÇÃO SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, 2010. Disponível em: <http://www.indices-ilk.al.sp.gov.br>.
- _____. Informações dos Municípios Paulistas. Perfil Municipal. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br>. Acesso em: novembro de 2015.
- GROSTEIN, M. "Metrópole e Expansão Urbana: a Persistência de Processos Insustentáveis", in *São Paulo em Perspectiva*, 15(1), 2001, pp. 13-9.
- IGLECIAS, W. "Impactos da Mundialização sobre uma Metrópole Periférica", in *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(50), 2002, pp. 47-180.
- LAWRENCE, R. J. "Urban Health Challenges in Europe", in *Journal of Urban Health*, 90 (Supl1), 2012, pp. S23-S36.
- MARQUES, E.; REQUENA, C. "O Centro Voltou a Crescer?", in *Novos Estudos*, 95, 2013, pp. 17-36.
- MARTINEZ, V. et al. "Equity in Health: Tuberculosis in the Bolivian Immigrant Community of São Paulo, Brazil", in *Tropical Medicine and International Health*, 17(11), 2012, pp. 1.417-24.
- MERCADO, S. et al. "Urban Poverty: an Urgent Public Health Issue", in *Journal of Urban Health*, 84(1), 2007, pp. i7-i15.
- PREFEITURA do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e Núcleo de Pesquisas em Ciências Sociais da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo, 2011.
- VILLAÇA, F. "São Paulo: Segregação Urbana e Desigualdade", in *Estudos Avançados*, 25(71), 2011, pp. 37-58.
- WHO – World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva, 2007.
- WHO. Centre for Health Development. *Megacities and Urban Health*. Geneva, 2009.