

RISCOS POTENCIAIS DE SAÚDE: ANÁLISE DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS DE ITAJAÍ/SC¹

POTENTIAL HEALTH RISKS: ANALYSIS OF SOCIAL EXCLUSION AND INCLUSION OF FAMILIES IN ITAJAI/SC

RIESGOS POTENCIALES DE SALUD: ANÁLISIS DE EXCLUSIÓN Y INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS FAMILIAS DE ITAJAI/SC

*Elisete Navas Sanches Próspero², Heloísa Machado³, Henri Stuker⁴, Ingrid Elsen⁵,
Márcio Vieira Ângelo⁶, Yolanda Flores e Silva⁷*

¹ Pesquisa selecionada pela Fundação de Ciência e Tecnologia (FUNCITEC), em edital público no final do ano de 2003.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

³ Mestre em Enfermagem. Chefe da Seção de Programas e Ações Integradas do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI.

⁴ Doutor em Engenharia de Produção. Docente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

⁵ Doutora em Enfermagem pela University of Califórnia. Docente do Mestrado em Saúde da UNIVALI.

⁶ Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

⁷ Doutora em Enfermagem pela UFSC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Família. Indicadores de saúde.

RESUMO: Com o objetivo de mapear geograficamente o comportamento das variáveis referentes aos riscos potenciais de saúde e selecionar locais de riscos que se encontram na área de atuação da Universidade do Vale do Itajaí, realizou-se um estudo transversal, na zona urbana do Município de Itajaí, utilizando-se de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Considerando as seis áreas de ponderação urbana do município observou-se, por meio da análise discriminante, a formação de três grupos de diferentes extratos sociais. A oferta de serviços públicos e as condições sócio-econômicas foram as principais variáveis que influenciaram na determinação de prováveis áreas de exclusão social. Acreditamos ser fundamental que intervenções realizadas a comunidade sejam embasadas em estudos epidemiológicos, visando detectar os segmentos que devem merecer atenção das políticas públicas de saúde.

KEYWORDS: Violence. Family. Health status indicators.

ABSTRACT: With the objective of geographically mapping the behavior of potential health risk variables and selecting the risk areas found in the region covered by the University of Vale do Itajaí, a transversal study was carried out in the urban zone of the Municipality of Itajaí, using data provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Considering the six activity areas of the municipality and using discriminating analysis, it was possible to observe the formation of three groups from different social classes. Public services offer and socioeconomic conditions were the principal variables influencing the creation of areas likely to reflect social exclusion. We believe that it is fundamental that the interventions carried out in the communities be based on epidemiological studies aiming at detecting the sectors that deserve attention in public health policies.

PALABRAS CLAVE: Salud pública. Población rural. Historia.

RESUMEN: Con el objetivo de trazar el mapa geográfico del comportamiento de las variables seleccionadas con relación a los riesgos potenciales de salud y de seleccionar las áreas de riesgos que se encuentran en el campo de actuación de la Universidade do Vale do Itajaí, se realizó un estudio transversal en la zona urbana de municipalidad de Itajaí, con la utilización de los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Al considerarse las seis áreas de ponderación, se observó, la formación de tres grupos de diferentes extractos sociales en el municipio. La oferta de servicios públicos y las condiciones sociales y económicas fueron las principales variables que influenciaron la determinación de probables áreas de exclusión social. Creemos que sea fundamental que las intervenciones realizadas en la comunidad sean orientadas en estudios epidemiológicos, con la intención de detectar los segmentos que merecen atención de las políticas públicas de salud.

Endereço: Elisete Navas Sanches Próspero
R. São Paulo, 223
88.303-330 – Fúza Lima, Itajaí, SC.
E-mail: enavas@univali.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 05 de agosto de 2005
Aprovação final: 01 de dezembro de 2005

INTRODUÇÃO

A família como objeto de pesquisa e foco de atenção dos profissionais da saúde tem sido objeto de muitas investigações nos últimos anos, principalmente após a implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família/PSF em grande parte do território nacional.

