



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

LAÍS DE ALMEIDA RELVAS BRANDT

DIFERENCIAIS DEMOGRÁFICOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS
NO RIO DE JANEIRO-RJ, BRASIL, 2010: uma discussão sobre as
unidades territoriais intramunicipais de agregação dos dados e
indicadores para a análise de situação de saúde

Rio de Janeiro
2013

LAÍS DE ALMEIDA RELVAS BRANDT

DIFERENCIAIS DEMOGRÁFICOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS
NO RIO DE JANEIRO-RJ, BRASIL, 2010: uma discussão sobre as
unidades territoriais intramunicipais de agregação dos dados e
indicadores para a análise de situação de saúde

Monografia apresentada ao Instituto de
Estudos em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio José Leal Costa

Rio de Janeiro
2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

LAÍS DE ALMEIDA RELVAS BRANDT

**DIFERENCIAIS DEMOGRÁFICOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS
NO RIO DE JANEIRO-RJ, BRASIL, 2010: uma discussão sobre as
unidades territoriais intramunicipais de agregação dos dados e
indicadores para a análise de situação de saúde**

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 26 de fevereiro de 2013.

Prof. Dr. Antonio José Leal Costa (Orientador)
IESC/UFRJ

Profª. Drª. Pauline Lorena Kale
IESC/UFRJ

Prof. Dr. Ronir Raggio Luiz
IESC/UFRJ

AGRADECIMENTOS

A Dalva, minha mãe, e Thalita, minha irmã, pelo suporte que me deram para a conclusão deste trabalho e pela compreensão nos dias difíceis;

A Pedro, pela por compartilhar e participar de momentos importantes na trajetória dessa graduação;

A Bianca e Carolyne, minhas amigas, também pelo apoio para a realização do trabalho, mas principalmente em nome de todas as amizades que construí no decorrer do curso;

A Karin e Bruno, em nome de todos os meus amigos extrauniversidade, pelo apoio e compreensão com o meu absenteísmo;

A Nívia e Ana Cristina, em nome dos meus colegas de classe, por tudo que dividimos e somamos nas disciplinas cursadas;

A Tuana e Ternes, em nome dos meus colegas de curso extraclasse, da UFRJ e demais no Brasil, por me fazerem acreditar na identidade criada entre os egressos da graduação em Saúde Coletiva e na contribuição que esse profissional formado em nível de graduação dará ao serviço;

A Sidclei, pela expertise em Geoprocessamento emprestada para a construção dos Mapas deste trabalho;

A Miriam e Armando, em nome de todos os professores, pela oportunidade que tivemos de construir os saberes que construímos;

A Geraldo, Roberto e Inês, em nome de todos os funcionários do IESC/UFRJ, por todo apoio dado no dia-a-dia;

A Zeca, também pela orientação deste trabalho, mas principalmente pela paciência na orientação deste trabalho;

A Ronir e Pauline, por terem aceitado compor a Banca de Avaliação, mesmo tendo sido disponibilizado o trabalho tão em cima da hora.

RESUMO

BRANDT, Laís de Almeida Relvas. **Diferenciais demográficos socioeconômicos e ambientais no Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2010**: uma discussão sobre as unidades territoriais intramunicipais de agregação dos dados e indicadores para a análise de situação de saúde. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este trabalho tem como objetivos: Identificar diferenças socioeconômicas, demográficas e ambientais intramunicipais no município do Rio de Janeiro (RJ) em 2010; Comparar os níveis do Município, das Regiões Administrativas, da Coordenação de Área de Planejamento e dos Aglomerados Subnormais enquanto unidades de agregação de dados e construção de indicadores para Análise de Situação de Saúde. A abordagem conceitual foi baseada em publicações levantadas a partir de pesquisa bibliográfica. Trata-se de um estudo quantitativo observacional transversal em que a unidade de análise é agregada, populacional, referenciada a uma área geográfica.

