



11

USO DE INDICADORES EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:

**Um estudo sobre municípios entre 100 mil e 300 mil habitantes
no Estado de São Paulo**

Banca examinadora

Prof. Orientador Dra. Ana Maria Malik

Prof.a Dra. Marta Ferreira Santos Farah

Prof.a Dra. Marcia Faria Westphal

ADS

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

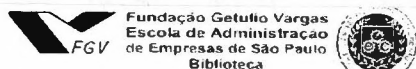
PAULO FERNANDO CAPUCCI

USO DE INDICADORES EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:

**Um estudo sobre municípios entre 100 mil e 300 mil habitantes
no Estado de São Paulo**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Administração Pública e Governo da FGV/EAESP
Área de Concentração: Administração Pública e
Governo como requisito para obtenção do título de
Mestre em Administração Pública e Governo.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik



1387/99



1199901387

SÃO PAULO
1999

CDL

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data 16.06	Nº de Chamada 614(816.1) C255u
Tombo 1387/99	Dis. e.2

CAPUCCI, Paulo Fernando. Uso de Indicadores em Sistemas Locais de Saúde: um estudo sobre municípios entre 100.000 e 300.000 habitantes no Estado de São Paulo. São Paulo: EAESP/FGV, 1999. 105p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Pública e Governo).

Resumo: Investiga sobre indicadores de saúde em municípios paulistas entre 100 mil e 300 mil habitantes. Comenta sobre as fontes de origem desses indicadores, bem como a amplitude de dispersão da informação resultante do uso desses indicadores no planejamento das ações de saúde nos municípios pesquisados. Aborda conceitos relativos à saúde, à qualidade de vida nas cidades, à mensuração dessa qualidade, às relações entre espaço urbano e saúde e sua importância sobre o planejamento das ações de saúde coletiva nas cidades, além de fazer um retrospecto histórico e conceitual acerca do movimento por Cidades Saudáveis.

Palavras-Chaves: indicadores de saúde em municípios; indicadores de qualidade de vida; saúde e espaço urbano; Cidades Saudáveis.

Para
Ana Maria

Ao
Gustavo
meu querido filho

Aos
meus pais e irmãos

À
Maria Helena
e
Ana Paula

Agradecimentos

Entre tantos trabalhos que resultam de um esforço realmente coletivo, uma dissertação talvez seja o mais emblemático. São tantos aqueles que nos ajudam, de tantas formas diferentes, que uma página é espaço pequeno para nominar todas essas pessoas. Mas é o espaço que temos, então vamos lá!

Quero muito agradecer:

Às secretárias da EAESP-FGV: Leila Dall'Acqua, Marlei de Oliveira e Sônia Marin,
pelo apoio de sempre;

À Regina Pacheco (Biba), pelo reconhecimento integral dos créditos da HSS;

Ao Jack Lee e Mary McGee pela acolhida que nos deram em Toronto; . . .

À Sirlei Buccioc, do COSEMS-SP, e José Ricardo de Oliveira Lima e Eliana Ribeiro, da
Câmara Municipal de São Paulo, pela preparação da mala direta dos municípios;

À Marina de Freitas, Michel Naffah, Sueli Valin e Vera Osiano do CIS-SES, pelas
informações sobre mortalidade e confecção dos mapas;

Ao Leonardo Lemos do GTNAC-SES, pelos esclarecimentos sobre sistemas de
informação e controle de gestão;

Ao Antonio Marangoni, da Fundação SEADE, pela ajuda com os dados do Perfil
Municipal de Saúde;

À Margarida Lira, do PRO-AIM, pelas informações sobre mortalidade,

A Hugo Capucci, meu pai, pela revisão da redação;

Ao Eduardo Jorge e Adriano Diogo, pela 'licença branca' do trabalho;

Ao Pedro Dimitrov pelo incentivo no trabalho e nos estudos;

À Marta Farah, pela confiança de que este trabalho se realizaria;

À Ana Malik, sem quem este trabalho *jamaís* se realizaria.

Quero ainda especialmente agradecer:

Ao Álvaro Escrivão, à Áurea Ianni, à Cláudia Bógus, e à Cleide Martins,
Pelas (calorosas) discussões, as referências emprestadas, as sucessivas revisões
e, sobretudo,
pelo imenso carinho e atenção que têm me dado.

Summary

The contents of this master dissertation bring information and analysis over the health indicators in use by the cities with population between 100.000 and 300.000 inhabitants located at the São Paulo state, Brazil. Also the indicators data sources and the span of the health planning results dissemination had been observed and analyzed. The information for these aims were collected from a questionnaire applied to the local health management authority.

Within this academic work, concepts about health, urban quality of life, measuring quality of life in cities throughout available methodologies, relationship between urban space and collective health shall be concerned, as well as a historical and conceptual retrospective over the Healthy Cities Movement.

Keywords: health indicators; quality of life indicators; health and urban space; Healthy Cities.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	1
JUSTIFICATIVA.....	6
OBJETIVOS.....	9
REVISÃO DA LITERATURA.....	10
O Projeto Cidades Saudáveis.....	15
Uma definição para Saúde.....	21
O conceito de Qualidade de Vida.....	28
A mensuração da Qualidade de Vida.....	31
METODOLOGIA.....	51
RESULTADOS.....	63
Apresentação dos Resultados.....	63
Discussão dos Resultados.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	106

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema da qualidade de vida nas cidades vem da minha trajetória pessoal, envolvendo as coisas da saúde e as diferentes cidades em que tenho morado. Até os dias de hoje, pude experimentar diferentes dimensões do urbano, da paisagem às relações sociais que ele contém.

Nasci em 1960, em uma pequena cidade do interior de São Paulo, de ares bucólicos e relações fraternas intensas. Em Dois Córregos, quem não era meu parente por parte de pai, o era por parte de minha mãe, que também tinham nascido e sido criados lá. Embora 'vivesse' em Dois Córregos, 'habitava' em Jaú, logo ali ao lado. A vida em Jaú, cidade maior, já apresentava contornos mais rudes, de solidariedade menos intensa, porém ainda presente na boa vida do bairro onde morava. Jaú tinha problemas estruturais mais notáveis, talvez porque naqueles tempos estivesse revendo a sua vocação econômica, trocando o café pela cana-de-açúcar e mais tarde pela indústria de calçados femininos. Minha casa ficava em uma rua que, literalmente, dividia à 'cidade' da periferia do lado leste. Por isso tinha amigos que moravam do lado rico e amigos pobres da periferia. O bairro onde morava ("Bairro do Sapo" para os pobres, "Vila Capinzaiki" para nós, os remediados, porém para os mais abastados, 'quase' "Vila Brasil" -- a parte rica do cenário) foi mudando rapidamente. Vieram o asfalto, casas melhores, mais carros. Perdemos o campinho de futebol, no terreno do velho Pucca. Praça nova não veio, restava a velha praça da estação de trem, da também já velha 'Paulista'. Mas lá não se podia brincar, pois havia mendigos (o 'homem do saco!'). Os pobres residentes já não eram tantos, não porque melhoraram de vida, mas porque foram 'empurrados' para mais longe. A periferia virou cidade...

Mais tarde, fins dos anos 70, fui estudar em Ribeirão Preto. Cidade de porte mais imponente, rica, tinha viaduto, *shopping*, hipermercado, parque municipal, clube de basquete, dois times de futebol na primeira divisão, bairros novos planejados, duas universidades. Mas gostava mesmo era de passear pela 'cidade baixa', próxima à rodoviária, ver as selarias, as velhas mercearias com rolos de fumo pendurados na porta, lembrando um pouco o centro da cidade pequena. Não me lembro de museus, nem de teatros. O prédio imponente do Teatro Pedro II, bem no centro, vivia fechado, e era mais lembrado por ficar ao lado do "Pingüim", templo do 'esporte local': beber chopp! Cultura, esporte e a política de todo dia, eram canalizados quase que exclusivamente para a universidade e para os universitários. Por isso não experimentei a cidade, 'vivía' no *campus* da USP, 'aprendendo'...

Início dos anos 80, já formado em odontologia, vim 'parar' em São Paulo. Tinha dois empregos como dentista; um no Largo São Bento, outro em Taboão da Serra. Morava em Pinheiros e namorava no Cambuci. Dessa 'cruz' que traçava diariamente pelo mapa viário da cidade, começava o choque da realidade urbana contrastante e perversa... Começava também o desconforto com o que havia aprendido sobre saúde na "melhor universidade do País". Na tentativa de romper com o desconforto de meus saberes, procurei o curso de Saúde Pública, ainda na USP, mas acabei fazendo o curso de Educação em Saúde Pública, no Instituto de Pesquisas Hospitalares, com o professor Pedro Dimitrov e a professora Ausônia Donatto, que tinham muito para dizer sobre as coisas que procurava entender nas práticas de saúde em uma cidade de tantos contrastes. Nessa época fui fazer um trabalho de campo, requisito do curso, e entrei pela primeira vez em uma favela, para conversar com as lideranças sobre saúde: o choque se completava! Os pobres de lá não eram como meus amigos de infância, eram muito mais pobres! Mais feios, mais sujos e, confesso, com cara de malvados!

Resultado imediato: 'virei' funcionário público (talvez para expiar meus pecados de classe média), primeiro na Prefeitura de São Paulo, na zona leste, depois na Secretaria Estadual da Saúde, no ABC. Mais contrastes, mais choques. E mais cidades, pois nessa época tive oportunidade de fazer um curso de aprimoramento clínico em Caracas, Venezuela. Internacionalizava assim minha experiência cidadina! Lá também trabalhava na 'cidade', no bairro de Chacaito -- uma espécie de Jardim América paulistano -- e na periferia, em San José, algo semelhante a Taboão da

Serra. Dose de reforço na visão chocante dos contrastes paisagísticos e sociais da cidade, essa viagem transformava em imagem a dimensão textual acerca da determinação social da doença e da saúde, e a rudeza da urbanização excludente nas economias periféricas do capitalismo [ainda não havia a globalização!]. Sintomaticamente, acabei comprando, tardiamente, em uma esquina de Caracas “Las Venas Abiertas de América Latina” de Eduardo Galeano...

De volta a São Paulo, e três anos mais tarde, deixei a Secretaria Estadual da Saúde e voltei à Secretaria Municipal de Saúde da capital, agora como membro da equipe técnica que assumia a direção da SMS. Era início de 1989, e muitas mudanças ocorriam na estrutura do sistema municipal de saúde em São Paulo. Começava a vigorar a nova Constituição Federal e se iniciava o governo democrático e popular (como gostávamos de chamar) na cidade, com a vitória de Luíza Erundina na eleição para prefeito da capital. Nessa época ocupei algumas funções de direção e assessoria técnica em vários níveis da SMS, mas a última, já em 1992, a de diretor do Distrito Sanitário do Grajaú e Parelheiros, foi a ‘prova de fogo’ para as minhas convicções e capacidades.

Experiência intensa, o trabalho no Distrito parecia sintetizar, no tempo e no espaço, todas as dificuldades de se ‘fazer’ saúde onde parecia só haver chance para a doença. Eram os tempos do cólera, não o de Garcia Marques, mas o das menos românticas represas Billings e Guarapiranga. Localizado no extremo da desestruturada zona sul de São Paulo, área de grilagem e ocupação, depositária das famílias ‘reexpulsas’ de outras áreas da periferia, o DS Grajaú-Parelheiros mal tinha se organizado como instância técnica e se viabilizado politicamente junto às estruturas do sistema de saúde, acima e abaixo de sua posição hierárquica. Lembro-me que no primeiro ou segundo dia de trabalho, pedi uma reunião com o ‘pessoal da epidemiologia’ para me informar sobre os dados do recém-implantado Sistema Municipal de Informações de Saúde - SIMIS, acerca do cólera e outras informações. O SIMIS não funcionava bem ali, mas muitas fichas de notificação, muitas planilhas de dados, muito papel rechearam a mesa. De relevante mesmo, somente a proposta do “Fórum do Cólera” que pretendia reunir as instâncias locais das diferentes secretarias, na discussão do combate e prevenção da iminente epidemia. Pedi, então às duas epidemiologistas responsáveis pelo Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI) que invertessem o trabalho, pois se as informações não refletiam

bem o risco local da epidemia, era preciso construir informações mais localizadas, e trabalhar mais intensamente nas atividades externas de vigilância e no contato com a população. As duas se transferiram para o distrito vizinho, indignadas...

Naqueles dias aprendi que os 'poderes do cargo' pouco significam diante dos poderes que não precisam de cargos para se exercitarem... E aí veio novamente a escola como tentativa de aprender mais! Me inscrevi no programa de Mestrado em Administração de Empresas na área de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (HSS) da Fundação Getúlio Vargas. Na 'GV' conheci a professora Ana Malik e, mais pela sua orientação e amizade, do que pelo indisciplinado currículo que construía no curso, apreendi conceitos de administração, planejamento e de políticas de saúde que me faziam compreender melhor os tais poderes que me assustavam... Mas ainda andava inquieto (ou mais indisciplinado!) e mudei de curso. Fui aceito no Mestrado em Administração Pública (AP) na própria GV. Lá buscava contato com outras disciplinas, exatamente aquelas que pareciam faltar no outro mestrado. Deixei o curso de HSS, mas não deixei o interesse pelas políticas de saúde, e dirigi meu curso na AP de modo a juntar 'saúde' com tudo aquilo que me parecia também saúde, mas que tem outros nomes. Deu certo! Bom, ao menos estou concluindo o curso...



Esta dissertação é fruto de dois momentos distintos de pesquisa, ambos abordando a questão dos indicadores de saúde e sua potencialidade em 'medir saúde', segundo o discurso hegemônico da produção social da saúde e da doença.

O primeiro, foi desenvolvido tendo como referência o estudo sobre o Projeto Cidades Saudáveis e seus indicadores de qualidade de vida, realizado na York University e University of Toronto - Canadá, ambas universidades visitadas por ocasião de viagem de intercâmbio estudantil proporcionada pelo Programa de Intercâmbio Internacional da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e pelo Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq. Naquela oportunidade, também foi possível um contato intenso com a equipe técnica do *Toronto Healthy City Office* (THCO), responsável pela coordenação das ações e projetos vinculados ao "Projeto Cidade Saudável" na cidade de Toronto.

O segundo momento, significou a retomada de pesquisa anterior, reformulada por questões de tempo. O projeto inicial pretendia testar alguns dos indicadores experimentados pelo THCO na cidade de Jundiaí, Estado de São Paulo, onde participava do desenvolvimento do "Cidades Saudáveis" local. Por questões profissionais e pessoais, esse desenho de pesquisa foi abandonado, sendo retomado com outro formato e objetivo, tempos mais tarde. Decidi então verificar se certas cidades no Estado de São Paulo estavam utilizando indicadores de saúde em seu planejamento de nível local, quais indicadores estavam utilizando, e como os resultados do uso de indicadores eram divulgados para além da equipe técnica diretamente envolvida no planejamento em saúde no âmbito municipal. Assim foi ampliado o referencial teórico pesquisado para além das fontes vinculadas ao Projeto Cidade Saudável, embora estas tenham sido privilegiadas na análise dos resultados obtidos.

No decorrer deste trabalho serão abordados conceitos relativos à saúde, à qualidade de vida nas cidades, e à mensuração dessa qualidade pelas metodologias disponíveis para a tarefa. Ao introduzir o assunto, serão observadas algumas relações entre espaço urbano e saúde e sua importância sobre o planejamento das ações de saúde coletiva nas cidades. As mudanças institucionais nos três níveis de governo, decorrentes em parte dos novos estatutos legais de saúde no Brasil, também serão abordadas. Ainda, foi incluída como fruto da primeira fase da pesquisa, um retrospecto histórico e conceitual acerca do movimento por Cidades Saudáveis, a pertinência de sua adoção por municípios brasileiros e o estágio de desenvolvimento do Projeto Cidades Saudáveis no País.

Finalmente, apresentarei a metodologia de coleta dos dados que serviram de base à pesquisa, as informações resultantes da coleta e a discussão sobre seus significados. A dissertação se encerra com um capítulo de comentários finais sobre o conjunto do trabalho.

JUSTIFICATIVA

A consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo passa, necessariamente, pela redefinição do papel do gestor estadual, afastando-se cada vez mais do papel de executor de serviços de saúde, para assumir aquele de auxiliar e incentivar o planejamento e a gestão municipais (SES-SP, *HOME PAGE*, 15 DE JANEIRO DE 1999). A informação é componente estratégico para esse fim e requer formas sistemáticas para o fortalecimento dos novos papéis do gestor estadual, bem como os papéis desempenhados pelo nível municipal de gestão e pelos atores sociais envolvidos nos mecanismos e processos de formulação de políticas e controle social do SUS (SES-SP, *HOME PAGE*, 15 DE JANEIRO DE 1999).

Os SILOS -- Sistemas Locais de Saúde¹ -- devem ser vistos como base organizacional articulada entre si e com o Sistema Nacional de Saúde. Em virtude do processo de descentralização das ações de saúde em curso no Brasil, devem constituir o ponto central do planejamento e gestão dos serviços de saúde, sob a influência integradora e normativa da coordenação nacional do sistema, nível em que se formulam políticas globais e se definem os sistemas de apoio logístico e técnico administrativo necessários à execução de programas de prestação de serviços no nível local (KISIL e PUPO, 1998, p.1).

Os SILOS devem ser espaços privilegiados para a consecução das estratégias das mudanças organizacionais do setor saúde, demandadas pela nova ordem institucional preconizada pelo movimento de democratização do Estado brasileiro, e

¹ Na literatura sobre o assunto, o termo SILOS é freqüentemente associado à figura organizacional do Distrito Sanitário. No entanto, os SILOS serão assumidos nesta dissertação como a unidade de menor dimensão político-administrativa de gestão do sistema municipal de saúde, freqüentemente o próprio município. A divisão em Distritos Sanitários costuma ocorrer em cidades maiores do que as pesquisadas.

pela descentralização na formulação e gestão das políticas de saúde (KISIL e PUPO, 1998, p.1).

O planejamento e o gerenciamento nos SILOS devem ser fundamentados nas múltiplas determinações da sociedade local onde se estabelece (GIOVANELLA, 1992, p.46). Dessa forma, os sistemas locais dependem de um conjunto de informações de saúde que orientem os esses processos em sua forma descentralizada, no sentido das necessidades apontadas e identificadas na população, bem como a ordem de prioridade de atenção a essas necessidades, dispondo para isso de dados que sejam bastante específicos em relação aos diversos grupos populacionais contidos no espaço urbano² caracterizado por uma unidade de vizinhança³ (TANCREDI *et alli*, 1998, p.19).

O objeto de estudo *indicadores de saúde* foi escolhido em virtude da dificuldade encontrada pelo autor no desempenho de tarefas gerenciais e de planejamento no campo dos serviços de saúde pública, especialmente em sistemas locais de saúde. No atual estágio de organização dos serviços públicos de saúde, a tarefa de medir níveis de saúde, tendo como base a menor unidade de vizinhança urbana -- o bairro ou a comunidade --, tem sido preterida em favor da mensuração de níveis de saúde em espaços urbanos maiores: a cidade, para o caso dos grandes centros urbanos, ou a região ou o estado, para o caso de municípios menores.

Além disso, os instrumentos mais comumente usados nessa tarefa têm sido indicadores que refletem mais os aspectos quantitativos relacionados à produção de serviços do que os aspectos qualitativos relacionados às condições de vida e trabalho da população considerada. Isto ocorre, provavelmente, em virtude do prevalecimento do modelo "estatístico-etiológico" de explicação do processo saúde-doença, que toma o indivíduo como unidade estatística independente, ignorando os fatores de determinação social da doença, especialmente nas áreas urbanas (BARATA,

² PAIM (1997 *apud* ESCRIVÃO Jr., 1999, p.54) considera o espaço urbano como recurso à categoria *espaço* na mediação das relações entre qualidade de vida e saúde, levando em conta os seus determinantes estruturais na apreensão dos processos relativos à reprodução social da saúde e doença.

³ O urbanista Cândido Malta CAMPOS FILHO designa "unidade de vizinhança" como o "local de moradia com seus serviços básicos [...] uma pequena cidade dentro da cidade, que na realidade concreta das cidades chamamos de bairro, com uma população que pode variar de cinco mil a oitenta mil habitantes" porém contendo freqüentemente cerca de dez mil habitantes no padrão brasileiro (CAMPOS FILHO, 1989, p.88 e 108).

1996 *apud* ESCRIVÃO Jr., 1999, p.10)⁴. Isto se deve, entre outros, ao fato de que há uma alta especialização concentrada no campo clínico dos sistemas de saúde, em detrimento do desenvolvimento de suas capacidades gerenciais envolvendo outros campos de conhecimento (SHORTELL e KALUZYNY, 1988).

Outro motivo que nos levou à opção pelo objeto desta dissertação, é o fato de que indicadores de qualidade de vida têm sido pouco utilizados como objeto de pesquisa acadêmica (SALSBERG *et alli*, 1993). Quando o são, a metodologia utilizada para aferir o *status* de saúde -- ou, em última análise, a qualidade de vida dos cidadãos -- de um determinado local, não tem proporcionado o compartilhamento dos resultados entre os pesquisadores, os gerentes do sistema de saúde do local considerado e o público envolvido (SALSBERG *et alli*, 1993).

Dessa forma, o gerenciamento dos sistemas locais de saúde tem sido feito tomando em consideração os aspectos quantitativos da produção geral/local de serviços, como por exemplo, o número de consultas médicas realizadas no sistema ou em uma unidade de assistência à saúde, ou o número de indivíduos imunizados em uma campanha nacional de vacinação contra agentes mórbidos específicos. Mesmo os indicadores de morbi-mortalidade mais amplos, com numerador determinado por diferentes critérios de idade, gênero, área de residência, entre outros, parecem não estar sendo usados em toda sua potencialidade no planejamento de ações no nível local dos sistemas públicos de saúde.

Diante do exposto, justifica-se a escolha do objeto desta dissertação considerando-o como uma contribuição para o estudo dos indicadores utilizados em planejamento de sistemas locais de saúde, tendo em conta o momento de acelerada descentralização das funções de gestão, pelo qual passa o processo de construção do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo.

⁴ A tese de doutoramento apresentada por Álvaro ESCRIVÃO Jr. à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e intitulada "Análise de situação de saúde: estudo numa área restrita da Região Metropolitana de São Paulo" (1999, 154 páginas) foi utilizada nesta dissertação - sob a autorização expressa do autor - como importante fonte de referências bibliográficas de levantamentos de necessidades, indicadores de saúde e epidemiologia em serviços.

OBJETIVOS

O objetivo desta dissertação é conhecer e caracterizar em qualitativos e quantitativos os indicadores de saúde que estão sendo utilizados em cidades paulistas com população entre 100 mil e 300 mil habitantes.

Além deste objetivo central, também se procurará conhecer: 1) as fontes acessadas na obtenção desses indicadores; 2) os canais de comunicação utilizados pelo órgão gestor do sistema local de saúde dos municípios na divulgação dos resultados do planejamento em saúde, fruto do uso desses indicadores.

Finalmente, é ainda objetivo deste trabalho acadêmico observar as possíveis tendências no uso de indicadores de saúde pelos municípios estudados, analisando esses indicadores segundo: a) a finalidade de seu uso; b) a origem das fontes onde são obtidos; e c) a amplitude da disseminação das informações resultantes do uso desses indicadores.

REVISÃO DA LITERATURA

O crescimento das cidades nas últimas décadas é um fenômeno universal. A vida, em todo o mundo, está se tornando cada vez mais urbanizada, sendo que por volta do ano 2010, de 20 a 30 cidades terão mais de 20 milhões de habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), e outras 500 cidades terão ao redor de 1 milhão de habitantes (RABINOVITCH; LEITMAN, 1996, p.46). Atualmente, das dez maiores aglomerações urbanas no mundo, sete estão no hemisfério sul e apresentam padrão de urbanização semelhante, caracterizado pela ocupação desordenada do espaço, com deficiência de investimentos compatíveis em infraestrutura física e social (FERRAZ, 1993, p.46). As cidades latino-americanas sofrem ainda um processo de desestruturação urbana cada vez mais marcado pelas ações populares "massivas e inorgânicas, orientadas por estratégias de sobrevivência imediatistas" (CORAGGIO, 1993, p.47).

No Brasil, a partir da década de 60, o fenômeno da urbanização⁵ reproduz esse modelo de modo acelerado, em virtude da ampliação e diversificação da industrialização do País⁶. A urbanização em nosso País se dá em meio a forte tensionamento social e político, pois se faz acompanhar de uma intensa migração rural-urbana, com conseqüente deterioração das condições de habitação, da perda de poder aquisitivo da classe trabalhadora e da concentração da renda (OLIVEIRA e SIMÕES,

⁵ A taxa de urbanização para o Brasil, de acordo com o censo de 1996, é de 78,4%. Para a região Sudeste -- de maiores densidade populacional e nível de industrialização -- é de 89,3% (FUNDAÇÃO IBGE, *CONTAGEM DA POPULAÇÃO* 1996, 1997 v.1), e para o Estado de São Paulo é de 93,11% (IBGE, *HOME PAGE*, DEZEMBRO DE 1999; SEADE, *HOME PAGE*, DEZEMBRO DE 1999).

⁶ OLIVEIRA e SIMÕES (1986) dividem o processo *industrialização-urbanização-condições de vida* no Brasil em duas etapas: 1) os anos 40-60, início da industrialização e migração rural, com intensificação do controle de doenças, importação de tecnologia médica e expansão da rede hospitalar, significando aceleração da tendência de queda dos índices de mortalidade e aumento na expectativa de vida; e 2) a partir da década de 60, aceleração do processo de industrialização sob mandato econômico com governo centralizado, intensificação da migração rural-urbana e piora das condições de vida nos centros metropolitanos (*apud* SZWARCOWALD *et alli*, 1992, p.255).

1986 *apud* SZWARCWALD *et alli*, 1992, p.255) e de capitais nos setores de infraestrutura regional, em detrimento dos setores sociais e das cidades⁷ (CAMPOS FILHO, 1989, p.46).

É possível afirmar que, definitivamente, estamos vivendo a era da urbanização e assim, qualquer pessoa interessada no incremento da saúde e do bem-estar humano no mundo industrializado deve, necessariamente, estar preocupada com o estado de saúde das⁸ cidades e de seus moradores (HANCOCK, 1986, p.13). A questão da saúde das populações humanas guarda relações muito estreitas com as questões relativas ao ambiente e ao desenvolvimento urbanos (BUSS, 1995, p.9). Neste sentido, as cidades e seus sistemas locais de saúde, e neles, o pessoal envolvido no processo de planejamento das ações coletivas de saúde, deveriam dirigir mais a sua atenção às condições ambientais urbanas que determinam o estado de saúde das cidades e, por extensão, de seus cidadãos (HANCOCK, 1986, p.13). Essa afirmação é ratificada pelo fato de que as pessoas estão, progressivamente, fazendo a conexão entre condição de vida urbana e a "eco-crise que confronta o planeta" (ASHTON, 1992, p.6). HANCOCK (1986, p.18) afirma ainda que as cidades, mais do que o nível estadual ou federal de organização social e política, podem ser, agora e no futuro, o foco mais importante de ações governamentais na área da saúde.

No Brasil, o movimento pelo fortalecimento dos municípios culmina com a promulgação da nova Constituição Brasileira, em outubro de 1988, com a definição de dispositivos para a descentralização da autoridade⁹, conferindo plena autonomia político-administrativa ao município, considerado como esfera autônoma entre as que compõem a federação (JACOBI, 1993, p.173)¹⁰. A Constituição Federal estabeleceu, além da descentralização administrativa, a consagração de amplos direitos sociais e a

⁷ CAMPOS FILHO (1989, p.46) considera que o período de aceleração da industrialização se inicia em 1955 com o governo de Juscelino Kubitschek, exigindo uma alta concentração dos capitais disponíveis no Brasil e no exterior em investimentos de infra-estrutura regional, tais como estradas transregionais, hidrelétricas, aeroportos, sistemas de comunicação, siderúrgicas e polos petroquímicos.

⁸ Há uma certa polêmica sobre os termos "saúde nas cidades" e "saúde das cidades". Aparentemente irrelevante, essa discussão remete a questões mais amplas, como por exemplo, sobre se a degradação ambiental ou a falência econômica de uma cidade não seriam, em si, um sinal ou sintoma de "doença da cidade". Ou ainda sobre se vemos a cidade como "espaço-paisagem" ou como "sociedade total que anima o espaço" (ver Milton SANTOS – citação à página 23). Nesta dissertação ambos os termos serão utilizados de acordo com a força e sentido de expressão objetivados para cada trecho específico.

⁹ JACOBI (1993, p.171) afirma que a descentralização tem três objetivos gerais: "obter mais democracia, mais eficácia e mais justiça social".

¹⁰ Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 10, 18 e 28.

definição mais clara de competências entre os diferentes níveis de governo no campo das políticas sociais¹¹. Especificamente no setor da saúde, os municípios tornaram-se responsáveis pela gestão e promoção dos serviços de saúde que, agora, devem ser proporcionados dentro do novo sistema de gestão, o Sistema Único de Saúde - SUS.

Na legislação federal subsequente¹² introduziu-se a municipalização e a prática da administração democrática nos processos de gestão de políticas de saúde, consagrando o princípio da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde - SUS (SES-SP, *HOME PAGE*, 15 DE JANEIRO DE 1999). Assim, foi criada no país uma nova estrutura legal e regulamentar -- considerada uma verdadeira reforma do Estado por suas características descentralizadoras e de controle social (JACOBI, 1993, p.173; SES-SP, *HOME PAGE*, 15 DE JANEIRO DE 1999) -- que reconhece e incorpora outros atores sociais no processo de gestão do Sistema Único de Saúde, tais como os Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde, as Comissões Intergestoras Regionais, Bipartite, e Tripartite, o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS. Essa estrutura representa também um esforço na promoção da transparência das ações do governo e a prestação de contas aos cidadãos.

No Estado de São Paulo, o corpo legal e político de sustentação do movimento de descentralização na área da saúde foi reforçado pela promulgação, em 1989, da Constituição do Estado de São Paulo¹³, e do Código de Saúde do Estado de São Paulo, onde se pode ler, em sua edição comentada, que:

"A descentralização preconizada pelo SUS torna-se irreversível apontando para o fortalecimento do poder local. O Código institui a municipalização e a regionalização [das ações de saúde]" (GOUVEIA, 1997, p.9).

De modo sucinto, pode-se dizer que o processo de descentralização no setor saúde no Brasil, e em suas unidades federativas, tem tido uma íntima relação com o processo de redemocratização das relações na sociedade brasileira (JUNQUEIRA, 1997,

¹¹ Brasil. Constituição da República Federativa, ver Capítulo IV do Título III - "Dos Municípios"; e Título VIII "Da Ordem Social".

¹² Brasil, Lei Federal 8.080/90 e Lei Federal 8.192/90.

¹³ São Paulo. Constituição do Estado, ver Seção Da Saúde - Art. 219 a 231.

p.32). Dessa forma, estão envolvidos nesses processos, a redistribuição de poder e de recursos, a redefinição dos papéis do governo nas esferas federal, estadual e municipal, a reorganização institucional (especialmente em âmbito municipal), a mudança das práticas de formulação e de gestão de políticas públicas de saúde, e o estabelecimento de novas relações entre o governo e a sociedade através dos mecanismos de controle social propiciados pelo SUS (HORTALE, 1997, p.25).

Dentre as atividades de gestão descentralizadas destaca-se o planejamento das políticas e ações locais de saúde no âmbito dos municípios. Entende-se o planejamento como um instrumento de gestão de políticas de governo e como prática social (MERHY, 1994 *apud* TANCREDI *et alli*, 1998, p.5; DANTAS *et alli*, 1998, p.93), que se destina, deliberadamente, a promover mudanças institucionais e sociais (DEVER, 1988, p.51), melhorando o alcance dessas políticas. O planejamento surge como uma área teórico-metodológica aberta às diferentes fases da discussão e da polêmica, envolvendo as relações entre política e planejamento através da "extensão dos processos que integra, da carga teórica das técnicas que usa, dos processos de avaliação e dos aspectos de implementação que muitas vezes, não são alcançados" (BUSTELO, 1982, p.131).

O planejamento local em saúde pressupõe um diagnóstico de situação -- chamado de momento analítico nos termos dos métodos PES e MAPP¹⁴ -- como caracterização de uma situação de saúde e tem três orientações possíveis: a) *de crescimento ou reprodução*, que traz um viés de diagnóstico *administrativo* e se refere ao *setor* como dimensão analítica da realidade; b) *de mudança*, que supõe um diagnóstico *estratégico*, e que tem as *forças sociais* como dimensão de análise; e c) *de legitimação*, que incorpora um diagnóstico de cunho ideológico, e que tem a dimensão da *totalidade social* da realidade onde opera (URIBE RIVERA, 1992, p.60-61). Essas três formas evoluem em complexidade, dizendo URIBE RIVERA (1992, p.60) que "é

¹⁴ O Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo economista chileno Carlos MATUS, é citado recorrentemente na literatura latino-americana como método de planejamento em saúde, pela sua compatibilidade com a realidade social na região, entre outras razões. Diferencia-se de outros pela admissão em seus métodos da complexidade da realidade, admitindo que não há conhecimento único que a explique totalmente, dependendo essa explicação da inserção social de cada ator envolvido no problema analisado. MATUS desenvolveu ainda uma versão do PES (mais dirigida à planificação global de níveis centrais de governo) chamada Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) adequando os instrumentos de planejamento para os níveis locais menos complexos ou de programas específicos de ação (TANCREDI *et alli*, 1998; p.27).

mais fácil fazer o diagnóstico administrativo do que o estratégico, e este é mais fácil do que o ideológico”.

Diante das mudanças históricas já apresentadas -- a democratização e descentralização do sistema de saúde -- e, em meio ao crescente processo de urbanização, as novas funções e responsabilidades dos municípios no planejamento e definição de políticas públicas, passaram a acumular enormes desafios para os governos locais. No setor da saúde, a ação municipal tornou-se ainda mais complexa, na medida em que os maiores determinantes das condições de saúde no Brasil urbano estão relacionados à ausência de saneamento básico, às precárias condições habitacionais, às desigualdades na renda e à degradação ambiental (FERRAZ, 1993, p. 45).

