

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A IMPORTÂNCIA DA RENDA COMO DETERMINANTE DOS INDICADORES
DE SAÚDE E MORBI-MORTALIDADE

Autor: Eugênio Carlos Ferrari

Orientadora: Eloá Otrenti

São Paulo

Abril 2015

Sumário

1. Introdução	3
2. Pressupostos Teóricos	6
2.1. Objetivo geral	8
2.2. Objetivo específico	8
3. Metodologia	8
3.1. Escopo da pesquisa	8
3.2. Contexto e participantes da intervenção	8
3.3. Estratégias e ações	10
3.4. Avaliação e Monitoramento	11
4. Resultados Esperados	11
5. Cronograma	12
6. Referências Bibliográficas	13

1. Introdução

As políticas públicas de saúde, direcionadas à visão holística proposta pela medicina generalista, são amplamente contempladas na Estratégia de Saúde da Família, que visa à promoção, prevenção e recuperação do bem-estar biopsicossocial da população. Dentro desse contexto, há que se ressaltar a estreita relação entre renda e os processos de saúde e doença de uma determinada população, tema deste estudo.

Como contribuição inicial, é preciso salientar que o primeiro determinante da melhoria das condições de saúde coletiva de uma população é a RENDA; o segundo, as condições sócio-ambientais, representados por MORADIA E SANEAMENTO e o terceiro é consubstanciado pelo ATO MÉDICO (ILLICH, 1975, p.25). Para tanto, é necessária a apreciação dos dados extraídos dos IDHs e do Atlas de Morbi-mortalidade, recentemente aferidos na cidade de São Paulo, que demonstram cabalmente a coincidência entre o baixo IDH e piores condições de saúde.

É compreensível que a realidade assistencial da ESF no município de Osasco não deve se restringir apenas às condições adstritas a uma única UBS, medindo, isoladamente, o impacto de intervenções pontuais. Em consonância com o que é provado pela vasta bibliografia a respeito (Fundação Seade/IBGE), há uma relação entre a precarização dos níveis de renda e piores condições de saúde, mortalidade e problemas psiquiátricos.

Cabe-nos, pelos dados estatísticos mais recentes, tanto do IBGE quanto da Fundação Seade, a busca das raízes da já evidenciada pauperização da população de Osasco em relação às décadas compreendidas entre os anos de 1980 a 2010, marcados pela célere desindustrialização. Como sabemos o poder relativo de compra dos salários do setor industrial nas décadas precedentes e, em menor grau, no presente, supera aqueles auferidos no setor terciário da economia.

Partindo do pressuposto de que a crescente pauperização das populações atendidas pela ESF no município de Osasco é um entrave à melhoria de suas condições gerais de saúde, o objetivo do presente Projeto de Intervenção é a criação de um “Centro de Desenvolvimento do Capital Humano”, responsável por cuidar explicitamente da reinserção social das populações vulneráveis identificadas no território da ESF, como forma de agregar melhorias econômicas à condição de saúde da população, induzindo um ciclo virtuoso de ganhos.

Para o referido Projeto, descurar da apreciação do binômio renda e saúde no planejamento das intervenções públicas específicas, considerada a heterogeneidade do perfil sócio-econômico, mobilidade social e pauperização dos habitantes do município de Osasco, implica financiamento e alocação de recursos financeiros, humanos - profissionais de saúde- e equipamentos físicos - UBSs e Unidades Secundárias e Terciárias - de alcance pouco resolutivo do âmbito da saúde pública.

Para balizar meu estudo busquei fontes analíticas e documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde - OMS, OPAS, entidades de estudos aplicados em economia e sociologia das universidades públicas brasileiras dedicadas ao tema e, particularmente na casuística de Osasco, amparados nos registros do Seade e IBGE.

Conforme dados do IBGE, a população economicamente ativa de Osasco (população na faixa de 20 a 54 anos), que, a partir da década de 90, sofreu a crescente precarização das condições de trabalho e renda, é claramente majoritária enquanto a população idosa, infantil e adolescente é francamente minoritária, observando-se a distribuição da população por sexo e grupos de idade (Figura 1).

Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Osasco (SP) - 2010

Grupo de Idade	População Total	Homens (%)	Mulheres (%)	Total
Mais de 100 anos	10	0,0%	0,0%	32
95 a 99 anos	35	0,0%	0,0%	115
90 a 94 anos	211	0,0%	0,1%	485
85 a 89 anos	660	0,1%	0,2%	1.376
80 a 84 anos	1.719	0,3%	0,4%	2.944
75 a 79 anos	3.106	0,5%	0,7%	4.714
70 a 74 anos	4.860	0,7%	1,0%	6.761
65 a 69 anos	6.810	1,0%	1,3%	8.648
60 a 64 anos	10.018	1,5%	1,9%	12.612
55 a 59 anos	13.728	2,1%	2,5%	16.348
50 a 54 anos	17.763	2,7%	3,1%	20.571
45 a 49 anos	20.642	3,1%	3,5%	23.577
40 a 44 anos	23.709	3,6%	3,9%	25.997
35 a 39 anos	25.518	3,8%	4,1%	27.607
30 a 34 anos	28.788	4,3%	4,7%	31.164
25 a 29 anos	31.050	4,7%	4,9%	32.578
20 a 24 anos	30.446	4,6%	4,6%	30.622
15 a 19 anos	26.675	4,0%	4,0%	26.806
10 a 14 anos	27.759	4,2%	4,1%	27.402
5 a 9 anos	24.093	3,6%	3,5%	23.655
0 a 4 anos	22.836	3,4%	3,3%	22.290

Figura 1. Distribuição da população de Osasco por sexo e grupos de idade.

Sabe-se que a renda domiciliar per capita de pessoas acima de 60 anos de idade subiu cerca de 50% entre 1990 até o presente, acima dos demais grupos etários, sendo a maior parte dos ganhos proporcionados por aumentos de transferências públicas de renda. Por outro lado, a população entre 20 e 50 anos, se analisado o mesmo período, de 1991 até o presente, sofreu um incremento real em sua renda de cerca de 20%, valor bem menor e decorrente da desindustrialização do município e da prática das assim chamadas políticas neoliberais.

Conforme observações realizadas em atendimento médico, foi detectado que grande parte da renda das famílias tem sua origem nos rendimentos dos aposentados pelo INSS. Tal observação pôde ser comprovada pelo estudo de Neri; Soares e Simas (sem data), que em sua investigação, intitulada “Estimando o impacto da renda na saúde através de programas compensatórios aos idosos de baixa renda”, atestaram que a renda familiar per capita de idosos com mais de 60 anos teve um aumento de 43% no período que se estendeu de 1991 a 2003, aumento este acima dos atingidos por outros grupos etários investigados. Tais ganhos, em boa parte garantidos por programas de transferência pública de renda, asseguraram melhorias substanciais em suas condições de saúde, atestadas por menores índices de pessoas acamadas.

A cidade de Osasco, dentre todos os 39 municípios que formam a Região Metropolitana de São Paulo, é a que apresenta o maior índice de deslocamento em direção a capital na busca de atividades remuneradas, superando 100 mil pessoas/dia, número maior que cidades de grande população como Guarulhos e São Bernardo do Campo, caracterizando-se, portanto, uma verdadeira cidade dormitório, dado o esvaziamento de seu mercado de trabalho, que se precariza ao passar para o estágio de um frágil setor terciário da economia (setor de serviços de baixa produtividade).

As condições de renda e educação decadentes em uma população de 20 a 50 anos justificam a busca ativa por VDs intensivas pela equipe da ESF, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde do citado grupo etário, hoje pouco presente nas UBSs. Constatado que as UBSs em Osasco são demandadas majoritariamente por pessoas nas faixas etárias de 0 a 20 anos e de 50 a 80 anos, mostradas como minoritárias pelo IBGE no perfil demográfico de Osasco.

2. Pressupostos Teóricos

A intrínseca relação existente entre renda e saúde da população acima referida é de suma importância quando analisados fatores como moradia, saneamento, expectativa de vida e educação, entre outros.