Palavras-chave: Informação em saúde. Vigilância em saúde. Saúde pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1998).....	21
Figura 2 - Determinantes Sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist (2001).....	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Porcentagem da População Residente por Coordenação de Área Programática (CAP),- Rio de Janeiro - 2010	36
Gráfico 2 - Proporção da População residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Proporção do Restante da População - Rio de Janeiro, CAP 3.1 e RAs	38
Gráfico 3 - Pirâmides Etárias - Rio de Janeiro, CAP 1, RAs e AGSN - 2010	41
Gráfico 4 - Pirâmides Etárias - População residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - Anchieta - 2010	42
Gráfico 5 - Proporção da População por Raça/Cor - Rio de Janeiro, CAP 4.0 e suas RAs - 2010	47
Gráfico 6 - Proporção da População residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e restante da População residente na Lagoa por Raça/Cor 2010	47
Gráfico 7 - Razão de Dependência - Rio de Janeiro, CAP 1.0 e suas RAs - 2010 ..	51
Gráfico 8 - Razão de Dependência em Copacabana - Total, para População Residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010 ..	51
Gráfico 9 - Proporção de Pobres em Aglomerados Subnormais nas RAs Cidade de Deus e Complexo do Alemão	55
Gráfico 10 - Razão de Dependência Total, para residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - RAs Copacabana e Ilha de Paquetá - 2010	55
Gráfico 11 - Proporção de Responsáveis Analfabetos Total, por Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - RAs Ilha de Paquetá e Copacabana - 2010	56
Gráfico 12 - Cobertura do Esgotamento Sanitário - Rio de Janeiro, CAP 4.0 e RAs Barra da Tijuca e Cidade de Deus - 2010	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de Indicadores escolhidos no trabalho	26
Quadro 2 - Variáveis para construção dos indicadores da Matriz de Indicadores, segundo Planilha de obtenção do Censo/IBGE 2010	27
Quadro 3 - O Município do Rio de Janeiro dividido em Regiões Administrativas (R.A.) e Coordenações de Área de Planejamento (C.A.P.)	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População Residente por Coordenação de Área Programática (C.A.P.), Total e por Sexo - Rio de Janeiro - 2010	35
Tabela 2 - População Residente por Região Administrativa (R.A.) e Coordenação de Área Programática, Total e por Sexo - Rio de Janeiro - 2010	36
Tabela 3 - Residentes em Aglomerados Subnormais, Restante dos Residentes e Total dos Residentes - Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010	38
Tabela 4 - Razão de Sexo - AGSN e Restante da População - Rio de Janeiro, C.A.P. e Ras - 2010	43
Tabela 5 - População residente e % da População Residente por Raça/Cor - Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010	45
Tabela 6 - Total de Pessoas residentes com 60 ou mais e até 15 anos de idade e Índice de Envelhecimento – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010	49
Tabela 7 - Pessoas residentes classificadas como pobres, População Residente e Proporção de Pobres – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010	53
Tabela 8 - Total de Pessoas residentes entre 0 e 14 ou com mais de 60 anos, Total de Pessoas Residentes entre 15 e 59 anos e Razão de Dependência – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010	57
Tabela 9 - Responsáveis analfabetos, Total de Responsáveis e Proporção de Analfabetos – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010	59
Tabela 10 - População que dispõe de Esgotamento Sanitário, População Residente e Cobertura de Esgotamento Sanitário - Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População – Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010	63
Tabela 11 - População que dispõe de Serviço de Coleta de Lixo, População Residente e Cobertura do Serviço de Coleta de Lixo- Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População – Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010	65