É ilustrativo o estudo feito acerca da urbanização da cidade de São Paulo nos anos 60 e 70, salientando o modo como esses fatores, dentre outros, se articulam na determinação de condições a serem enfrentadas nos municípios na formulação de políticas públicas integradas intersetorialmente. Diz o estudo que o constante declínio da mortalidade infantil no Brasil, a partir da década de 70, pode ser creditado ao crescente processo de urbanização do País, que acabou por facilitar o acesso às ações e programas de saúde, à assistência médica, ao abastecimento de água encanada, entre outros benefícios (SZWARCOWALD *et alli*, 1992, p.266). Do mesmo modo, no contexto de intensa urbanização, fatores como a renda trazem alterações no estado de saúde de uma população, tal como ocorreu, por exemplo, no município de São Paulo, de 1965 até o início da década de 70, quando a inversão de queda da mortalidade infantil foi associada, entre outros fatores, à redução do salário mínimo real (LESER, 1972 *apud* SZWARCOWALD *et alli*, 1992, p.264).

Frente a este contexto -- de urbanização acelerada, redemocratização das relações sociais, descentralização administrativa -- as secretarias municipais de saúde não só adquiriram funções mais amplas como também viram-se diante do desafio de coordenar suas atividades com os demais setores de governo e da sociedade civil. AKERMAN (1995, p.2), citando Leonard DUHL (1993) diz que o planejamento seria mais eficaz se conseguisse aglutinar visões distintas e que, através de uma série de processos de negociação, pudesse acomodar as diversas expectativas neles envolvidas

(AKERMAN, 1995, p.3). E completa AKERMAN (1995) acerca da dificuldade de implementar-se uma ação intersetorial, citando PARETO (1992):

“Na prática, a maioria dos projetos e programas tem uma forte conotação setorial, refletindo a estrutura da administração urbana. Se não existir um planejamento que coordene os setores, cada um irá propor seu próprio projeto, baseado em sua visão da realidade urbana, e estabelecerá seus próprios objetivos e métodos [...]” (PARETO, 1992 apud AKERMAN, 1995, p.3).

JUNQUEIRA (1997, p.34) afirma que a descentralização, isoladamente considerada como possibilidade de alteração de políticas setoriais -- como as políticas de saúde --, não garante a eficácia dessas políticas. A fragmentação estabelecida no nível local através da formulação de “políticas setoriais dicotomizadas” poderia ser superada pela integração interinstitucional e intersetorial no espaço do município, definido como unidade territorial e social (JUNQUEIRA, 1997, p.36).

Para superar os desafios impostos pela nova ordem política e institucional, e assim cumprir com o mandato constitucional, é esperada dos municípios brasileiros a adoção de uma visão integrada na formulação de políticas de saúde, envolvendo diferentes secretarias municipais, outros órgãos governamentais e a sociedade civil. Essa visão deve surgir de um contínuo processo cooperativo de planejamento e negociação intersetorial, com vistas à sustentação de políticas públicas de saúde em nível local. Assim, os municípios brasileiros assumiriam suas responsabilidades na definição de uma direcionalidade para o SUS, de forma coerente com os grandes objetivos nacionais para o setor saúde (TANCREDI *et alli*, 1998, p.2).

O Projeto Cidades Saudáveis

Em meio a este cenário destaca-se o “Projeto Cidades Saudáveis”, pela ênfase que confere ao planejamento das políticas de saúde como um processo sistemático, continuado e intersetorial (MALIK, 1997, p.259; MEZZOMO KEINERT, 1997 p.56), configurando-se assim, como um importante referencial metodológico para a discussão das políticas públicas na área da saúde coletiva no atual contexto institucional, político e urbano brasileiro.

Historicamente, o Projeto ou Movimento por Cidades Saudáveis¹⁵ se estrutura a partir da idéia que reconhece o decisivo papel desempenhado pelas cidades, tanto na promoção da saúde de seus cidadãos, como na mensuração dos níveis de qualidade de vida refletidos pelo meio ambiente urbano (TSOUROS e DRAPER, 1986, p.25). Formalmente os pressupostos do Projeto Cidades Saudáveis foram apresentados em 1977 durante a Trigésima Assembléia Mundial de Saúde, quando foram definidos os programas e estratégias visando a promoção de saúde no contexto da proposta de "Saúde Para Todos no Ano 2000" (ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1990). Posteriormente, em 1978, esta idéia foi ratificada na Conferência da Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata (ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1990).

Trevor HANCOCK e Leonard DUHL -- considerados os "pais" do Projeto Cidades Saudáveis, pelo papel pioneiro que desempenharam em sua implantação efetiva em cidades do Canadá e dos Estados Unidos da América -- têm uma definição para o que seja uma cidade saudável:

"Uma cidade saudável é aquela em que o ambiente físico e social é continuamente incrementado considerando os recursos de cada comunidade, o que permite que as pessoas se apoiem mutuamente no desempenho de todas as funções da vida, desenvolvendo-se elas mesmas ao máximo de seu potencial individual" (HANCOCK e DUHL, 1986, p. 22)¹⁶.

Leonard DUHL diz ainda que a idéia central do Projeto Cidades Saudáveis é, basicamente, uma proposta de mudança do modo de pensar e agir em relação à saúde nas cidades, consideradas as suas diferentes partes (DUHL, 1992, p.15).

Com a finalidade de criar uma imagem referencial de uma cidade saudável, reproduzimos em versão original em inglês, as sugestões de parâmetros propostos por Trevor HANCOCK e Leonard DUHL (1988, p.33) a serem considerados na construção de uma cidade saudável:

¹⁵ Agis TSOUROS, em levantamento de 1990, avaliou que o número e variedade de cidades e contingente populacional envolvidos no Projeto Cidades Saudáveis na Europa, Canadá e Estados Unidos já configurava um sólido movimento por cidades mais saudáveis, avançando nos propósitos iniciais do Projeto (TSOUROS, 1990, p.44). A confirmar essa tendência, a Organização Mundial da Saúde adotou o tema "Municípios e Comunidades Saudáveis: para uma vida melhor" para comemoração do Dia Mundial da Saúde de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, cartaz de divulgação do Dia Mundial da Saúde).

¹⁶ Do original em inglês: "A healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments, and expending those communities resources, which enable people to support each other in performing all the functions of life and developing themselves to their maximum potential".

1. *a clean, safe, high quality physical environment (including housing quality);*
2. *an ecosystem which is stable now and sustainable in the long term;*
3. *a strong, mutually-supportive and non-exploitative community;*
4. *a high degree of public participation in and control over the decisions affecting one's life, health and well-being;*
5. *the meeting of basic needs (food, water, shelter, income, safety, work) for all the city's people;*
6. *access to a wide variety of experiences and resources with the possibility of multiple contacts, interaction and communication;*
7. *a diverse, vital and innovative city economy;*
8. *encouragement of connectedness with the past, with the cultural and biological heritage and with other groups and individuals;*
9. *a city form that is compatible with and enhances the above parameters and behaviors;*
10. *an optimum level of appropriate public health and sick care services accessible to all; and*
11. *a high health status (both high positive health status and low disease status)¹⁷.*

Em adição ao undecálogo de HANCOCK e DUHL (1986, p.33) cabe associar a visão que Vilaça MENDES exprime de uma Cidade Saudável, cujo conteúdo transmite o sentido de movimento social que caracteriza a construção da cidade, em oposição à

¹⁷ A lista dos onze parâmetros para uma cidade saudável tem sido divulgada internacionalmente como um emblema do ideário do movimento por Cidades Saudáveis, o que tem ocasionado uma série de versões em diferentes idiomas. A fim de manter seu sentido original, a lista foi transcrita em inglês, a partir do manuscrito "Healthy Cities: Promoting Health in The Urban Context – A Background Working Paper for the "Healthy City Project" (HANCOCK e DUHL, 1986, p.33), obtido com os autores.

freqüente visão estática de representação de uma cidade saudável a partir de valores exclusivamente estéticos. MENDES(1996) diz que Cidade Saudável é:

"Aquele em que todos os atores sociais envolvidos -- governo, organizações não governamentais, famílias e indivíduos -- orientam suas ações, no sentido de transformar a cidade num espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade para a melhoria da qualidade de vida da população" (MENDES, 1996, p.259).

Dentre as diversas experiências de implantação do Projeto Cidades Saudáveis em diferentes países, destacam-se pelo pioneirismo e resultados alcançados, aquelas desenvolvidas no Canadá, especialmente a da cidade de Toronto, província de Ontário. Em 1978, com base nos termos do documento "*A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*" (1974) -- conhecido como "Relatório Lalonde" em referência a Marc Lalonde, ministro canadense da Saúde e Bem-Estar à época -- que absorvia as proposições do professor Thomas McKEOWN¹⁸, o Departamento de Saúde da cidade de Toronto convocou um comitê para rediscutir sua política de saúde. A conclusão do comitê, na forma do relatório "*Public Health in the 1980's*", apontou para uma abordagem das políticas municipais de saúde, enfatizando: ação política e social mais efetiva, desenvolvimento comunitário, informação de melhor qualidade sobre o *status* de saúde da população local, planejamento baseado em dados mais detalhados, pesquisa e educação para a saúde, e uma estrutural e funcional reorganização do Departamento de Saúde Pública, especialmente quanto à equipe de planejamento, medidas de descentralização, e organização baseada em participação comunitária (HANCOCK, 1992, p.44-45).

Essas decisões levaram, indiretamente, à fundação das bases do Projeto Cidades Saudáveis em consonância com o escritório europeu da Organização Mundial da Saúde, que gestava contribuições teóricas semelhantes a partir de experiências

¹⁸ McKEOWN afirmava em seus trabalhos da época que os maiores avanços na área da saúde dos países industrializados nos séculos XIX e XX, não se deram pela melhora nos cuidados médicos, mas sim pelo espectro de mudanças sociais e ambientais, especialmente: crescimento econômico; redução do tamanho das famílias; melhorias na agricultura e processamento de alimentos, levando a uma melhor nutrição; melhorias sanitárias e de higiene; habitação adequada e condições de trabalho; e, somente mais tarde, imunização e cuidados médicos. Propunha, em função disso, que a ação dos governos na área da saúde deveria dirigir-se a um espectro mais amplo de políticas, para além da assistência em saúde. (McKEOWN, 1994).

européias. No entanto o "Projeto Canadense de Comunidades Saudáveis"¹⁹ se diferencia das demais experiências por: a) ser organizado a partir de três associações nacionais não governamentais, lideradas pela Associação Nacional de Planejadores Urbanos; b) abordar todos os níveis possíveis de "governos locais" e não somente a cidade; e c) ser bastante aberto à participação comunitária e à inclusão de qualquer comunidade que se interesse pelo Projeto.

WESTPHAL (1997, p.14-15) considera que a decisão de aderir ao ideário do movimento por Cidades Saudáveis, requer um elevado grau de compromisso das autoridades municipais com a qualidade de vida da população e com "políticas públicas saudáveis". Segundo WESTPHAL (1997), essas políticas se conformariam processual e gradativamente através de: a) um *diagnóstico de situação*, obtido de forma ampla e integradora das visões de técnicos e da população; b) da existência de um *plano de governo* estabelecido através de um *planejamento estratégico* compartilhado entre governo e sociedade civil, e monitorado por indicadores de qualidade de vida; c) *gestão intersectorial* integrando setores de governo na consecução das políticas locais de saúde; d) *participação da população*, promovendo o cidadão a sujeito das mudanças sociais objetivadas pelos planos e políticas; e e) a *reorientação* dos serviços de saúde no sentido da garantia do acesso equitativo a esses serviços, e do incremento das ações e atividades de promoção e prevenção em saúde (WESTPHAL, 1997, p.14-15).

A adoção por cidades brasileiras dos métodos e estratégias preconizados pelo movimento Cidades Saudáveis, pode ser um recurso a mais no arsenal de instrumental metodológico e operacional à disposição dos governos municipais, no enfrentamento dos desafios impostos pelo cenário político institucional antes descrito. FERRAZ (1993, p.48) recomenda a adoção da alternativa do Projeto Cidades Saudáveis por municípios brasileiros para: a) contribuir para a renovação do discurso e do conteúdo da "municipalização da saúde" e não a "municipalização dos serviços de saúde"; b) introduzir novos atores no cenário da política de saúde através da formação de uma "rede de Cidades Saudáveis"; e c) colaborar para a adoção de uma nova cultura de

¹⁹ No Canadá o termo adotado foi "*community*" e não "*city*" na designação do nome da projeto, por ser aberto a todo tipo de comunidade, de qualquer tamanho, pertencente ou não a grandes aglomerados urbanos. Por causa da baixa densidade populacional no país, poucas comunidades canadenses consideram-se "cidades" (HANCOCK, 1992, p.46).

intervenção em saúde pública em nível municipal, que contemple as ações intersetoriais de promoção da saúde.

As experiências pioneiras de Cidades Saudáveis ocorrem na América Latina no início dos anos 90, acompanhando os processos de descentralização da saúde e implantação dos SILOS (MENDES, 1996, p.259-260). No Brasil, o Cidades Saudáveis surge em 1991, com a implantação do "Projeto São Paulo Cidade Saudável" na capital de São Paulo (ESCRIVÃO Jr., 1999, p.77). A iniciativa de implantação foi apoiada pela existência, à época, de um convênio de intercâmbio técnico entre as cidades de Toronto e São Paulo, e derivou do interesse do município brasileiro em desenvolver o uso de indicadores de condições de vida e saúde, construídos a partir das realidades locais do entorno dos Distritos Sanitários (ESCRIVÃO Jr., 1999, p.77). O desenvolvimento do "Projeto São Paulo Cidade Saudável" foi interrompido em 1992, com a posse de um novo governo municipal que estabeleceu outras prioridades para as políticas de saúde.

MOTTA *et alli* (1998) construíram um panorama atualizado das iniciativas de Cidades Saudáveis no Brasil, através de levantamentos bibliográficos e do Método de Estimativa Rápida, obtendo informações referentes ao histórico, origem e processo de desenvolvimento do Projeto Cidade Saudável em cada uma das dezesseis cidades que implantaram o Projeto. Os resultados obtidos pelas autoras apontam para a fragilidade dessas experiências, em parte pela "falta de vontade política dos governos locais", mas também em função da "frágil mobilização da população em torno de projetos coletivos" (MOTTA *et alli*, 1998). Das conclusões desse estudo, três merecem ser destacadas: 1) não existem claros mecanismos institucionais de participação nos projetos, sendo o Conselho Municipal de Saúde o canal de participação mais freqüentemente utilizado; 2) o setor saúde é o propulsor do Projeto, e ações intersetoriais traduzidas em programas, envolvem somente dois ou três setores, não havendo mudanças na estrutura e na lógica administrativa do governo municipal; e 3) as cidades não têm clareza sobre métodos de avaliação do Projeto e tampouco dispõem de instrumentos adequados para realizá-la. As autoras informam ainda que das dezesseis experiências de Cidades Saudáveis avaliadas, sete tiveram seus processos de implantação interrompidos por mudanças de governo. O estudo de MOTTA *et alli* (1998) conclui ainda que a falta de uma rede de relações entre cidades que desejam aderir aos pressupostos de Cidade Saudável, tem impedido um maior

conhecimento desses pressupostos, fazendo com que as cidades se assumam como "saudáveis" a partir da própria inferência que fazem dessa condição.

No decorrer deste texto, os pressupostos teórico-metodológicos preconizados pelo Movimento por Cidades Saudáveis, serão bastante utilizados na análise dos quesitos investigados nas cidades abordadas nesta pesquisa, como será visto na Discussão dos Resultados.

Uma definição para Saúde

Por estar se tratando da questão da saúde e qualidade de vida e de indicadores que expressem essa relação, deve-se antes definir tão precisamente quanto possível, o que se entende por "saúde". Uma medida do estado de saúde de um indivíduo, ou mesmo comunidade, deveria ser baseada em um prévio conceito de saúde (BOWLING, 1995). LARSON reforça essa afirmação dizendo ser necessário ter uma clara definição de saúde antes de ser levada a cabo qualquer medição dos níveis de saúde (LARSON, 1991, p.2).

A definição de saúde é tida como problemática, pois depende do período histórico em questão e da cultura na qual ela é definida (LARSON, 1991, p.1; MALIK e SCHIESARI, 1998, p.46). Nos últimos 150 anos, as expectativas acerca do estado de saúde de indivíduos e comunidades têm mudado a definição de saúde de "sobrevivência" a uma vida "sem doenças"; da capacidade de "desempenho de atividades diárias" ao senso de "felicidade e bem-estar" (LARSON, 1991, p.1). Atualmente, muitos estudiosos concordam que saúde é um conceito multidimensional que engloba não somente a ausência de doença ou incapacidade, mas também a capacidade de desempenhar tarefas e atividades consideradas normais, bem como a capacidade de manter condições gerais de bem-estar (HADLEY, 1982 *apud* LARSON, 1991, p.2).

DEVER (1988, p.47) reforça a idéia multidimensional da saúde, trabalhando o modelo de causalidade para a análise epidemiológica baseado no conceito de "campo de saúde" de LALONDE (LALONDE, 1974 *apud* PAIM, 1997, p.9; LALONDE, 1996, p.3), com quatro divisões primárias: sistema de saúde, biologia humana, ambiente, e estilo de

vida. Embora seja reconhecido como um avanço que representou importante aproximação do "social" com a "saúde", introduzindo a dimensão dos serviços de saúde e do estilo de vida no modelo de história natural da doença de LEAVELL e CLARK (PAIM, 1997, p.9), o conceito de "campo da saúde" tem sido rediscutido, especialmente no quesito "estilo de vida" e "ambiente" pela amplitude que ambos representam.

Quanto ao estilo de vida, DEVER (1988, p.28) fala em "riscos auto criados", atribuindo ao indivíduo certa capacidade de controle sobre seu padrão de consumo e atividades ocupacionais que lhe confeririam maior ou menor risco de adoecer. PAIM (1997), citando POSSAS (1989), amplia o conceito acima, ao se referir a um "modo de vida" como fruto da inclusão (ou exclusão) na estrutura ocupacional disponível que conforma o mercado de trabalho nas economias capitalistas. O "modo de vida" é composto analiticamente por POSSAS em: a) condições de vida, garantidas diretamente pela renda e indiretamente através das políticas públicas; e b) estilo de vida, como o conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes dos indivíduos (POSSAS, 1989 *apud* PAIM, 1997, p.10).

O componente "ambiente" é considerado por BUCK (1996) o mais importante dos quatro elementos do modelo explicativo contido no conceito de "campo de saúde". BUCK (1996, p.6) afirma que: *"si el entorno²⁰ no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria"*. A principal crítica à formulação inicial de LALONDE (*op. cit.*) se dá pela avaliação de que há uma redução do ambiente a fatores físicos (clima, geografia), biológicos (animais, vetores) e sócio econômicos (renda, nível de aglomeração, habitação) (PAIM, 1997, p.12). Na tentativa de superar essas restrições, adotou-se inicialmente o conceito de espaço geográfico para "tentar integrar o biológico ao não-biológico" (SILVA, 1985 *apud* PAIM, 1997, p.12). PAIM (1997) afirma que tal conceito tem sido empregado no sentido da compreensão das relações sociais como definidoras de um padrão espacial de uma cidade, decorrente de um modo de produção econômica que se expressa em processos sociais urbanos; e completa citando o geógrafo Milton SANTOS (1991):

²⁰ O termo "entorno" utilizado no original em espanhol significa, no âmbito do corpo teórico da promoção da saúde, "todos aqueles aspectos identificáveis do entorno físico, social e econômico" (NUTBEAM, 1996, p.394).

“Para desmitificar o espaço, cumpre levar em conta dois lados essenciais: de um lado a paisagem, funcionalização da estrutura técnico-produtiva, lugar da fetichização; do outro, a sociedade total, a formação social que anima o espaço” (SANTOS, 1991 *apud* PAIM, 1997, p.12).

CASTELLANOS (1992), citado por PAIM (1997), resume algumas das possibilidades mais atualizadas relativas ao esforço de unir, conceitualmente, o *espaço funcional* ao *espaço social* nas cidades:

“A população ocupa e se apropria do espaço de tal forma que, longe de ocorrer uma distribuição ao azar das famílias, estas tendem a formar conglomerados relativamente homogêneos desde o ponto de vista de suas condições de vida, que correspondem com uma unidade territorial. O espaço é construído socialmente, e constitui portanto uma possibilidade de estratificar a população segundo condições de vida [...]. A unidade espaço-população tem então a possibilidade de ser a unidade onde operam os processos determinantes (condições de vida), onde se expressam os problemas de saúde e onde se desenvolvem ações de saúde e bem-estar” (CASTELLANOS, 1992 *apud* PAIM, 1997, p.14).

Uma vez feita a crítica acerca das limitações acerca do conceito de campo da saúde, passa-se a descrever, resumidamente, a partir do trabalho de LARSON (1991) e outras referências, compilar uma tipologia sobre o que seja saúde e que reúna cinco diferentes modelos de compreensão do termo, arrolados a seguir (LARSON, 1991, p.3-9):

- **modelo médico:** que descreve saúde simplesmente como a ausência de doença. Assim, na ausência de doença, a saúde se efetiva. O modelo médico usa o conceito de mortalidade como medida de saúde;
- **modelo holístico:** no qual saúde é definida como a saúde da pessoa por inteiro -- incluindo os aspectos físicos, mentais e sociais do estado de higidez. Este modelo foca prioritariamente os aspectos positivos da saúde e bem-estar, em detrimento dos aspectos negativos -- doença e enfermidade -- considerados no modelo médico;
- **modelo de bem-estar:** onde saúde é conceitualizada como um estado de sentimento ou sensação, isto é, uma noção leiga e intuitiva de saúde como bem-estar -- conforto, energia e habilidade para a performance diária do ser

humano. É a forma "ótima" para uma vida plenamente criativa e edificante, ou ainda, um sentimento ou experiência interna que as pessoas desfrutam ou dela sentem falta;

- **modelo ambiental:** como produto da fascinação pela 'teoria dos sistemas' desenvolvida no século 20. Neste modelo, o estado de saúde de uma pessoa é relacionado à sua adaptabilidade ao meio ambiente, variando, portanto, nos diferentes ambientes. De acordo com trabalhos recentes, o modelo ambiental tem sido assumido mais amplamente, pois pesquisadores têm relatado que avanços na saúde estão relacionados mais às mudanças sócio econômicas, ambientais e educacionais do que aos avanços na intervenção médica (HANCOCK, 1993, p.16). Quanto a isso, também tem sido dito que os determinantes do estado de saúde de pessoas e coletividades estão longe de serem aceitos como a simples provisão de hospitais e serviços médicos. Mais amplamente, saúde é determinada por um amplo espectro de políticas públicas, não somente em nível nacional, mas também no nível local de governo (HANCOCK, 1993, p.21).

- **modelo eclético:** considerado um depositário de todas as definições que não se encaixam exatamente em outros modelos. Aqui, saúde é definida institucionalmente e representa a capacidade de ajuda na produção de mais-valia aos donos dos meios de produção, refletindo a tese do determinismo econômico e da visão marxista do capitalismo. Segundo BARRETO (1990), as contribuições originárias desse modelo têm sido limitadas, atribuindo tal fato a: a) problemas conceituais e metodológicos não solucionados que dificultam o teste de seus modelos teóricos em situações concretas; e b) a fatores externos à disciplina [*epidemiologia*], relacionados à mudança no balanço político da América Latina, incluindo restrições de financiamento de pesquisa com este referencial (BARRETO, 1990 *apud* PAIM, 1997, p.9-10).

Na definição da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946) -- a alternativa mais freqüentemente encontrada na literatura -- saúde é vista como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade". Assim definida, saúde seria mensurada positivamente através da investigação do nível de bem-estar, tal como percebido

pelas pessoas ou medido em testes clínicos. Contudo, esse conceito incorpora as tradicionais e negativas medidas de morbidade e mortalidade (LARSON 1991, p.9).

Complementarmente à sinopse conceitual apresentada, emerge um outro conceito trazido por HANCOCK (1993, p.16) e chamado de **modelo positivo de saúde**. Diz o autor que o acesso à saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo, não pode partir da premissa de que a medida da saúde seja dada pelos indicadores de morbi-mortalidade, embora, na prática, os países e as cidades tenham sido classificados quanto aos níveis de saúde com base nesses indicadores, nos quais a expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil se encaixam. A saúde de uma cidade e de seus cidadãos necessita ser assumida nos termos da condição física, mental e social, ou seja, de seu bem-estar, tanto quanto, se não mais que, as taxas de mortalidade e morbidade (CAPPON, 1990 *apud* HANCOCK, 1993, p.16).

Ao lado das discussões sobre o conceito de saúde, é importante situar os conceitos de **equidade** ou **desigualdade em saúde** [*inequalities in health*] e **promoção da saúde**. O primeiro conceito diz ser a equidade "a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças" (BERLINGUER, 1996; BRYAN 1996 *apud* GARRAFA *et alli*, 1997, p.65), ou ainda "a capacidade do sistema de saúde garantir o atendimento diferenciado das necessidades de saúde respeitando as diferenças na estrutura epidemiológica dos grupos populacionais" (BARATA, 1997, p.11). Similarmente, HANCOCK (1993) conceitua "desigualdade em saúde" -- um antônimo ao termo "equidade" -- como sendo as "iniquidades no acesso aos pré-requisitos básicos para a saúde, as quais estão enraizadas na iniquidade social" (HANCOCK, 1993, p.19). O conceito de equidade surge a partir da metade do século XIX, como produto da crise que sofre a idéia de que o indivíduo é o único responsável por aquilo que lhe acontece, derivando para o conceito ampliado de "direitos sociais" (SCHRAMM, 1997, p.51). SCHRAMM afirma que:

"Neste sentido [*da equidade como direito social*], a necessidade de intervenção pública em campo sanitário constitui uma das obrigações morais das sociedades modernas com relação a seus cidadãos, em particular com os menos favorecidos" (SCHRAMM, 1997, p.51).

GARRAFA (1997) resume o conceito de equidade, suas origens e conseqüências na área de saúde dizendo:

"A eqüidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática face à realização dos direitos humanos universais, entre eles o direito [...] de acesso à saúde. A eqüidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar a possibilidade de vida de importantes parcelas da população" (GARRAFA, *et alli*, 1997, p.65-66).

Já o conceito de **promoção da saúde** remete às atitudes que visam o incremento e auto controle da saúde das populações. De acordo com A OTTAWA CHARTER OF HEALTH PROMOTION²¹, promoção da saúde é o processo de proporcionar às pessoas os meios necessários para o incremento e o controle de seu estado de saúde²² (DEAN, 1988, p.13; KICKBUSH, 1996, p.16). Esse conceito deriva de uma visão positiva de saúde, considerada como um recurso aplicável à vida cotidiana de um indivíduo ou grupo de indivíduos, que podem assim confrontar e transformar as condições ambientais em seu entorno (KICKBUSH, 1996, p.16). KICKBUSH extrai do "*Documento de discusión sobre el concepto e los principios de la promoción de la salud*" (1984)²³ os cinco princípios fundamentais da promoção de saúde:

1. a promoção de saúde afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se restringe às pessoas que correm o risco de sofrer certas enfermidades;
2. a promoção da saúde pretende influir nos determinantes ou causas da saúde;
3. a promoção da saúde combina métodos ou enfoques distintos porém complementares entre si;
4. a promoção da saúde se orienta especificamente de modo a conseguir a participação concreta e específica da população; e

²¹ O documento intitulado "Ottawa Charter of Health Promotion" foi adotado como documento final da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, organizada em 1986 em conjunto pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Bem-Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública, tornando-se um marco teórico para a discussão sobre promoção da saúde em contexto mundial.

²² Literalmente a partir do documento acima em sua versão em espanhol: "*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*" (in Organización Panamericana de la Salud – "Promoción de la salud: una antología". Publicación Científica N° 557, anexo I, p. 367).

²³ Documento que marca o início do programa de promoção da saúde do Escritório Regional Europeu da OMS, em 1984. (KICKBUSH, 1996, p.16).

5. os profissionais de saúde (particularmente os do nível primário de atenção) devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da promoção da saúde.

KICKBUSH (1996, p.16) a partir do documento citado, associa a esses princípios cinco áreas temáticas conexas:

1. acesso à saúde;
2. desenvolvimento de um entorno facilitador da saúde;
3. reforço das redes e apoios sociais;
4. promoção de comportamentos positivos para a saúde e de estratégias de enfrentamento adequadas (um objetivo essencial para a promoção da saúde);
5. e aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde.

Face aos princípios e áreas temáticas conexas arroladas, KICKBUSH afirma ser necessário estabelecer estratégias para alcançar os propósitos da promoção de saúde, as quais se desenvolveriam a partir do que a autora chama de "campo de trabalho da nova saúde pública" considerado mais avançado em relação ao conceito de "campo da saúde" de LALONDE (KICKBUSH, 1996, p.21). Em consequência dessas estratégias, o desenvolvimento de uma noção positiva de "políticas de estilo de vida" supõe uma mudança radical na forma de "programar" os estilos de vida para democratizar sua produção política e sua orientação cultural (KICKBUSH, 1996, p.24).

Um dos pontos a serem destacados na questão da promoção da saúde é a participação popular, através do envolvimento da comunidade nas questões de saúde. SMITHIES e ADAMS (1993) afirmam que a participação da comunidade tem se tornado um dogma na discussão sobre promoção da saúde. E salientam o trecho da OTTAWA CHARTER OF HEALTH PROMOTION (1986):

"A promoção da saúde se concretiza através da efetiva ação comunitária ao estabelecer prioridades, tomar decisões, planejar e implementar estratégias para alcançar um incremento em seu estado de saúde. No cerne desse processo está a força de participação das comunidades, e a propriedade e controle de seus

próprios esforços e destino” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986 *apud* SMITHIES e ADAMS, 1993, p.56)²⁴.

No entanto, advertem os autores que seria ingênuo acreditar que, de modo isolado, a participação da comunidade e eventuais respostas do governo local, irão transformar significativamente o estado de saúde naquele local (SMITHIES e ADAMS, 1993, p.56). Na verdade, a redução das iniquidades em saúde requer uma redistribuição de recursos e poder na sociedade e mudanças políticas na área governamental (SMITHIES e ADAMS, 1993, p.56).

O conceito de Qualidade de Vida

O termo “qualidade de vida” é um conceito de muitos significados, pois envolve julgamentos baseados em valores altamente subjetivos (PATRICK e ERICKSON, 1993, p.20). Como conceito filosófico, qualidade de vida tem sido discutida através de toda a história da filosofia desde Aristóteles, cuja visão de uma vida “boa” é aquela que se identifica com a vida mais desejável (OSTENFELD, 1994, p.19). Atualmente, o conceito de qualidade de vida tem sido empregado de forma variada por cientistas sociais, como por exemplo, os economistas que se preocupam com a questão de como a sociedade pode melhor alocar seus recursos (MEGONE, 1990, p.28). Outros autores têm considerado que “qualidade de vida” tornou-se um termo tão popular que políticos, que antes falavam no bem-estar das massas, agora falam da qualidade de vida do povo (MUKHERJEE, 1989, p.23). No entanto, afirma MEGONE (1990) que uma distinção tem que ser feita antes de se pautar a discussão sobre a melhor definição para “qualidade de vida”:

“O termo ‘qualidade de vida’ é ambíguo. De um lado há a qualidade individual de vida, uma reflexão de quão bem a vida de um indivíduo caminha; contudo também há um conceito mais amplo, que procura captar as condições de qualidade de vida à volta do indivíduo independentemente de quão bem vive esse indivíduo. [...] É bem certo que as duas noções se intersectam, ou seja, que a qualidade de vida de um indivíduo seja afetada pela cultura e qualidade do ambiente onde ele vive, mas isso é, em

²⁴ Do original: “Health promotion works through effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities, and the ownership and control of their own endeavors and destiny”.

parte, uma função de como a vida de todos os indivíduos caminha na sociedade [o autor nomeia essas noções de 'qualidade privada de vida' e 'qualidade pública de vida', respectivamente] (MEGONE, 1990, p.28-29)²⁵”.

ORLEY e KUYKEN (1994) apresentam o que consideram ser uma definição geral para qualidade de vida, quando se tem em conta os aspectos públicos e privados da vida dos indivíduos, estando estes inseridos em um contexto social, cultural e ambiental. Dizem esses autores:

“Qualidade de vida é definida [...] como a percepção pelo indivíduo de sua posição de vida a partir da inserção no contexto cultural e no sistema de valores no qual ele vive, tendo em conta seus objetivos, expectativas, padrões de comportamento e preocupações. Este é um conceito bastante amplo que incorpora de maneira complexa a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, credos pessoais e a relação com os aspectos evidentes do ambiente” (ORLEY e KUYKEN, 1994, p.43)²⁶.

CUTTER (1985) se refere, primeiro ao plano individual para definir que “qualidade de vida está relacionada com a felicidade de um indivíduo e sua satisfação com a vida e o ambiente que o cerca” (CUTTER, 1985, p.1), para depois compreender esse conceito no plano da comunidade, condicionando o grau de satisfação e felicidade coletivas às condições sociais e ambientais existentes. A autora afirma que ambos os planos incluem a necessidade de medidas tanto tangíveis quanto intangíveis que reflitam o consenso de valores e objetivos individuais e coletivos (CUTTER, 1985, p.1). CAMPBELL *et alli* (1976) no estudo *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions* -- tido como um clássico dos estudos de bem estar

²⁵ Do original em inglês: “The term ‘quality of life’ is ambiguous. On the one hand there is the quality of an individual’s life, a reflection of how well his life is going; but there is also a broader concept, capturing roughly the quality of living conditions around an agent, where these can be picked out independent of how well the agent’s own life goes. [...] It may well be that the two notions intersect, that the quality of an individual’s life is affected by the quality of his environment and culture, and that these are in part a function of how well the lives of the agents in the society go [he names these notions as a private and public quality of life, respectively]”.

²⁶ Do original em inglês: “Quality of life is defined, [...], as an individual’s perception of his or her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features of the environment”.

auto-referido²⁷ -- conclui que a conceituação de qualidade de vida está focada mais nas experiências individuais do que nas condições de vida, e que a qualidade de vida é medida com mais eficácia pelo "nível de satisfação" do que pela "felicidade"²⁸ (CAMPBELL *et alli*, 1976 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992, p.7).

Nesse sentido, reforça-se aqui a distinção feita antes por MEGONE (1990) através das palavras de VEENHOVEN (1993):

"[...] É valioso distinguir entre juízos sobre 'sociedade' e aqueles sobre 'vida em uma sociedade'. Uma sociedade que é julgada positivamente pelos cidadãos não é necessariamente uma sociedade convivível. O juízo pode se referir a aspectos que são destacados no discurso público, mas têm pequena relevância para a verdadeira satisfação com a vida. Assim também é, basicamente, com as pessoas insatisfeitas que podem, todavia, ser positivas no juízo da sociedade, porque elas são alienadas acerca dos defeitos dessa sociedade, atribuindo suas misérias a outros fatores. O grau de prosperidade de uma sociedade pode assim ser melhor medido pelo modo como as pessoas avaliam sua própria vida, em outras palavras pela sua satisfação pessoal" (VEENHOVEN, 1993, p.23)²⁹.