Mesmo que o PSF até o momento histórico atual, de início de século, não consiga ainda gerenciar suas ações numa perspectiva que envolva a família e não apenas a pessoa isoladamente, existe um esforço dos profissionais comprometidos com uma saúde mais integral e cidadã de investir em estudos sobre a família, observando suas características e singularidades. Para tanto, estes vêm fazendo um investimento crescente em conhecimentos que envolvem várias questões, de natureza teórico-metodológicas, éticas e sociais, pois trabalhar com a família significa assistir e cuidar das situações de vários sujeitos que fazem parte de um grupo social com características próprias e bastante específicas.

Partindo da premissa de que investigar os atores sociais que compõem a família é importante e que muito pouco tem sido realizado neste sentido no estado de Santa Catarina - uma vez que os pesquisadores ainda concentram suas expectativas de pesquisa em pessoas, doenças, procedimentos de assistência, entre outras possibilidades de natureza "individual" e não coletiva - é que um grupo de pesquisadores da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) elaborou uma pesquisa sobre "riscos potenciais à saúde" com famílias de Itajaí/SC.

Neste sentido, este artigo contempla os resultados preliminares desta pesquisa que está sendo realizada no Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI em parceria com a Fundação de Ciência e Tecnologia do Estado de Santa Catarina (FUNCITEC).

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Os referenciais selecionados como base para nosso estudo ainda possuem uma penetração limitada quando se pretende contextualizar famílias e saúde, os trabalhos apresentados em periódicos de Saúde Pública e Saúde Coletiva do Brasil e do exterior trazem reflexões em torno dos graves problemas de saúde que estão associadas às temáticas dedicadas ao meio ambiente, desastres naturais e estruturais no mundo, as discussões sobre riscos quase sempre estão associadas ao conceito de vulnerabilidades.¹ A limitação destes referenciais teóricos e metodológicos reflete a nossa

inexperiência em discutir o processo saúde e doença em uma perspectiva mais abrangente e integral. Talvez isto explique a relativa omissão de nossas pesquisas sobre a saúde das populações com os temas que relacionem as doenças aos contextos ambientais poluídos, envenenamento de alimentos por agrotóxicos, liberação de manipulação de produtos químicos nas lavagens sem testes conclusivos sobre riscos à vida humana, desemprego, solidão e imigração, por exemplo.

Estudos científicos a que temos acesso discutem muito pouco sobre a globalização mundial e a sua interdependência com os agravamentos da saúde humana em função dos riscos que passamos a conviver diariamente, por causa da negação de oportunidades e opções básicas para o desenvolvimento humano e uma vida criativa decente. Para alguns pesquisadores, a globalização reflete possibilidades positivas para as nações em função do crescimento global que proporciona em termos de economia e geração de empregos. Entretanto, raramente, com algumas exceções, nos deparamos com uma reflexão mais crítica a respeito dos desníveis sociais criados e da manipulação de divisas econômicas, de modo que o custo de vida aumente e, conseqüentemente, a pobreza e as violências estruturais advindas das desigualdades sociais. Não que queiramos voltar a discussão sobre velhos argumentos que desprezam o capital econômico,² mas cremos que não é mais possível negar que os riscos potenciais à saúde ou qualquer outro nome que se queira dar as vulnerabilidades que o ser humano vivencia, estejam estreitamente relacionados ao que nos rodeia: terra, água, matas, pessoas e cultura material e imaterial.

Enfim, as ciências da saúde, que invocam constantemente mudanças paradigmáticas, não podem continuar a estabelecer como pano de fundo para suas pesquisas o modelo fiscalista das ciências naturais, cujas propostas de vigilância e promoção à saúde apontam para estratégias e práticas isoladas de atendimento as pessoas sem contextualizá-las em seu universo sócio-cultural familiar recheado de conhecimentos sobre os riscos e vulnerabilidades, segundo a sua própria perspectiva. O que não significa dizer que teremos conceitos e crenças simples com explicações absurdas e incoerentes. Nada é simples, absurdo ou incoerente, visto que as culturas humanas são complexas, com atitudes e *habitus* conscientes e não conscientes, com intencionalidade, representações simbólicas e moralidade.³ Portanto, cabe a nós aprender e nos reeducar no conhecimento popular e unir este referencial ao nosso próprio conhecimento.