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho representa mais do que os resultados, mas a conclusão de um ciclo que foi para mim a graduação em Saúde Coletiva. Ele não representa também este ciclo inteiro, mas um de seus componentes mais importantes, que são as escolhas que tenho feito dentro do Campo da Saúde Coletiva, hoje, por enquanto, representadas pela Vigilância em Saúde, pela Epidemiologia e pelos Sistemas de Informação. Mais do que o método empregado e a temática escolhida no estudo, representa técnicas que aprendi e discussões que me despertaram interesse. A conclusão deste trabalho também representa mais do que os objetivos atingidos, mas a verdadeira satisfação que tenho de ter “caído de paraquedas” no curso e ter me encantado com a Saúde Coletiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	22
3 OBJETIVOS.....	23
4 MÉTODO.....	24
4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
4.3 UNIDADES ESPACIAIS DE ANÁLISE E AGREGAÇÃO DOS DADOS	24
4.4 INDICADORES ESCOLHIDOS	25
4.5 DADOS PARA CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES	27
4.6 PROCEDIMENTOS.....	28
4.7 O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	29
5 SOBRE O CENSO	33
6 RESULTADOS.....	35
6.1 POPULAÇÃO RESIDENTE.....	35
6.2 POPULAÇÃO RESIDENTE EM AGSN	37
6.3 PIRÂMIDES ETÁRIAS	39
6.4 RAZÃO DE SEXO	42
6.5 POPULAÇÃO RESIDENTE POR RACA/COR	44
6.6 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	47
6.7 PROPORÇÃO DE POBRES	51
6.8 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA	52
6.9 PROPORÇÃO DE RESPONSÁVEIS ANALFABETOS	55
6.10 COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO.....	61
7 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	67
8 LIMITAÇÕES	70
REFERÊNCIAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

A Informação em Saúde é reconhecidamente central em Saúde Pública. Da prevenção à reabilitação, do nascimento à morte, do diagnóstico à cura, da pesquisa ao ensino, todas as atividades relacionadas ao cuidado da saúde, seja em nível individual ou coletivo, envolvem de alguma maneira práticas relacionadas ao seu escopo. Às vezes de forma simples como a simples contagem de casos de determinada doença para monitoramento, às vezes mais complexas como a comunicação para controle de riscos ou cálculos elaborados como a construção de tábuas de vida (RIPSA, 2008).

Embora tenha um desenvolvimento teórica, metodológica e tecnologicamente substantivo, não é tarefa fácil demarcar o início do uso da terminologia nem encontrar uma definição única que se pretenda sistematizar a pluralidade de atividades relacionadas à Informação em Saúde. Sendo assim, é importante destacar que neste trabalho opta-se pela a compreensão adotada por diversos autores e exemplificada aqui pelo verbete “Informação em Saúde”, presente no Dicionário da Educação Profissional em Saúde (MORENO; COELI; MUNCK, 2006).

No livro, que aborda na forma de um dicionário conceitos e termos relativos às áreas de Trabalho, Educação e Saúde, os autores apresentam a Informação em Saúde a partir de um conceito ampliado que congrega vários termos, práticas e dimensões, extrapolando os limites do setor saúde. Escolhem pela não adoção de uma expressão “encapsulada”, mas pela perspectiva de um constructo, segundo a qual a Informação em Saúde se remodela constantemente a partir de diálogos com diferentes saberes e suas interações com a saúde.

Nesta visão não reducionista e, cabe destacar, não tecnicista, os autores listam componentes que por si só não são suficientes para definir a completude do termo, mas estão a eles relacionados, a saber:

- a mera transformação, por meio do processamento de dados, dodado registrado em informação em saúde;
- a disseminação e/ou construção indiscriminada de sistemas de informações em saúde;
- o banco de dados de um determinado sistema em saúde;
- o conjunto de indicadores em saúde de determinada região, população ou doença;
- o aparato informático que produz informação;
- o conjunto de relatórios gerados a partir de uma miríade de sistemas de informações construídos sobre uma lógica

fragmentada. (MORENO; COELI; MUNCK, 2006).

A partir desta abordagem, cabem algumas considerações do ponto de vista deste trabalho. A primeira diz respeito à distinção entre os termos “dado” e “informação”. O termo “dado” é definido no Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento De Vigilância, 2009) como “um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância” ou “o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico”. Podemos estender este conceito para dados qualitativos, como os obtidos, por exemplo, a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas em pesquisas etnográficas (TURATO, 2005).

Já por “informação” o mesmo guia define “o conhecimento obtido a partir do dado”, “o dado trabalhado”. Deve-se destacar que mais do que o resultado da combinação de dados, de acordo com esta definição, ela requer um esforço analítico, reflexivo, interpretativo, na busca de explicação para o fenômeno estudado, além da divulgação e recomendações para a ação.