Há ainda uma crescente preocupação com o tema qualidade de vida tanto no meio acadêmico quanto na agenda da saúde, não só em função do processo desordenado de ocupação das cidades -- como já foi apontado --, mas também a partir do impacto da chamada "transição epidemiológica" (MALIK e SCHIESARI, 1998, p.38-42). A diminuição da mortalidade infantil, a queda de fecundidade, o envelhecimento da população, o aumento dos agravos à saúde por causas externas e

²⁷ O estudo de Angus CAMPBELL e colaboradores, intitulado *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction* (New York: Russel-Sage, 1996) foi baseado em uma coleta de dados realizada entre norte-americanos de todo o país em 1971, tendo sido uma amostra desse universo reentrevistada. O estudo é considerado um clássico pelo pioneirismo e amplitude do universo examinado, tendo sido concebido como o piloto de uma série permanente de mensuração de qualidade de vida nos Estados Unidos da América (MURDIE e RHYNE, 1992, p.8).

²⁸ "Nível de satisfação" [*level of satisfaction*] é definido como a discrepância referida entre as aspirações e conquistas das pessoas (CAMPBELL *et alli*, 1976 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992, p.7). "Felicidade" [*Happiness*] é o sentimento expresso pela pessoa sobre sua satisfação com a vida como um todo. No contexto coletivo é usado como medida de habitabilidade [*liveability*]. Nas palavras do autor, em inglês: "The happier the inhabitants are on average, the more liveable the region is presumed to be" (VEENHOVEN, 1993, p.23).

²⁹ Do original em inglês: "[...] it is worth distinguishing between judgments about 'society' and judgments about one's 'life in that society'. A society that is judged positively by its citizens is not necessarily a livable one. The judgement can concern aspects that are very prominent in public discourse, but have little relevance for the actual enjoyment of life. Also, basically dissatisfied people can still be positive about their society, because they are unaware of its shortcomings and attribute their misery to others matters. The degree to which people flourish in a society can thus best measured by how they evaluate their own life, in others words by their personal satisfaction".

pelas doenças crônico-degenerativas, têm forçado mudanças no modo de pensar a agenda do setor saúde (SZWARCOWALD *et alli*, 1992, p.262; MALIK e SCHIESARI, 1998, p.40; IBGE, *HOME PAGE*, 15 DE JANEIRO DE 1999). Em países periféricos, essa agenda de transição convive de forma intensa com agravos característicos do perfil epidemiológico anterior, como as doenças infecto-contagiosas, algumas mesmo reemergentes³⁰.

No entanto, o fato de morrer um menor número de crianças antes de seu primeiro ano de vida, e de se viver mais anos, não implica em uma vida melhor. Ao contrário, como afirmam MALIK e SCHIESARI (1998, p.40): "Não basta viver, é preciso viver bem".

A mensuração da Qualidade de Vida

Antes de iniciar o estudo das medidas de qualidade de vida, cabe observar alguns aspectos gerais sobre indicadores³¹ e seus requisitos.

Alguns pré-requisitos deveriam ser observados na construção e escolha de indicadores. LAURENTI *et alli* (1987 *apud* MALIK e SCHIESARI, 1998 p.47) indicam alguns desses requisitos, dos quais selecionou-se:

- a existência e disponibilidade de dados;
- o conhecimento das definições e procedimentos empregados na construção dos indicadores, possibilitando comparações entre locais, organizações e períodos distintos;
- a facilidade de construção e interpretação;
- e o reflexo do maior número possível de fatores que reconhecidamente influem no estado de saúde.

³⁰ O termo "doenças reemergentes" tem surgido recentemente para designar aquelas doenças que já haviam sido controladas no país, ou mantidas em áreas endêmicas, e que agora resurgem, especialmente em áreas urbanas, como por exemplo, o cólera, a dengue, o tracoma, entre outras.

³¹ **Indicador** é definido, segundo SAMAJA (1993), como "algum tipo de procedimento que se aplique a alguma dimensão da variável, para estabelecer que valor dela corresponde a uma unidade de análise determinada" e **dimensão de uma variável** é "um aspecto da variável (ou predicado) que é relativamente independente dos outros aspectos, que com ele, constituem o sentido total da variável" (SAMAJA, 1993 *apud* ESCRIVÃO Jr., 1999, p.18).

A estes adicionam-se alguns requisitos considerados relevantes e apontados por SALSBERG *et alli* (1993):

- custo de desenvolvimento e custo de aplicação compatíveis com os benefícios resultantes de seu uso;
- período de coleta compatível com a necessidade e frequência de uso;
- equilíbrio de uso entre dados comparáveis por áreas e organizações, e dados necessários e relevantes no nível local do sistema.

Na tarefa de construção de indicadores de saúde³², NOACK (1988) diz que dois diferentes tipos de modelo podem ser distinguidos: o modelo *input-output* e o modelo processual. No modelo *input-output*, variáveis independentes (tais como uma certa política de saúde, um programa de promoção da saúde, ou ainda a oferta de certos recursos de saúde) são tratadas como *inputs* no sistema; por sua vez, as eventuais mudanças no comportamento de saúde ou alterações no estado de saúde coletivo são vistas como *outputs*. Esse modelo tem a característica particular de não analisar, em qualquer momento, a natureza dos processos comportamentais e sociais envolvidos, ou seja, não analisa a transformação de *inputs* em *outputs*. De modo oposto, o modelo processual procura descrever, entender e explicar os processos contextuais, comportamentais e biológicos envolvidos nos fenômenos de mudança no estado de saúde de indivíduos e coletividades (NOACK, 1988, p.10).

A opinião de vários autores acerca da mensuração da qualidade de vida é que essa é uma tarefa de difícil consecução. CUTTER (1985, p.17) diz que: "se uma simples definição do que seja qualidade de vida é difícil de ser alcançada, um acordo universal sobre como medi-la é virtualmente impossível". MALIK e SCHIESARI (1998, p.46) concordam e afirmam: "se a obtenção de consenso na definição [*de qualidade de vida*] não é tarefa fácil, ainda mais árdua é a discussão de como medi-la". No entanto, na revisão da literatura, pareceu-me importante conhecer alguns métodos, modelos e fontes de indicadores que, se não são exatos como medida de qualidade de vida, foram úteis na análise dos resultados obtidos junto ao universo de pesquisa.

³² **Indicadores de saúde** são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 1993 *apud* MALIK e SCHIESARI, 1998, p.45).

Diferentes autores introduzem a questão da mensuração da qualidade de vida, assumindo que essa preocupação ganhou impulso a partir do "movimento por indicadores sociais" (BLOOM, 1977, p.151; CUTTER, 1985, p.7). Durante os anos 60, havia uma crescente insatisfação por parte dos pesquisadores acerca da qualidade e da quantidade de informações sociais disponíveis aos "*public policy decision makers*"³³, o que levou sobretudo os sociólogos a iniciarem uma nova linha de pesquisa acadêmica intitulada *indicadores sociais*, termo cunhado por R. BAUER em 1966 (CUTTER, 1985, p.7). BLOOM (1977, p.150) informa que nos anos seguintes ao livro *Social Indicators* editado por BAUER, emergiram mais de um mil indicadores sociais, cuja conceituação mais conhecida foi aquela adotada pelo Departamento Federal de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos da América em 1969:

"[um indicador social] é um dado estatístico que facilita juízos concisos, compreensivos e equilibrados sobre a condição dos principais aspectos de uma sociedade. É, em todos os casos, uma medida de bem-estar e está sujeito à interpretação de que, se este [*indicador social*] se altera no rumo 'certo', enquanto outras coisas permanecem iguais, as coisas então estão melhores, ou as pessoas foram favorecidas" (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, 1969 *apud* BLOOM, 1977, p.150)³⁴.

Nesse sentido, indicadores sociais são medidas de problemas sociais (ou sua ausência) e, quando agregados, são uma indicação da qualidade de vida, sendo úteis em dois casos específicos: a) como guia no processo de tomada de decisão acerca das políticas públicas; e b) como auxiliar na avaliação de programas em curso (BLOOM, 1977, p.153).

CARLEY (1981) define indicadores sociais como "uma medida de características observáveis que estabelece o valor de diferentes características não observáveis" (CARLEY, 1981 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992, p.16). Em seus comentários, o autor faz

³³ Literalmente: "tomadores de decisão sobre políticas públicas" ou aquelas pessoas que influem decisivamente nos rumos dessas políticas, em seu financiamento, em seus resultados. Mantido no original, em inglês, no texto, pela especificidade cultural do termo.

³⁴ Do original em inglês: "[a social indicator] ... a statistic... which facilitates concise, comprehensive and balanced judgements about the condition of major aspects of a society. It is in all a direct measure of welfare and is subject to the interpretation that, if it changes in the 'right' direction, while othes things remain equal, things have gotten better, or people are 'better of'".

duas críticas básicas aos indicadores sociais. A primeira, de natureza política, refere-se à característica normativa desses indicadores, o que faz de sua seleção um processo que envolve juízos de valor e, portanto, lhes confere um amplo espectro de possibilidades de desvio em seu manejo. A segunda crítica é de natureza metodológica e aponta para a dificuldade de correlacionar medidas com algo não mensurável, o que requer uma sólida fundamentação teórica para os métodos aplicados e acurada sistematização dos resultados, o que não tem acontecido (CARLEY, 1981 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992 p.16).

CARLEY(1981) ainda recomenda que indicadores deveriam ser classificados segundo sua finalidade em: a) informativos de um sistema numa série histórica; b) preditivos das possibilidades de um projeto; c) orientados para a avaliação de problemas ou programas específicos, e d) de monitoração do desenvolvimento de uma política. O autor ainda comenta que um conjunto de indicadores deveria conter uma combinação de medidas objetivas e indicadores de percepção, desenvolvida “sob um rigoroso e sistemático marco teórico” (CARLEY, 1981 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992 p.16).

LÖTSCHER (1985 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992, p.20) ao discutir a relação existente entre indicadores sociais e gestão de serviços de saúde, afirma que diferenças regionais relativas a características objetivas de qualidade de vida, mostram que indicadores sociais estão aptos a oferecer informação básica sobre as condições de vida presentes, “apesar de não oferecerem qualquer ajuda direta a decisões de planejamento”. Não obstante, LÖTSCHER chama a atenção para o fato de que os responsáveis pelas decisões políticas no planejamento deveriam ficar alertas com os problemas considerados com maior proeminência pelas pessoas às quais esses problemas dizem respeito (LÖTSCHER, 1985 *apud* MURDIE e RHYNE, 1992, p.20). Finaliza o autor afirmando que indicadores sociais permitem mostrar: a) como uma cidade ou bairro é vivenciado e usufruído pelas pessoas que ali vivem; b) quais os problemas considerados mais importantes por essas pessoas; e c) quais desses problemas afetam a qualidade de vida nesses locais.

Concordando com LÖTSCHER, NOACK (1988) traz uma seqüência de passos a ser observada por projetos em saúde que pretendam desenvolver indicadores de qualidade de vida. Assim, propõe NOACK (1988, p.10-11):

1. especificar e justificar o propósito do projeto;
2. identificar e descrever o fenômeno de saúde a ser acessado;
3. selecionar o indicador ou medida mais adequado;
4. escolher um plano existente ou iniciar um novo plano a fim de investigar a validade das medidas/indicadores e outras importantes propriedades dos mesmos.

Aos passos mencionados acima, cabe adicionar os critérios propostos por ASHTON (1992, p.9) para o estabelecimento de indicadores urbanos de saúde:

- a) estimular mudanças através de sua natural visibilidade política, sendo sensíveis às mudanças de curto prazo, podendo ser comparados entre cidades;
- b) ser simples de coletar, usar e entender, e estar diretamente disponíveis no momento ou em razoável espaço de tempo a um custo aceitável; e
- c) estar relacionados ao conceito de promoção da saúde.

A seqüência de passos proposta por OLSEN *et alli* (1985), no intuito de alcançar um conjunto de indicadores objetivos e subjetivos que indique, tão acuradamente quanto possível, o nível de qualidade de vida presente em uma dada comunidade, contém uma sistematização importante de ser relatada (OLSEN *et alli*, 1985, p.331-333):

1. O passo crítico inicial é a construção de um perfil de valores básicos prevalentes na comunidade como um todo, como também em seus segmentos majoritários;
2. a seguir, o perfil de valores comunitários pode ser utilizado para identificar aqueles aspectos da comunidade que os residentes na área abrangida consideram importantes para sua qualidade de vida e para a manutenção de sua organização social;
3. surge, então, a primeira decisão: definir a importância ou o peso a ser conferido a cada indicador. O perfil de valores comunitários pode

fornecer pistas que atribuirão os diferentes pesos aos vários indicadores, ao invés de conferir a todos os indicadores o mesmo peso;

4. surge então uma segunda questão: qual tamanho de população é o preferido pelos membros da comunidade, e quanto de 'identificação' eles desejam alcançar? Outra vez, o perfil de valores comunitários pode fornecer as linhas mestras a serem seguidas na estimativa dos estados desejados para alguns indicadores; porém, uma 'mini-pesquisa' será necessária para determinar o estado mais desejado para muitos indicadores empíricos;
5. agora, a principal ferramenta para conduzir estudos de qualidade de vida em comunidades transforma-se em um conjunto de indicadores, objetivos e subjetivos, que reflete os valores essenciais da comunidade, ponderados em acordo com as preferências comunitárias, ao mesmo tempo em que mede as condições existentes em comparação ao estados ideais desejados pelos membros da comunidade;
6. e o passo final do processo: pedir a uma amostra de residentes que interprete e avalie os dados trazidos pelos indicadores utilizados, analisando-os segundo o significado de cada um deles para sua comunidade. Isto é absolutamente necessário, posto que indicadores sociais medem o que está ocorrendo, mas não o significado dessas condições para os membros da comunidade. Muito freqüentemente, pesquisadores tentam interpretar eles mesmos o significado dos indicadores conseguidos. Porém, para descobrir o que tais resultados significam para a comunidade, há que se perguntar a ela.

Uma vez feita essa introdução sobre os requisitos e os processos de construção de indicadores, bem como os comentários sobre os chamados indicadores sociais, é importante relatar as diversas contribuições encontradas na literatura acerca de medidas chamadas genericamente de indicadores de qualidade de vida.

Na literatura revista observou-se o uso de diferentes termos relativos à mensuração da qualidade de vida em populações. Esses termos variam de "indicadores sociais" a indicadores de "qualidade de vida", "de qualidade de vida

relacionada à saúde [*health-related quality of life indicators*]", "de percepção de bem-estar auto-referido [*perceived well-being*]", a "qualitativos", assim como uma enorme diversidade de áreas de domínio³⁵ que contêm grupos de indicadores dos tipos descritos acima. Alguns exemplos³⁶ podem ser citados a partir do trabalho de sistematização de indicadores de qualidade de vida realizado por MURDIE e RHYNE em 1992:

- desemprego, pobreza, salário, moradia, saúde, saúde mental, ordem pública, igualdade racial, compromisso comunitário (medidos via contribuições de caridade), participação dos cidadãos, atendimento educacional, transportes, qualidade do ar, desintegração social (FLAX, 1973);
- serviços de ônibus, serviços de saúde, equipamentos educacionais, condições de moradia, diversão, equipamentos recreacionais, área livre de crime [*freedom from crime*], e oportunidade de emprego (KNOX, 1976);
- poluição do ar, poluição sonora, poluição visual, resíduos sólidos, poluição da água (LIU, 1976);
- envolvimento comunitário, interação e alienação comunitária, liderança comunitária (KUZ, 1978);
- finanças, vida-como-um-todo [*life-as-a-whole*]³⁷, amizade, casamento e relações afetivas (INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH OF YORK UNIVERSITY, 1984);
- falta de amenidades básicas, mais de uma pessoa e meia por cômodo [*over 1.5 persons per room*], férias, desemprego masculino, família de pais solteiros (PACIONE, 1986);

³⁵ Áreas de domínio [*domains*] são agrupamentos que distinguem diferentes tipos de *construtos*, [*idéias teóricas baseadas em reflexões sobre que não pode ser observado diretamente*], e que contêm um conjunto de indicadores desses construtos que apontam a presença, ausência, ou grau de qualidade de vida. (PATRICK e ERICKSON, 1993, p.58).

³⁶ Robert MURDIE e Darla RHYNE, pesquisadores do *Institute for Social Research* da *York University*, *North York, Canada*, realizaram um amplo levantamento de indicadores de qualidade de vida disponíveis na literatura conexa de língua inglesa, especialmente de fontes canadenses, norte-americanas e britânica. O trabalho intitulado "*Quality of Life Research: An Annotated Bibliography*" serviu de apoio bibliográfico para o desenvolvimento dos indicadores de qualidade de vida adotados pelo *Toronto Healthy City Office*, comentados mais adiante à página XX.

³⁷ *Life-as-a-whole* ou a vida-como-um-todo: é definida como a noção de felicidade que considera as experiências passadas, presentes e antecipações do futuro, ao contrário de sugerir "todos os aspectos da vida naquele momento" (VEENHOVEN, 1993, p.30).

- clima, artes e cultura, recreação (LANDIS, 1988).

DONABEDIAN (1988, p.177-179) trabalhando com a idéia de uma "medida total de saúde", argumenta que isso é parcialmente possível através do uso de "índices de saúde" -- relacionados a indicadores de atenção médica e aos serviços de saúde -- e "índices sociais" -- contendo indicadores como desemprego, renda, composição familiar, entre outros -- que ofereçam uma aproximação do estado de saúde de uma população. Ao considerar a hipótese de construção de um índice do estado de saúde de uma população, DONABEDIAN (1988) afirma que a utilização desse estado de saúde como instrumento de avaliação de serviços de saúde é bastante dificultoso. Dentre essas dificuldades, esse autor destaca o fato de que a assistência médica é "relativamente pouco importante" na determinação do estado de saúde de uma população, prevalecendo nessa determinação fatores mais complexos como o meio físico, biológico e a organização social. Assim, afirma DONABEDIAN (1988) que uma melhoria no estado de saúde pode se dar em função de um incremento na qualidade de vida das pessoas, independentemente do efeito da atenção médica.

DEVER (1988, p. 57-62) contribui com a discussão sobre a mensuração da saúde, não exatamente oferecendo uma classificação de indicadores de qualidade de vida, mas propondo uma caracterização das abordagens possíveis na avaliação de necessidades de saúde³⁸. Essas abordagens variam em virtude de uma de três funções: a) de compilação, significando a coleta de informações já existentes; b) de desenvolvimento, relativa à produção de novas informações; e c) de integração, vinculada à síntese de informações vindas de dentro e de fora das fronteiras do sistema de saúde. Assim, segundo DEVER (1988), a abordagem de necessidades de saúde poderia se dar por: 1) indicadores, podendo ser de *saúde* (dados de morbidade, mortalidade, e incapacidade), *sociais*³⁹ (estatísticas de idade, sexo, educação, grupo étnico, moradia, emprego, e consumo de alimentos), e *de extrapolação e suposição* (dados epidemiológicos de prevalência e incidência de

³⁸ DEVER (1988, p.57-58) afirma que "necessidade de saúde" é termo controverso, mas adota a definição proposta por DONABEDIAN que define necessidade de saúde como "*una alteración de la salud y el bienestar*" e que essa alteração pode ser vista de dois pontos de vista distintos: "*la del cliente y la del otorgante*" (DONABEDIAN, 1988, p.75).

³⁹ DEVER (1988, p.60) considera que os indicadores sociais "apenas como indicadores gerais, uma vez que o relacionamento entre fatores sociais e a saúde pode ser tênue". Este é, sem dúvida, um contraponto às idéias até aqui discutidas, que realçam a determinação social da doença e a importância da mensuração da qualidade de vida como função de planejamento em saúde.

doenças e determinadas condições de saúde numa população menor de referência); 2) **levantamento**, através da *análise da utilização de serviços, coeficientes de pessoas em tratamento, instalação para trabalho e serviços, e levantamentos por amostragem*; 3) **por consenso**, através de cinco técnicas: *fórum de comunidade, grupo nominal, informantes-chave, técnica Delfos, e avaliações da comunidade* (DEVER, 1988, p. 57-62).

ALMEIDA FILHO (1998) citado em estudo realizado por ESCRIVÃO Jr. (1999, p.46), identifica quatro possíveis grupos de indicadores: 1) **intuitivos**, cuja relevância científica os capacita como adjuvantes no processo de tomada de decisão; 2) **pragmáticos**; baseados na informação disponível, levando em conta indicadores já existentes de situação de saúde e de serviços de saúde; 3) **consistentes**, pelas características de consistência, flexibilidade e extensividade, aplicáveis a diferentes aspectos da situação de saúde (morbidade, mortalidade, serviços); 4) **sensíveis**, capazes de incorporar as heterogeneidades sociais e culturais, assumindo a equidade como referência essencial para a formulação de políticas de saúde.

Outra contribuição importante de ser citada nesse estudo são os 'indicadores compostos' para análise comparativa intra-urbana da situação de saúde de uma cidade ou fração do espaço urbano que nela é compreendido. AKERMAN (1997) sumariza a definição de 'indicador composto' a partir de diversos autores [SCHRAMM e CASTIEL (1982); JARMAN (1983); TOWNSEND (1988); CARSTAIRS e MORRIS (1989); LOCKER (1992); KRIEGGER (1994); WING (1994)] dizendo ser uma medida que associa diferentes variáveis sócio econômicas e de ambiente, expressa por "um indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas" (AKERMAN, 1997, p.96). AKERMAN também sistematiza o uso possível para esse tipo de indicador, sugerindo que os mesmos:

"Sirvam como instrumento para avaliação de intervenções através de medidas ao longo do tempo; facilitem a representação gráfica das privações no espaço urbano apontando as principais áreas necessitadas de intervenções; e sirvam como instrumento de sensibilização política ao propiciar representação visual das privações através de mapas" (AKERMAN, 1997, p.97-98).

AKERMAN (1997, p.98-99) cita ainda diferentes exemplos de indicadores compostos utilizados por organismos nacionais e internacionais, tais como:

- *Necessidades Básicas Insatisfeitas*, composto de quatro variáveis: densidade intradomiciliar, presença de equipamentos de saneamento, escolaridade e nível de renda;
- *Indicador Global de Acessibilidade ao Desenvolvimento Social Acumulado* (IGADSA), composto de indicadores de acessibilidade a serviços de saúde, à renda, à educação, ao saneamento, e ao nível de nutrição;
- *Índice de Insalubridade*;
- *Índice Social Municipal*.

ESCRIVÃO Jr. (1999, p.69-73) completa o arsenal de indicadores compostos à disposição dos serviços de saúde citando, a partir de diversos autores:

- *Índice de Desenvolvimento Humano* (IDH), proposto pela ONU, e composto pelo PNB *per capita* e indicadores de expectativa de vida ao nascer, alfabetização de adultos, poder efetivo de compra da renda interna, condições culturais prevaletentes, relação entre trabalho e lazer, e grau de liberdade política;
- *Índice de Desenvolvimento Social*, semelhante ao IDH e desenvolvido no Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas, contendo indicadores de remuneração, saúde, educação, habitação, alimentação, e transportes;
- *Índice de Gini*, que mede a concentração de renda;
- *Índice Robin Hood*, que indica o percentual ponderado de renda que poderia ser transferido entre grupos de maior e menor concentração de renda, resultando em uma melhor distribuição de renda;
- *Índice de Pobreza de Sen*, que aponta os hiatos existentes entre a renda de classes sociais distintas e a linha de pobreza;
- *Índice de Nível de Vida*, como medida do grau de atendimento das necessidades básicas por domicílio, considerando dados de saúde, habitação, educação, participação econômica, e informação;

- *Carga Global de Doença*, que relaciona a soma dos anos vividos com a doença e os anos de vida perdidos com mortes consideradas prematuras, com a expectativa de vida para cada idade.

Recentemente tem surgido na literatura uma nova abordagem para análise comparativa de indicadores quantitativos e qualitativos de saúde para populações, chamada de "*Visual Health Information Profile (VHIP)*" (BEYRER *et alli*, 1997, p.874). Essa abordagem leva em conta a natureza multi-dimensional da determinação do estado de saúde das populações nacionais, visando a representação visual de dados de saúde coletados junto ao "*Health For All Global Indicator Database*" da Organização Mundial da Saúde. Sua finalidade é oferecer uma representação visual do *status* de saúde de populações, permitindo comparações entre vários de seus determinantes, durante certos períodos de tempo, sendo possível visualizar aspectos quantitativos e qualitativos de saúde, monitorar o impacto das intervenções, e observar a extensão de alcance dos objetivos traçados no campo da saúde (BEYRER *et alli*, 1997, p.874).

O VHIP trabalha com cinco áreas de domínio: condições de doença e saúde-doença [*conditions of disease and ill-health*]; sistema de saúde e aprendizagem [*Health System and Learning*]; comportamento e saúde; ambiente e saúde; e alimento, nutrição e saúde. Cada área de domínio contém diversos "componentes de saúde", divididos em "sub-componentes", que por sua vez contêm os indicadores escolhidos, dentre os quais, um sempre é definido como variável *proxy*, funcionando como "elemento traçador" representante do nível específico que está medindo (BEYRER *et alli*, 1997, p.875). O método usa um complexo "mapa de valores" expressos em decis, com uma escala de valor variando entre 1 ("pior situação") e 10 ("melhor situação"). O fator inovador do método é a visualização dos resultados em mapa de forma circular, com segmentos radiais representando as cinco áreas de domínio, o que permite uma interpretação da contribuição de cada componente de saúde contido, em sua área de domínio, na determinação do estado de saúde da população analisada.⁴⁰

⁴⁰ Não foi possível reproduzir o efeito visual do VHIP nesta dissertação em virtude da baixa qualidade da fotocópia utilizada como referência no estudo do método. O original da publicação não pode ser localizado nas bibliotecas brasileiras acessadas.

O movimento por Cidades Saudáveis -- já citado anteriormente -- também tem implicado na construção de indicadores qualitativos de saúde, em função da crítica já antes apontada por HANCOCK (1986, *op. cit.*) sobre a inadequação dos indicadores quantitativos. Pela importância e pioneirismo na construção de indicadores de cidades saudáveis, pode ser citada, como exemplo do esforço de superar essa inadequação, a estratégia adotada pelo Toronto Healthy City Office - THCO, para a construção dos indicadores de Cidade Saudável para a cidade de Toronto, no Canadá (SALSBERG, 1993; THCO, 1994).

O conjunto de 136 indicadores do Toronto Healthy Office está contido em nove áreas de domínio: transportes; habitação; produção; trabalho e emprego; consumo; família e organização social; educação e alfabetização; serviços médicos e de saúde; e segurança pública. Cada área de domínio contém três parâmetros básicos: 1) sustentabilidade [*sustainability*]; 2) equidade, e 3) força de participação ou influência [*empowerment*]⁴¹. O termo *sustentabilidade* ou desenvolvimento sustentável denota um senso de balanço e equilíbrio que deriva de cinco dimensões: a) reprodutibilidade, significando a necessidade de assegurar que recursos físicos, financeiros, e sociais permaneçam disponíveis para o desenvolvimento no futuro; b) qualidade; c) equilíbrio; d) segurança; e) inovação. O parâmetro *equidade* é definido pelo THCO (1994) como igualdade de acesso a, e utilização de, serviços e equipamentos sociais na cidade; igualdade de direitos; equanimidade na satisfação de necessidades; e uma distribuição paritária de bens e serviços por todas as partes e setores da cidade (TSOUROS, 1989 *apud* THCO, 1994, p.2). E *força de participação* ou *empowerment* refere-se ao "volume [*amount*] de participação da comunidade" e controle desta sobre sua vida e o ambiente onde vive (THCO, 1994, p.2). Cada um dos 136 indicadores foi escolhido segundo os critérios de: cobertura, custo de obtenção e disponibilidade, acessibilidade, sensibilidade, nível de agregação, e qualidade. O Quadro 1, à página seguinte, reproduz um exemplo de como se articulam as áreas de domínio, os parâmetros de medição e os indicadores do THCO.

⁴¹ Em função da imprecisão que uma tradução única daria ao termo *empowerment*, deste trecho em diante nesta dissertação, o termo será usado em inglês quando convier a um melhor entendimento de seu significado.

Quadro 1 Modelo de construção de indicadores do Toronto Health City Office. Área de Domínio: transportes, 1994.

Área de Domínio	Parâmetro	Título	Indicadores
Transportes	Sustentabilidade	Congestionamento de Trânsito	1. Extensão dos congestionamentos em horários de pico e fora de pico
	Eqüidade	Cobertura de linhas de ônibus e bondes	1. Número de rotas por 1.000 pessoas
			2. Frequência do serviço por hora
	Força de Participação da Comunidade [Empowerment]	Reivindicação da Comunidade	1. Número de organizações comunitárias envolvidas em movimentos por transporte
			2. Número de membros de organizações comunitárias
			3. Número e percentual de representantes comunitários nos conselhos de transporte público
			4. Volume de recursos públicos alocados no suporte do trabalho de organizações comunitárias
		Respostas do Governo	1. Número de políticas alteradas ou iniciativas assumidas pelo município em resposta às demandas das organizações comunitárias
			2. Percepção dos grupos envolvidos das razões e efetividade das mudanças nas políticas e iniciativas do governo municipal
		Força de Participação da Comunidade [Community Empowerment]	1. Número de organizações relacionadas ao movimento por transportes ao qual o indivíduo pertence
			2. Nível de atividade individual em organizações
			3. Percepção subjetiva de <i>empowerment</i> nas questões de políticas públicas de transporte

Fonte: Adaptado de Toronto Healthy City Office – "A Strategy for Developing Healthy City Indicators", 1994.

Todas as iniciativas descritas de construção de indicadores de qualidade de vida têm muito em comum, a despeito da ênfase dada a uma ou outra área de domínio ou indicador (BLOOM, 1977 p.154). Na opinião de OBORN (1972 *apud* BLOOM, 1977, p.150) é concebível uma universalização dessas categorizações, porém é duvidoso que isso possa ocorrer ou mesmo que sua ocorrência seja importante. Contudo, há diversas tentativas descritas de sistematização desses indicadores. Em 1954, um comitê de especialistas da Organização das Nações Unidas já propunha doze categorias de enquadramento de indicadores de "nível de habitabilidade [*level of living*], saúde, alimentos e nutrição, educação, condições de trabalho, consumo e poupança agregados, transportes, moradia, vestuário, recreação e diversão, segurança social, e liberdades humanas [*human freedoms*]" (UNITED NATIONS, 1954 *apud* BLOOM, 1977, p.153; MALIK e SCHIESARI, 1998, p.45). Posteriormente esse grupo foi condensado em sete áreas de domínio, a saber: nutrição, abrigo, saúde, educação, lazer, segurança, e ambiente (ROSSI, 1972 *apud* BLOOM, 1977, p.153).

Segundo CARVALHO e EDUARDO (1998, p.23), atualmente a Organização Mundial da Saúde preconiza o uso de um conjunto básico de indicadores para avaliação em saúde, classificando-os em: a) **específicos**, os quais refletem as mudanças decorrentes de uma determinada medida de saúde; e b) **não específicos**, como aqueles que se referem aos inúmeros outros fatores que afetam a saúde da população. As áreas de domínio contidas nesse conjunto básico são: *política sanitária* (compromisso político, distribuição de recursos, equidade, participação da comunidade, estrutura orgânica do sistema de atenção à saúde); *social e econômica* (taxa de crescimento da população, PIB e PNB, gastos com saúde, condições de trabalho, índice de analfabetismo de adultos, condições de habitação, e disponibilidade de alimentos energéticos por habitante); *prestação de atenção à saúde* (disponibilidade acessibilidade, utilização dos serviços, e qualidade da assistência); *cobertura da atenção primária de saúde* (nível de "alfabetismo sanitário", disponibilidade de sistemas de água e esgoto, acesso de mães e crianças à atenção de saúde local, assistência ao parto, cobertura vacinal em crianças, disponibilidade de medicamentos essenciais, acesso aos serviços de referência, e relação de profissionais de saúde e população local); *indicadores do estado de saúde* (recém-nascidos com baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e infantil, estado nutricional e psicossocial de crianças).

No Brasil, a Fundação IBGE (*HOME PAGE*, 15 DE JANEIRO DE 1999) apresenta uma sistematização de indicadores sociais chamada de "Indicadores Sociais Mínimos" (ISM), de acordo com a decisão de construção de indicadores sociais para compor uma base de dados nacionais mínima -- *Minimum National Social Data Set* -- feita em 1997, pela Comissão de Estatística das Nações Unidas. Com base em várias fontes de dados, o ISM possui 32 indicadores, contidos nas seguintes áreas de domínio, desagregadas por região geográfica: aspectos demográficos, trabalho e rendimento, educação e condições de vida (IBGE, *HOME PAGE*, 15 DE AGOSTO DE 1999).

Conclui-se que, em virtude da situação de saúde nas comunidades ser complexa e multifacetada, a tentativa de uma descrição parcial dessa situação se transforma em uma assunção ambiciosa (FORTIN, 1995, p.9). Complementarmente, OLSEN *et alli* diz que a maioria dos estudos sobre qualidade de vida e impacto social anteriormente realizados tem se valido ou de uma abordagem quantitativa ou qualitativa, mas não de ambas. Consequentemente, muito pouca atenção tem sido dada ao processo de combinação dessas duas abordagens metodológicas (OLSEN *et alli*, 1985, p.333).

Tanto os indicadores qualitativos quanto os quantitativos têm suas deficiências, as quais, de certa forma, acabam por ser compensadas pelas virtudes recíprocas, sugerindo assim que sejam usados conjuntamente na tarefa de medir saúde em coletividades. STECKLER *et alli* (1992), em artigo que compara aspectos dos dois paradigmas, na tentativa de integrá-los metodologicamente, apresenta um quadro sinótico sobre a tipologia dos atributos de cada um. O Quadro 2 a seguir ilustra as comparações entre os métodos, segundo STECKLER *et alli* (1992, p.2).

No artigo analisado⁴² STECKLER *et alli* (1992, p.2) afirmam que o objetivo da coleta de dados quantitativos é gerar medidas confiáveis, generalizáveis, e livres de viés [*unbiased*], consideradas mais apropriadas na condução de programas que tenham alcançado um certo grau de maturidade e estabilidade.

⁴² O artigo escrito em 1992 por Allan STECKLER e outros 4 autores, pesquisadores das Universidades da Carolina do Norte (3) e do Sul (1), foi o mais sintético, e, ao mesmo tempo, o mais completo, entre os poucos achados na revisão da literatura que se dedicam a propor uma integração metodológica entre métodos quantitativos e qualitativos de uso em programação e planejamento de saúde. Justifica-se assim o amplo uso de seu conteúdo nesta parte da dissertação.