Com relação ao tratamento das questões acima, estas trocas de conhecimento sobre riscos vêm se realizando em um modelo de discussão alternativo de caráter preventivo, denominado pelos seus autores de ecossocial. Este modelo tenta incorporar uma visão mais holística acerca das complexidades que caracterizam a saúde das populações e famílias, tendo como referências os movimentos e correntes intelectuais sobre a saúde dos ecossistemas, a justiça ambiental, a determinação social e a saúde para todos.⁴

Um dos aspectos básicos do modelo ecossocial é o reconhecimento das escalas espaciais e temporais envolvidas nos problemas de saúde das populações, bem como na defesa de análises integradas dos problemas de saúde, tais como a avaliação de riscos e vulnerabilidades com a associação de dados epidemiológicos e culturais, observando a natureza sistêmica que envolve o diagnóstico e a resolução dos riscos.

Uma das primeiras abordagens apresentadas no Brasil sobre este modelo em 2001 avaliava a necessidade de se superar modelos causais lineares usados pelos epidemiologistas e pesquisadores seguidores do modelo biomédico que utiliza a coleta de dados voltados para doenças e mortes como base para construção de modelos de assistência que ao invés de reduzir doenças podem gerar efeitos contrários aos esperados. Na discussão e bases do modelo ecossocial, os riscos e vulnerabilidades diagnosticados pela epidemiologia, devem servir de base para a construção de processos sociais decisórios que possibilitem resoluções adaptativas e criativas provenientes de pesquisadores e população/famílias assistidas, ou seja, numa perspectiva participativa.⁵

Finalmente, é importante acrescentar que neste modelo a idéia de risco se associa também ao conceito de vulnerabilidade, entretanto, os mesmos são analisados observando não apenas os aspectos sociais, econômicos e políticos mas também os relacionados aos riscos naturais físicos (terremotos, ciclones, inundações), biológicos (pandemias e epidemias), desastres tecnológicos (contaminações por agrotóxicos, incêndios, explosões radiativas e químicas) e eventos estruturais (mendicância, meninos de rua, prostituição infantil, turismo sexual, roubos, seqüestros, homicídios).⁶

Neste contexto, buscou-se estabelecer objetivos que focassem o estudo dos riscos potenciais de saúde possíveis de acontecer com as famílias de uma determinada área de Itajaí/SC, observando questões como o sentido de família reconhecido culturalmente naquela

localidade, bem como as violências estruturais que as excluam do universo social do município.

Com esta proposta, o estudo nasceu com um ideograma de família, em que a mesma é “avaliada” em seu mundo interior, com necessidades e respostas culturais relacionadas ao afeto, vínculo, compromisso, valor e crença; em suas relações sócio-culturais, focalizando as redes e suportes sociais, no nível das relações mais amplas, com direitos, e também compromissos perante a sociedade e o poder público. Assim, ainda que as famílias inseridas em nosso estudo sejam marginalizadas do ponto de vista social, elas não deixam de ser “famílias cidadãs”, formadoras de opiniões e de mudanças da sua própria história.

Desta forma, a pesquisa foi idealizada em três momentos bastante distintos: a análise de estudos epidemiológicos, com o objetivo de compreender alguns dados relacionados aos riscos e enfrentamentos da população com relação aos seus problemas de saúde; um estudo etnográfico crítico das famílias avaliando suas percepções de riscos no processo saúde e doença e comparando estes dados com a análise de riscos segundo os profissionais da saúde; e por fim um trabalho de discussão e sensibilização coletivo com as famílias e instituições governamentais e não governamentais de Itajaí, no sentido de criar uma metodologia de ação capaz de prevenir e gerenciar os riscos apontados pelas famílias e os riscos identificados pelos profissionais que atuam diretamente na região.

Ao concluirmos o primeiro momento desta pesquisa, mostramos o quanto é fundamental que as intervenções realizadas junto às famílias sejam norteadas por diagnósticos com base em estudos epidemiológicos com vistas a detectar os segmentos sociais com distintas situações de exclusão social.