Ressalta-se adicionalmente que “informação” diferencia-se de “conhecimento”, sendo este considerado a parcela da informação retida, apreendida, incorporada ao repertório cognitivo humano. Ou seja, o dado é considerado matéria- prima para a informação e esta para o conhecimento (TARGINO, 2009).

O segundo destaque refere-se à informatização, que diz respeito à expressão no setor saúde do contexto contemporâneo de uma Sociedade de Informação. Este contexto é caracterizado, entre outros, tanto pela incorporação de computadores e demais equipamentos, quanto por softwares, aplicativos e pela internet nas atividades de trabalho e demais dimensões da vida das pessoas (VASCONCELOS *et al.*, 2002). Tal paradigma das tecnologias da informação em convergência com o fortalecimento da Informação em Saúde, potencializou-se a ponto de hoje ser reconhecido o campo da Informação e Informática em Saúde (IIS) como um dos campos temáticos em Saúde Pública (MORAES; VASCONCELLOS, 2007).

Seu desenvolvimento tem apresentado avanços e desafios. Deve-se reconhecer a dificuldade de inserir um novo instrumento de trabalho (o computador) em rotinas de trabalho já estabelecidas há anos por profissionais que muitas vezes não tem habilidades para lidar com recursos computacionais (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011). Há ainda que se lembrar que a informática necessita de recursos

básicos, como suporte, manutenção ou conectividade e esperar que num país com a dimensão continental do Brasil e as diferenças regionais que apresenta, que todos eles cheguem igualmente a toda sua extensão territorial não é factível.

Por outro lado, a sua inserção tem proporcionado ganhos indiscutíveis ao campo como a possibilidade de processamento de um volume maior de dados, a velocidade no tratamento de informações, a divulgação e comunicação dos mesmos para os mais diferentes grupos, a possibilidade de aprofundamento nos estudos estatístico, entre outros (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011). Sua influência no campo da saúde é inegável, sendo um dos principais exemplos a informatização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (Coeli, 2010), que hoje já contam com componentes imprescindíveis como a remessa eletrônica de dados entre os diferentes níveis de gestão ou recursos como o TeleSaúde.

O terceiro destaque diz respeito aos SIS. Embora o foco deste trabalho não sejam os SIS especificamente, eles tem sido considerados no desenvolvimento da Informação em Saúde no Brasil e no Mundo como verdadeiros pilares de suporte à produção de conhecimento (BRANCO, 1996; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010b). Se a informação é para a Saúde um insumo que permite a identificação de prioridades e o ajuste de políticas às reais necessidades da população, os SIS são para a Informação em Saúde mais do que diferenciais, mas cruciais para seu avanço e disseminação. Além disso, ainda que a metodologia deste trabalho não se debruce sobre nenhum SIS, os resultados que serão apresentados neste trabalho suscitam reflexões sobre suas potencialidades, o que justifica abordá-los previamente, ainda que pontualmente.

A criação de um Sistema de Informação em Saúde no Brasil data oficialmente de 1975, embora atividades já viessem sendo desempenhadas desde 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde (MS), tendo destaque em 1971 a criação do Núcleo de Informática, vinculado à época à Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais (BALDIJÃO, 1992). Este período caracteriza-se por um tratamento da informação em saúde de forma verticalizada e centralizadora, refletindo a organização fragmentada do MS em diferentes Serviços Nacionais. Ressalta-se que antes mesmo do MS, iniciativas vinham sendo desenvolvidas no âmbito da previdência social a partir dos Institutos de Aposentadoria e Pensões e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, a

exemplo da criação da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, instrumento utilizado até hoje no Sistema de Informação Hospitalar (BRASIL, 2002).