Quadro 2. Tipologia dos atributos de métodos de avaliação quantitativa e qualitativa, 1992.

Métodos Quantitativos	Métodos Qualitativos
Dedutivo <ul style="list-style-type: none"> Verificação e resultado-orientado 	Indutivo <ul style="list-style-type: none"> Descoberta e processo-orientado
<ul style="list-style-type: none"> Mensuração tende a ser objetiva 	<ul style="list-style-type: none"> Mensuração tende a ser subjetiva
Confiável <ul style="list-style-type: none"> Tecnologia como instrumento (o avaliador é removido do dado) 	Válido <ul style="list-style-type: none"> O método é o instrumento (o avaliador está próximo ao dado)
Generalizável <ul style="list-style-type: none"> A perspectiva é do observador externo Orientado por populações 	Não generalizável <ul style="list-style-type: none"> A perspectiva é do observador interno Caso-orientado

Fonte: adaptado de STECKLER *et alli*, 1992, p.2

Por outro lado, o “paradigma qualitativo” aplica métodos de pesquisa antropológica para estudar fenômenos sociais relevantes, gerando assim dados através de um processo rico, detalhado e válido, além de preservar a visão do observador que interagiu nesse processo (STECKLER *et alli*, 1992, p.3).

No debate que se tem estabelecido sobre a integração de métodos quantitativos e qualitativos, alguns filósofos e cientistas sociais têm argumentado que os propósitos dos paradigmas quantitativo e qualitativo são tão distintos que se torna impossível utilizá-los de forma integrada (STECKLER *et alli*, 1992). O argumento básico é que:

“[...] De um lado, o paradigma quantitativo é sustentado pelo estudo de variáveis sociais que levam à predição de um fenômeno social. [...] De outro lado, o propósito do paradigma qualitativo sustenta maior entendimento ou ‘inteligibilidade’⁴³, isto é, o inquérito qualitativo não é predição mas sim a decifração do

⁴³ O termo *intelligibility*, traduzido como “inteligibilidade” significa, em avaliação de programas, “ver um programa a partir da perspectiva dos participantes, entendendo o significado que os participantes conferem ao programa” (STECKLER *et alli*, 1992, p.4).

significado do fenômeno social” (ROSEMBERG, 1988 *apud* STECKLER *et alli*, 1992. p.4)⁴⁴.

E completa ROSEMBERG (1988) explicitando a razão que impede a integração de ambos os métodos:

“[...] é que as diferenças entre ambos jazem sobre questões filosóficas fundamentais, reclamos da epistemologia, a metafísica, e a ética; questões que não têm sido bem estabelecidas na filosofia desde que foram levantadas por Platão há 2.400 anos atrás (ROSEMBERG, 1988 *apud* STECKLER *et alli*, 1992, p.4)⁴⁵.

STECKLER *et alli* (1992, p.4) acreditam que se possa vincular filosoficamente um dos paradigmas, porém concordam com a “sensação” de que a questão colocada hoje não é mais usar métodos qualitativos ou quantitativos, mas sim como eles podem ser conjugados para produzir estratégias de avaliação mais efetivas.

No Quadro 3, à página seguinte, estão descritas quatro maneiras de avaliar programas, através das quais STECKLER *et alli* (1992) acreditam possam ser integrados os métodos qualitativos e quantitativos.

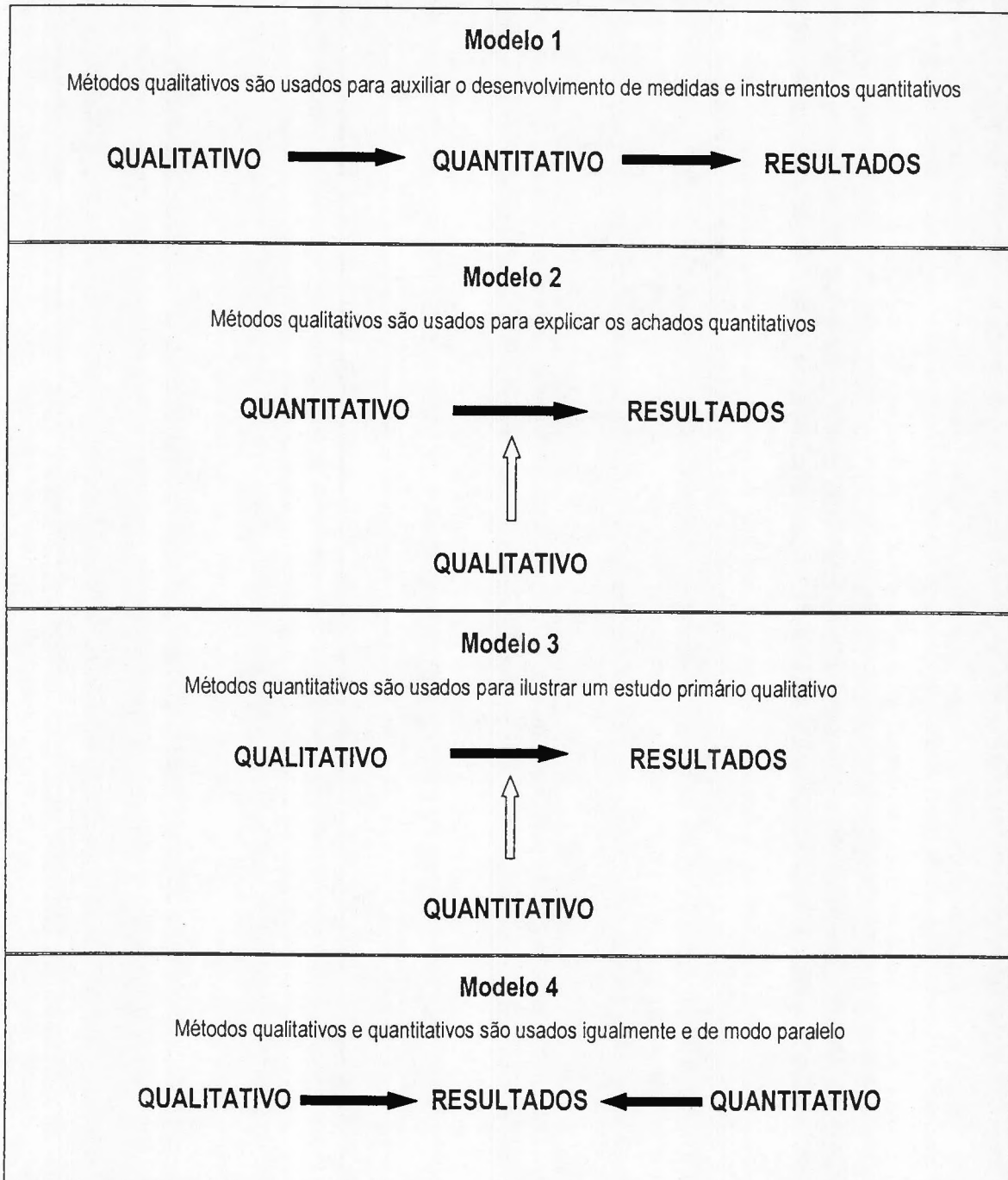
No Modelo 1, os métodos qualitativos são utilizados inicialmente para auxiliar o desenvolvimento de medidas quantitativas, como por exemplo, promover grupos focais⁴⁶ antes de desenvolver um questionário estruturado. No modelo 2, um estudo ou avaliação é predominantemente quantitativo, com resultados qualitativos sendo empregados no auxílio da interpretação e explicação dos achados quantitativos. No modelo 3, a situação se inverte, com os resultados quantitativos auxiliando a interpretação dos achados predominantemente qualitativos. E a última possibilidade de integração de métodos se refere ao Modelo 4, onde ambas as metodologias são utilizadas igualmente e de modo paralelo, isto é, os avaliadores analisam o resultado

⁴⁴ Do original em inglês: “[...] on the one hand, the quantitative paradigm is underscored by the study of a social phenomenon. [...] on the other hand, the purpose of the qualitative paradigm underscores greater understanding or ‘intelligibility’, that is qualitative inquiry is not prediction but deciphering the meaning of the social phenomena.”

⁴⁵ Do original em inglês: “the reason is that the differences between them rest on very fundamental issues of philosophy, claims about epistemology, metaphysics, and ethics; issues that have not been settled in philosophy since they were first raised by Plato, twenty-four hundred years ago”.

⁴⁶ “Grupo focal” é definido como “uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões grupais, em que 6 a 15 pessoas que compartilham um traço comum (p. ex. sexo, idade, ocupação, papel que representam na comunidade) discutem vários aspectos de um tema específico” (WESTPHAL, *et alli*, 1996, p.472).

Quadro 3 Modelos de integração de métodos quantitativos e qualitativos (STECKLER *et alli*, 1992).



Fonte: Adaptado de STECKLER *et alli*.

de cada método em separado e então decidem se os resultados de cada um deles sugerem as mesmas conclusões (validação cruzada) (STECKLER *et alli*, 1992, p.5).

O conteúdo do estudo publicado por STECKLER *et alli* (1992) avalia ainda sete programas de saúde selecionados que usaram métodos integrados de avaliação sob um ou mais modelos descritos, abordando diferentes problemas de saúde (doenças crônicas, prevenção em AIDS, quimioprofilaxia antimalária durante gravidez, *stress* ocupacional, política anti-tabagismo, prevenção de abuso no uso de substâncias tóxicas). Dessa avaliação ficou evidenciado para STECKLER *et alli* (1992, p.5) que as deficiências surgidas do uso integrado dos métodos qualitativos e quantitativos se devem ao fato de que ambos acabam sendo usados em suas formas elementares, enfraquecendo-se mutuamente. As metodologias qualitativas utilizadas foram muito simplificadas para o uso empregado nos programas estudados, enquanto que as análises quantitativas incluíram somente simples estatísticas descritivas (STECKLER *et alli*, 1992, p.6).

O autor faz ainda várias recomendações sobre como superar e avançar na proposta de uso integrado de metodologias de análise de programas, das quais destacamos duas: a) o pessoal envolvido na avaliação integrada, usando métodos quantitativos e qualitativos, deve valorizar ambos paradigmas, considerando-os de igual importância na construção dos resultados finais; e b) a equipe técnica responsável deveria ser composta por especialistas em métodos quantitativos e outros em métodos qualitativos, ao invés de utilizar um ou dois especialistas que empregam ambos os métodos contidos em um mesmo modelo de análise (STECKLER *et alli*, 1992, p.8).

WESTPHAL *et alli* (1996) concordam que o uso integrado de métodos qualitativos e quantitativos tornam ambos mais potentes, incrementando o processo de explicação causal e ampliando o campo de observação do problema ou programa de

saúde considerado. Os autores assumem a opção pelo enfoque fenomenológico⁴⁷ da pesquisa, adotando a "triangulação" como estratégia metodológica, que tem como fundamento "o princípio de que as ações sociais e as falas têm que ser circunstanciadas", diferenciando-se dos métodos que empregam uma somatória de técnicas na aferição de índices e dados (WESTPHAL *et alli*, 1996, p.4).

Por último, conclui-se que na tarefa de medir a situação de saúde de um dado grupo de pessoas vivendo em um certo espaço urbano, os indicadores qualitativos de saúde devem ser utilizados a fim de se obter resultados mais fidedignos dessa situação. No entanto, não há como prescindir da aplicação de técnicas de mensuração e análise quantitativa no estudo e avaliação da qualidade de vida no espaço urbano considerado. Contudo, é recomendado que ambas interajam em um processo único de pesquisa e avaliação, com igual atribuição de valor de uso dado aos paradigmas qualitativo e quantitativo.

⁴⁷ Fenomenologia é o termo que designa o estudo puramente descritivo do fenômeno tal qual este se apresenta à nossa "experiência da consciência", desde seu nível mais básico, o sensível, até as formas mais elaboradas da consciência, que levariam a "apreensão do absoluto". O conceito de intencionalidade ocupa um lugar central na fenomenologia, definindo a própria consciência como intencional, como algo "voltado para o mundo". Dessa forma, a fenomenologia pretende ao mesmo tempo combater o empirismo e o psicologismo e superar a oposição tradicional entre realismo e idealismo (JAPIASSU e MARCONDES, 1990, p.97-98). O enfoque fenomenológico de pesquisa pretende que os dados coletados a partir do uso de métodos quantitativos e qualitativos sejam interpretados de forma conjunta, objetivando uma análise qualitativa do fenômeno social observado (WESTPHAL *et alli*, 1996, p.4).

METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados o método, a definição do universo de pesquisa, o instrumento de pesquisa e os critérios de coleta e classificação das informações, além dos critérios de construção das tabelas de agrupamento das respostas, as quais serviram de base à análise dos resultados. O capítulo se encerra com a descrição do modo de obtenção de um perfil representativo do conjunto dos municípios respondentes.

No anexo II estão colocadas as informações reagrupadas por municípios, além de uma caracterização de cada um deles, segundo indicadores selecionados.

O método

Os procedimentos metodológicos adiante foram adotados com o intuito de coletar informações gerais com base em declarações objetivas dos respondentes, contidas nas respostas dadas ao questionário remetido auto-aplicado, escolhido como instrumento de pesquisa. Não obstante a objetividade pretendida para as respostas, algumas delas evidenciaram aspectos referentes aos *processos* de obtenção dos indicadores, seu uso no planejamento, além da forma e oportunidade de divulgação dos seus resultados. Nestes casos, a informação adicional fornecida pelos respondentes foi considerada na análise dos resultados.

As categorias criadas para a classificação das respostas foram definidas *a priori*, enquanto que os agrupamentos das respostas para exame da frequência de ocorrência das respostas foi decidida *a posteriori* ao retorno dos questionários.

Ambas classificações são originais e, embora se apoiem na literatura revista, não reproduzem qualquer uma das alternativas de classificação de indicadores encontradas na revisão da literatura.

O agrupamento das respostas que deram origem às Tabelas 5 e 6, obedeceu a uma classificação de tipo onomástico, ou seja, as citações foram agrupadas pelos nomes mais freqüentes que receberam nas respostas. Assim, por exemplo, na Tabela 5 "Dados de Vigilância" constituíram um grupo a parte de "Indicadores de Morbidade" e "Indicadores de Mortalidade", embora dados de vigilância sejam usualmente utilizados em cálculos de morbidade e mortalidade.

Definição do universo e amostra obtida

Dentre os diferentes critérios possíveis para a delimitação do universo a ser pesquisado, foi escolhido o critério populacional, em detrimento dos critérios geográfico, administrativo e político. Essa decisão levou em conta a intenção de evitar grandes discrepâncias no tamanho populacional dos municípios envolvidos na pesquisa. Tal discrepância provavelmente ocorreria caso fosse usado o critério geográfico, por exemplo, "municípios da Região Noroeste do Estado". Embora portando uma identidade de localização geográfica, nesse caso, variações no tamanho da população dos municípios incluídos conformariam um intervalo populacional muito amplo. Considerou-se que esse fato dificultaria a análise pretendida na pesquisa, pela também provável diferenciação no porte institucional de governo desses municípios. Assim, possivelmente, também ocorreria com o recorte administrativo (p.ex., regiões administrativas do Estado) ou o recorte político (p.ex., Região Metropolitana de São Paulo, ou, municípios da Baixada Santista).

Uma vez definido o critério populacional, foi escolhido como universo da pesquisa o conjunto de todos os municípios paulistas com população entre 100 mil e 300 mil habitantes, num total de quarenta municípios, segundo a *Contagem Nacional da População - População Residente por Municípios do Estado de São Paulo*, listados no Quadro 4 (IBGE, HOME PAGE, 15 DE AGOSTO DE 1998). O intervalo populacional escolhido levou em consideração o potencial político, técnico e administrativo dos

municípios na formulação e gestão de políticas locais de saúde, através da observação da situação dos municípios, segundo critérios da Norma Operacional Básica/96⁴⁸. Dos quarenta municípios incluídos no universo definido, trinta e um estão habilitados para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde⁴⁹ junto ao SUS; oito estão em regime de Gestão Plena de Atenção Básica do Sistema⁵⁰ e apenas um não se encontra habilitado, segundo dados de dezembro de 1998 (SES-SP, HOME PAGE, 10 DE DEZEMBRO DE 1998).

Inicialmente considerou-se a possibilidade de manter no universo a ser assumido somente os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, o que poderia tornar o universo mais homogêneo em relação ao potencial político, técnico e administrativo. Essa possibilidade foi descartada por dois motivos: 1) os municípios paulistas estão se credenciando com bastante rapidez para a Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo que os que ainda não o fizeram, deverão fazê-lo nos próximos meses, à exceção do município de São Paulo (ALBANO, 1998); 2) ainda que algum município do universo não estivesse nesse regime de gestão por ocasião do retorno do questionário, houve o interesse de se observar contrastes eventualmente detectáveis nos questionários, em função das diferentes situações de gestão dos municípios compreendidos no universo de pesquisa junto ao SUS

Em reforço ao intervalo populacional definido, considerou-se a hipotética capacidade dos municípios em coletar, processar e disseminar dados de saúde, bem como a possibilidade de adoção de estratégias inovadoras no campo da saúde. Dessa forma, avaliou-se que o conjunto de municípios com menos de 100 mil habitantes inclui aqueles de grandeza populacional que sugerem não ter ainda desenvolvido plenamente potencialidades políticas, técnicas e administrativas dentro do cenário

⁴⁸ A Norma Operacional Básica / 96 (D.O.U. de 06/11/96) permite o estabelecimento do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerencias necessários mediante as diferentes formas de gestão, definindo o Sistema Municipal de Saúde como principal operador da rede de serviços do SUS. A NOB/96 define o campo de atuação do sistema em três componentes: assistência à saúde, demandas ambientais e políticas extra-setoriais, resgatando o princípio institucional da integralidade (ALMEIDA, 1998, p.41-43).

⁴⁹ A Gestão Plena da Atenção Básica (PAB) vincula toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde ao gestor municipal, incluindo atividades básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças (ALMEIDA, 1998, p.43).

⁵⁰ A Gestão Plena do Sistema Municipal vincula toda a rede de serviços de saúde de qualquer grau de complexidade ao gestor municipal, incluindo, além daquelas contidas na PAB, os serviços ambulatoriais e hospitalares, e as atividades de cadastramento e controle dos serviços privados conveniados. O município opera os sistemas de informações ambulatorial e hospitalar e efetua pagamentos aos prestadores conveniados (ALMEIDA, 1998, p.43).

das reformas que vêm ocorrendo nesses campos com a descentralização administrativa do Estado brasileiro e, mais especificamente, com a municipalização da saúde no Estado de São Paulo. Segundo TANCREDI *et alli* (1998, p.2) essas capacidades são ainda pouco desenvolvidas, dado o porte da maioria dos municípios, e o fato desses municípios serem "administrados [na área da saúde] por profissionais de limitada experiência administrativa". No outro extremo, municípios paulistas com mais de 300 mil habitantes, sugerem uma maior complexidade administrativa e política em suas estruturas e processos de formulação e gerenciamento das políticas locais de saúde, a qual exigiria instrumentos de pesquisa mais complexos para obtenção das informações objetivadas.

Dos quarenta municípios incluídos no universo de pesquisa, vinte retornaram o questionário respondido, perfazendo um percentual de 50% do universo, o que considerei satisfatório⁵¹. GOODE e HATT (1968, p.232) afirmam que o contingente de "não-respondentes" se caracteriza, em parte, como um grupo de difícil contato e que requer ser recontatado por outros instrumentos, além da remessa sucessiva do questionário. Por esse motivo, e por questão de exigüidade de tempo para processamento e análise das respostas, descartou-se as remessas sucessivas de questionários aos municípios que não retornaram o instrumento de pesquisa.

O Instrumento de Pesquisa

O instrumento de pesquisa utilizado para este trabalho foi o *questionário remetido auto-administrado*, técnica considerada útil -- especialmente quando o universo de pesquisa é geograficamente disperso -- com resultados freqüentemente compensadores (GOODE e HATT, 1968, p.219). Embora a pesquisa feita via entrevista possa alcançar maior profundidade, o questionário pode satisfazer o pesquisador na busca de informações desejadas a partir de uma quantidade não muita extensa de dados e respostas impessoais, como é o caso do instrumento de pesquisa adotado (GOODE e HATT, 1968, p.220). Por outro lado, a alternativa da entrevista dirigida pelo autor não seria adequada para um universo que envolve 40 cidades localizadas em

⁵¹ A lista contendo os nomes e a localização geográfica dos municípios contidos no universo e na amostra obtida se encontra no anexo I.

distintas regiões do Estado de São Paulo, por ser onerosa não só quanto ao tempo despendido em agendamento de informantes e viagens para visitas, mas também quanto ao custo para empreendê-las.

O questionário enviado pelo correio ao Secretário Municipal de Saúde ou responsável pelo órgão gestor do sistema local de saúde no município - freqüentemente o Diretor ou Coordenador de Saúde -- se encontra no anexo IIa. Os endereços das Secretarias Municipais de Saúde, ou seus órgãos gestores congêneres -- freqüentemente os Departamentos de Saúde --, foram obtidos junto ao Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde "Dr. Sebastião de Moraes" - COSEMS, por ser o cadastro mais atualizado disponível. Endereços, cujas falhas de lançamento ou digitação de dados foram previamente informados pela secretaria do COSEMS, foram confirmados, por telefone, junto ao respectivo órgão municipal constante do referido cadastro. No envelope contendo o questionário seguiram: a) carta ofício apresentando o autor e as intenções da pesquisa (anexo IIb); b) folha de instruções para o funcionário responsável pelo preenchimento do questionário (anexo IIc); c) envelope selado e etiquetado com destinatário e remetente para envio do questionário já respondido, conforme recomendam GOODE e HATT (1968, p. 232).

O *questionário remetido auto-administrado* enviado em outubro de 1998, contém quatro questões identificadas em numerais romanos de I a IV. Nessas questões convencionou-se adotar o termo *indicadores/dados estatísticos* com o fim de ampliar o entendimento do enunciado e conseguir respostas mais confiáveis, pois embora ambos os termos tenham o mesmo significado, *dados estatísticos* é termo de conotação mais ampla e de uso mais comum que *indicadores*. A classificação das questões em *estruturadas ou abertas* e *não estruturadas ou fechadas* foi emprestada de GOODE e HATT (1968, p.172-173).

A **Questão I** é de tipo estruturado (ou fechado) e de respostas excludentes. O objetivo de sua aplicação é saber se nos municípios pesquisados são ou não utilizados indicadores/dados estatísticos no processo de planejamento das ações locais de saúde.

A **Questão II** é de tipo aberto e pede que sejam listados até dez *indicadores*, caso o município os utilize. A limitação do número de indicadores deveu-se à opção

de manter as respostas dos diversos municípios em uma escala decimal que facilitasse comparações, evitando-se assim maiores desvios quanto ao número de citações entre os municípios pesquisados. Considerou-se também o limite de dez indicadores como suficiente para construir uma lista daqueles mais significativos para o escopo desta pesquisa.

A **Questão III** é também de tipo aberto e procura conhecer, através das respostas dadas, as fontes mais acessadas na obtenção dos indicadores antes listados. Também aqui, o número de citações foi limitado em até dez fontes, pelos mesmos motivos declinados com relação à questão II.

A **Questão IV** é a mais aberta ou menos estruturada da série, pois na resposta dada à indagação sobre qual ou quais grupos de pessoas ou áreas técnicas têm acesso ao resultado do planejamento realizado a partir dos indicadores utilizados, é possível descrever -- como de fato pudemos observar -- inclusive o modo e a frequência de dispersão das informações advindas do processo de planejamento das ações locais de saúde. Contudo, o intento original desta pergunta no corpo do questionário é revelar o grau de dispersão (ou divulgação) intra e extra-institucional das informações agregadas resultantes do processo de planejamento em questão.

A classificação das respostas

As respostas dadas às quatro questões contidas no questionário foram categorizadas em uma escala com dois itens excludentes de enquadramento para cada resposta, a fim de fornecer instrumental para a análise sistematizada do conteúdo dessas respostas. A exceção a essa regra metodológica são as duas subcategorias criadas para sub-classificar as respostas à Questão IV. O termo *categoria* é aqui utilizado em seu sentido mais estrito, segundo descreve BARDIN (1979): "As categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos" (BARDIN, 1979 *apud* MINAYO, 1994, p.93). Ressaltamos, que outras categorias empíricas possíveis de ser observadas não foram classificadas por não constituírem objeto deste estudo. Ao mesmo tempo, a classificação das respostas em

somente duas categorias procurou preservar um grau adequado de fidedignidade, validade e ponderação à escala construída (GOODE e HATT, 1968, p.299-308). A criação de códigos de identificação para cada item das diferentes categorias visou a facilitar a anotação das categorias no trabalho de tabulação dos dados. A Tabela 1 à página 65 apresenta a classificação geral das respostas e sua distribuição nas diferentes categorias, que passamos a explicar a seguir.

Com base nas definições acima citadas, foram criadas para a Questão I as categorias **sim** e **não** por razões explícitas na própria questão: as pessoas envolvidas no processo de planejamento das ações locais de saúde podem ou não utilizar indicadores no desenvolvimento desse processo, ainda que disponham dos mesmos.

Para a Questão II, as categorias de enquadramento, e seus respectivos códigos de anotação, foram: **indicador quantitativo** (código QT), e **indicador qualitativo**, (código QL). Abre-se aqui um parêntese para destacar a posição de que é falsa a dicotomia entre dados quantitativos e dados qualitativos, a qual confere conotação de imprecisão científica aos segundos (MINAYO, 1994, p.95). Ao contrário, concorda-se com a afirmação expressa por MINAYO:

“Os dados ‘qualitativos’ são importantes na construção do conhecimento e, também eles, podem permitir o início de uma teoria ou a sua reformulação, refocalizar ou clarificar abordagens já consolidadas, sem que haja comprovação formal quantitativa. O princípio geral é que todos os dados devem ser articulados com a teoria” (MINAYO, 1994, p. 96).

Nesse sentido, utilizou-se a categoria **indicador qualitativo** para classificar aqueles indicadores apontados nas respostas à questão II, cuja expressão demonstra haver subjetividade do observador responsável por conferir um valor ao indicador que seja diferente de uma quantidade qualquer. Por exemplo, o indicador citado por um dos municípios “Qualidade da Atenção Prestada” obtido via auditoria de prontuário, não pode ser expresso em uma quantidade e, muito provavelmente, depende de uma avaliação do observador do contato direto ou indireto com o paciente ou seus familiares. Embora não se tenha solicitado detalhes do processo de obtenção dos indicadores, é provável que o valor desse indicador tenha sido expresso de forma a qualificar a atenção em adequada ou inadequada, ou dada com presteza ou não, ou

ainda eficaz ou ineficaz, entre outras possibilidades definidas pelo sujeito observador dos prontuários ou entrevistador do paciente.

Por anteposição, classifica-se como **indicador quantitativo** aquele cuja expressão de valor é uma quantidade ou série de quantidades quaisquer, obtidos objetivamente a partir de eventos igualmente objetivos. São exemplos de indicadores quantitativos: cobertura vacinal, coeficientes de mortalidade e morbidade, dados populacionais, estatísticas de produção e produtividade, entre outros. O Quadro 5, à página 66, apresenta a lista dos indicadores citados e classificados em qualitativos e quantitativos.

Já para a Questão III convencionou-se enquadrar as categorias relativas às fontes de obtenção dos indicadores em: **fonte exógena** (código **exo**) e **fonte endógena** (código **endo**). Por **fonte exógena** entende-se aquela que fornece informação coletada e processada por organização externa ao poder executivo municipal, inclusive as fontes cujo produto possa estar agregado em nível local, como por exemplo, os dados derivados de censos populacionais ou econômicos realizados para todo o Estado ou País e agregados por municípios. Há evidências que o uso dos dados fornecidos por essas fontes são essenciais ao processo de planejamento em exame (ESCRIVÃO JR., 1999, p.50), porém, o que se pretende ao restringir o critério de categorização das fontes exógenas, é tornar possível a análise do grau de compromisso do executivo municipal com processos geradores de indicadores locais genuínos⁵² para o planejamento em saúde.

Contudo, é notório que governos municipais usem dados úteis ao planejamento em saúde, já agregados em nível municipal por instituição de natureza pública ou privada de maior ordem de grandeza institucional, sem que isso signifique necessariamente falta de compromisso no desenvolvimento de indicadores genuínos. No entanto, a informação que deriva desses sistemas de grande porte pode conter distorções, na medida em que a coleta dos dados tenha sido realizada, orientada ou ainda planejada por agentes externos, indutores de possíveis desvios gerados no

⁵² Para efeito dessa análise, conceitua-se **indicador local genuíno** aquele que sugere estar sendo obtido pelo município com o fim específico de contribuir com o processo de planejamento em saúde, demandando um esforço específico de coleta do dado ou obtenção da informação desejada.

planejamento e execução da coleta e processamento de dados⁵³. Essas informações também podem não ser úteis para o planejamento de ações desenvolvidas em programas cotidianos, como é a maioria dos programas de saúde a cargo dos municípios, pois a agregação em nível municipal retorna ao município em períodos de tempo que, muitas vezes, excedem a duração dos próprios programas, como freqüentemente ocorre com os dados de mortalidade⁵⁴.

No sentido inverso, convencionou-se chamar de **fonte endógena** aquela cujos dados são obtidos, processados e consolidados em organização interna do poder executivo municipal. De modo mais claro considera-se como fonte endógena aquela contida nos limites institucionais da Prefeitura Municipal -- e não só nos limites organizacionais da área da saúde -- pois é possível que a capacidade tecnológica e operacional de diferentes órgãos da Prefeitura Municipal tenha contribuído no processamento e consolidação de dados, como por exemplo um órgão de processamento de dados ou um outro de coordenação de planejamento municipal. A lista das fontes citadas nas respostas e classificadas em endógenas e exógenas se encontra no Quadro 6 à página 70.

⁵³ Como exemplo que ilustra a hipótese de desvio levantada, citamos a reportagem de capa do jornal *Folha de São Paulo*, apresentando pesquisa realizada sob o aval da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e consolidada no relatório "Impacto da Aplicação dos Novos Instrumentos Urbanísticos em Cidades do Estado de São Paulo", com base em dados obtidos em questionário específico, na Fundação SEADE, na Secretaria de Estado do Meio Ambiente e nos censos de 1991 e 1996 realizados pelo IBGE. Na pesquisa, o município de Arujá surge como o segundo pior município paulista em adequação de moradias, considerados os parâmetros residenciais de localização, tipo de construção e número de habitantes por cômodo, além de dados de infra-estrutura urbana. Na reportagem as autoridades municipais de Arujá negam a classificação, argumentando que a cidade comprova ter 95% das casas atendidas por energia elétrica e água tratada, 70% do viário municipal asfaltados e nenhuma favela sequer (*Folha de São Paulo*, 18 de janeiro de 1999, 4-1).

⁵⁴ O exemplo mais emblemático que usamos como suporte à possibilidade aventada é a criação, em 1989, do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo, o PRO-AIM. À época, as informações de mortalidade para os municípios, inclusive São Paulo, demoravam 4 anos, em média, para ser conhecidas em seu nível de agregação municipal através de trabalho desenvolvido pela Fundação SEADE. Hoje essas informações no município são apuradas e divulgadas diariamente pelo PRO-AIM para os serviços internos municipais e (CVE) Centro Técnico de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde, sendo divulgadas ao público em agregados mensais no vigésimo dia do mês subsequente (LIRA, M.A., 1999). Atualmente, os dados anualizados da Fundação SEADE para mortalidade nos municípios ainda levam ainda cerca de 5 meses para serem conhecidos no nível municipal de agregação. Ou seja, os dados de 1998 só serão conhecidos em maio de 1999 (CAMARGO, 1998).

Por último, a classificação dada às respostas à Questão IV correspondeu às categorias: **grupo de pessoas**⁵⁵ ou **área técnica intra-institucional**⁵⁶ (código intra) e **grupo de pessoas ou área técnica extra-institucional** (código extra) conforme os grupos de pessoas ou áreas técnicas que tomam conhecimento dos resultados do processo de planejamento das ações locais de saúde estejam, respectivamente, contidos ou não no limite institucional da Secretaria Municipal de Saúde ou congêneres locais. De modo diferente da Questão III -- que limita a abrangência institucional à estrutura de toda a Prefeitura --, aqui o limite institucional passa a ser o órgão responsável pelo planejamento local em saúde, por considerar-se que toda e qualquer divulgação externa a este demonstra interesse dos responsáveis em informar ou interagir com outras áreas técnicas e grupos de pessoas, mesmo que pertencentes à estrutura administrativa e política da Prefeitura Municipal. No Quadro 7 à página 72 é encontrada a lista classificada de grupos e áreas técnicas identificadas nas respostas dadas à Questão IV, constando em seguida a cada citação, uma sub-classificação identificando se a mesma contém um **grupo** [código (G)] ou **área técnica** [código (AT)], com a finalidade de permitir uma análise mais detalhada do grau de dispersão da informação de planejamento.

As dúvidas surgidas durante o processo de classificação das respostas, relativas à acrônimos de identificação de instituições ou órgãos municipais, foram esclarecidas por telefone junto ao funcionário informante declarado nos questionários. Na oportunidade, também se esclareceu a função da instituição para fins de sua classificação.

⁵⁵ Por "**grupo de pessoas**" entende-se qualquer coletivo de pessoas organizado ou não e identificado a partir da população habitante na cidade. Exemplos de "grupos de pessoas" podem ser o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara de Vereadores, as Sociedades Amigos de Bairro, ONGs, ou o próprio conjunto da população (como é o caso do grupo de pessoas potencialmente atingido pela divulgação de informações via imprensa). Um "grupo de pessoas" pode ser ainda encontrado internamente às instâncias governamentais, quando se tratar de conjunto de funcionários citado de forma genérica e não caracterizado como área ou instância técnica formal, como por exemplo, 'gerentes de unidades de saúde', 'todos os funcionários', ou ainda 'toda a equipe técnica'.

⁵⁶ Por "**área técnica**" entende-se qualquer segmento de caráter técnico que integre uma instituição governamental, em qualquer nível de governo. Por exemplo: secretarias, departamentos, divisões, seções, ministérios, fundações governamentais, entre outros.