Assim, os objetivos deste primeiro momento foram: a) mapear geograficamente o comportamento de variáveis selecionadas quanto aos riscos potenciais de saúde, utilizadas no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Itajaí/SC e b) selecionar as áreas de riscos que se encontram na área de atuação da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), com a finalidade de realizar o segundo e terceiro momento deste estudo, e por fim, organizar com as famílias residentes na área uma metodologia de ação que possa ampliar o poder de “voz”, de crítica e de reflexão sobre a situação de exclusão social em que se encontram no momento.

Em relação aos aspectos éticos, todas as etapas da pesquisa obedeceram às determinações da Resolu-

ção 196/96, sendo a mesma autorizada pelas instituições e pessoas envolvidas com a troca de informações e dinâmicas coletivas de obtenção dos dados relativos aos nossos objetivos e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALI.

PERCURSO METODOLÓGICO DA ETAPA UM DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal realizado na zona urbana do Município de Itajaí. Este município possui 147.494 habitantes, sendo que 141.054 habitam na zona urbana e 5.514 na zona rural, conforme o censo realizado em 2000 pelo IBGE e está localizado no Estado de Santa Catarina, na Região Sul do Brasil.⁷

Utilizando resultados dos micro-dados da amostra do censo demográfico de 2000 para o município de Itajaí, identificou-se, entre as variáveis domiciliares, as que mostravam diferenças significativas na sua distribuição entre as 07 áreas de ponderação utilizadas para o processo de amostragem pelo IBGE.⁷

Dos 4.249 domicílios amostrados, 98,4% (4.180) eram domicílios particulares permanentes, 1,4% (59) domicílios coletivos e 0,2% (10) domicílios improvisados. Tendo sido excluídos os domicílios coletivos, por não atenderem aos objetivos do estudo, foram considerados na análise 4.190, 98,6% da amostra.

Empregou-se o programa *EpiInfo* versão 3.2 (04/02/04), tendo sido selecionada a técnica do quiquadrado para mensuração da significância das diferenças, cujo valor máximo aceitável foi $p < 0,01$.

Posteriormente, para identificar as áreas de risco utilizou-se a análise discriminante tendo como variável de agrupamento as 6 zonas de agregação que foram reagrupadas, em função de sua semelhança, em 3 regiões, formando as variáveis dependentes. Como variáveis independentes foram utilizadas as 35 variáveis, selecionadas no teste do quiquadrado, que traduziram a situação socioeconômica das famílias.

A análise discriminante foi utilizada por ser uma técnica robusta de discriminação que tem como objetivo classificar observações,⁸ nesse estudo as famílias, em grupos mutuamente exclusivos: zonas de agregação. A técnica da análise discriminante define inicialmente os grupos e após classifica as observações em um desses grupos, dependendo de suas características individuais. É utilizada para realizar classificações em problemas onde a variável dependente é definida em termos qualitativos, como nesse estudo: zonas de agregação. A análise discriminante procura estimar a com-

inação linear das características individuais de cada família que melhor discrimina entre os grupos pré-estabelecidos de zonas de agregação. Permite considerar todas as características comuns às zonas de agregação relevantes simultaneamente, assim como a interação destas características.

DISCUSSÃO

Sabe-se que as condições de saúde de uma população são fortemente influenciadas pelo meio ambiente, principalmente no que se refere à adequação das moradias e do saneamento, existindo uma forte relação entre moradias precárias e/ou densamente ocupadas e as enfermidades respiratórias, ou entre a inexistência de água tratada e de rede de esgoto e parasitoses intestinais e doença diarreica.⁹

A análise discriminante revelou que as variáveis que podem influenciar na evolução dos indicadores de saúde no município de Itajaí (por ordem de discriminação) foram: número de cômodos na residência; existência de linha telefônica; ruas pavimentadas; abastecimento de água nas moradias; iluminação pública; existência de máquina de lavar roupas, canalização de água e escolaridade dos indivíduos das famílias e renda familiar.