Esse tema é amplamente abordado por Santos (2010), que, a partir de denominações como bidirecional e bi-causal, fez uma análise empírica da relação renda e saúde nos municípios brasileiros. Entre seus resultados, foi destacado que a relação existente entre renda e saúde tem fundamental importância quando se parte do pressuposto de que o aumento de renda e de expectativa de vida está diretamente relacionado à redução da pobreza e taxas de mortalidade das populações. Essas, segundo o autor, indicam melhorias do bem estar social.

Para Santos, o aumento na renda implica a possibilidade de adquirir bens e serviços de saúde, tais como medicamentos, consultas médicas e planos de saúde, bem como facilita o acesso das pessoas de maior renda à educação, saneamento básico e outros bens e serviços que façam ligação indireta entre renda e saúde.

Adicionalmente, a melhoria nas condições de saúde é capaz de aumentar a oferta de trabalho e a produtividade da população, por ser indicativo de maior capital físico e humano. Dessa forma, as relações de bi-causalidade e bidirecionalidade levam à criação de um círculo virtuoso, no qual se dá o autorreforço dos altos níveis de renda e saúde, fato que se contrapõe ao baixo nível de renda, correspondente ao alto nível de pobreza e a consequente precarização da saúde (cf. Santos, 2010, p.16).

É justamente neste contexto bidirecional e bi-causal (a renda pode melhorar as condições de saúde enquanto uma pessoa doente pode obter renda limitada pelas condições de saúde), que se enquadra a criação do Centro de Formação do Capital Humano, no âmbito da população assistida pela ESF, buscando, numa visão holística, um atendimento integral.

Inserido nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, a Estratégia Saúde da Família (ESF), são de importância fulcral para as populações de baixa renda. O SUS, lastreado em seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade tem como objetivo garantir atendimento em saúde para toda a população brasileira. O antigo Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família, vem acompanhando, desde a sua implantação, em 1994, inúmeras famílias - cada equipe atende cerca de 3000 a 4000 famílias - assegurando cuidados primários e facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Não obstante a premissa do SUS enquanto garantidor de um serviço público de atendimento médico de qualidade, a renda continua a ser fator primordial sobre os índices de saúde, dado que uma maior renda possibilita a

aquisição de itens alimentares e de higiene capazes de evitar a desnutrição e diminuir a vulnerabilidade a determinadas doenças. Prova disso é a eficácia de programas de distribuição de renda.

Adicionalmente aos programas de transferência de renda, as condições de moradia constituem outro pilar do binômio saúde e renda, posto ser muito adequado imaginar que pessoas com menor renda morem em locais mais precários, sem água potável ou saneamento básico, estando mais vulneráveis a doenças infectocontagiosas.

As análises das diversas vertentes que permeiam os temas da renda e da saúde tornam-se indissociáveis quando pensamos nas formas de melhoria, aperfeiçoamento e na qualidade do atendimento médico e de sua abrangência. Nesse sentido, buscamos alternativas para unir dois fatores tão intimamente ligados e determinantes da condição humana.

A implantação de um Centro de Desenvolvimento do Capital Humano visa contemplar a reinserção social do paciente no contexto do Atendimento Médico, aliando Formação Técnica e Trabalho, que implica num incremento da renda. Essa proposta encontra-se lastreada na ação concomitante dos instrumentos institucionais e pressupõe uma coordenação conjunta dos programas governamentais comprometidos com a formação técnica, considerado o caráter intersetorial dos componentes de reabilitação física, inclusão e qualificação para o trabalho, observadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dadas às evidências já constatadas na esfera das lacunas no campo da reinserção social dos pacientes, consubstanciando imperativos emergenciais dos temas em tela, não se pode, por exemplo, descurar na prática e utilização intensiva das “Vias Sociais” valendo-se de convênios com o Sebrae e C.E.F., na linha de atendimento do microcrédito, no estrito cumprimento de seus compromissos com as políticas públicas intersetoriais entre o Sistema Único de Saúde (SUS); Sistema Único de Assistências Sociais (S.U.A.S.) e Programa Nacional de Direitos Humanos.