Tabelas de agrupamento das respostas

De acordo com os objetivos da pesquisa, e a fim de facilitar a visão geral sobre indicadores de saúde a partir das repostas ao questionário, foram criadas três tabelas para agrupar as informações obtidas em cada questão. Para as respostas à Questão II, transcritas no Quadro 5, foi criada a Tabela 5. Nesta tabela, os indicadores qualitativos estão em um único grupo -- **indicadores qualitativos** -- enquanto os indicadores quantitativos encontram-se agrupados em sete grupos distintos, segundo o critério de finalidade de uso detectada pela nomenclatura utilizada pelos respondentes. São eles: **indicadores de mortalidade**; **indicadores de morbidade** (exceto dados de vigilância, que constituíram grupo específico pela relativa frequência de citações); **indicadores de cobertura vacinal**; **dados de vigilância**; **indicadores de produção de serviços e produtividade** (exceto cobertura vacinal, que constituiu um grupo específico pela relativa frequência de citações); **indicadores sócio econômicos**; e **indicadores demográficos**. Para o caso das citações que continham dois indicadores citados conjuntamente, porém identificados como de uso distinto um do outro, desmembrou-se a informação em dois ou mais indicadores, permitindo seu agrupamento em grupos distintos. Esse fato ocorreu com frequência, por exemplo, entre os indicadores demográficos e sócio econômicos. Os grupos de indicadores foram dispostos na Tabela 5 segundo ordem decrescente de frequência com que foram citados nas respostas à Questão II.

De forma semelhante, para as respostas dadas à Questão III, foi criada a Tabela 6 que traz agrupadas as fontes dos indicadores segundo a origem. Assim foram criados os grupos: **sistema local de saúde e órgãos municipais da administração direta**; **instituições do governo estadual**; **instituições e programas do governo federal**; **fundação SEADE**; **fundação IBGE**; **Cartórios de Registro Civil e outras fontes locais** (não pertencentes ao sistema local de saúde e órgãos municipais da administração direta); e **outros**, como grupo depositário de duas fontes que não se enquadraram nos grupos anteriores. Para o caso das citações que continham, no mesmo espaço de resposta, duas fontes identificadas como de origem distinta uma da outra, desmembrou-se a informação em duas ou mais fontes, permitindo seu agrupamento em grupos distintos. Os grupos de fontes foram dispostos na Tabela 6

segundo ordem decrescente de frequência com que foram citados nas respostas à Questão III.

Finalmente, para as respostas dadas à Questão IV, foi criada a Tabela 7 que traz agrupados os grupos de pessoas e áreas técnicas que tiveram acesso ao resultado do planejamento municipal de saúde a partir dos indicadores utilizados. Nesse caso, o agrupamento foi feito do seguinte modo: 1) foram detectados nas respostas as áreas técnicas intra-institucionais e áreas técnicas extra-institucionais, segundo critérios anteriormente descritos; 2) da mesma forma, agruparam-se os grupos de pessoas intra-institucionais e grupos de pessoas extra-institucionais.

O Gestor Tipo

Por último, foi criado um perfil modal⁵⁷ dos órgãos gestores da saúde dos municípios respondentes -- chamado de *gestor tipo* -- para permitir a visualização de aspectos gerais relacionados às tendências apontadas nas respostas dadas ao questionário. A construção desse perfil levou em conta as frequências estabelecidas nas Tabelas 5, 6, e 7, e não foram consideradas necessárias operações de ponderação, pois os casos dos municípios que se distanciaram do perfil modal foram comentados a parte. Na discussão dos resultados, as características modais do *gestor tipo* foram confrontadas, em alguns casos, com os indicadores escolhidos para a caracterização dos municípios respondentes encontrados. O *gestor tipo* também foi utilizado na comparação de suas características com os argumentos levantados na revisão da literatura deste trabalho, facilitando assim, conclusões de ordem genérica sobre o objeto analisado.

⁵⁷ Dentre as três medidas da tendência central disponíveis para a construção de um perfil a partir de dados agrupados por frequência de ocorrência - *média*, *moda*, e *mediana* -- escolheu-se *moda* pela facilidade de obtenção. A *média* envolveria cálculos aritméticos ponderados para uma melhor expressão de resultados, o que não é o caso para esta pesquisa, enquanto a *mediana* exprimiria com exatidão o centro da medida (ou seja, a média dos dois valores centrais), mas afastaria as características não centrais, amenizando sua influência sobre o perfil, o que não era desejado. Já a *moda* é expressa pela maior frequência de ocorrência de fato ou número em uma série, ou seja é o valor mais comum, exatamente o que queríamos obter para a definição de um perfil de *gestor tipo* (SPIEGEL, 1977, p.70-76).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos das respostas dadas ao questionário e o conjunto de características do *gestor tipo*. As respostas estão tabuladas na Tabelas 1, e listadas nos Quadros 5, 6 e 7. Na Tabela 1 estão os resultados de todas as respostas (Questões I, II, III e IV) classificadas segundo as categorias descritas na metodologia. No Quadro 5 encontra-se a listagem dos indicadores citados por município (respostas à Questão II). O Quadro 6 mostra a listagem classificada das fontes onde esses indicadores foram obtidos (resposta à Questão III), enquanto que no Quadro 7 aparecem listados os grupos de pessoas e áreas técnicas intra e extra institucionais que têm acesso às informações de planejamento (respostas à Questão IV). Na sequência serão apresentadas as tabelas que mostram as frequências com que aparecem os grupos de indicadores (Tabela 5), os grupos de fontes onde foram obtidos (Tabela 6) e os grupos de pessoas e áreas técnicas que caracterizam o grau de dispersão das informações de planejamento em saúde (Tabela 7).

A parte final do capítulo traz as características do *gestor tipo*, derivadas das frequências de citações contidas nas Tabelas 5, 6 e 7.

Visão Geral das Respostas dadas ao Questionário

Tabela 1

Na Tabela 1, mostrada à página seguinte, foram tabuladas as respostas dadas pelos vinte municípios respondentes às quatro questões propostas no questionário. As respostas aparecem numeradas de I a IV e subdivididas em suas respectivas categorias de classificação. Os nomes dos municípios respondentes aparecem codificados de A a T, por compromisso de sigilo mantido na carta ofício anexada ao questionário. Na Questão I, dezenove municípios responderam **sim**, ou seja, utilizam indicadores no planejamento das ações de saúde, e um município respondeu **não**, ou seja, declarou não utilizar indicadores para esse fim, apesar de ter justificado a resposta negativa por motivos de transição de instrumentos de coleta de informações. Na questão II, os municípios apresentaram um total de 150 indicadores, sendo 147 classificados em **quantitativos** e somente três classificados em **qualitativos**. Na coluna referente à Questão III aparecem 116 citações de fontes onde foram obtidos os indicadores, sendo 63 classificadas como **exógenas** e 53, como **endógenas**. Para a Questão IV foram fornecidas respostas que totalizaram 65 citações de áreas técnicas ou grupos de pessoas com acesso à informação de saúde, sendo 31 áreas ou grupos classificados como **intra-institucional** e 34 como **extra-institucional**.

Tabela 1. Resultado geral das respostas dadas pelos municípios respondentes, classificação por categorias, 1998.

Questão	I		II			III			IV		
Categoria	SIM	NÃO	QT	QL	Ti	EXO	ENDO	Tf	INTRA	EXTRA	Tg
Município											
A			11	0	11	6	3	9	2	3	5
B	X		8	0	8	3	2	5	1	1	2
C	X		5	0	5	3	2	5	2	4	6
D	X		7	1	8	6	4	10	1	1	2
E	X		11	0	11	5	6	11	1	2	3
F	X		5	0	5	2	1	3	1	1	2
G	X		5	0	5	1	1	2	2	0	2
H	X		8	0	8	2	2	4	0	0	0
I	X		9	1	10	5	5	10	3	3	6
J	X		4	0	4	3	2	5	2	0	2
K	X		10	0	10	4	2	6	0	3	3
L	X		6	0	6	2	2	4	1	0	1
M	X		8	0	8	0	2	2	1	1	2
N		X	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	X		10	0	10	4	3	7	5	0	5
P	X		10	0	10	3	6	9	2	0	2
Q	X		8	0	8	2	2	4	1	2	3
R	X		4	0	4	4	1	5	5	0	5
S	X		10	0	10	6	4	10	1	5	6
T	X		8	1	9	2	3	5	0	8	8
	X										
Totais	19	1	147	3	150	63	53	116	31	34	65

Fonte: Questionário remetido auto-administrado. Respostas dadas por vinte municípios às Questões I, II, III e IV.

Legenda: QT - Indicadores Quantitativos; QL - Indicadores Qualitativos; Ti - Total de Indicadores.

EXO - Fontes Exógenas; ENDO - Fontes Endógenas; Tf - Total de Fontes.

INTRA - Grupos e Áreas Intra-institucionais com Acesso à Informação; EXTRA - Grupos e Áreas Extra-institucionais com Acesso à Informação; Tg - Total de Grupos de Pessoas e Áreas técnicas.

Notas: 1) Municípios codificados em letras segundo ordem aleatória para manutenção de sigilo; 2) Alguns municípios listaram 11 indicadores em vez de um máximo de 10 indicadores como pedia o questionário. Foram mantidos os indicadores excedentes.

Listagem e Classificação dos Indicadores

Quadro 5

O Quadro 5 abaixo foi construído com a finalidade de apresentar cada um dos indicadores citados nas respostas à Questão II. Esses indicadores foram transcritos fielmente a partir dos questionários, salvo correções de digitação e ortografia, e classificados em quantitativos e qualitativos, conforme descrito na metodologia.

Quadro 5. Listagem e classificação das citações de indicadores, por município, 1998.

Município	Indicadores	QT	QL
A	1. Indicadores sócio econômicos	QT	
	2. Indicadores demográficos	QT	
	3. Índices de mortalidade (município e região)	QT	
	4. Morbidade hospitalar	QT	
	5. Morbidade ambulatorial (a partir de 1998)	QT	
	6. Incidência e prevalência de doenças de notificação compulsória	QT	
	7. Cobertura vacinal	QT	
	8. Índice de partos/cesáreas	QT	
	9. Porcentagem de encaminhamentos para outros municípios	QT	
	10. Porcentagem de atendimentos/RH/capacidade física instalada	QT	
	11. Porcentagem de investimentos em saúde	QT	
B	1. Dados populacionais (gerais e específicos)	QT	
	2. Índice de mortalidade geral	QT	
	3. Índice de mortalidade infantil	QT	
	4. Índice de morbilidade geral	QT	
	5. Índice de morbilidade infantil	QT	
	6. Dados de saneamento básico (água e esgoto)	QT	
	7. Cobertura vacinal	QT	
	8. Dados de vigilância epidemiológica	QT	
C	1. Morbidade ambulatorial	QT	
	2. Mortalidade infantil	QT	
	3. Cobertura vacinal	QT	
	4. Doenças de notificação compulsória	QT	
	5. Agravos inusitados à saúde (conjuntivite, hepatite, parotidite e varicela)	QT	
D	1. Mortalidade (geral, infantil, perinatal, por causa específica, por faixa etária, etc.)	QT	
	2. Morbidade (ambulatorial, pronto-atendimento, hospitalar, compulsória, etc.)	QT	
	3. Produção de serviços de saúde (números de atendimentos, cobertura, etc.)	QT	
	4. Qualidade da atenção prestada (auditoria de prontuário)		QL
	5. Demográficos (população total, faixa etária, área de abrangência, natalidade, etc.)	QT	
	6. Infra-estrutura urbana (moradia, saneamento, energia elétrica, comunicação, etc.)	QT	
	7. Sociais (alfabetização, partidos políticos, educação, etc.)	QT	
	8. Econômicos (renda, atividade econômica, ocupação, orçamento, etc.)	QT	

Município	Indicadores	QT	QL
E	1. População/pirâmide populacional/ocupação	QT	
	2. Taxa de crescimento populacional	QT	
	3. Nível de escolaridade	QT	
	4. Renda	QT	
	5. Mortalidade geral/mortalidade materna	QT	
	6. Mortalidade infantil	QT	
	7. Mortalidade neonatal	QT	
	8. Mortalidade infantil tardia	QT	
	9. Causas de óbito por grupo etário	QT	
	10. Cobertura de saneamento (água e esgoto)	QT	
	11. Dados de morbidade	QT	
F	1. Número de habitantes	QT	
	2. Mortalidade	QT	
	3. Nascimentos	QT	
	4. Morbidade	QT	
	5. Vacinação	QT	
G	1. Nascidos vivos	QT	
	2. Mortalidade infantil	QT	
	3. Mortalidade materna	QT	
	4. Desnutrição infantil	QT	
	5. Doenças crônico-degenerativas	QT	
H	1. Demografia – população masculina e feminina	QT	
	2. Taxa de natalidade	QT	
	3. Taxa de mortalidade geral e infantil	QT	
	4. Nascidos mortos	QT	
	5. Nascidos vivos	QT	
	6. Principais causas de óbito	QT	
	7. Estatística de atendimento nas unidades básicas de saúde	QT	
	8. Recursos humanos disponíveis	QT	
I	1. Vigilância epidemiológica	QT	
	2. Investigações de epidemias	QT	
	3. Coeficientes de mortalidade geral e infantil	QT	
	4. Coeficientes de morbidade	QT	
	5. Cobertura vacinal	QT	
	6. Dados populacionais	QT	
	7. Projeto Nascer – expectativa de vida ao nascer	QT	
	8. Estado nutricional	QT	
	9. Políticas de saúde		QL
	10. Coeficientes demográficos	QT	
J	1. Morbidade	QT	
	2. Mortalidade	QT	
	3. Cobertura vacinal	QT	
	4. Vigilância nutricional	QT	
K	1. Mortalidade infantil	QT	
	2. Mortalidade geal	QT	
	3. Natimortalidade	QT	
	4. Natalidade	QT	
	5. População	QT	
	6. Densidade demográfica	QT	
	7. Crescimento populacional	QT	
	8. Classificação sócio econômica	QT	
	9. Analfabetismo	QT	
	10. Saneamento básico	QT	
L	1. Indicadores demográficos-população residente por sexo e grupos etários	QT	
	2. Indicadores de mortalidade geral	QT	
	3. Indicadores de mortalidade infantil	QT	
	4. Principais causas de mortalidade geral e infantil	QT	
	5. Morbidade	QT	
	6. Produção das UBS, ambulatório de especialidade, pronto-atendimento municipais	QT	

Município	Indicadores	QT	QL
M	1. Coeficiente de mortalidade geral	QT	
	2. Coeficiente de mortalidade por causas	QT	
	3. Coeficiente de mortalidade infantil	QT	
	4. Taxas de cesáreas por hospital	QT	
	5. Indicadores de morbidade	QT	
	6. Cobertura vacinal	QT	
	7. Cobertura de Papanicolaou	QT	
	8. Produtividade dos profissionais	QT	
N	S/I	S/I	S/I
O	1. Coeficiente de mortalidade geral	QT	
	2. Coeficiente de mortalidade infantil	QT	
	3. Coeficiente de mortalidade materna	QT	
	4. Coeficiente de mortalidade por causa	QT	
	5. Cobertura de Papanicolaou	QT	
	6. Cobertura vacinal por tipo de vacina	QT	
	7. Cobertura vacinal anti-rábica canina	QT	
	8. Percentual de bebê de risco	QT	
	9. Percentual de ocupação por hospital conveniado	QT	
	10. Média de permanência por hospital conveniado	QT	
P	1. Taxa de mortalidade infantil	QT	
	2. Cobertura vacinal	QT	
	3. Coeficientes de incidência de TBC, hanseníase, AIDS, meningite	QT	
	4. Taxa de abandono de tratamento em TBC, hanseníase	QT	
	5. Cobertura de exames Papanicolaou	QT	
	6. Populações por sexo e faixa etária	QT	
	7. Cobertura e extensão de infra-estrutura de saneamento	QT	
	8. População escolar – ensino fundamental	QT	
	9. Índice de cesáreas realizadas	QT	
	10. Principais causas de internação hospitalar	QT	
Q	1. Número de óbitos em crianças menores de um ano	QT	
	2. Número de crianças que realizam exames do pezinho	QT	
	3. Produção odontológica realizada (preventiva e curativa)	QT	
	4. Número de preventivos coletados - Papanicolaou	QT	
	5. Quantidade de leite humano distribuído e número de crianças atendidas	QT	
	6. Mapa referente ao atendimento básico das unidades básicas de saúde	QT	
	7. Notificações referentes à Vigilância Epidemiológica	QT	
	8. Número de Atendimento DST/AIDS	QT	
R	1. Cobertura vacinal	QT	
	2. Mortalidade geral e infantil	QT	
	3. Taxa de incidência de agravos agudos e crônicos/área de abrangência, sexo, faixa etária	QT	
	4. Declaração de nascidos vivos	QT	
S	1. Produção de serviços de rede ambulatorial pública de saúde	QT	
	2. Indicadores de mortalidade	QT	
	3. Indicadores de morbidade	QT	
	4. Produção de serviços de rede hospitalar	QT	
	5. Taxas de natalidade	QT	
	6. Incidência e prevalência de doenças de notificação compulsória	QT	
	7. Dados sobre saneamento básico (abastecimento de água, coleta de esgoto sanitário e lixo)	QT	
	8. Dados demográficos – população por faixa etária e sexo	QT	
	9. Dados sobre vacinação – indicadores de cobertura	QT	
	10. Dados sobre capacidade instalada (rede física e recursos humanos)	QT	
T	1. Prevalência das doenças endêmicas e epidêmicas (DNC)	QT	
	2. Prevalência das doenças crônico-degenerativas	QT	
	3. Perfil sócio demográfico (bolsão de pobreza)	QT	
	4. Estatística de atendimento	QT	
	5. Taxa de mortalidade/natalidade e causas	QT	
	6. Índice de demanda espontânea do pronto-socorro	QT	
	7. Perfil de saúde de comunidades específicas – aspectos sócio econômico, ambiental, educacional,	QT	
	8. Estatísticas de causas de internações	QT	
	9. Dados gerais fornecidos por municípios, ONGs, SABs, e outras entidades		QL

Listagem e Classificação das Fontes

Quadro 6

A lista de fontes citadas pelos municípios respondentes e classificadas em **exógenas** e **endógenas**, conforme critérios descritos na metodologia, se encontra na Quadro 6 à página seguinte. Da mesma forma que no quadro anterior, as fontes foram transcritas fielmente dos questionários, à exceção de "Cartório de Registro Civil", termo que foi padronizado para descrever fontes do tipo "registro de óbitos", "cartórios da cidade", "registro de nascimentos", "óbitos e nascimentos", a fim de facilitar a tabulação posterior dos dados. A fonte "Vigilância Epidemiológica" e "Vigilância Sanitária", quando grafadas dessa forma, foram entendidas como fonte endógena da prefeitura local, ao contrário das demais formas explicitadas de vigilância em nível estadual.

Os dados provenientes do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), coletados via SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), foram considerados como fonte endógena, apesar de suas características de sistema de porte nacional. Isto se deu pelo fato dos órgãos gestores do sistema de saúde municipal poderem conhecer os dados da produção ambulatorial (SIA/SUS) e hospitalar (SIH/SUS) agregados para o município, antes de remetê-los para agregação em outros níveis⁵⁸. Outro motivo para se tomar o DATASUS como fonte endógena, são as rotinas de coleta realizadas através da estrutura organizacional do gestor municipal na rede de serviços municipais e conveniados de saúde (ver NOB/96), as quais representam um esforço sistemático importante para as considerações a serem feitas nesta dissertação.

⁵⁸ Segundo confirmação obtida junto à direção técnica do GT-NAC da SES-SP - Grupo Técnico Normativo de Auditoria e Controle da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, responsável pela sistematização dos dados coletados via SIA/SUS e SIH/SUS nos municípios paulistas (LEMONS, 1999).

Quadro 6. Listagem e classificação das fontes citadas por município, 1998.

Município	Fontes	EXO	ENDO
A	1. IBGE	EXO	
	2. CIS	EXO	
	3. SEADE	EXO	
	4. DATASUS		ENDO
	5. SIM	EXO	
	6. SINASC	EXO	
	7. SINAN	EXO	
	8. Programa de controle de óbitos de mulheres em idade fértil		ENDO
	9. UAA		ENDO
B	1. SEADE	EXO	
	2. IBGE	EXO	
	3. Secretaria de Estado da Saúde	EXO	
	4. Secretaria Municipal do Planejamento		ENDO
	5. Secretaria Municipal de Saúde		ENDO
C	1. Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Planejamento Avaliação e Controle		ENDO
	2. SEADE	EXO	
	3. DIR	EXO	
	4. Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Saúde Coletiva		ENDO
	5. Cartórios de Registro Civil	EXO	
D	1. IBGE	EXO	
	2. SEADE	EXO	
	3. EMPLASA	EXO	
	4. Ministério da Saúde	EXO	
	5. DIR V	EXO	
	6. Câmara Municipal	EXO	
	7. Hospital Dr. Odair Pacheco Pedroso		ENDO
	8. Assessoria Municipal de Obras e Planejamento		ENDO
	9. Assessoria Municipal de Administração		ENDO
	10. Assessoria Municipal de Saúde		ENDO
E	1. IBGE	EXO	
	2. SEADE	EXO	
	3. DATASUS		ENDO
	4. CVE	EXO	
	5. Secretaria de Estado da Saúde	EXO	
	6. Cartórios de Registro Civil	EXO	
	7. Busca Ativa		ENDO
	8. Secretaria Municipal da Saúde		ENDO
	9. Vigilância Sanitária e Epidemiológica		ENDO
	10. Cadastro da prefeitura		ENDO
F	1. Departamento de Saúde		ENDO
	2. IBGE	EXO	
	3. Cartórios de Registro Civil	EXO	
G	1. Vigilância Epidemiológica		ENDO
	2. Secretaria de Estado da Saúde	EXO	
H	1. SEADE	EXO	
	2. DIR	EXO	
	3. SIGAB		ENDO
	4. Secretaria / Prefeitura		ENDO
I	1. Vigilância Epidemiológica municipal		ENDO
	2. SEADE	EXO	
	3. Santa Casa local		ENDO
	4. Maternidade local		ENDO
	5. IBGE	EXO	
	6. Ministério da Saúde	EXO	
	7. DIR XXIII	EXO	
	8. Boletim de Nascimentos Vivos		ENDO
	9. Fichas epidemiológicas		ENDO
	10. Cartórios de Registro Civil	EXO	

Município	Fontes	EXO	ENDO
J	1. SEADE	EXO	
	2. SINAN	EXO	
	3. SISVAN	EXO	
	4. Secretaria Municipal da Saúde		ENDO
	5. EPI-TB – Para avaliação e controle do tratamento de tuberculose		ENDO
K	1. SEADE – Dados demográficos	EXO	
	2. IBGE	EXO	
	3. SABESP	EXO	
	4. Delegacia de Ensino	EXO	
	5. Secretaria Municipal de Educação		ENDO
	6. Secretaria Municipal de Planejamento		ENDO
L	1. IBGE	EXO	
	2. SEADE	EXO	
	3. Vigilância Epidemiológica municipal		ENDO
	4. UAC municipal		ENDO
M	1. Secretaria Municipal da Saúde – Núcleo de Informação e Planejamento		ENDO
	2. Secretaria Municipal da Saúde – Vigilância Epidemiológica		ENDO
N	S/I	S/I	S/I
O	1. Relatório de produção das UBS		ENDO
	2. IBGE	EXO	
	3. SEADE	EXO	
	4. SIA – SUS		ENDO
	5. SIH – SUS		ENDO
	6. SIM	EXO	
	7. SINASC	EXO	
P	1. Mapas mensais de vacinação		ENDO
	2. Boletins semanais de notificação de doenças infecto-contagiosas e agravos		ENDO
	3. SIH – SUS		ENDO
	4. Planilhas de acompanhamento e avaliação dos pacientes		ENDO
	5. SEADE	EXO	
	6. DIR XXIV – Vigilância Epidemiológica	EXO	
	7. Secretaria de Estado da Saúde - Planejamento	EXO	
	8. Secretaria Municipal de Planejamento		ENDO
	9. Relatório de AIHs		ENDO
Q	1. Cartórios de Registro Civil	EXO	
	2. Centros de Saúde, Hospitais e Instituições		ENDO
	3. Unidades Básicas de Saúde		ENDO
	4. DIR	EXO	
R	1. SEADE	EXO	
	2. SINAN – Ficha de notificação epidemiológica	EXO	
	3. SIM	EXO	
	4. SINASC	EXO	
	5. Programa de recém-nascido de risco		ENDO
S	1. Unidades Básicas de Saúde		ENDO
	2. Pronto-Socorro e Unidade Mista de Saúde		ENDO
	3. Serviço Funerário do Município (local)		ENDO
	4. Serviço Funerário do Município de São Paulo	EXO	
	5. Cartórios de Registro Civil	EXO	
	6. IBGE	EXO	
	7. SEADE	EXO	
	8. Prefeitura Municipal		ENDO
	9. CETESB	EXO	
	10. SABESP	EXO	
T	1. DIR XXIV (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e ambulatório regional)	EXO	
	2. Hospitais e Pronto-Socorro municipal		ENDO
	3. Unidades Básicas de Saúde		ENDO
	4. Núcleo de Programa de Saúde da Família		ENDO
	5. Municípios	EXO	

Listagem e Classificação dos Grupos de Pessoas e Áreas Técnicas

Quadro 7

Com os mesmos critérios e finalidade dos Quadros 5 e 6 anteriormente apresentados, foi construído o Quadro 7, no qual estão listados e classificados em intra-institucionais e extra-institucionais os grupos de pessoas (G) e áreas técnicas (AT) que tiveram acesso às informações obtidas no processo de planejamento das ações de saúde nos municípios, segundo as citações dos municípios respondentes.

Quadro 7. Listagem e classificação das citações de grupos de pessoas e áreas técnicas com acesso aos resultados do planejamento local em saúde, por município, 1998.

Município	Grupos e Áreas	INTRA	EXTRA
A	1. Diretoria da Fundação de Saúde do município (AT)	INTRA	
	2. Unidade de Avaliação e Auditoria (AT)	INTRA	
	3. Conselho Municipal de Saúde (aprovação do Plano Diretor) (G)		EXTRA
	4. Câmara Municipal (aprovação do Plano Diretor) (G)		EXTRA
	5. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
B	1. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	2. Gerentes de unidades (G)	INTRA	
C	1. Secretaria Municipal da Saúde e seus departamentos (AT)	INTRA	
	2. Equipe de Supervisão da SMS (vários profissionais) (G)	INTRA	
	3. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	4. Gabinete do Prefeito (AT)		EXTRA
	1. Câmara Municipal (G)		EXTRA
D	5. Imprensa (quando solicitado) (G)		EXTRA
	1. Assessoria Municipal de Saúde (todos os funcionários) (G)	INTRA	
E	2. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	1. Secretaria Municipal de Saúde (toda a equipe técnica) (AT)	INTRA	
	2. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
F	3. Conferências Municipais de Saúde (disseminação à população) (G)		EXTRA
	2. Diretoria de Saúde (AT)	INTRA	
G	3. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	1. Vigilância Epidemiológica (coordenadores e equipe) (AT)	INTRA	
H	2. Secretaria Municipal da Saúde (Assessoria Técnica) (AT)	INTRA	
	S/I	S/I	S/I
I	1. Secretaria Municipal da Saúde (AT)	INTRA	
	2. Unidades de saúde (AT)	INTRA	
	3. Postos de saúde (AT)	INTRA	
	4. Imprensa local – escrita e falada (G)		EXTRA
	5. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	6. Câmara Municipal (G)		EXTRA
J	1. Vigilância Epidemiológica (AT)	INTRA	
	2. Vigilância Sanitária (AT)	INTRA	
K	1. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	2. Secretaria de Estado da Saúde (por força do pleito de gestão) (AT)		EXTRA
	3. Secretarias Municipais (AT)		EXTRA
L	1. CICA (Comissão Interna de Controle e Avaliação) (AT)	INTRA	

Município	Grupos e Áreas	INTRA	EXTRA
M	1. Secretaria Municipal da Saúde (equipe técnica) (AT)	INTRA	
	2. Conferência Municipal de Saúde (G)		EXTRA
N	S/I	S/I	S/I
O	1. Secretário de saúde (AT)	INTRA	
	2. Coordenadores de região de saúde (G)	INTRA	
	3. Gerentes das UBSs (G)	INTRA	
	4. Grupo técnico saúde da mulher (AT)	INTRA	
	5. Grupo técnico saúde do adulto (AT)	INTRA	
P	1. Vigilância Sanitária (AT)	INTRA	
	2. Vigilância Epidemiológica (AT)	INTRA	
Q	1. Secretaria Municipal da Saúde (demais divisões) (AT)	INTRA	
	2. Estudantes (solicitação para pesquisa) (G)		EXTRA
	3. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
R	1. NAC – Núcleo de Atendimento e Controle (AT)	INTRA	
	2. Programa de Saúde do Adulto (AT)	INTRA	
	3. Programa de Saúde da Mulher (AT)	INTRA	
	4. Programa da Criança (AT)	INTRA	
	5. Programa de Tuberculose (AIDS/DST) (AT)	INTRA	
S	1. DIR V (AT)		EXTRA
	2. Diretores de unidades básicas e pronto-socorro (G)	INTRA	
	3. Secretaria de Estado da Saúde (AT)		EXTRA
	4. Prefeitura Municipal (AT)		EXTRA
	5. Ministério da Saúde (AT)		EXTRA
	6. População (quando de utilidade pública) (G)		EXTRA
T	1. Gabinete do Prefeito (AT)		EXTRA
	2. Conselho Municipal de Saúde (G)		EXTRA
	3. Conselho Municipal de Entorpecentes (G)		EXTRA
	4. Conselho de Direito da Criança e do Adolescente (G)		EXTRA
	5. FEMANT (G)		EXTRA
	6. SABs (G)		EXTRA
	7. Pastorais (G)		EXTRA
	8. Comunidades (estudantes e profissionais) (G)		EXTRA

Agrupamento de Indicadores

Tabela 5

Os indicadores transcritos no Quadro 5 foram agrupados e classificados segundo sua finalidade, conforme descrito na metodologia, e estão apresentados abaixo na Tabela 5. A ordem de entrada na tabela é decrescente a partir do grupo de indicadores citados com maior frequência. Assim, surge em primeiro lugar, com 40 citações ou 26,70% do total de 150 indicadores, aqueles utilizados para medir a mortalidade nos municípios e, em último lugar, os indicadores qualitativos com três citações ou 2% do total.

Tabela 5. Grupos de indicadores e dados para os municípios respondentes segundo número de citações e frequência em relação ao total, 1998.

Grupos de Indicadores	Nº Citações	Frequência (%)
INDICADORES DE MORTALIDADE	40	26,70
INDICADORES DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS E PRODUTIVIDADE	29	19,30
INDICADORES DE MORBIDADE	23	15,30
INDICADORES SÓCIO ECONÔMICOS	19	12,70
INDICADORES DEMOGRÁFICOS	17	11,30
COBERTURA VACINAL	12	8,00
DADOS DE VIGILÂNCIA	07	4,70
INDICADORES QUALITATIVOS	03	2,00
Total	150	100

Agrupamentos das fontes

Tabela 6

Na tabela 6, foram agrupados em ordem decrescente de número e frequência de citações, segundo critérios descritos na metodologia, as fontes onde foram obtidos, ou originados, os indicadores utilizados pelos municípios.

Tabela 6. Grupos de fontes para os municípios respondentes segundo número de citações e frequência em relação ao total, 1998.

Fontes	Nº Citações	Frequência (%)
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE E ÓRGÃOS MUNICIPAIS DA ADMIN. DIRETA	42	36,20
INSTITUIÇÕES DO GOVERNO ESTADUAL	20	17,24
INSTITUIÇÕES E PROGRAMAS DO GOVERNO FEDERAL	19	16,38
FUNDAÇÃO SEADE	14	12,06
FUNDAÇÃO IBGE	10	8,62
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E OUTRAS FONTES LOCAIS	09	7,77
OUTROS (*)	02	1,73
Total	116	100

Agrupamento das áreas técnicas e grupos de pessoas

Tabela 7

Na Tabela 7, foram agrupados em ordem decrescente de número e frequência de citações, grupos de pessoas e áreas técnicas com acesso às informações de planejamento citados pelos municípios, segundo critérios descritos na metodologia.

Tabela 7. Grupos de áreas técnicas e grupos de pessoas para os municípios respondentes segundo número de citações e frequência em relação ao total, 1998.

Áreas Técnicas e Grupos de Pessoas	Nº Citações	Frequência (%)
GRUPO DE PESSOAS EXTRA-INSTITUCIONAL	26	40
ÁREA TÉCNICA INTRA-INSTITUCIONAL	25	38,5
ÁREA TÉCNICA EXTRA-INSTITUCIONAL	8	12,3
GRUPO DE PESSOAS INTRA-INSTITUCIONAL	6	9,2
Total	65	100

Perfil Modal dos Municípios Respondentes

Gestor Tipo

Foi composto um perfil modal de município -- assumido como "*gestor tipo*" -- conforme informações colhidas nos questionários e a metodologia antes descrita. Assim, pode-se observar que, genericamente, esse *gestor tipo*:

- a) usa em média sete indicadores no curso do processo de planejamento de políticas locais de saúde, todos quantitativos, especialmente aqueles que informam sobre a mortalidade, a produção de serviços, a morbidade, a situação sócio econômica, demográfica e de cobertura vacinal, nessa ordem;
- b) obtém cerca de 1/3 desses dados estatísticos e indicadores nas estruturas dos serviços próprios do governo municipal, outro 1/3 é obtido entre as instituições do governo estadual e instituições e programas do governo federal, e o 1/3 restante é obtido na Fundação SEADE, IBGE, Cartórios de Registro Civil e outras fontes locais, nessa ordem;
- c) divulga as informações resultantes do processo de planejamento em saúde igualmente entre grupos de pessoas e áreas técnicas localizados interna (31 citações)⁵⁹ e externamente (34 citações)⁶⁰ ao seu limite institucional. Observa-se também nesse quesito, que a divulgação extra-institucional se dá preferencialmente via grupos de pessoas (40% das citações), com destaque para o grupo de pessoas identificado como Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde com 11 citações no Quadro 7. Ainda com relação a essa observação, nota-se que o *gestor tipo* se relaciona pouco com as demais estruturas externas ao mesmo (12,3% das citações). Já a divulgação intra-institucional dos dados de planejamento é dirigida quase que exclusivamente às áreas técnicas formais (38,5% das citações), em detrimento dos grupos de pessoas (9,2 % das citações).

⁵⁹ Ver totais na coluna da Questão IV da Tabela 1 à página 65

⁶⁰ Ver totais na coluna da Questão IV da Tabela 1 à página 65

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tomando-se como referência de análise o *gestor tipo* isoladamente, observa-se que nos municípios estão sendo medidas quantitativamente as *necessidades atendidas* nos sistemas locais de saúde, em detrimento da medição do *potencial de demanda* dos serviços. Nesse sentido, os indicadores utilizados nos municípios compõem um arsenal tradicional para o planejamento em saúde, construído a partir de dados de registros dos serviços integrantes do sistema, dados de notificação compulsória, de produção de serviços, e de estatísticas vitais agregadas em fontes de sistemas de âmbito supramunicipal. Nota-se também que o *gestor tipo* praticamente não utiliza indicadores de qualidade de vida da população local. Ao contrário, o *gestor tipo* usa, prioritariamente, os indicadores de mortalidade, uma medida máxima de "não saúde", que é a morte (BORREL, 1997, p.186).