Estes resultados são compatíveis com outros resultados de pesquisas que apontam em seus estudos a oferta de serviços de saneamento e de saúde, a renda familiar e a escolaridade do responsável pelo domicílio como fatores fundamentais que interferem na qualidade de vida das pessoas.¹⁰

Inicialmente optou-se em descrever os dados publicados pelo IBGE apresentando as condições gerais do município para, posteriormente, destacar as regiões que apresentaram resultados mais críticos com relação a situações de exclusão social.⁷

Itajaí possui uma cobertura generalizada e substancial dos serviços públicos de água, pois 93,6% das casas do município são abastecidas com água da rede geral e canalizadas em pelo menos um cômodo no interior da residência. A coleta de lixo, também, tende a se universalizar, pois atualmente 97,9% do município possui coleta de lixo por serviços de limpeza regularmente. No entanto, a rede de esgoto apresenta resultado diverso das condições anteriores, pois 55,3% do esgoto tem seu destino em fossas sépticas, 35,2% na rede pluvial e 7,0% em fossa rudimentar ou valas.

Desta forma, fica evidenciado que a população, na cidade de Itajaí, beneficia-se parcialmente de sane-

amento do meio com a virtual universalização da cobertura dos serviços de abastecimento de água e de coleta de lixo, o que reflete a existência de investimentos públicos, no entanto, o mesmo não se pode afirmar quanto à rede de esgoto, devendo ser destinados maiores esforços neste sentido.

Esses resultados estão de acordo com resultados de outras pesquisas, quanto ao saneamento na realidade brasileira, que praticamente não houve nenhuma expansão da rede pública de esgoto no período de 1986 a 1996, no país.¹⁰ Por outro lado, o serviço de abastecimento público de água melhorou, oferecendo água de boa qualidade a aproximadamente 85% de sua população, em 1996.

Ao analisarmos o fator renda neste município, os dados do IBGE apontam que o valor médio geral de rendimentos mensais dos responsáveis pelos domicílios é de R\$ 886,16, sendo que o valor máximo é de R\$ 2.799,31 e o mínimo é de R\$ 473,72, o que dificulta a avaliação deste dado com maior precisão, uma vez que o valor médio apresenta grande variação dos extremos, não refletindo a realidade.⁷

Assim, acreditamos que a escolaridade do responsável pelo domicílio, possa ser considerada como outro fator indicativo do nível sócio-econômico familiar.¹⁰ O município de Itajaí possui: 5,1% dos responsáveis pela família sem escolaridade; 15,2% com 1 a 3 anos; 36,8% com 4 a 7 anos; 18,6% com 8 a 10 anos; 16,9% com 11 a 14 anos e 7,0% com 15 ou mais anos de escolaridade.⁷

Ao compararmos nossos resultados com outra pesquisa, observamos que o nível de escolaridade do chefe da família está melhor situado, principalmente no que se refere a sem escolaridade do responsável, de 17%, para a população brasileira, as demais categorias de escolaridade apresentam variações pequenas, porém mais positivas para Itajaí.¹⁰

Ao serem consideradas as sete áreas de ponderação do município, estabelecidas pelo IBGE, observou-se, por meio da análise discriminante, a formação de quatro grupos de diferentes extratos sociais (Figura 1).⁷



Figura 1 – Áreas de ponderação, segundo extratos sociais. Município de Itajaí - SC, 2004.

O primeiro, de melhor condição socioeconômica, foi composta pelas áreas cinco e seis que congregam as seguintes zonas distritais: Vila Operária e São João (área de ponderação cinco) e Centro, Fazenda, Cabeçudas, Praia Brava e Ressacada (área de ponderação seis).

O segundo, que denominamos de condição socioeconômica intermediária congregam as áreas dois e três, compostas pelas seguintes zonas distritais: São Vicente (área dois) e Barra do Rio (área três).

O terceiro, de pior condição socioeconômica, foi composto pelas áreas um e quatro que congregam as zonas distritais Cidade Nova e Dom Bosco (área um) e Cordeiros e Salseiros (área quatro).

A seguir, analisaremos os agrupamentos separadamente, de acordo com o desempenho apresentado, considerando as variáveis evidenciadas na análise discriminante.