2.1. Objetivo geral

Partindo de dados bibliográficos e estatísticos que comprovam a relação entre pauperização e piores índices de saúde, é objetivo do presente Projeto de Intervenção criar um “Centro de Desenvolvimento do Capital Humano”, responsável por cuidar explicitamente da reinserção social das populações vulneráveis identificadas no território da ESF, como forma de agregar melhorias econômicas à condição de saúde da população, induzindo um ciclo virtuoso de ganhos.

2.2. Objetivo(s) Específico(s)

Programar, junto ao CAT – Centro de Apoio ao Trabalhador – uma série de palestras informativas acerca dos serviços oferecidos pelo sistema “Mais Empregos”;

Integrar a SDTI – Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Inclusão, nas atividades do Centro;

Oferecer, em conjunto com entidades específicas, cursos de profissionalização que ofereçam aos estudantes benefícios tais como bolsas e auxílios (transporte e alimentação).

3. Metodologia

3.1. Escopo da pesquisa

O presente Projeto de Intervenção trata da intrínseca relação existente entre renda e saúde, objeto de investigação no município de Osasco/SP.

3.2. Contexto e Participantes da Intervenção

Inserido nesse Projeto de Intervenção, faz-se necessária a contextualização do ambiente em que a investigação se dará, bem como os participantes que vão sofrer a intervenção. Dessa forma, o grupo social sobre o qual recairá a intervenção deverá ser quantificado e caracterizado. Seguem abaixo algumas de suas características a serem analisadas a partir de seu grau de relevância para a intervenção final.

Características do Território e População do Município de Osasco:

- População que deverá ser adstrita: 4 mil pessoas.
- População de Osasco no ano de 2013: 670.416 habitantes;
- População da Região Metropolitana de São Paulo, de 20.128.222 habitantes;
- População do Estado de São Paulo: 42.304.694 habitantes;
- Área do Município de Osasco: 64,95 Km²;
- Área da Região de Governo: 7.946,84 Km²;
- Área do Estado: 248.223,21 Km²;
- Densidade Demográfica de Osasco (Habitantes/Km²): 10.322,03, contrastando com um total de 2.532,86 na Região Metropolitana e 170,43 no Estado de São Paulo;
- População de Osasco com menos de 15 anos (em %): 21,19, Região Metropolitana, 20,92 e Estado SP, 20,35.

Estatísticas Vitais e Saúde:

- Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos): Osasco, 13,71, significativamente maior que a da Região Metropolitana, de 11,63, e do Estado, 11,48;
- Taxa de Mortalidade da População de 60 anos e mais (por 100 mil habitantes nessa faixa etária): Osasco, 3.617,64, Região Metropolitana, 3.522,03 e Estado 3.611,03;
- Nascimentos de Baixo Peso (Menos de 2,5 Kg, em %): Osasco, 10,23, Região Metropolitana, 9,40 e Estado, 9,26;
- Gestações Pre-termo (em %): Osasco, 10,59, Região Metropolitana, 9,11, Estado, 8,98.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM):

- Renda Per Capita (em reais correntes): Osasco, 757,55, Região Metropolitana, 948,09, Estado, 853,75.

Emprego e Rendimento (em %):

- Participação de Empregos Formais da Indústria no Total de Empregos Formais (em %): Osasco, 14, Região Metropolitana, 15,19, Estado 20,30;
- Participação de Empregos Formais da Construção no Total de Empregos Formais (em %): Osasco, 3,85, Região Metropolitana, 5,81, Estado, 5,23;
- Participação de Empregos Formais no Comércio Atacadista e Varejista no Total de Empregos Formais (em %): Osasco, 24,92, Região Metropolitana, 18,10, Estado, 19,46;
- Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (em reais correntes): Osasco, 2.212,73, Região Metropolitana, 2.615,52, Estado, 2.329,86.

Economia:

- PIB (em milhões de reais correntes): Osasco, 39.283,03, Região Metropolitana, 760.044,16, Estado, 1.349.465,14;
- PIB Per Capita (em reais correntes): Osasco, 58.817,14, Região Metropolitana, 38.348,15, Estado, 32.454,91.