Visto como um sistema de informação, esse conjunto de indicadores se aproxima mais do modelo definido como *transacional* em que as tarefas são estruturadas, os procedimentos, as regras de decisão e os fluxos de informação são claros, e a eficiência⁶¹ é o objetivo central, com pouca relevância para a ação decisória (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.6). No entanto, o planejamento em saúde no município parece exigir que a informação flua por um *sistema de informação gerencial*⁶², que auxilie no processo de decisão acerca de tarefas semi-estruturadas⁶³,

⁶¹ *Eficiência* é definida com a melhor execução possível de uma tarefa em relação à critérios de performance anteriormente estabelecidos, como por exemplo: redução de custos, tempo e pessoal (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.6-10).

⁶² A classificação de KEEN e MORTON adotada (*apud* CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.5) ainda contém um terceiro tipo, chamado de *sistema de apoio à decisão*, cujas características são: a) apoio a decisões, dispensando o suporte de recursos analíticos e computacionais; b) aumento da capacidade e eficiência do gerente; c) relevância do gerente, não objetivando automatizar o processo de decisão.

apoiando -- e não substituindo -- o julgamento gerencial, e aumentando a efetividade⁶⁴ em vez da eficiência das ações de saúde (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.5-6).

Análise dos indicadores citados

Quadro 5 e Tabela 5

No que se refere aos indicadores utilizados, nota-se que os municípios pesquisados procuram construir informações para o planejamento das ações locais de saúde a partir de dados pregressos relativos aos eventos mórbidos (morbidade) -- anotados nos registros cotidianos dos serviços assistenciais de saúde -- e os eventos fatais, obtidos nos cartórios de registro civil e em instituições e órgãos governamentais encarregados do processamento e agregação dos dados em nível estadual. Assim é o caso dos dados de mortalidade que estão aos cuidados da Fundação SEADE e o Grupo Técnico de Informações de Saúde - CIS - da Secretaria Estadual de Saúde. Nesse processo, os dados demoram cerca de 6 meses para serem conhecidos pelos municípios⁶⁵. Além disso, dados de mortalidade - assim como os demais dados epidemiológicos - coletados rotineiramente por órgãos oficiais dão somente uma idéia genérica do perfil demográfico e epidemiológico em relação ao total de indivíduos, por exemplo, de um município do porte dos que foram pesquisados (TANCREDI *et alli*, 1998, p.19).

Quanto à mortalidade, cabem ainda alguns comentários. Os dados de mortalidade são úteis e têm sido, desde há muito tempo, utilizados para planejamento em saúde (MCDOWELL e NEWELL, 1996, p.11; DONABEDIAN, 1988, p.179), e provavelmente continuarão sendo, devido ao seu baixo custo e facilidade de obtenção

⁶³ *Atividade* ou *tarefas semi-estruturadas* são aquelas intermediárias às *atividades estruturadas* -- que não requerem intervenção direta do gerente, podendo ser automatizadas -- e *não estruturadas*, que dependem exclusivamente do julgamento direto do gerente, não podendo ser automatizadas (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.8).

⁶⁴ DONABEDIAN (1988, p.177-181) define **efetividade** de um sistema de saúde como "*el grado en el que el potencial de la tecnología médica existente ha conservado la salud y disminuido la enfermedad*".

⁶⁵ Merece nota, entretanto, a informação prestada por funcionário responsável na Fundação SEADE pelos dados de mortalidade no Estado de São Paulo, que alguns municípios têm solicitado extratos mensais dos dados de mortalidade, adiantando-se à divulgação pelo CIS dos dados consolidados, embora essa prática possa acarretar desvios causados pelos óbitos de não-residentes registrados no município (CAMARGO, 1999).

(BORREL, 1997, p.186). No caso específico da mortalidade infantil, desde que se constatarem acentuados declínios de seus níveis nos países desenvolvidos, esse indicador tem sido amplamente reconhecido como um dos que melhor reflete a situação de saúde e de bem-estar social de uma população (SZWARCOWALD *et alli*, 1992, p.262). No entanto, essas autoras afirmam que a análise das relações entre mortalidade infantil e bem-estar social das populações em nível macro, quando abordados em nível municipal ou estadual, trazem correlações enfraquecidas. Essa perda de potencialidade das medidas se dá por se tratar de estimativas médias, não levando em consideração os contrastes regionais no espaço urbano dos municípios (SZWARCOWALD *et alli*, 1992, p.274).

Como consequência do declínio da mortalidade infantil surge o incremento dos agravos de saúde associados à sobrevivência após um ano de vida, salientando aqueles surgidos na infância -- como os associados ao baixo peso ao nascer, à desnutrição e às doenças respiratórias -- e na adolescência -- como os agravos advindos de causas externas (MCDOWELL e NEWELL, 1996, p.11), especialmente acidentes de trânsito, homicídios e suicídios⁶⁶. Nesses casos, os dados demográficos - excluindo a mortalidade infantil -- podem ser mais úteis em municípios com baixa mortalidade infantil, como é caso de mais da metade dos municípios respondentes, quando comparados com a média do Estado de São Paulo e Brasil⁶⁷.

Entretanto, os indicadores demográficos não estão sendo priorizados na amostra observada nesta pesquisa, pois somente cerca de 11% dos indicadores utilizados pelo *gestor tipo* são construídos com base em dados demográficos e, mesmo assim, quase sempre genericamente considerados, como pode ser visto na Tabela 2. Por outro lado, há exemplos nessa mesma tabela que se afastam do perfil modal construído, nos quais é possível perceber certa preocupação com as especificidades setoriais dos dados demográficos e de mortalidade. É o caso do município "D", onde a mortalidade está discriminada em variáveis como faixa etária detalhada e causa, enquanto os dados demográficos são analisados por área de

⁶⁶ A mortalidade por homicídios e acidentes com veículo a motor tem aumentado consistentemente na amostra estudada, com algumas exceções que podem ser vistas no anexo III.

⁶⁷ A mortalidade infantil nos municípios respondentes está assim distribuída: de 10 a 15 óbitos entre 0 e 1 ano de vida por mil nascidos vivos: 2 municípios; de 15 a 20 ‰ : 5 municípios; de 20 a 25 ‰ : 6 municípios; de 25 a 30 ‰ : 5 municípios; > 30 ‰ : 2 municípios. A mortalidade infantil média para o Estado de São Paulo é de 22,74 ‰, enquanto que para o Brasil é de 37,35 ‰ (ver anexo III).

abrangência, provavelmente das unidades de saúde. Também o município "O" informou usar dados detalhados de mortalidade, trabalhando, inclusive, com o percentual de "bebês de risco", o que indica uma provável estratégia de intervenção seletiva na mortalidade infantil a partir de seu componente perinatal. Todavia, CARVALHO E EDUARDO (1998) informam que os dados coletados rotineiramente via atestado de óbito, não têm permitido uma avaliação fidedigna desse componente, pela observada ausência de preenchimento de campos relativos ao recém-nascido (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.84).

Os indicadores relativos à **morbidade** tiveram 23 citações (15,30 % do total). Invariavelmente esse tipo de indicador foi citado nos termos do "modelo médico", no qual os eventos mórbidos são registrados em termos de patologia ou desvios da normalidade fisiológica via exame clínico (BLAXTER 1989 *apud* BORREL, 1997, p.187-188)⁶⁸. Não há citações entre os respondentes que sugeriram outra forma de registro dos dados de morbidade, como por exemplo, as enquetes de estudo de prevalência de morbidades.

A **cobertura vacinal**, apesar de ser formalmente um indicador de produção de serviços, foi destacada dessa categoria de classificação, pela frequência com que foi citada (8% das citações). Contudo, apesar de ser historicamente uma atividade compulsória dos serviços de saúde nos municípios, essa frequência pode ser considerada baixa, dada a importância da medida na prevenção de diversas doenças. Assumindo que todos os municípios da amostra executam esse tipo de procedimento, é possível que a baixa frequência de citação se dê pelo fato de a vacinação ter se tornado uma rotina bem estabelecida nos serviços de saúde e, assim, perdido sua identidade como indicador para planejamento de políticas de saúde.

O grupo **dados de vigilância** é composto de sete citações (4,70% do total), as quais transcrevemos, para efeito de análise específica, segundo citações originais pelos respectivos municípios (Quadro 5): "dados de vigilância epidemiológica" (B); "vigilância epidemiológica", "investigação de epidemias", e "Projeto Nascer -

⁶⁸ Os outros modelos da classificação de Mildred BLAXTER (1989 *apud* BORREL, 1997, p.187-188) são: *modelo funcional*, que define morbidade como a falta de habilidade para a realização de trabalhos considerados normais; e *modelo subjetivo*, onde morbidade é definida como a percepção de um indivíduo de seu estado de saúde a partir de uma lista de sintomas auto-descritos.

expectativa de vida ao nascer" (I); "vigilância nutricional" (J), "percentual de bebê de risco"(O); "notificações referentes à Vigilância Epidemiológica" (Q). Nesse grupo pode ser observado que as citações se caracterizam como indicadores de *vigilância em saúde pública*, voltada ao "acompanhamento de eventos específicos adversos à saúde da população local, com vistas à agilização e aprimoramento das ações que visam ao seu controle" (WALDMAN e ROSA, 1998, p. 14). Contudo, exceção pode ser feita aos indicadores "Projeto Nascer" (I) e "vigilância nutricional" (J), que parecem ser característicos de procedimentos de *análise de situação de saúde*, que utiliza indicadores de alcance mais mediato, visando identificar ou acompanhar fatores relacionados à determinação do estado de saúde na população, mais que suas necessidades imediatas de assistência à saúde (WALDMAN e ROSA, 1998, p. 14).

Os dados de produção de serviços e produtividade aparecem com alta frequência (19,30%), sendo o segundo mais importante conjunto de indicadores citados pelos municípios (29 citações). Naturalmente, o órgão gestor do sistema local de saúde deve se preocupar com a produção dos serviços, registrá-la e sistematizá-la para análise e incremento do volume e qualidade da produção e a produtividade do sistema. Porém, observa-se que, por terem sido citados com frequência destacada, é provável que nos municípios, a preocupação com a produção esteja ocorrendo em detrimento de outras análises igualmente importantes no levantamento da situação de saúde e da qualidade de vida na população local. Essa possibilidade é confirmada pela tendência apontada por WALDMAN e ROSA (1998) que afirmam que os procedimentos de análise de saúde da população brasileira vêm sendo "abandonados ou expressamente reduzidos no País, com evidentes prejuízos ao adequado desempenho dos serviços de saúde" WALDMAN e ROSA (1998, p.11-12).

Chama atenção ainda nesse grupo que os indicadores de *produção de unidades de atividades* relativos a programas de saúde e unidades do sistema sejam a grande maioria, com exceção para aqueles que apontam para algumas relações entre fatores de produção, como por exemplo: "porcentagem de atendimento/RH/capacidade física instalada", "porcentagem de encaminhamentos para outros municípios" e "porcentagem de investimentos em saúde" (A); "recursos humanos disponíveis" (H); "produtividade dos profissionais" (O); "dados sobre capacidade instalada (rede física e recursos humanos) (S)".

Os indicadores sócio econômicos podem ser considerados um aspecto positivo do *gestor tipo*, pela tentativa que representam de ampliar o espectro de dados utilizados na construção das informações de saúde, para além dos dados bio-estatísticos mais tradicionais. Embora expressos quantitativamente e com uma frequência relativamente baixa de citações (19 vezes ou 12,70% do total), além de provavelmente, coletados a partir de grandes sistemas de dados, observa-se no Quadro 5 que metade dos municípios respondentes citou indicadores classificados como sócio econômicos. Ou seja, cada município usa em média cerca de 2 indicadores sócio econômicos para planejamento em saúde. Dentre estes, destaca-se o município "D", que utiliza um conjunto de três indicadores desse tipo: "infra-estrutura urbana (moradia, saneamento, energia elétrica, comunicação, etc.)"; "sociais (alfabetização, partidos políticos, educação, etc.)"; "econômicos (renda, atividade econômica, ocupação, orçamento, etc.)".

Também merece menção o caso do município "T" que utiliza dois indicadores sócio econômicos: "perfil sócio demográfico (bolsões de pobreza) e "perfil de saúde de comunidades específicas - aspectos sócio econômico, ambiental, educacional". Esses indicadores apontam para a possibilidade de busca de diferenciais intra-urbanos de determinação do estado de saúde da população, ao invés de uma análise conjuntural de saúde pública, como já comentado para os dados de vigilância.

Os municípios "D", "T" e "I" declararam usar indicadores qualitativos: o município "D" investiga a "qualidade da atenção prestada" através da auditoria de prontuário; enquanto que o município "T" busca fora do sistema de atenção dados oferecidos por "municípios, ONGs, SABs, entre outras entidades". O outro município a declarar o uso de um indicador qualitativo foi o "I", embora haja forte imprecisão na citação denominada "políticas de saúde". Nesse caso, a classificação como indicador qualitativo se deu por exclusão, pois certamente não é possível quantificar políticas, mas é possível qualificá-las como eficazes ou não, eficientes ou não, adequadas ou inadequadas, ante o olhar do sujeito alvo ou do sujeito responsável por essas políticas.

Os indicadores descritos acima não permitem inferir se os municípios mencionados constituem uma clara exceção ao *gestor tipo*, no que se refere à característica observada de uso sistemático de indicadores quantitativos. Ao

contrário, no município "D" por exemplo, a qualidade que está sendo investigada diz respeito a um procedimento de assistência médica: a qualidade do prontuário. No município "T" há a possibilidade de que a informação coletada diga respeito às condições de vida da população. Por outro lado, o mesmo dado obtido junto às organizações citadas e aos "municípes" pode ainda ser relativo à carência de oferta de serviços de saúde ou ainda à qualidade da assistência prestada.

Por fim, não há citação que sugira haver, em qualquer dos municípios, uma tentativa de integração de métodos quantitativos e qualitativos na geração de informação para o planejamento no sistema local de saúde.

Análise das fontes citadas

Quadro 6 e Tabela 6

Um segundo aspecto a ser observado nos resultados apresentados se refere às fontes onde os indicadores utilizados são obtidos. Ainda tomando como referência o *gestor tipo* antes descrito, nota-se que predomina o uso de fontes endógenas encontradas nas rotinas dos serviços ou nos órgãos da administração municipal, além de outras fontes locais. Do total de fontes utilizadas 36,20% provêm do sistema local de saúde e órgãos municipais da administração direta⁶⁹ e 7,77% dos Cartórios de Registro Civil⁷⁰ e outras fontes locais como hospitais conveniados do sistema, municípes, Câmara Municipal, Serviço Funerário, e Delegacia de Ensino.

Somando-se a freqüência de ocorrência dessas fontes, tem-se aproximadamente 44% das informações com origem em processos de coleta de dados e informações no âmbito do município. Porém, a partir de uma análise detalhada do

⁶⁹ Das 42 citações nessa categoria, 36 diziam respeito às estruturas internas do órgão gestor municipal e somente seis se referiam a órgãos da administração direta, a saber: "Secretaria Municipal de Planejamento" (B) (K) (P); "Assessoria Municipal de Administração" e "Assessoria Municipal de Obras e Planejamento" (D); "Secretaria Municipal de Educação" (K).

⁷⁰ Os Cartórios de Registro Civil estão classificados como **fonte exógena** na apresentação dos resultados na Tabela 3. Entretanto, nesse momento da análise dos resultados, está se considerando seu aspecto de fonte local, pois apesar da obrigatoriedade dos Cartórios em prestar informações para a agregação de dados em nível estadual (Fundação SEADE, p.ex.) e nacional, os municípios podem — e declaram assim proceder — buscar informações diretamente nos registros cartoriais, especialmente os de óbitos e nascimentos.

Quadro 6, é possível perceber que o processo de obtenção dessas informações é passivo, dado o fato de as coletas serem compulsórias e os dados se originarem em rotinas destinadas a alimentar os sistemas supramunicipais de informação de saúde. Por exemplo, a coleta de dados para o DATASUS, via SIA/SUS e SIH/SUS, é obrigatória para os municípios em situação de gestão Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema de Saúde no nível local, segundo rege a Norma Operacional Básica/96. Dos 20 municípios respondentes, sabe-se que somente um não se encontra habilitado, quatro se encontram em situação de gestão Plena de Atenção Básica, e os restantes quinze estão habilitados para a gestão Plena do Sistema, exatamente a que confere maior autonomia ao município na gestão das políticas de saúde (NOB/96, BRASIL, 1996).

Uma certa passividade das estruturas municipais na coleta de dados de saúde também pode ser observada nas fontes exógenas (Quadro 6). A maior parte dessas fontes diz respeito aos sistemas de informação para acompanhamento de programas específicos vinculados a instituições e órgãos governamentais em nível estadual e nacional. São casos exemplares: o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) SINAN (Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação) SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional), SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), que são vinculados ao Ministério da Saúde; da Fundação IBGE, responsável por dados censitários nacionais; do CIS (Grupo Técnico de Informações de Saúde) e CVE (Centro Técnico de Vigilância Epidemiológica), que colhem e sistematizam, respectivamente, informações gerais de saúde e de vigilância epidemiológica para o Estado de São Paulo.

Nos casos acima, além do processamento dos dados, toda a rotina e o desenvolvimento de tecnologia de coleta, são definidos e atualizados externamente ao município pelas instituições responsáveis. Ao município, cabem as tarefas de coletar continuamente os dados primários e receber as informações desagregadas em nível municipal algum tempo depois da coleta, funcionando assim como base de sistemas nacionais (ESCRIVÃO Jr., 1999, p.32). Esses sistemas têm tratado os dados coletados sob a lógica que corresponde aos interesses de cada uma das instituições e órgãos produtores da informação agregada que deriva dos dados coletados no município (ESCRIVÃO Jr., 1999, p.56).

Nesse contexto, faz-se exceção ao IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que tem sido considerado fonte imprescindível para estudos de situação de saúde (ESCRIVÃO Jr, 1999, p.62). Entretanto, o próprio IBGE reconhece, entre outros motivos, que a decenalidade dos dados censitários não mais atende com a precisão requerida às demandas das administrações municipais por informações e estatísticas demográficas e sócio econômicas, com vistas à implantação de programas e projetos de natureza pública (IBGE, HOME PAGE, 10 DE JANEIRO DE 1999).

As fontes endógenas e exógenas citadas consideradas "genuinamente locais", aparecem com pouca frequência no Quadro 6. Relembre-se que, à semelhança dos indicadores locais genuínos, conceitua-se *fonte genuinamente local* aquela que sugere estar sendo usada exclusivamente pelo município com o fim específico de contribuir com o processo de planejamento em saúde, demandando um esforço de coleta do dado ou obtenção da informação desejada. Assim, podem ser consideradas genuinamente locais fontes como: "Câmara Municipal" (D); "busca ativa" [de eventos mórbidos] e "cadastro da prefeitura" (E); "SIGAB"⁷¹ (H); "Delegacia de Ensino" (K); e "serviço funerário" (S). Os municípios citados sugerem assim, preocuparem-se em conferir uma maior especificidade na busca de dados de saúde relativos ao seu território.

As Direções Regionais de Saúde (DIR) da Secretaria Estadual da Saúde surgem como fonte de dados considerada importante pelos municípios, tendo sete deles referido essa instância regional. Não obstante o papel das DIR, no contexto da municipalização dos serviços de saúde, não ser o de gerador de informações, mas sim o de apoiar a gestão nos municípios a ela relacionados (SES-SP, *op. cit.*), parece relevante, para parte dos gestores municipais, manter um certo vínculo regional na sistematização das informações de saúde processadas no âmbito regional da Secretaria Estadual de Saúde. Não é plenamente possível investigar sobre como se dá essa relação município-DIR diante dos resultados desta pesquisa, contudo o valor atribuído a essa relação pode estar na agregação regional de indicadores de

⁷¹ SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica. Trata-se de um sistema de gerenciamento de dados fornecido pelo DATASUS que permite automatizar a coleta de dados acerca de procedimentos executados, oferecendo a qualquer momento ao gestor da Unidade de Saúde informações sobre atendimento médico, odontológico, imunizações e serviços complementares. Considerado uma fonte *genuinamente local* pela finalidade exclusiva a que se destina, apesar de sua origem em um grande sistema (DATASUS) (CARVALHO E EDUARDO, 1998, p. 42).

municípios pertencentes a uma mesma DIR, construindo um nível intermediário entre o nível municipal e o nível estadual de agregação de dados coletados na base dos sistemas, e que fluem pela instância regional de governo. Outra hipótese é de que essa relação se estabeleça por força da via burocrática de transmissão de dados da estrutura organizacional vigente da Secretaria Estadual de Saúde⁷².

A Fundação SEADE foi citada por catorze dos vinte municípios respondentes (12,06% do total de citações), o que confirma a importância dessa instituição como fonte de dados no planejamento de saúde nos sistemas locais. Em virtude desse fato a SEADE e o Grupo Técnico de Informações de Saúde (CIS) vêm desenvolvendo em parceria um projeto que visa agilizar o conhecimento das informações de saúde, sobretudo as de mortalidade. O CIS informa que o PRODEMO (Projeto de Implantação dos Sistemas de Mortalidade e Nascidos Vivos) vem sendo implantado com vistas a "sensibilizar os municípios para a valorização de sistemas de acompanhamento de mortalidade no planejamento de políticas loco-regionais de saúde" (CIS, 1999), à semelhança do PRO-AIM paulistano (ver nota ao pé da página 59). A tecnologia de suporte utilizada no desenvolvimento do PRODEMO se baseia no SIM e no SINASC, sistemas citados por alguns municípios respondentes como fontes de dados de planejamento (CIS, 1998).

No grupo outros, foram incluídos a EMPLASA (D), uma empresa municipal de planejamento, e o Serviço Funerário (S), ambos no município de São Paulo, o qual não estava sendo pesquisado. Ambos as fontes foram citadas por municípios vizinhos à capital que, provavelmente, têm com esta algum intercâmbio para troca de dados de infraestrutura urbana, no caso da EMPLASA, e de mortalidade no caso do Serviço Funerário.

⁷² A direção técnica do GT-NAC da SES-SP, informa que ambas possibilidades de fato ocorrem, e que tanto uma como a outra dependem do grau de entrosamento político administrativo existente entre DIR e municípios em sua área geográfica (LEMOS, 1999).

Divulgação dos resultados do planejamento local

Quadro 7 e Tabela 7

O terceiro e último aspecto dos resultados a ser observado é o grau de divulgação ou disseminação das informações resultante do processo de planejamento nos sistemas locais de saúde, visível nas respostas dadas à Questão IV e tabuladas no Quadro 7 e Tabela 7. No perfil do *gestor tipo*, essa disseminação se dá igualmente entre grupos e áreas técnicas intra e extra institucionais. Recorde-se que intra-institucional significa, nesta análise, *nos limites institucionais do órgão gestor municipal para a saúde*.

Utilizando-se a Tabela 7, pode-se observar mais detalhadamente a distribuição intra e extra institucional das informações de planejamento. Assim, nota-se que no plano extra-institucional, os grupos de pessoas, com 26 citações (40% do total), se sobressai em relação às áreas técnicas, com 8 citações (12,3% do total).

Nesse sentido, destaca-se a preocupação dos municípios em divulgar os dados e informações de planejamento junto ao Conselho Municipal de Saúde: onze municípios citaram essa instância como grupo de pessoas extra-institucional que tem acesso às referidas informações. Essa atitude pode refletir uma formalidade do governo municipal no cumprimento de suas obrigações legais determinadas pela legislação que orienta o processo de municipalização da saúde.

Por outro lado, pode ocorrer o fato de os Conselhos Municipais de Saúde⁷³ estarem realmente ativos e, segundo suas prerrogativas legais, exigindo conhecer essas informações. Um dado que parece sustentar a primeira hipótese, é a observação que desses onze municípios que informam o Conselho Municipal de Saúde, somente quatro também divulgam informações e dados de planejamento para outros grupos situados além dos limites institucionais do executivo municipal, globalmente considerado (órgão gestor de saúde e outros órgãos da administração direta), indicando haver interesse em ampliar a abrangência de divulgação: os municípios "A"

⁷³ Os Conselhos Municipais de Saúde são definidos como órgãos "permanentes e deliberativos", com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na "formulação de estratégias" e no "controle da execução da política municipal de saúde", inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (SES-SP, HOME PAGE, 15 DE DEZEMBRO DE 1999).

e "C" informam a Câmara Municipal⁷⁴ local; o município "I" utiliza-se da "imprensa escrita e falada"; e o município "T" é o que mais amplia o espectro de divulgação, pois o faz para outros conselhos municipais, para as "SABs" [Sociedades Amigos de Bairro], "pastorais" e "comunidades (estudantes e profissionais)". De uma forma ou outra, o Conselho Municipal de Saúde parece ser o canal privilegiado de comunicação entre governo e sociedade civil nesse grupo de quatorze municípios, confirmando informação obtida por MOTTA *et alli* (*op. cit.*) em estudo sobre o estágio de desenvolvimento de Projeto Cidades Saudáveis no Brasil.

Dos restantes seis municípios que não declararam divulgar informações de planejamento junto ao Conselho Municipal de Saúde cinco (a saber: G, L, O, P e R), também não o fazem de qualquer outra forma extra-institucional, mantendo somente o circuito intra-institucional do órgão gestor da saúde municipal informado sobre os resultados do planejamento de suas ações. Um único município diz divulgar as informações de planejamento junto à população em geral, porém o faz somente "quando de utilidade pública" (S), provavelmente para anunciar campanhas ou alertar a população sobre algum evento sazonal de agravo à saúde, como a leptospirose, no período de enchentes, e as doenças respiratórias, no inverno.

No Quadro 7 aparecem oito citações de áreas técnicas extra-institucionais ao órgão gestor da saúde no município: uma para o "Ministério da Saúde" (S), três para órgãos da Secretaria Estadual da Saúde (K) [S (2)], duas para o "Gabinete do Prefeito" (C) (T), uma para a "Prefeitura Municipal" (H), e somente uma para "Secretarias Municipais" (K). Diante desses dados, parece evidente que o relacionamento do gestor *tipo* não privilegia outras áreas do governo municipal na divulgação do resultado de planejamento das políticas de saúde. Se for levado em conta que também poucas fontes são acionadas nesse plano de governo (ver nota de rodapé à página 84), o exercício intersetorial parece não ser uma prática de planejamento para as ações de saúde nos municípios respondentes.

No plano intra-institucional a situação é oposta ao plano extra-institucional, sobressaindo-se as áreas técnicas, com 25 citações (38,5% do total), em relação aos

⁷⁴ Esse fato também pode refletir uma obrigação legal, possivelmente ditada pela Lei Orgânica dos Municípios, como sugere ser o caso do município "A", que informa a Câmara Municipal por ocasião da aprovação do Plano Diretor,

grupos de pessoas, com apenas seis citações (9,2% do total), denotando formalidade dos meios de divulgação no âmbito interno ao gestor municipal de saúde. Considerando-se que a exclusão foi o critério para a classificação das seis citações referidas em **grupo de pessoas intra-institucional**⁷⁵, é provável que toda a comunicação nos limites internos ao *gestor tipo* seja feita de modo formal, isto é, de um segmento organizacional para outro. Os meios utilizados para essa comunicação formal foram, possivelmente, meios burocráticos em detrimento de fóruns de discussão, ou outro mecanismo semelhante que permita uma maior interação dos segmentos internos na análise dos resultados de planejamento.

uma obrigação constitucional para todo município com mais de 20.000 habitantes que, entre outros atributos, regula a participação da sociedade civil na gestão das cidades (DE GRAZIA, 1990, p.11).

⁷⁵ O critério de classificação das citações na sub-categoria **grupo de pessoas intra-institucional** foi a ausência de identificação explícita de um segmento ou área técnica na citação. Sob esse critério foram inscritos nessa sub-categoria: "Gerentes de unidades" (B); "Equipe de Supervisão da SMS (vários profissionais)" (C); "Assessoria Municipal de Saúde (todos os funcionários)" (D); "Coordenadores de região de saúde" e "Gerentes de UBS" (O); "Diretores de unidades básicas e pronto-socorro" (S).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conjunto das respostas às quatro questões formuladas, permitiu obter uma visão panorâmica sobre o objeto pesquisado: os indicadores de saúde, as fontes de obtenção desses indicadores, e a disseminação dos resultados obtidos no planejamento de ações de saúde para o município.

Todavia, reconheço que as informações obtidas neste trabalho de pesquisa são de caráter genérico, possibilitando tão somente uma aproximação inicial do objeto definido para observação. A metodologia simples, as contingências naturais do instrumento de pesquisa, e a distância imposta ao pesquisador pela amplitude de localização dos municípios incluídos na amostra, são fatores que restringem o alcance deste trabalho. Dessa forma, portanto, devem ser vistas essas considerações finais.

As conclusões relatadas na *discussão dos resultados* que indicam haver -- entre outros aspectos discutidos -- um certo conservadorismo no modo de se ver, pensar e medir saúde nesses municípios, não chegaram a ser surpreendentes. Ao contrário, essas conclusões coincidem com os achados na revisão da literatura, que apontam para a necessidade de adoção de novas formas de compreender o processo saúde-doença no ambiente urbano, bem como desenvolver novas metodologias de mensuração do estado de saúde em diferentes setores da população. Assim, parece indubitável a necessidade de construção de práticas de gestão nos sistemas locais de saúde que sejam mais coerentes com a hegemonia alcançada pelo discurso da multicausalidade e determinação social da saúde e do modo de adoecer, com as reivindicadas iniciativas voltadas à promoção da saúde, e com o espaço urbano como concretização das dinâmicas sociais onde se articulam os fatores de determinação da qualidade de vida das pessoas que ali vivem e trabalham. Pois, como afirma ROSE

(1992) citado por ESCRIVÃO Jr. (1999, p.19) "se os determinantes primários da doença são principalmente econômicos e sociais, os seus remédios devem ser, também, econômicos e sociais".

Nesse sentido, as conclusões sobre os resultados obtidos, quando confrontados com a literatura revista, podem ser assumidas como confirmação de uma crítica cada vez mais freqüente nos meios acadêmicos e na agenda da saúde, acerca da distância entre discurso da saúde coletiva e as práticas de gestão nos sistemas de saúde, entre estudos e concretização de políticas de saúde que favoreçam não só o acesso das pessoas à tecnologia disponível para uma melhor assistência à saúde, mas também a uma vida melhor. Há, certamente, a necessidade de se desenvolver estudos cada vez mais profundos e detalhados acerca das possibilidades de aproximação entre o modo como se tem pensado a saúde, e o papel a ser desempenhado pelo setor saúde na busca de uma melhor qualidade de vida, especialmente a vida nas cidades, como afirma SALSBERG (*op. cit.*) na justificativa a este trabalho.

Não obstante a satisfação do objetivo central desta dissertação, cabem ainda alguns comentários sobre os achados na literatura consultada e sobre os resultados obtidos. Em primeiro lugar, gostaria de retomar a importância do objeto de estudo desta dissertação. As informações advindas do uso de indicadores de saúde, e que apontam para o modo como a saúde e a doença são produzidas nos diferentes espaços sociais (*a cidade*) informando o 'quanto' de qualidade tem a vida nesses espaços, determinarão as potencialidades que as políticas públicas terão como elemento de influência na mudança na situação de saúde das pessoas e das cidades.

Insumo fundamental na construção dessas informações, os indicadores de saúde se destacam como ferramenta de apoio à tarefa de conquista de melhores condições de vida para as pessoas e as cidades. A formulação de políticas públicas de saúde adequadas a essa tarefa, é processo conseqüente do tipo de indicador e do processo de construção da informação. A gestão dessas políticas caminhará em uma outra direção, conforme a apreensão que as estruturas administrativas municipais e a população tenham da situação de saúde na cidade. No entanto, os processos através dos quais essa informação é construída, parecem ser mais importantes do que as categorias nas quais ela é sistematizada, por uma outra classificação de ordem experimental ou epistemológica. O modo e a localização das fontes de obtenção dos

dados, o processo de construção da informação do estado de saúde na cidade, e o compromisso com a disseminação dos resultados do planejamento decorrente dessa informação, parecem ser determinantes mais efetivos na consolidação das políticas de saúde. A participação da sociedade nesses processos denota ser fator decisivo na sustentabilidade das políticas de saúde, diante da instabilidade dos atores e das instituições de governo que têm o mandato e responsabilidade pública pela sua execução, conferida pelo conjunto dessa sociedade, a qual representam.

O alcance temporal e espacial dos benefícios (ou malefícios) dessas políticas de saúde sugere ser determinado pela amplitude da participação dos diversos segmentos da sociedade que as demandam, nos diferentes momentos de construção da informação que irá apoiar a gestão dessas políticas⁷⁶. Se a definição de quais dados são importantes de serem utilizados, dos referenciais futuros a serem alcançados, e dos meios que devem ser disponibilizados na busca desses referenciais, forem processos que envolvam amplamente a sociedade, supõe-se, então, que os resultados das políticas sejam mais efetivos e perenes.

Nesse sentido, a potencialidade metodológica de cada conjunto de indicadores e suas respectivas áreas de domínio observadas na revisão da literatura, ficaria condicionada ao modo de construção dos indicadores do nível de saúde, e ao uso que se faz da informação obtida no processo de planejamento das políticas de saúde. Assim, a dicotomia básica encontrada nas diferentes classificações de conjuntos de indicadores, ou seja os indicadores qualitativos e indicadores quantitativos parece não ser essencial para o sucesso das políticas locais de saúde.

Na prática da análise da situação de saúde de populações locais, essa dicotomia parece sequer existir de fato. As percepções subjetivas que as pessoas tem do estado de saúde na cidade, acabam por ser expressas em valores individuais objetivos e mensuráveis, como mostrou VEENHOVEN (*op. cit.*). Os diferentes métodos de construção de indicadores qualitativos fazem uso da objetividade das quantidades para expressar a escala de valor desses indicadores. Observe-se, como exemplo

⁷⁶ Saliento aqui minha concordância com a afirmação de Smithies e Adams (*ver página 28*) de que seria ingênuo acreditar que a simples participação da população e eventuais respostas do governo transformariam significativamente o estado de saúde de populações. No entanto, o que está sendo destacado é o processo de participação, como valor político que confere uma maior efetividade às ações de saúde, a partir da oportunidade de defesa de interesses populares e influência no status institucional do governo municipal (LOBATO, 1997, p.33).

dessas considerações, um dos conjuntos de medidas destacados nesta dissertação, os indicadores do *Toronto Healthy City Office*. No Quadro 2, à página 43, há dois indicadores baseados na percepção subjetiva dos benefícios de políticas públicas relacionados ao transporte na cidade de Toronto. Os outros dez indicadores são medidas quantitativas que expressam volumes, frequências, distâncias, comprimentos. Porém, em nove deles nota-se algum nível de envolvimento da comunidade em sua definição, fato que considero evidencia a força do método.