Com relação aos bairros Cabeçudas, Centro, Fazenda, Praia Brava, Ressacada, São João e Vila Operária, os mesmos apresentaram os melhores resultados na análise das variáveis que traduzem numa melhor condição social, uma vez que possuem cobertura universal dos serviços públicos de água e de coleta de lixo. O esgoto continua sendo problema também nestas regiões, principalmente em Cabeçudas, que tem seu destino, em 70,2% dos casos, nas fossas rudimentares e no Centro que tem como destino o esgotamento pluvial e fossas sépticas.⁷

Com relação à oferta de serviços de saúde, o Centro é a região que possui os serviços de referência que atendem diversas especialidades, merecendo destaque o Centro de Referência da Criança e da Mulher (CRESCEM), o Centro de Orientação e Diagnóstico Municipal (CODIM), a Policlínica Central (Centro de Especialidades), o Centro de Pesquisas e Estudos Oncológicos (CEPON), o Serviço de Atendimento à Saúde Mental e o Serviço de Ortopedia e também, nesta zona, está situado um Hospital e Maternidade de médio porte.

O valor médio da renda dos responsáveis pelos domicílios é de R\$ 1.354,21, apresentando uma variação R\$ 766,10 (Praia Brava) a R\$ 2.799,31 (Cabeçudas). A escolaridade do responsável pelo domicílio, em Cabeçudas e Centro, variou de 39,9% com escolaridade superior a 15 anos para a primeira e 30,9% para a segunda. Estes dados sugerem que a maioria desta população possui escolaridade de, no mínimo, ensino médio.

Os bairros São Vicente e Barra do Rio que, neste estudo, foram classificados em situação intermediária na análise das variáveis que traduzem a condição

social, que possuem uma cobertura universal dos serviços públicos de água e de coleta de lixo.⁷ O esgoto continua sendo problema também nestas regiões, que tem seu destino na rede pluvial, nas fossas sépticas ou rudimentares, nos rios e mar. Com relação à oferta de assistência, todas estas localidades possuem postos ou policlínicas para atendimento de saúde, oferecendo diversos serviços, incluindo equipes do Programa de Saúde da Família.

O valor médio da renda dos responsáveis pelos domicílios é de R\$ 688,38, apresentando uma variação R\$ 702,18 (Barra do Rio) e R\$ 674,57 (São Vicente). A escolaridade do responsável pelo domicílio, variou de 37,1% com escolaridade de 4 a 7 anos (Barra do Rio) e 37,7% (São Vicente); em contrapartida, somente 4,27% na Barra do Rio e 2,55 em São Vicente possuem mais de 15 anos de escolaridade, evidenciando uma escolarização restrita ao ensino fundamental na maioria dos moradores destas regiões.

O agrupamento que apresentou o pior resultado das condições de vida do município foi: Cidade Nova, Dom Bosco, Cordeiros e Salseiros. Essas zonas administrativas, possuem uma cobertura generalizada e substancial dos serviços públicos de água.⁷ A coleta de lixo, também está se universalizando. O esgoto, como nas demais situações, na maioria das vezes, é despejado no esgotamento pluvial ou fossas sépticas.

Ao analisarmos o fator renda familiar dos responsáveis pelos domicílios, o valor médio variou de R\$ 473,72 a R\$ 933,08, o primeiro referente à Cidade Nova, o segundo ao Dom Bosco. A escolaridade do responsável pelo domicílio é de 34,92% (Dom Bosco) a 45,47% (Cidade Nova) com 4 a 7 anos de escolaridade. Podemos observar que a maioria da população possui escolaridade limitada ao ensino fundamental. A assistência pública para atendimento de saúde é realizada em postos ou policlínicas, oferecendo diversos serviços, incluindo equipes do Programa de Saúde da Família.

Conforme o demonstrado nos dados descritos verificamos que apesar do Município de Itajaí ocupar a 130ª posição no Índice de Exclusão Social, índice este considerado com baixa concentração de excluídos,^{11,12} é possível detectar a grande heterogeneidade existente no seu interior, evidenciando que suas realidades sociais internas são de grande desigualdade. Neste município, também encontramos regiões que podem ser reconhecidas como “Síndrome da Pobreza”,¹³ que é caracterizada por baixa renda, baixo nível de educação ou analfabetismo, resultando em ingestão alimentar insuficiente, desemprego ou subemprego, assim como outros fatores psicossociais.