Pelos dados grafados acima, podemos identificar que Osasco possui índices de renda e saúde inferiores aos registrados na Região Metropolitana de São Paulo, bem como em relação a todo o Estado. Desta forma, justifica-se a imperativa necessidade de agregar aos serviços de saúde oferecidos pelo município, novos métodos de intervenção capazes de impactar positivamente a renda da citada população, objetivando a mudança positiva dos indicadores socio-econômicos, bem como dos índices de saúde.

3.3. Estratégias e ações

Dentro desse escopo, podemos elencar ações fundamentais, passíveis de implantação, através da criação de um Centro de Desenvolvimento do Capital Humano. A princípio, podemos destacar a adoção dos seguintes procedimentos:

I - As primeiras ações seriam as relativas à programação de palestras, proferidas por integrantes do CAT - Centro de Apoio ao Trabalhador - nas unidades assistenciais para apresentar todos os serviços apontados pelo sistema "Mais Empregos";

II - Na linha de raciocínio que busca formas emergenciais de reinserção social e econômica da população, dentro do bionômio emprego/renda, haveria também a integração com as atividades da Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Inclusão, visando a promoção de uma primeira porta de emprego;

III - As atividades ocupacionais incluem ainda cursos ministrados por entidades específicas, onde os inscritos no programa poderiam se beneficiar de bolsas, auxílio transporte e alimentação;

IV - Há que se ressaltar que particularmente o CAT - Centro de Apoio ao Trabalhador - tem experiências desenvolvidas em equipamentos de saúde especializados, promovendo o afastamento da marginalidade do processo produtivo. Com o objetivo da reintegração psicossocial, consubstanciando o resgate do Capital Humano, fator primordial das políticas públicas que objetivam o Desenvolvimento Nacional;

Devemos observar que o Capital Humano assume papel relativo mais relevante no desenvolvimento econômico e social - PIB e IDH - do que aquele representado pelo Capital Físico e Recursos Naturais;

3.4. Avaliação e Monitoramento

O projeto a ser implementado deve se submeter a uma avaliação contínua e permanente sob uma coordenação central que analisará as suas resultantes em todos os equipamentos de saúde objeto de sua implementação, no intuito de mensurar o efetivo impacto da qualificação aferida, como resultante dos cursos e palestras do Pronatec, Senai, Senac, Centro Paula Souza, Cursos Profissionalizantes e Técnicos .

Os programas desenvolvidos seriam gerenciados intersetorialmente para monitorar o alcance resolutivo no tocante ao seu impacto psicológico na família e na comunidade, visando tipificá-la como Política Pública. A avaliação dos resultados seria feita ainda por meio de relatórios, num processo de acompanhamento continuado de suas repercussões significativas.

4. Resultados esperados

A partir das observações realizadas nos Pressupostos Teóricos e das etapas traçadas na Metodologia é esperado que, ao final da intervenção, os participantes das atividades propostas no Centro de Desenvolvimento do Capital Humano tenham dado início a algum tipo de atividade profissional ou, para aqueles já integrados ao mercado de trabalho, que esses melhorem seus níveis de renda. A seguir deverá ser realizada uma pesquisa qualitativo-quantitativa junto às famílias desses trabalhadores, de modo a apurar de que forma o aumento da renda familiar trouxe uma efetiva melhora nas condições de saúde de seus integrantes, em especial idosos e crianças.

5. Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES						
ATIVIDADES	MESES					
	Dezembro/2014	Janeiro/2015	Fevereiro/2015	Março/2015	Abril/2015	Mai/2015
Atividades moodle						
Coleta de material bibliográfico						
Leitura material bibliográfico						
Redação dos Pressupostos Teóricos						
Redação da Metodologia de Pesquisa						
Redação dos Resultados Esperados						
Entrega TCC						
Apresentação TCC						

6. Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atlas da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/svs/atlas.

Illich, I. A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

_____. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: microdados. Brasil e grandes regiões [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

NERI, Marcelo C.; SOARES, Wagner Lopes. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800011&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800011>.

Santos, Anderson Moreira Aristides dos. Causalidade entre renda e saúde : uma análise através da abordagem de dados de dados em painel com os Estados e Municípios Brasileiros. Dissertação de Mestrado. 2010.