Quanto aos indicadores quantitativos - cujo uso é abundante em todos os municípios pesquisados - deles também poderia se apreender expressões da qualidade de vida em uma cidade. Um exemplo são a morbidade e a mortalidade, dois dos mais frequentes indicadores citados pelos municípios como úteis ao planejamento das ações de saúde em seu âmbito. A depender do modo de apreensão que se faz da informação construída a partir desses indicadores, as quantidades expressas em número de pessoas doentes e tipos de doença, assim como as causas das mortes, podem tornar-se valores que acabam por resumir a qualidade com que essas pessoas viviam antes de adoecer e morrer. Tudo depende de como essa informação é processada, da amplitude com que ela é disseminada na sociedade, e das possibilidades que a relação entre instituições governamentais e as organizações da sociedade, cria para discutir os fatores de determinação das doenças e das mortes que desejam evitar.

Evidentemente que, como pude perceber pelas referências utilizadas, os métodos assumidos como qualitativos, trazem um arsenal de medidas que, em si, pressupõem, ou mesmo necessitam, de sucessivas abordagens subjetivas para construção dos indicadores que procuram expressar o estado de saúde corrente ou desejado para uma dada população. Esse fato acaba por conferir-lhes um maior potencial de apreensão da determinação da saúde e da qualidade da vida quando comparado com a dimensão estática dos indicadores quantitativos. O exemplo que destaco como ilustrativo dessa afirmação, é a proposta metodológica feita por OLSEN *et alli* (1985, *op. cit.*), e que se baseia em um sistema de valores -- indicadores -- construído conjuntamente com a comunidade diretamente interessada na melhoria da qualidade de vida nos espaços onde vive.

No entanto, o critério subjetivo, baseado em valores positivos, inerente ao paradigma qualitativo de obtenção da informação de saúde, pode perder o valor potencial que contém, caso as decisões políticas que derivam do conhecimento agregado pela informação obtida sejam tomadas à revelia da informação construída. Novamente tomamos o exemplo do *Toronto Healthy City Office* para ilustrar esse comentário. Em extratos de entrevistas a mim concedidas em 1997⁷⁷, por ocasião da viagem de intercâmbio a Toronto já mencionada, três técnicos com diferentes graus de envolvimento no Projeto Toronto Cidade Saudável, foram unânimes em avaliar que os indicadores adotados para o Projeto têm sido ineficientes para influenciar a tomada de decisão no plano dos órgãos da administração pública da cidade. Em resposta à indagação: "Genericamente, como você avalia a utilidade dos indicadores de Cidade Saudável em Toronto?", obtive as seguintes respostas:

- **Jack Lee:** *"The broadest way of evaluating the value of these indicators is first to see if they are being used. [...] In Toronto I have not seen yet that the indicators developed several years ago, have been used consistently by the [City] Corporation [Governo Local de Toronto] [...]" (LEE, 1996);*
- **Diane Patychuk** *"[...] But the problem is that those indicators just exist as a reference document. They have not come alive, because they have not been attached to any targets and goals. So the process came apart politically, because the City Council [Câmara Municipal com poder executivo no sistema parlamentarista canadense] could not take the ideas and make them goals [...]" (PATYCHUK, 1996).*
- **Lisa Salsberg:** *"I think that the first set of indicators we developed was only useful in terms of identifying some areas for future research rather than for helping us to monitor quality of life in our city, because they have been developed based on a sort of theoretical model rather than on the reality the information was available to us. [...] When we saw what was*

⁷⁷ Na ocasião foram entrevistados três pessoas de diferentes graus de participação no Projeto Toronto Cidade Saudável; **Jack Lee**, militante do movimento Cidades Saudáveis desde os seus primórdios e Diretor Regional de Saúde em Toronto; **Diane Patychuk**, epidemiologista social e uma das responsáveis pela monitoração dos indicadores do Projeto chamado *"Neighbourhood Profiles"* no Departamento de Saúde de Toronto; e **Lisa Salsberg**, membro da equipe de planejadores do THCO. A íntegra das entrevistas se encontra no anexo IV, por se constituir em material de referência exclusiva do pesquisador.

available to us, we realize that it will be difficult to get that amount of information. [...]" (SALSBERG, 1996).

Em resumo, na participação da população estaria a possibilidade de apreensão da evolução processual com que se estabelecem as gradações da qualidade que a vida nas cidades vai assumindo, segundo o modo como a produção e o consumo de bens e serviços que fazem a vida melhor, são acessados por todos e cada um dos segmentos que compõem essa população. Entretanto, nesse processo participativo de medir a qualidade de vida nas cidades, é recomendado que a avaliação do estado de saúde da população utilize tanto medidas obtidas da interpretação subjetiva dessa qualidade, como aquelas que derivam dos registros de morbidade, de mortalidade, e mesmo da produção de serviços do sistema local de saúde, resgatando assim o valor intrínseco de cada uma dessas medidas quando utilizadas metodologicamente integradas, como recomenda STECKLER *et alli* (1992).

Outra questão importante que gostaria de comentar diz respeito à intersectorialidade no planejamento das políticas públicas nos municípios respondentes. Nesse sentido, retomo o perfil do *gestor tipo* no que se refere aos indicadores sócio econômicos. Embora tenha sido baixo o número de municípios que declaram utilizar esse tipo de indicador para planejamento em saúde, os que o fazem, pouco divulgam os resultados desse planejamento para outras áreas técnicas de governo. Relembro que somente um município informou divulgar esses resultados para outras "secretarias municipais".

No caso acima que tomamos como exemplo, considero que se o uso dos indicadores sócio econômicos fosse articulado com outras informações de saúde para 'explicar' a qualidade da vida na cidade, esse fato poderia redundar em mudanças organizacionais e políticas favoráveis ao incremento dessa qualidade de vida. De modo mais claro, diante dessa 'explicação' articulada por um conjunto de indicadores de qualidade de vida, o órgão gestor da saúde talvez pudesse influir, por exemplo, na eficiência alocativa⁷⁸ do orçamento municipal. A despeito das idiossincrasias do Estado na gestão de recursos financeiros, o gestor da saúde no município poderia influenciar no fortalecimento de esforços de ação intersectorial desse tipo, influenciando

⁷⁸ MENDES (1996, p.169) define *eficiência alocativa* como a obtenção do maior valor possível para o dinheiro público entre os seus usos alternativos.

na destinação de recursos para políticas de habitação, de priorização de obras públicas, ou ainda em currículos e conteúdos escolares, entre outras possibilidades de articulação de políticas para uma vida melhor nas cidades.

Entretanto, a influência na destinação de recursos financeiros não é estratégia de fácil consecução. As estruturas administrativas no setor público nas cidades brasileiras, e mesmo no Estados e na União, tendem à fragmentação na forma de setores estanques, dificultando qualquer ação intersetorial, especialmente a idéia de um orçamento público integrado (CAPISTRANO FILHO, 1997, p.258). Mas esta não parece ser uma dificuldade exclusiva dos níveis de governo brasileiro. Recorrendo novamente às entrevistas feitas em Toronto, diante de outra questão formulada aos técnicos entrevistados, que pedia que avaliassem a influência dos indicadores do Projeto Toronto Cidade Saudável no orçamento municipal, surgiram as seguintes respostas:

- *Jack Lee: "As I sad before I think there is some discussion, but at the present time I do not see if that has been effective, because the last three years we have basically prevail the position of cutting back depending on whatever the Minister of Health or the Provincial government said they would like to cut back and so we have to cut back accordingly. Now there is some attempt to developing equitable formula where rather than these funding health units on a per capita basis they are looking at some indicators like life years lost and low incoming language spoken at home to attempt to address some of them in equity, but actually I think that is only a first step and a lot of more work has to be done"* (LEE, 1996);
- *Diane Patychuk: "I think that the biggest example we have about that is the decision of keeping and supporting the Healthy City Office which when it has been threatened by the cut backs. The decision of keeping the HCO and making it part permanent of the City Corporation to me is a clear evidence that the community and the city councilors saw the benefit to the city of having the HCO and the quality of the work that has been done"* (PATYCHUK, 1996);

- *Lisa Salsberg: "Not yet ! They would be useful in helping this process, and I see that as part of the next step in the newly government restructuring, since there will a mandate to every department to work together under coordination and the budgeting is one area where it could happen. But we have not influenced the budget processing at all. In the future, due to what they are calling the strategic planning processes, I think that part of it means people rethinking the budget and how the decisions are made in terms of sort of priorities or services" (SALSBERG, 1996).*

A despeito da retórica acerca da ação intersetorial para o incremento do estado de saúde das populações urbanas, muitas iniciativas ainda permanecem contidas na área institucional da saúde (BLUE e HARPHAM, 1998, p.86-87), como pode ser visto, não só no caso dos municípios estudados, mas também em exemplos tidos como paradigmáticos como é o caso do pioneiro "Projeto Toronto Cidade Saudável".



A intensidade de reflexão que a etapa final de uma dissertação -- por menos ambiciosa que seja -- impõe, acaba por estimular o desejo de continuar refletindo ininterruptamente sobre o objeto ao qual se dirigiu minha atenção nos últimos meses. Evidentemente que esse estímulo encontra seus limites de concretização em minhas capacidades e no tempo disponível para aproveitá-lo ao máximo.

Assim, justifico o destaque dados às questões abordadas nesses comentários finais, em detrimento de tantos outros aspectos de relevância que poderiam ser aqui incluídos. Porém, fica a certeza de que o conhecimento acumulado, abre novas oportunidades e revela muitos outros interesses pelas coisas da saúde, pelo direito das pessoas a uma vida melhor, e pela conquista de cidades mais saudáveis onde esse direito se concretiza.

Encerro essa dissertação declarando que não desejo viver novamente em Dois Córregos. Mas desejo imensamente encontrar, em cada parte das cidades maiores, os mesmos valores fraternos e solidários, a mesma vida com qualidade da cidade onde nasci.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBANO, Odair. Vice-Presidência do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde "Dr. Sebastião de Moraes" – COSEMS. São Paulo. Comunicação Pessoal. Dezembro de 1998.
- AKERMAN, Marco. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: BARATA, Rita Barradas (Org). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, cap. 4, p. 95-114.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de *et alli*. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 43p.
- ASHTON, John. *Healthy Cities*. London: Open University Press, 1992. 228p. cap.1: The origins of Healthy Cities, p.1-14.
- BARATA, Rita Barradas. Discurso de Abertura. In: V CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA e V CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1997, Águas de Lindóia, SP. *Anais*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p.10-12.
- BEYRER, K. *et alli*. Visual Health Information Profile (VHIP): A Quantitative for Analysing the Health Status of a Population. In: MEDICAL INFORMATICS EUROPE'97, 1997. *Anais*. IOS Press, 1997, p.874-878.
- BLOOM, Bernard L. The use of social indicators in the estimation of health needs. In: BELL, Roger *et alli*. *Assessing Health and Human Services*. New York: Human Sciences Press, 1983. 323p. v.8, cap. 8:, p. 147-162.
- BLUE, Ilona, HARPAM, Trudy. A view of urban health from South Bank University, London. *Urban Health and Development Bulletin*. London, v.1, n.2, p. 79-87, June, 1998.
- BORREL, Carme. Métodos Utilizados no Estudo das Desigualdades Sociais em Saúde. In: BARATA, Rita Barradas (Org). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, cap. 6, p.167-195.
- BOWLING, Ann. *Measuring Disease*. London: Open University Press, 1995.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.203, 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde,. *Diário Oficial da União*, Brasil, 6 Nov. 1996.
- BRASIL. Constituição da República Federativa. Brasília: Senado Federal, 1988.

- BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: *Código de Saúde: Lei Complementar 791/95*. São Paulo: Edição comentada, 1997. 119p.
- BRASIL. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: *Código de Saúde: Lei Complementar 791/95*. São Paulo: Edição comentada, 1997. 119p.
- BUCK, Carol. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS, 1996, Publicación Científica N° 557, p. 6-14.
- BUSS, Paulo Marchiori. Apresentação. In: LEAL, Maria do Carmo *et alli*. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1992, v.II, p.9 - 27.
- BUSTELO, Eduardo S. Planejamento e política social: a dialética do possível. In: RAY, Bromley, BUSTELO, Eduardo S. (Orgs.). *Política x Técnica no Planejamento*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982, cap. 4, p. 132 – 151.
- CAMARGO, Antonio B. Marangoni. Setor de Mortalidade Fundação SEADE. São Paulo. Comunicação Pessoal. Dezembro de 1998.
- CAMPOS FILHO, Cândido Malta. *Cidades Brasileiras: seu controle ou o caos*. São Paulo: Nobel, 1989. 143p.
- CAPISTRANO FILHO, David. Cidades Saudáveis: uma nova forma de gestão municipal. In: OFICINA CIDADES/MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS, 1997, Águas de Lindóia. *Anais*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p. 257-264
- CARVALHO André de Oliveira, EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 100p.
- CIS. GRUPO TÉCNICO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE. Projeto de Implantação dos Sistemas de Mortalidade e Nascidos Vivos nas Regiões e Municípios – Estado de São Paulo (PRODEMO) – 1998. Mimeo.
- CORAGGIO, José Luis. Sobre el sentido de proponer una reforma urbana en los 90. In: DE GRAZIA, Grazia (Org.). *Direito à Cidade e Meio Ambiente*. Rio de Janeiro: Fórum Brasileiro de Reforma Urbana – Ayuntamiento de Barcelona, 1993, p.30-55.
- CUTTER, Susan. *A Geographer's View on Quality of Life*. Washington: Association of American Geographers Resource Publications in Geography, 1985. 76p.

- DANTAS, Maria Beatriz Pragana *et alli*. Espaço e Planejamento em Saúde: algumas reflexões. In: NAJAR, Alberto Lopes, MARQUES, Eduardo Cesar (Orgs.). *Saúde e Espaço: estudos metodológicos e técnicas de análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, cap.4, p.93-105.
- DE GRAZIA, Grazia. *Plano diretor: Instrumento de Reforma Urbana*. Rio de Janeiro: FASE, 1990. 97p. Introdução, p.9-12.
- DEAN, Kathryn. Issues in the development of health promotion indicators. *Health Promotion*, Oxford, v.3, n.1, p.13-22, 1988.
- DEVER, G. E. Alan. *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo: PROAHSA - Pioneira, 1988. 394p.
- DONABEDIAN, Avedis. *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de atención médica*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1988, 772p.
- DUHL, Leonard. Health Cities: myth or reality. In: ASHTON, John. *Healthy Cities*. London: Open University Press, 1992, cap. 2, p.15-21.
- ESCRIVÃO Jr., Álvaro. *Análise de situação de saúde: estudo numa área restrita da Região Metropolitana de São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999. 154p. (Tese, Doutorado).
- FERRAZ, Sonia Terra. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*, Londrina, PR, n. 41, p.45-49, Dez. 1993.
- FOLHA DE SÃO PAULO, São Paulo, 18 de Janeiro de 1999. Caderno São Paulo (4). P.4-1.
- FORTIN, Lynda. Definition and uses of indicators. In: WORKING GROUP IN COMMUNITY HEALTH INFORMATION SYSTEMS. *Community Health Indicators. Definitions and Interpretations*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 1995, p.5-17.
- GARRAFA, Volnei *et alli*. Saúde Pública, Bioética e Equidade. In: V CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA e V CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1997, Águas de Lindóia, SP. *Anais*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p.59-67.
- GIOVANELLA, Lígia. Estratégia e Poder no Planejamento em Saúde. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: RELUME-DUMARA, 1992, p.45-66.
- GOUVEIA, Roberto. *Código de Saúde: Lei Complementar 791/95*. São Paulo: Edição comentada, 1997. 119p.
- HANCOCK, Trevor, DUHL, Leonard. *Promoting Health in the Urban Context: A Background Working Paper for the "Healthy City Project*. Copenhagen: FADL WHO Healthy Cities Papers. 1986. v.1.

- HANCOCK, Trevor. The Healthy City from concept to application - Implications for research. In: DAVIES, John K., KELLY, Michael P. *Healthy Cities*. London-New York: Routledge, 1993, cap.2, p.14-24.
- HORTALE, Virginia Alonso. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.23-35.
- IBGE. *Censo Populacional 96. Home Page*. 15 de agosto de 1998. Endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/>
- JACOBI, Pedro. Descentralização. In: ANDRADE, Régis de Castro, JACCOUD, Luciana (Orgs). *Estrutura e Organização do Poder Executivo*. Brasília: ENAP - Centro de Documentação, Informação e Difusão Graciliano Ramos, 1993. v. 2, cap.3, p. 171-188.
- JAPIASSU, Hilton, MARCONDES, Danilo. Fenomenologia. In: Dicionário Básico de Filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990, 265p.
- JUNQUEIRA, Luciano A Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 6, n.2, p.31 - 46, Ago/Dez. 1997.
- KICKBUSH, Ilona. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS, 1996, Publicación Científica N° 557, p. 15-24.
- KISIL, Marcos, PUPO, Tânia Regina G. B. *Gestão de Mudança Organizacional*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 55p.
- LARSON, James S. *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*. New York: Greenwood Press, 1991. 171p.
- LEE, Jack. Entrevista Pessoal. Março de 1996.
- LEMO, Leonardo Dutra. Diretoria Técnica do GT-NAC/SES-SP. São Paulo. Comunicação Pessoal. Fevereiro de 1999.
- LIRA, Margarida A. Diretoria do PRO-AIM. São Paulo. Comunicação Pessoal. Janeiro de 1999.
- LOBATO, Lenaura. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.30-48.
- MALIK, Ana Maria. Cidades Saudáveis: uma nova forma de gestão municipal. In: OFICINA CIDADES/MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS, 1997, Águas de Lindóia. *Anais*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p. 257-264.
- MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 227p.

- McDOWELL; Ian, NEWELL, Claire. *Measuring Health: A guide To Rating Scales and Questionnaires*. New York-Oxford: Oxford University Press, 1996. 430p.
- McKEOWN, Thomas. Determinants of Health. *Human Nature*. n.4, p.37-38, April. 1978. In: THCO. *A Strategy for Developing Healthy City Indicators*, 1994. Mimeo.
- MEGONE, Christopher. The quality of life: starting from Aristotle. In: BALDWIN, Sally *et alli*. *Quality of Life – Perspectives and Policies*. London-New York: Routledge, 1990, cap.2, p.42-54.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p.
- MEZZOMO KEINERT, Tânia Margarete. Planejamento Governamental e Políticas Públicas: a estratégia "Cidades Saudáveis". *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.6, n.2, p.55-64.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.
- MOTTA, Rosilda Mendes Marciano *et alli*. *Panorama das Cidades Saudáveis no Brasil*, 1998. Mimeo.
- MUKHERJEE, Ramkrishna. *The Quality of Life - valuation in social research*. New Delhi: Sage Publications, 1989. 248p.
- MURDIE, Robert A., RHYNE, Darla. *Quality of Life Research: An Annotated Bibliography*. 1992. Mimeo.
- NOACK, Horst. Measuring health behaviour and health: towards new health promotion indicators. *Health Promotion*, Oxford, v.3, n.1, p.5-11, 1988.
- NUTBEAM, Don. Glosario de Promoción de la Salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS, 1996, Publicación Científica Nº 557, p. 393-402.
- OLSEN, Marvin E. *et alli*. A Value-Based Community Assessment Process. *Sociological Methods & Research*. V.13, n.3, p.325-361, Feb. 1985.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Ville et Santé*. Rennes: École Nationale de La Santé Publique, 1990. Mimeo.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica Nº 557, anexo I, p. 367.
- ORLEY, John, KUYKEN, Willen. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin: Springer Verlag, 1994, 218p.
- OSTENFELD, Erik. Aristotle on the Good Life and Quality of Life. In: NORDENFELT, Lennart. *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Linköping: Linköping University Press, 1994. 279p.

- PAIM, Jairnilson Silva. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita Barradas (Org.). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, cap. 1, p. 7-30.
- PATRICK, Donald L., ERICKSON, Gennifer. *Health Status and Healthy Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Research Allocation*. New York: Oxford University Press, 1993. 478p.
- PATYCHUK, Dianne. Entrevista Pessoal. Março de 1996.
- RABINOVITCH, Jonas, LEITMAN, Josef. Urban Planning in Curitiba. *Scientific American*. New York, v.274, n.3, p.46-53, March 1996.
- SALSBERG, Lisa, *et alli*. Modelling quality of life indicators in Canada - A pilot test of quality of life indicators in Toronto. Toronto, 1993: Mimeo.
- SALSBERG, Lisa. Entrevista Pessoal. 1996.
- SÃO PAULO (Estado) - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - GRUPO TÉCNICO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE. *Primeiro Relatório do Projeto de Implantação dos Sistemas de Mortalidade e Nascidos Vivos – Estado de São Paulo – 1998*. São Paulo, 1998. (mimeo).
- SÃO PAULO (Estado). Constituição. São Paulo: Assembléia Legislativa, 1989.
- SCHRAMM, Fermin Roland. Equidade na Alocação de Recursos e Vigência da Cultura dos Limites: um dilema moral para a Saúde Pública. In: V CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA e V CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1997, Águas de Lindóia, SP. *Anais*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p.45-58.
- SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Home Page*. Agosto e Dezembro de 1998, e Janeiro de 1999. Endereço eletrônico: <http://www.seade.gov.br/>
- SES-SP - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Home Page*, 15 de janeiro de 1999. Endereço eletrônico: <http://www.saude.sp.gov.br/>
- SHORTELL, Stephen. M., KALUZNY, Arnold D. *Health Care Management - A Text in Organization Theory and Behaviour*. Albany: Delmar Publishers Inc., 1988. 542p.
- SMITHIES, Jan, LEE, Adams. Walking the tightrope: issues in evaluation and community participation for Health for All. In: DAVIES, John K., KELLY, Michael P. *Healthy Cities*. London-New York: Routledge, 1993, cap.5, p.55-70.
- SPIEGEL, Murray R. *Estatística: resumo da teoria*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977. 579p.
- STECKLER *et alli*. Toward Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction. *Health Education Quarterly*, v.19, n.1, p.1-8, Spring 1992.

- SZWARCWALD, Célia Landmann *et alli*. Mortalidade Infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro. In: LEAL, Maria do Carmo *et alli*. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1992, v.II, p. 251-278.
- TANCREDI *et alli*. *Planejamento em Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 61p.
- THCO - TORONTO HEALTHY CITY OFFICE. *A Strategy for Developing Healthy City Indicators*. Toronto, 1994. Mimeo.
- TSOUROS, Agis., DRAPER, Ronald A. The Healthy Cities Project - New developments and research needs. In: DAVIES, John K., KELLY, Michael P. *Healthy Cities*. London-New York: Routledge, 1993, cap.3, p.25-33.
- TSOUROS, Agis. *WHO Healthy Cities Project: A Project becomes a Movement*. Milan: Sogess, 1990. Understanding the process: a review of progress in the cities. p. 43-72.
- URIBE RIVERA, F. Javier (Org.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez – ABRASCO, 1992. 222p.
- VEENHOVEN, Ruut. *Happiness in nations: subjective appreciation of life in 56 nations 1946 – 1992*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 1993. 359p.
- WALDMAN, Eliseu Alves, ROSA, Tereza Etsuko da Costa. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 253p.
- WESTPHAL, Marcia Faria *et alli*. Complementariedade no uso de métodos de avaliação quantitativa e qualitativa: o exemplo de um curso de treinamento em amamentação. 1986. Mimeo.
- WESTPHAL, Marcia Faria *et alli*. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, v.120, n.6, p.472-482, 1996.
- WESTPHAL, Marcia Faria. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 6, n.2, p.9-18, Ago/Dez. 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Building a Healthy City: A Practitioners Guide*. Geneva, 1995. Mimeo.

ANEXO I

Mapas

ANEXO II

Questionário auto-aplicado e apêndices

São Paulo, 20 de outubro de 1998

Sr. Secretário,

Venho respeitosamente solicitar a colaboração de V.S.a ao encaminhar o questionário e instruções em anexo, a funcionário(s) aptos a responder as questões nele contidas. Trata-se de uma pesquisa voltada à realização de dissertação de mestrado relativa ao tema Cidades Saudáveis, desenvolvida por mim, aluno do Curso de Mestrado em Administração Pública da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, com interesse do Conselho de Secretários Municipais de Saúde "Dr. Sebastião de Moraes", da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Associação Paulista de Saúde Pública, sob orientação da Dra. Ana Maria Malik. Os dados coletados em cerca de 40 cidades do Estado de São Paulo servirão de base para uma comparação dos municípios com grupo de indicadores utilizados internacionalmente para planejamento em saúde. As informações serão tratadas em caráter confidencial, sem identificação da cidade e/ou funcionário responsável por fornecê-las. Portanto tenha V.S.a todas as garantias quanto ao sigilo do conteúdo das respostas.

Solicitando mais uma vez sua valiosa contribuição, despeço-me agradecendo antecipadamente o empenho despendido.

Atenciosamente

Paulo Fernando Capucci

Pesquisador

Rua Santa Madalena, 320 ap.93

01322-020 – São Paulo – SP

fone (011) 288.8581 - fax (011) 210.6209

pcapucci@mandic.com.br

Ao Ilmo. Sr.
Secretário Municipal de Saúde
Dr.

Instruções

O questionário anexo se refere à uma pesquisa desenvolvida por mim, aluno do Curso de Mestrado em Administração Pública da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, com interesse do Conselho de Secretários Municipais de Saúde “Dr. Sebastião de Moraes”, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Associação Paulista de Saúde Pública, voltada à realização de dissertação de mestrado relativa ao tema Cidades Saudáveis. Os dados coletados servirão de base para uma comparação dos municípios com grupo de indicadores utilizados internacionalmente no âmbito do Projeto Cidades Saudáveis. As informações serão tratadas em caráter confidencial, sem identificação posterior da cidade e/ou funcionário responsável por respondê-lo.

No entanto é necessário identificar o responsável pelas respostas para futuros contatos e eventuais dúvidas surgidas no processo de tabulação das respostas. O resultado completo da pesquisa será posteriormente remetido a esta Secretaria para conhecimento.

*Gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo as quatro perguntas na forma mais concisa possível, devolvendo a resposta até **20 de novembro** através do correio, utilizando o envelope anexo.*

Muito obrigado.

*Paulo Fernando Capucci
Pesquisador*

Questionário Nº

Funcionário responsável: _____

Fone para eventual contato: _____

e-mail: _____

- I. As pessoas/áreas envolvidas no planejamento das ações de saúde no seu município utilizam indicadores/dados estatísticos no processo de planejamento dessas ações?

Sim ☐

Não ☐

- II. Em caso positivo, você poderia listar esses indicadores/dados estatísticos considerando os mais importantes (até dez indicadores) para o planejamento em saúde em seu município?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

III. Quais as fontes onde esses indicadores/dados estatísticos são obtidos (citar serviços da própria secretaria/prefeitura, institutos, fundações, escolas e universidades, órgãos de governo, organizações não governamentais, outros, até dez fontes).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

IV. Além da equipe técnica que coletou/analísou esses indicadores/dados estatísticos, que outros grupos de pessoas/áreas técnicas têm acesso ao resultado do trabalho de planejamento obtido a partir da análise desses indicadores? *(utilize o verso da página em caso de necessidade de maior espaço)*

ANEXO III

Tabelas e Quadros agrupados por Município

Nota

A Taxa de Fecundidade para os Municípios e o Estado de São Paulo está expressa em termos de fecundidade geral, enquanto que para o Brasil, está expressa em termos de fecundidade total. Por não estarem disponíveis as mesmas taxas para Municípios, Estado e o País, a comparação só é possível de ser feita entre os dois primeiros níveis de governo.

Quadro A - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município A. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Indicadores sócio econômicos	QT	
	2. Indicadores demográficos	QT	
	3. Índices de mortalidade (município e região)	QT	
	4. Morbidade hospitalar	QT	
	5. Morbidade ambulatorial (a partir de 1998)	QT	
	6. Incidência e prevalência de doenças de notificação compulsória	QT	
	7. Cobertura vacinal	QT	
	8. Índice de partos/cesáreas	QT	
	9. Porcentagem de encaminhamentos para outros municípios	QT	
	10. Porcentagem de atendimentos/RH/capacidade física instalada	QT	
	11. Porcentagem de investimentos em saúde	QT	
FONTES	1. IBGE	EXO	
	2. CIS	EXO	
	3. SEADE	EXO	
	4. DATASUS		ENDO
	5. SIM	EXO	
	6. SINASC	EXO	
	7. SINAN	EXO	
	8. Programa de controle de óbitos de mulheres em idade fértil		ENDO
	9. UAA		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Diretoria da Fundação de Saúde do município	INTRA	
	2. Unidade de Avaliação e Auditoria	INTRA	
	3. Conselho Municipal de Saúde (aprovação do Plano Diretor)		EXTRA
	4. Câmara Municipal (aprovação do Plano Diretor)		EXTRA
	5. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA

Tabela A - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município A, Estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município A		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	167.695	153.273	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	12.227	14.012	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	7,29	9,14	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,59	2,13	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	99,91	99,88	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	76.716.749	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	...	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	15	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	40.276	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	2,16	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	1.121	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	62,35	75,21	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	10,96	17,49	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	33	56	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,89	0,86	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	12,52	9,79	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	28,03	20,23	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: " z " rigorosamente zero; " - " fenômeno inexistente; " ..." dado não disponível.