Assim, diante destes resultados, definiu-se a área um, a qual possui um bairro de extrema carência socioeconômica, que participará da segunda etapa da pesquisa, cujo objetivo será o de organizar com as famílias e lideranças das localidades envolvidas um seminário para apresentação dos resultados do estudo, promovendo um debate público com a realização de um Diagnóstico Rápido Participativo voltado para a elaboração de uma metodologia de ação para transformação da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados coletados, assim como, as discussões, nos demonstram que não será a elaboração de uma metodologia de ação que irá acabar com distâncias sociais tão grandes.

O enfrentamento da exclusão social e das violências decorrentes da não inclusão de nossos cidadãos pobres e marginalizados, demonstra a necessidade da criação de redes sociais de apoio e informação;¹⁴ redes estas capazes de minimizar e intervir no que denominamos de cidadania tutelar dos que vivem à margem socialmente.

É fundamental, neste momento, resgatar a seguinte afirmação, “alterar a configuração geo-econômica do Brasil significa enfrentar e eliminar velhas práticas políticas e implementar ações sociais que resgatem a cidadania da população excluída, dando-lhe as condições para sua emancipação econômica”.^{11:75}

A motivação para a realização deste estudo é a de que acreditamos ser de fundamental importância a promoção de ações que visem provocar mudanças no comportamento dos indivíduos, famílias e comunidade e seu empoderamento, diante das dificuldades socioeconômicas das quais são vítimas. A mobilização da sociedade atingida, no sentido de minimizar os efeitos das desigualdades sociais, poderá resultar no real comprometimento dos responsáveis por este setor para a elaboração e execução de políticas adequadas à saúde, visando proporcionar à população o direito a melhores condições de vida que redundem em famílias e sociedades construtivas.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliva LC. O modelo padrão de análise de riscos em questão e o surgimento de propostas democrático-deliberativas [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação do CPDA/UFRJ; 2004.
- 2 Demo P. Charme da exclusão social: polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados; 1998.
- 3 Porto MFS. Entre a saúde e a vulnerabilidade: em busca de uma abordagem ecossocial. In: Porto MFS, Freitas C, organizadores. Problemas ambientais e vulnerabilidade: abordagens integradoras para o campo da saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz/CESTEH; 2003.
- 4 Porto MFS, Pivetta F, Soares M, Moreira C, Freitas M. Abordagens ecossociais: pensando a complexidade na estruturação de problemas em saúde e ambiente. In: Anais do 2o Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade; 2004 Maio 26-29; São Paulo, Brasil. São Paulo: ANPPAS; 2004 [online]. [citado 2004 Maio 31]. Disponível em: http://www.anppas.org.br/encontro/segundo/papers/GT12/marcelo_firpo.pdf
- 5 Waltner-Toews D. An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001 Jan-Fev; 7 (suplem): 7-36.
- 6 Porto MFS. Doença se assiste, risco se previne, saúde se promove e vulnerabilidade se enfrenta: contribuições epistemológicas e ecossistêmicas para o repensar da saúde pública. In: Czeresnia D, Freitas C M. Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.16-7.
- 7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000: divulgação dos resultados 2000 [citado 2004 abril 24]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo/plano_divul.php
- 8 Johnson RA, Wichern DW. Applied multivariate analysis. 4a ed. Paris: Prentice-hall; 1998.
- 9 Monteiro CA, Nazário CL. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev. de Saúde Pública*. 2000; 34 (suplem. 6):13-8.
- 10 Monteiro CA, Benício MHD, Freitas ICM. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2a ed. São Paulo: Hucitec/NUPENS-USP; 2000.
- 11 Pochmann M, Amorim R, organizadores. Atlas da exclusão social no Brasil. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2003.
- 12 Pochmann M, Barbosa A, Campos A, Amorim R, Aldrin R. A exclusão no mundo. São Paulo: Cortez; 2003.
- 13 Nóbrega FJ, organizador. Condição nutricional de mães e filhos: relação com o peso ao nascimento, variáveis maternas e sócio-econômicas. *Jornal de Ped*. 1991 Jan-Abr; 67 (1): 288-96.
- 14 Leal MLP. Redes de informação e pesquisa para o enfrentamento do fenômeno da violência sexual contra criança e adolescentes. *Texto Contexto Enferm*. 1999 Maio-Ago; 8 (2): 169-79.