Quadro B - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município B. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Dados populacionais (gerais e específicos)	QT	
	2. Índice de mortalidade geral	QT	
	3. Índice de mortalidade infantil	QT	
	4. Índice de morbidade geral	QT	
	5. Índice de morbidade infantil	QT	
	6. Dados de saneamento básico (água e esgoto)	QT	
	7. Cobertura vacinal	QT	
	8. Dados de vigilância epidemiológica	QT	
FONTES	1. SEADE	EXO	
	2. IBGE	EXO	
	3. Secretaria de Estado da Saúde	EXO	
	4. Secretaria Municipal do Planejamento		ENDO
	5. Secretaria Municipal de Saúde		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA
	2. Gerentes de unidades	INTRA	

Tabela B - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município B, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município B		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	172.756	166.103	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	12.489	14.722	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	7,22	8,86	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,03	2,42	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	92,67	93,84	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	61.132.229	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	9.836.418	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	17	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	35.935	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	4,16	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	1.790	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	55,91	69,52	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	13,93	21,84	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	38	68	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,73	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,94	0,94	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	8,68	8,43	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	30,68	23,48	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro C - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município C. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Morbidade ambulatorial	QT	
	2. Mortalidade infantil	QT	
	3. Cobertura vacinal	QT	
	4. Doenças de notificação compulsória	QT	
	5. Agravos inusitados à saúde (conjuntivite, hepatite, parotidite e varicela)	QT	
FONTES	1. Secretaria Municipal de Saúde – Depto de Planejamento Avaliação e Controle		ENDO
	2. SEADE	EXO	
	3. DIR	EXO	
	4. Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Saúde Coletiva		ENDO
	5. Cartórios de Registro Civil	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Secretaria Municipal da Saúde e seus departamentos	INTRA	
	2. Equipe de Supervisão da SMS (vários profissionais)	INTRA	
	3. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA
	4. Gabinete do Prefeito		EXTRA
	5. Câmara Municipal		EXTRA
	6. Imprensa (quando solicitado)		EXTRA

Tabela C - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbimortalidade para o município C, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município C		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	292.003	259.504	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	23.311	23.995	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	7,98	9,24	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	2,23	3,09	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	98,28	97,92	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	86.629.498	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	13.460.484	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	22	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	69.059	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	4,76	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	3.590	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	63,01	68,07	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	22,43	23,69	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	117	114	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,93	0,96	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	14,73	11,18	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	17,12	27,75	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro D - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município D. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Mortalidade (geral, infantil, perinatal, por causa específica, por faixa etária)	QT	
	2. Morbidade (ambulatorial, pronto-atendimento, hospitalar, compulsória, etc.)	QT	
	3. Produção de serviços de saúde (números de atendimentos, cobertura, etc.)	QT	
	4. Qualidade da atenção prestrada (auditoria de prontuário)		QL
	5. Demográficos (população total, faixa etária, área de abrangência, natalidade)	QT	
	6. Infra-estrutura urbana (moradia, saneamento, energia elétrica, comunicação)	QT	
	7. Sociais (alfabetização, partidos políticos, educação, etc.)	QT	
	8. Econômicos (renda, atividade econômica, ocupação, orçamento, etc.)	QT	
FONTES	1. IBGE	EXO	
	2. SEADE	EXO	
	3. EMPLASA	EXO	
	4. Ministério da Saúde	EXO	
	5. DIR V	EXO	
	6. Câmara Municipal	EXO	
	7. Hospital Dr. Odair Pacheco Pedroso		ENDO
	8. Assessoria Municipal de Obras e Planejamento		ENDO
	9. Assessoria Municipal de Administração		ENDO
	10. Assessoria Municipal de Saúde		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Assessoria Municipal de Saúde (todos os funcionários)	INTRA	
	2. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA

Tabela D - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município D, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município D		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	126.598	105.721	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	11.388	11.711..	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	8,99	11,07	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	3,58	4,92	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	100	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	47.014.934	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	9.348.417	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	17	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	29.691	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	2,14	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	1.225	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	93,80	87,68	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	25,14	34,76	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	88	88	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,57	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,27	1,28	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	30,81	36,89	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	30,81	37,84	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro E - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município E. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. População/pirâmide populacional/ocupação	QT	
	2. Taxa de crescimento populacional/escolaridade	QT	
	3. Renda	QT	
	4. Mortalidade geral/mortalidade materna	QT	
	5. Mortalidade infantil	QT	
	6. Mortalidade neonatal	QT	
	7. Mortalidade infantil tardia	QT	
	8. Causas de óbito por grupo etário	QT	
	9. Cobertura de saneamento (água e esgoto)	QT	
	10. Dados de morbidade	QT	
FONTES	1. IBGE	EXO	
	2. SEADE	EXO	
	3. DATASUS		ENDO
	4. CVE	EXO	
	5. Secretaria de Estado da Saúde	EXO	
	6. Cartórios de Registro Civil	EXO	
	7. Busca Ativa		ENDO
	8. Secretaria Municipal da Saúde		ENDO
	9. Vigilância Sanitária e Epidemiológica		ENDO
	10. Cadastro da prefeitura		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Secretaria Municipal de Saúde (toda a equipe técnica)	INTRA	
	2. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA
	3. Conferências Municipais de Saúde (disseminação à população)		EXTRA

Tabela E - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município E, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município E		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	194.879	154.739	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	19.193	18.536	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	9,84	11,97	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	4,49	4,52	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	100	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	44.386.470	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	8.564.898	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	12	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	39.291	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	0,31	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	5	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	67,87	68,68	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	28,12	44,95	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	111	133	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	1,01	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,21	1,34	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	105,19	78,84	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	17,96	25,85	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro F - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município F. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Número de habitantes	QT	
	2. Mortalidade	QT	
	3. Nascimentos	QT	
	4. Morbidade	QT	
	5. Vacinação	QT	
FONTES	1. Departamento de Saúde		ENDO
	2. IBGE	EXO	
	3. Cartórios de Registro Civil	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Diretoria de Saúde	INTRA	
	2. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA

Tabela F - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município F, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município F		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	226.081	208.818	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	21.452	23.325	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	9,48	11,17	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,40	3,03	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	99,99	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	122.121.657	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	...	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	20	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	46.907	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	0,3	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	1.306	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	77,39	77,71	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	31,16	35,26	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	157	156	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,31	1,15	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	57,06	26,34	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	26,98	24,42	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro G - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município G. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Nascidos vivos	QT	
	2. Mortalidade infantil	QT	
	3. Mortalidade materna	QT	
	4. Desnutrição infantil	QT	
	5. Doenças crônico-degenerativas	QT	
FONTES	1. Vigilância Epidemiológica		ENDO
	2. Secretaria de Estado da Saúde	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Vigilância Epidemiológica (coordenadores e equipe)	INTRA	
	2. Secretaria Municipal da Saúde (Assessoria Técnica)	INTRA	

Tabela G - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município G, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município G		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991 (5)	1996	1991	1996
População	115.136	-	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	10.111	-	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	8,78	-	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	5,9	-	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	-	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	81.516.334	-	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	8.935.604	-	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	4	-	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	27.405	-	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	-	-	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	-	-	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	77,72	-	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	18,43	-	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	48	-	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,77	-	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,96	-	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	33,87	-	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	34,74	-	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos. (5) dados não existentes para anos anteriores à primeira eleição municipal – município desmembrado de Campinas em 1991.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro H - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município H. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Demografia – população masculina e feminina	QT	
	2. Taxa de natalidade	QT	
	3. Taxa de mortalidade geral e infantil	QT	
	4. Nascidos mortos	QT	
	5. Nascidos vivos	QT	
	6. Principais causas de óbito	QT	
	7. Estatística de atendimento nas unidades básicas de saúde	QT	
	8. Recursos humanos disponíveis	QT	
FONTES	1. SEADE	EXO	
	2. DIR	EXO	
	3. SIGAB		ENDO
	4. Secretaria / Prefeitura		ENDO
DIVULGAÇÃO	S/I	S/I	S/I

Tabela H - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município H, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município H		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	121.517	99.949	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	9.571	10.230	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	7,87	10,23	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	3,65	5,45	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	97,9	91,01	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	52.474.054	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	...	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	5	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	20.521	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	2,34	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	804	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	70,82	84,9	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	17,14	27,03	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	42	62	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,89	0,95	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	10,7	5,0	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	26,33	20,01	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro I - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município I. - Questões II, III e IV. 1998

INDICADORES	1. Vigilância epidemiológica	QT	
	2. Investigações de epidemias	QT	
	3. Coeficientes de mortalidade geral e infantil	QT	
	4. Coeficientes de morbidade	QT	
	5. Cobertura vacinal	QT	
	6. Dados populacionais	QT	
	7. Projeto Nascer – expectativa de vida ao nascer	QT	
	8. Estado nutricional	QT	
	9. Políticas de saúde		QL
	10. Coeficientes demográficos	QT	
FONTES	1. Vigilância Epidemiológica municipal		ENDO
	2. SEADE	EXO	
	3. Santa Casa local		ENDO
	4. Maternidade local		ENDO
	5. IBGE	EXO	
	6. Ministério da Saúde	EXO	
	7. DIR XXIII	EXO	
	8. Boletim de Nascimentos Vivos		ENDO
	9. Fichas epidemiológicas		ENDO
	10. Cartórios de Registro Civil	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Secretaria Municipal da Saúde	INTRA	
	2. Unidades de saúde	INTRA	
	3. Postos de saúde	INTRA	
	4. Imprensa local – escrita e falada		EXTRA
	5. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA
	6. Câmara Municipal		EXTRA

Tabela I - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município I, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município I		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	112.153	104.745	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	10.574	11.258	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	9,42	10,74	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,89	2,01	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	88,91	83,87	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	30.316.271	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	3.358.636	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	22	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	23.146	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	3,18	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	855	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	81,13	86,58	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	31,65	29,46	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	77	69	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,14	1,01	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	11,59	8,59	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	30,32	24,82	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro J - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município J. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Morbidade	QT	
	2. Mortalidade	QT	
	3. Cobertura vacinal	QT	
	4. Vigilância nutricional	QT	
FONTES	1. SEADE	EXO	
	2. SINAN	EXO	
	3. SISVAN	EXO	
	4. Secretaria Municipal da Saúde		ENDO
	5. EPI-TB – Para avaliação e controle do tratamento de tuberculose		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Vigilância Epidemiológica	INTRA	
	2. Vigilância Sanitária	INTRA	

Tabela J - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbimortalidade para o município J, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município J		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	133.043	106.861	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	14.263	13.420	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	10,72	12,55	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	4,25	6,6	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	100	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	25.694.821	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	5.837.726	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	6	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	23.378	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	-	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	-	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	90,74	98,56	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	30,35	39,17	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	105	110	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,87	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,29	1,29	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	54,87	67,38	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	27,06	18,72	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro K - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município K. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Mortalidade infantil	QT	
	2. Mortalidade geal	QT	
	3. Natimortalidade	QT	
	4. Natalidade	QT	
	5. População	QT	
	6. Densidade demográfica	QT	
	7. Crescimento populacional	QT	
	8. Classificação sócio-econômica	QT	
	9. Analfabetismo	QT	
	10. Saneamento básico	QT	
FONTES	1. SEADE - Dados demográficos	EXO	
	2. IBGE	EXO	
	3. SABESP	EXO	
	4. Delegacia de Ensino	EXO	
	5. Secretaria Municipal de Educação		ENDO
	6. Secretaria Municipal de Planejamento		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA
	2. Secretaria de Estado da Saúde (por força do pleito de gestão)		EXTRA
	3. Secretarias Municipais		EXTRA

Tabela K - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município K, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município K		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	227.089	162.684	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	25.323	21.575	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	11,15	13,26	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	6,11	7,67	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	100	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	34.900.090	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	8.163.494	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	7	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	21.832	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	2,79	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	224	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	72,73	84,18	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	43,91	45,83	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	204	166	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,43	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,22	1,25	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	66,05	63,01	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	26,86	29,51	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro L - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município L. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Indicadores demográficos-população residente por sexo e grupos etários	QT	
	2. Indicadores de mortalidade geral	QT	
	3. Indicadores de mortalidade infantil	QT	
	4. Principais causas de mortalidade geral e infantil	QT	
	5. Morbidade	QT	
	6. Produção das UBS, ambulatório de especialidade, pronto-atendimento municipais	QT	
FONTES	1. IBGE	EXO	
	2. SEADE	EXO	
	3. Vigilância Epidemiológica municipal		ENDO
	4. UAC municipal		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. CICA (Comissão Interna de Controle e Avaliação)	INTRA	

Tabela L - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município L, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município L		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	122.253	106.506	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	11.070	10.883	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	9,05	10,21	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	2,57	3,39	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	91,41	90,22	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	38.448.112	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	7.437.352	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	11	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	20.021	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	7,75	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	1.118	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	77,54	81,6	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	23,23	28,86	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	61	66	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,38	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,10	1,01	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	18,0	14,08	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	27,81	34,74	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro M - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município M. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Coeficiente de mortalidade geral	QT	
	2. Coeficiente de mortalidade por causas	QT	
	3. Coeficiente de mortalidade infantil	QT	
	4. Taxas de cesáreas por hospital	QT	
	5. Indicadores de morbidade	QT	
	6. Cobertura vacinal	QT	
	7. Cobertura de Papanicolaou	QT	
	8. Produtividade dos profissionais	QT	
FONTES	1. Secretaria Municipal da Saúde – Núcleo de Informação e Planejamento		ENDO
	2. Secretaria Municipal da Saúde – Vigilância Epidemiológica		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Secretaria Municipal da Saúde (equipe técnica)	INTRA	
	2. Conferência Municipal de Saúde		EXTRA

Tabela M - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbimortalidade para o município M, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município M		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	293.303	288.228	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	21.613	14.388	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	7,37	8,80	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	0,25	1,0	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	94,26	92,02	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	160.742.036	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	33.805.083	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	27	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	42.269	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	2,2	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	2.751	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	66,36	72,56	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	16,84	18,27	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	93	103	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,36	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,99	0,99	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	12,96	9,71	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	28,98	17,0	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro N - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município N. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	S/I		
FONTES	S/I		
DIVULGAÇÃO	S/I		

Nota: O Município N enviou o questionário em branco, dizendo não utilizar indicadores em seu processo de planejamento (resposta "não" na Questão I). O município acrescentou uma observação ao final de questionário que literalmente diz: "Em processo de informatização. Coleta de dados DATASUS. Reestruturação organizacional – Secretaria da Saúde".

Tabela N - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbimortalidade para o município N, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município N		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	229.946	206.456	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	18.962	20.743	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	8,24	10,04	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,96	2,96	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	85,34	85,62	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	78.334.965	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	7.060.421	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	13	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	27.591	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	1,89	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	1.362	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	65,5	78,40	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	19,98	27,41	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	85	120	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,24	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,92	0,93	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	6,52	10,17	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	23,48	28,09	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro O - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município O. - Questões II, III e IV. 1998

INDICADORES	1. Coeficiente de mortalidade geral	QT	
	2. Coeficiente de mortalidade infantil	QT	
	3. Coeficiente de mortalidade materna	QT	
	4. Coeficiente de mortalidade por causa	QT	
	5. Cobertura de Papanicolaou	QT	
	6. Cobertura vacinal por tipo de vacina	QT	
	7. Cobertura vacinal anti-rábica canina	QT	
	8. Percentual de bebê de risco	QT	
	9. Percentual de ocupação por hospital conveniado	QT	
	10. Média de permanência por hospital conveniado	QT	
FONTES	1. Relatório de produção das UBS		ENDO
	2. IBGE	EXO	
	3. SEADE	EXO	
	4. SIA - SUS		ENDO
	5. SIH - SUS		ENDO
	6. SIM	EXO	
	7. SINASC	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Secretário de saúde	INTRA	
	2. Coordenadores de região de saúde	INTRA	
	3. Gerentes das UBSs	INTRA	
	4. Grupo técnico saúde da mulher	INTRA	
	5. Grupo técnico saúde do adulto	INTRA	

Tabela O - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município O, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município O		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	177.339	160.229	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos (1)	14.232	14.805	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos	8,02	9,23	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,87	2,56	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	96,12	93,4	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	43.890.426	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	4.112.335	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	22	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	47.548	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	4,74	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	2.439	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	61,46	72,34	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	23,23	26,51	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	72	84	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,91	0,92	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	10,71	14,98	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	34,96	31,83	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro P - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município P. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Taxa de mortalidade infantil	QT	
	2. Cobertura vacinal	QT	
	3. Coeficientes de incidência de TBC, hanseníase, AIDS, meningite	QT	
	4. Taxa de abandono de tratamento em TBC, hanseníase	QT	
	5. Cobertura de exames Papanicolaou	QT	
	6. Populações por sexo e faixa etária	QT	
	7. Cobertura e extensão de infra-estrutura de saneamento	QT	
	8. População escolar – ensino fundamental	QT	
	9. Índice de cesáreas realizadas	QT	
	10. Principais causas de internação hospitalar	QT	
FONTES	1. Mapas mensais de vacinação		ENDO
	2. Boletins semanais de notificação de doenças infecto-contagiosas e agravos		ENDO
	3. SIH – SUS		ENDO
	4. Planilhas de acompanhamento e avaliação dos pacientes		ENDO
	5. SEADE	EXO	
	6. DIR XXIV – Vigilância Epidemiológica	EXO	
	7. Secretaria de Estado da Saúde - Planejamento	EXO	
	8. Secretaria Municipal de Planejamento		ENDO
	9. Relatório de AIHs		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. Vigilância Sanitária	INTRA	
	2. Vigilância Epidemiológica	INTRA	

Tabela P - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município P, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município P		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	113.725	101.371	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	10.157	10.975	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	8,93	10,82	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	2,17	3,54	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	93,82	93,67	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	35.634.200	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	5.678.949	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	14	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	23.024	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	1,11	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	755	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	74,16	82,49	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	21,2	29,78	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	50	66	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,02	1,03	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	14,95	17,76	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	21,98	36,50	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro Q - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município Q. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Número de óbitos em crianças menores de um ano	QT	
	2. Número de crianças que realizam exames do pezinho	QT	
	3. Produção odontológica realizada (preventiva e curativa)	QT	
	4. Número de preventivos coletados - Papanicolaou	QT	
	5. Quantidade de leite humano distribuído e número de crianças atendidas	QT	
	6. Mapa referente ao atendimento básico das unidades básicas de saúde	QT	
	7. Notificações referentes à Vigilância Epidemiológica	QT	
	8. Número de Atendimento DST/AIDS	QT	
FONTES	1. Cartórios de Registro Civil	EXO	
	2. Centros de Saúde, Hospitais e Instituições		ENDO
	3. Unidades Básicas de Saúde		ENDO
	4. DIR	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Secretaria Municipal da Saúde (demais divisões)	INTRA	
	2. Estudantes (solicitação para pesquisa)		EXTRA
	3. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA

Tabela Q - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município Q, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município Q		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	177.159	164.980	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	14.149	15.256	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	7,98	9,24	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,27	1,74	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	91,53	96,83	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	54.408.611	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	4.171.711	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	18	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	39.962	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	6,84	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	2.645	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	63,70	75,77	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	20,46	19,9	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	67	70	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	0,90	0,86	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	12,42	11,52	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	23,14	31,52	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro R - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município R. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Cobertura vacinal	QT	
	2. Mortalidade geral e infantil	QT	
	3. Taxa de incidência de agravos agudos e crônicos/área de abrangência, sexo, faixa etária	QT	
	4. Declaração de nascidos vivos	QT	
FONTES	1. SEADE	EXO	
	2. SINAN – Ficha de notificação epidemiológica	EXO	
	3. SIM	EXO	
	4. SINASC	EXO	
	5. Programa de recém-nascido de risco		ENDO
DIVULGAÇÃO	1. NAC – Núcleo de Atendimento e Controle	INTRA	
	2. Programa de Saúde do Adulto	INTRA	
	3. Programa de Saúde da Mulher	INTRA	
	4. Programa da Criança	INTRA	
	5. Programa de Tuberculose (AIDS/DST)	INTRA	

Tabela R - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município R, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município R		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	279.339	267.445	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	25.030	26.721	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	8,96	9,99	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	0,66	3,05	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	99,93	99,90	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	60.904.764	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	12.448.479	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	13	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	38.049	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	0,2	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	756	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	66,10	75,01	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	26,76	26,11	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	142	145	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	0,19	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,11	0,88	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	39,74	20,19	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	22,20	8,97	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro S - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município S. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Produção de serviços de rede ambulatorial pública de saúde		
	2. Indicadores de mortalidade/morbidade	QT	
	3. Produção de serviços de rede hospitalar	QT	
	4. Taxas de natalidade	QT	
	5. Incidência e prevalência de doenças de notificação compulsória	QT	
	6. Dados sobre saneamento básico (abastecimento de água, coleta de esgoto sanitário e lixo)	QT	
	7. Dados demográficos – população por faixa etária e sexo	QT	
	8. Dados sobre vacinação – indicadores de cobertura	QT	
	9. Dados sobre capacidade instalada (rede física e recursos humanos)	QT	
FONTES	1. Unidades Básicas de Saúde		ENDO
	2. Pronto-Socorro e Unidade Mista de Saúde		ENDO
	3. Serviço Funerário do Município (local)		ENDO
	4. Serviço Funerário do Município de São Paulo	EXO	
	5. Cartórios de Registro Civil	EXO	
	6. IBGE	EXO	
	7. SEADE	EXO	
	8. Prefeitura Municipal		ENDO
	9. CETESB	EXO	
	10. SABESP	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. DIR V		EXTRA
	2. Diretores de unidades básicas e pronto-socorro	INTRA	
	3. Secretaria de Estado da Saúde		EXTRA
	4. Prefeitura Municipal		EXTRA
	5. Ministério da Saúde		EXTRA
	6. População (quando de utilidade pública)		EXTRA

Tabela S - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município S, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município S		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	182.101	158.738	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	16.698	17.803	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	9,16	11,21	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	2,82	4,58	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	100	100	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	66.857.647	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	16.091.347	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	8	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	76.132	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	0,1	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	-	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	77,93	66,13	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	20,68	34,24	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	90	104	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,31	1,26	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	64,8	66,15	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	26,36	30,87	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

Quadro T - Listagem e classificação das respostas dadas pelo município T. - Questões II, III e IV. 1998.

INDICADORES	1. Prevalência das doenças endêmicas e epidêmicas (DNC)		
	2. Prevalência das doenças crônico-degenerativas	QT	
	3. Perfil sócio demográfico (bolsão de pobreza)	QT	
	4. Estatística de atendimento	QT	
	5. Taxa de mortalidade/natalidade e causas	QT	
	6. Índice de demanda espontânea do pronto-socorro	QT	
	7. Perfil de saúde de comunidades específicas – aspectos sócio econômico, ambiental, educacional, sanitário, habitacional, profissional	QT	
	8. Estatísticas de causas de internações	QT	
	9. Dados gerais fornecidos por municípios, ONGs, SABs, e outras entidades		QL
FONTES	1. DIR XXIV (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e ambulatório regional)	EXO	
	2. Hospitais e Pronto-Socorro municipal		ENDO
	3. Unidades Básicas de Saúde		ENDO
	4. Núcleo de Programa de Saúde da Família		ENDO
	5. Municípios	EXO	
DIVULGAÇÃO	1. Gabinete do Prefeito		EXTRA
	2. Conselho Municipal de Saúde		EXTRA
	3. Conselho Municipal de Entorpecentes		EXTRA
	4. Conselho de Direito da Criança e do Adolescente		EXTRA
	5. FEMANT		EXTRA
	6. SABs		EXTRA
	7. Pastorais		EXTRA
	8. Comunidades (estudantes e profissionais)		EXTRA

Tabela T - Indicadores demográficos, econômicos, de infra-estrutura, produção de serviços e morbi-mortalidade para o município T, estado de São Paulo e Brasil, em 1991 e 1996.

Indicadores	Município T		Estado de São Paulo		Brasil
	1996	1991	1996	1991	1996
População	219.998	205.840	34.074.644	31.436.273	157.079.573
População de 0 a 4 anos	17.952	20.431	2.873.478	3.097.509	...
Taxa da população de 0 a 4 anos (1)	8,16	9,92	8,43	9,85	...
Taxa de crescimento anual populacional	1,15	1,82	1,53	2,12	1,4
Índice de urbanização	95,51	95,56	93,11	92,79	78,4
Receita municipal (2)	73.156.645	...	16.646.804.948	...	...
Despesa total realizada em saúde (2) (4)	7.622.070	...	-	...	...
Unidades Básicas de Saúde	26	...	3.011	...	...
Média mensal das consultas médicas (3)	40.995	...	6.545.738	...	...
Leitos hospitalares / 1.000 habitantes	1,4	...	2,61	...	...
Média mensal de internações (3)	918	...	205.966	...	...
Taxa de fecundidade geral	69,30	83,02	70,66	75,42	2,28
Taxa de mortalidade infantil	19,31	19,56	22,74	27,05	37,35
Óbitos em crianças menores de um ano (3)	84	91	15.683	17.654	...
Taxa de mortalidade por desnutrição (< 1 ano)	z	...	0,39	...	...
Índice de mortalidade padronizado	1,07	1,03	1	1	...
Taxa de mortalidade (homicídio)	6,82	18,46	36,05	28,79	...
Taxa de mortalidade (acidentes veículo a motor)	44,09	30,61	25,64	22,51	...

Fonte: Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v.1; Perfil Municipal de Saúde 1997. São Paulo: Fundação SEADE, 1999.

Notas: (1) indicador construído especificamente para esta pesquisa. (2) dados disponíveis para 1995, em reais. (3) válido no período do ano do levantamento. (4) Total dos gastos realizados pela Prefeitura, sem contar recursos estaduais e federais diretos.

Convenções: "z" rigorosamente zero; "-" fenômeno inexistente; "..." dado não disponível.

ANEXO IV

Entrevistas

Interviews

The following instructions and questions were sent previously to the three selected interviewees:

Directions: This interview has the aim of giving a general idea of what the healthy cities indicators have signified to those who have worked with them through the Toronto Healthy City Project. The answers will be used as part of research references for a term paper to be presented by the interviewer as a partial requirement for the Public Policy and Public Management course from York University's MPA program. The following questions are just a previous directory for a further arranged meeting to tape-record your comments.

Questions: The Healthy City Project has been developed in Toronto since 1986. It has purposed the use of **quality of life indicators** to help to establish priorities and strategies in order to reach a higher degree of health to the population living in this city. The following questions refer to them.

Question 1: From a broadview, how do you evaluate the usefulness of those indicators?

Question 2: Have those indicators been an adequate tool for you to work with issues related to the population health status?

Question 3: Have they made any difference in handling with the community / others city departments and officials, and bringing them together toward the planned goals?

Question 4: Have they influenced somehow the rationale of city budgeting process?

Question 5: Which suggestions would you make in order to improve the use of these indicators?

Interview one

Dr. Jack Lee

Director, Dental and Oral Health Services, Toronto Department of Public Health

Answer to question 1:

The broadest way of evaluating the value of these indicators is first to see if they are being used. Hundreds of jurisdictions have created indicators: the questions are: have they used them, and technically how they have used them? In Toronto I have not seen yet that the indicators developed several years ago, have been used consistently by the corporation. I think you will see departments, like the public health department, perhaps the planning department, perhaps the parks and recreation department, depending on their mandate and their programs. But I think in a broad sense it will be successful only if they used consistently and routinely. Then you can begin to use those indicators using the first year as a base. After that, you shall follow up over the years to see if there is any change. I know that the State of City Report intention is to do that and that is why it was published in 1993, but I have not heard any discussion about publishing another one in 1996, when another one should be published. So I think in general terms, that is how I would measure the effectiveness of those indicators, asking if have they been used, how are they used, who is using them, and if they have been collected over the years, in order that you can have a minimum comparison.

Besides each individual Department collecting their own data basis, using them to evaluate their own programs, I have not seen the broad Healthy City Indicators - which is supposed to be used collectively by all departments - have been used completely yet. One of the Healthy City mandates is to release reports over those indicators, and the next report is supposed to come out in 1996 and I do not

know if it will and I do not know what they have done in terms of follow up on those indicators.

Answer to question 2

I think that the indicators which were developed in 1993 are very good ones, very meaningful. And certainly in the health department we have used some of those indicators to create what we call The Neighbourhood Profiles and they have become very very helpful in terms of attempting to claim and deliver integrated health and social services in the part of the city of Toronto that I work in, primarily the southeast Toronto, and that involves University, hospitals, health centres, social services agencies and the community at large. So I would say that they have been an extremely good and useful tool to be used for programs towards social and health service planning and delivery.

Answer to question 3:

I know that there is some talk looking at how the concept of Healthy Cities could be incorporated to the budget process. Certainly the community has used these neighbourhood profiles I have talked about in the previous question. Many of the community agencies or community interest groups have taken the information and used that to articulate and advocate in behalf of certain groups from that communities. So there has been some pushing action into the communities, which is the primary objective of Healthy Cities. Knowledge is information and information is power. So it has been attempted and it has reached some success.

Answer to question 4:

As I said before I think there is some discussion, but at the present time I do not see if that has been effective, because the last three years we have basically been in the position of cutting back: The Minister of Health or the Provincial government said they would like to cut back and so we have had to cut back accordingly. Now there is some attempt to developing equitable formula where

rather than these funding health units on a per capita basis they are looking at some indicators like life years lost, low income, language spoken at home, etc., to attempt to address some of these inequities, but actually I think that is only a first step and a lot of more work has to be done. [But, even in this scenery of cutting backs, indicators could help to evaluate the less harmful strategy to proceed the cut backs]. That is right, but I think that in this stage, politically there is less concern about a new approach than just addressing the cuts. There is a group in Toronto that consist in a large number of agencies (about 30 agencies), which is tracking the impact of cuts on the health of the community and they have prepared a preliminary report to the City Council and this is a joint venture from the Planning and Developing Department, the Health Department and the Housing Department. So, even though the criteria and the indicators have not been used specifically on the budgeting process, what they [the joint venture] are doing is to monitor the impact of the financial cuts on the health and social well being of the community and also there was a extra money - about 4 millions dollars - approved by the City Council to address the food and nutrition issue as a result of these cuts. So, the criteria were exclusively identified in the beginning of the process with the political discourse getting involved and addressing some of the needs in food and nutrition.

Answer to question 5:

What I would suggest once are created those indicators, people should make a real effort to use them. I think that people put a lot of energy in creating indicators and they put them in a report and then they do not use them. [Do you think that those indicators have become a aim in themselves?]. Well, I think that sometimes that is the case, and I think what needs to be done is the people who are given responsibility for developing should revisit it every year and see if we are using indicators, if so, how are we using these indicators, and who among us is using these indicators, because I think what we really need is a kind of programme evaluation, what we call iterative loop. So you create these indicators and then after a year you evaluate how are you using them and you modify them, then you continue this process. Then, I think you will find that indicators will be meaningful and will be very helpful.

Interview two

Dianne Patychuk

Social Epidemiologist, Toronto Department of Public Health

Answer to question 1:

I think that the best part of them is they are done. It takes a long time to develop indicators and so, having something concrete and done is the best part. I am talking specifically about the healthy city indicators developed by the York group [*see references*]. Its most usefulness is that they are very good reference tool and so people can use them as reference. The frame within they were built considering aspects of sustainability, empowerment and equity is the other really important part of it. I think probably the sustainability has been used the most but all three have been used to some extent within the City Hall Departments. But the problem is that those indicators just exist as reference document. They have not come alive, because they have not been attached to any targets or goals. So the process came apart politically, because the City Council could not take the ideas and make them goals. So, this is a limitation to how they could be used, since they have not come alive politically and strategically. But we are still in the process of making them come alive in different ways, we have not reached the conclusion step. We are using the indicators as reference to build those different ways to get along with the process, as the State of the City Report and few others examples as the evaluation of quality of life in the Great Toronto Area, and the Health Department work. But always as reference and not as tool. I have not seen those indicators been used as a tool here in the Health Department. Because of the inequalities and the diversity of the population those measures are superficial and do not help you to see what is happening, do not help you to make decisions. Even the information which spans time still do not mean anything because it does not explain why things are happening in the way they do. Those indicators we are talking work more as a strategic and

political tool than a tool to help you to make decisions about what program or not to take. To do this you need another kind of approach.

Answer to question 2:

I would say no! That is part of the problem I have said before. But the sustainability aspects brought by them is a really important thing. They have been important also in the places where they have had an impact, as the environmental area, where a large part of this department work - the environmental protection office. And I think the issues that have been within the City Council, for example, the concern about protecting jobs. Also energy, conservation and quality of environmental which are, sometimes, in conflict with the issue of protecting jobs. So the indicators and their incorporation into environmental rights, transportation issues, energy efficiency issues and the quality of the physical environmental in and outdoor, have been helped by the sustainability approach in the work of building those indicators. The real benefit to health comes from that, since it is giving some power to that and it is giving some theoretical foundation for work on, particularly, in the transportation issue, because it has provided the way for the departments get together and talk about and set some kind of goals. Even the city plan has incorporated some of those sustainability goals into its official city plan.

Answer to question 3:

I want to say that they are not goals. What we have done with the State of the City report is to use it a frame to built what we name "fuzzy goals"! Those "fuzzy goals" are a way to write a report in a informational, descriptive way and take the indicators into another level making them more alive for us, so you can see why you are looking at the indicators, why we think something has to be addressed. So we wrote these "fuzzy goals" in a format which we are saying: in a healthy city this is what happens, for example: everyone has access to enough food in acceptable quality and nutritional value and affordable price. So we made a switch in order to make it come alive for us, because it is really what is valued by us, the staff who are writing

the report. And we are trying to build a kind of ongoing data base related to issues in the report and trying to keep it linked to whole process. The question about its usefulness to the community I have to say I was really amazed at how much of a positive response there was from the community to the State of the City Report. I think it is because it put a lot of information together in a small space and people who do not have this information before felt really wonderful to have it. The real thing we need is to have information shared and exchanged.

Answer to question 4:

I think that the biggest example we have about that is the decision of keeping and supporting the Healthy City Office which when it has been threatened by the cut backs. The decision of keeping the HCO and making it part permanent of the City Corporation to me is a clear evidence that the community and the city councillors saw the benefit to the city of having the HCO and the quality of the work that has been done. Most of it because the HCO has shown some of the positive aspects of the city and how to keep it as a good city, and not just the "needs", the problems... And the energy efficiency and sustainability is a kind of program suggested by the State of the City Report that requires a lot of resources and staffing, and so I think that is way to trust the State of the City Report data coming from the indicators related to energy and sustainability. Some of other works are really hard to separate how much has been done due the HCO indicators process, but things like safe city committee and some the others committees under the HCO, has brought a different concept and has given an alternative visibility to some issues. So, the safe city committee has been allowed to continue to work with the resources and also it has given funds to the communities to enhance safety in their area. So, there are resources to function in a concept of safe city and money to be used in that area.

Answer to question 5:

One suggestion is to have attached to the indicators some goals and targets, in order to have more than a reference document. We are working in this sense through

the fuzzy goals. Having that I think it could be used more directly in budgeting and decision making process, considering the issues related to equity, sustainability and empowerment.

The second suggestion is: in trying to improve quality of life in the city or community , in terms of resources is not a question of how the city spend money but also how do other sectors want to spend the money. There is often a conflict about doing things to the community, for example, making things environmentally better may be the opposite of helping business and creating employment. These indicators can be a real tool and help this issues and keep them on track.

The third thing is making a document with the indicators come alive. The current document is very abstract and not very popular, it is not readable, it is a resource document , but it has not been used very much by the community. This is a rich tool, which with energy, could help the next step be achieved which is to take the document and establish goals and resources and to begin achieving goals.

interview 3

Lisa Salsberg

Toronto Healthy City Planner

Answer to question 1:

I think that the first set of indicators we developed was only useful in terms of identifying some areas for future research rather than for helping us to monitor quality of life in our city, because they have been developed based on sort of theoretical model rather than on the reality the information which was available to us. So, they were useful in framing how we should look at them, but when we saw what was available to us, we realize that it will be difficult to get that amount of information. So, they will be more useful in a long term rather than in a short term. In a short term efforts to monitor thinks probably needs other steps to take. We did some that information to help us with the State of the City report and so the indicators we have used in this report is very similar to the model used for the Healthy City indicators. But for the general public, those indicators do not mean very much and a lot of work is necessary to give them meaning to what they see, what they do and how they experience thinks. We really need to make the indicators simpler and so having them composing more a whole picture than broken up into pieces of information.

Answer to question 2:

I think those indicators is an adequate for us as a tool to do the first State of the City report. The issue that is, politically, difficult within indicators is the fact of politicians or other sectors when look at the numbers you want to achieve, they start to have questions about how are we going to achieve that number? Politically, I think the City of Toronto was not ready to answer those questions just yet. So, we felt that

first we need to describe the context and take the indicators and put them as part of the description, and now we more ready to say, for example: if the crime rate is hundred violent crimes per year, that may not be acceptable, and the target we want to achieve is five or ten or any other number crimes a year. This is the kind of thing we need to do: how do we measure what direction we want, and how do we ensure that we are going in that direction. In somehow they have been an adequate tool, but we need to make some modification on the way we are doing.

Answer to question 3:

I think regionally they always have given a lot of support to the communities even among the politicians to a certain extent is doing this kind of work, because it is more integrated and they bring information down to a more simple level, since there is so much research, so much information being generated everywhere that even the politicians can not be comfortable with the so many reports. We say: you do not need this and that information; you just need a couple of key information coming from some key indicators, and so to understand the whole context. I think they have been very useful in terms of working with the politicians and the community groups. In the other hand, the city staff have more difficult in doing that, because they do the reports that is saying this is the situation, but at the end no conclusion! So , when we try to say: well the conclusion is better or worse, for example, there are more poor people, there are more homeless people, the city needs to do some thing about the situation. and then, I think the city staff feel uncomfortable about we have derived conclusions from the information they have previously collected. But somehow there is a recognition of the value of the State of the City Report, since the indicators are supporting the restructuring of government in the current moment, and people have came and asked how do we bring those indicators into the work of the newly restructured government, and so being more accountable as a government. They have asked us to participate in those discussions, to bring the work we have done and to see how to make the connections.

Answer to question 4:

Not yet! They would be useful in helping this process, and I see that as part of the next step in the new government restructuring, since there will a mandate to every department to work together under coordination and the budgeting is one area where it could happen. But we have not influenced the budget processing at all. In the future, due to what they are calling the strategic planning processes, I think that part of it means people rethinking the budget and how the decisions are made in terms of sort of priorities or services. They want to have us as part of that because of the work on the indicators and the work on the State of the City Report.

Answer to question 5:

I guess the things we are going to do differently are to try link the indicators to some actions that the city can take, which is going to be a little bit difficult. [for example?] We are working right now on a strategy called "The Community Safety Strategy", which is a good opportunity to use the Sate of City Report in its "safety" part and to talk about what do we mean by a safety city and developed some indicators and then to decide what strategy is going to be. So we have a vision, we have some indicators and we have a strategy of how we bring things closer to that vision, i.e., do those things in a coordinated way. We also doing that in the transportation area. Those are two opportunities that we have to link the strategy to the indicators and to the visioning piece. However we have not have the opportunity to participate in all other issues, as economic development strategy. And I hope in the future, if we do what can be done in the issues we have the opportunity to work on and show the way we think, this strategy can be used in all others areas of government decision making process.

Esta dissertação seguiu as recomendações expressas nas
Normas para Apresentação de Monografias
elaborado pela
Biblioteca Karl. A. Boedecker
EAESP-FGV

e

foi impressa
em fontes

Trebuchet MS (11) e Arial Narrow (8) (10) (11) (12) (14) (18)