Também em 1975 cria-se o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e a implanta-se o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), considerado um avanço para a qualidade das estatísticas vitais por adotar um instrumento único padronizado para todo o país (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010b). No decorrer do tempo, com a consolidação da saúde como direito de cidadania e os esforços empenhados na construção do SUS para materializar esse direito até os dias atuais, diversos sub-sistemas e iniciativas são criados com abrangência geográfica (local, municipal, estadual, regional, nacional) e temática (estatísticas vitais, assistência, financiamento, planejamento, vigilância, condições de vida, fatores ambientais, entre outros), chegando hoje o MS a ter mais de 300 diferentes fontes de dados, nem todas sob sua gerência (MORAES, 2010).

Cada uma dessas fontes tem método, trajetória e referenciais próprios. Como demonstração desta pluralidade, cita-se que alguns sistemas são universais, como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC – e o Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, enquanto outros cobrem apenas a parcela da população que busca o serviço público de saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, o Sistema de Informações Ambulatorial – SIA – ou o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010a).

Todo esse processo de implantação dos SIS já demonstra verdadeiros avanços significativos para o aperfeiçoamento do SUS. São exemplos a disponibilização dos dados por meio de bases eletrônicas, a ética e a confidencialidade, a relativa cobertura, a apropriação do uso por instituições de ensino, pesquisa e extensão, por gestores, usuários e pelo controle social, a informatização dos sistemas anteriormente citada, entre outros. Entretanto, muito caminho há a se percorrer para que atinja-se o nível ideal.

Sobre os principais problemas apresentados pelos SIS no Brasil, (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011, p. 99) pontuam:

- “Precário conhecimento sobre a grande diversidade de bancos de dados nacionais, estaduais e municipais;
- Coleta de dados através de sistemas compartmentalizados, compouca ou nenhuma articulação;
- Complexidade dos dados existentes e da estrutura dos bancos;
- Insuficiência de recursos, particularmente recursos humanos qualificados

para apoiar o processo de desenvolvimento e análise dos SIS;

- Inexistências de instâncias responsáveis pela análise dos dados;
- Falta de padronização nos procedimentos de obtenção, análise e disseminação das informações;
- Oportunidade, qualidade e cobertura das informações variando de acordo com as áreas geográficas onde são produzidas;
- Ausência de um claro interesse epidemiológico quando da implantação dos bancos de dados;
- Dificuldade no acesso às informações advinda da duplicidade de dados.”

Dos problemas pontuados, destaca-se neste trabalho a fragmentação dos dados disponíveis como limitante para a adoção das ações de saúde e, consequentemente, para a melhoria das condições de saúde da população.

Neste aspecto, o terceiro destaque a ser feito referente à abordagem conceitual de Informação em Saúde apresentada, diz respeito aos esforços que vêm sendo realizados no Brasil para a consolidação de Indicadores capazes de dar suporte à tomada de decisão.

Indicadores de Saúde são medidas-síntese que tem o objetivo de refletir a situação de saúde de um indivíduo, de uma população, ou do próprio sistema de saúde (COSTA; KALE; VERMELHO, 2009). Para tanto, valem-se de dados que caracterizam atributos e dimensões previamente escolhidas e que são apresentadas em unidades de análise de acordo com o objetivo e da disponibilidade dos dados.

Algumas características são imprescindíveis na adoção de Indicadores para que de fato representem a condição almejada. Deve-se garantir a qualidade dos mesmos a partir de propriedades de seus componentes, como a frequência dos casos e a precisão dos sistemas de coleta empregados. Para que sejam válidos, isto é, tenham a capacidade de medir o que pretendem, busca-se que sejam sensíveis (detectem o fenômeno analisado) e/ou específicos (detectem somente o fenômeno analisado). Outras características devem ainda ser almejadas, como a mensurabilidade, que está relacionada à disponibilidade ou factibilidade da coleta dos dados; o custo-efetividade, que justificam o investimento de recurso e tempo; a relevância, que está relacionada à resposta às prioridades de saúde; a factibilidade da disponibilização; a confiabilidade; a comprehensibilidade, entre outros (RIPSA, 2008; SUGAI, 2010).

Na saúde os indicadores têm se mostrado como recursos essenciais em diferentes frentes de atuação: na caracterização das populações, na identificação de grupos humanos com necessidades especiais de atenção, na estratificação de riscos

epidemiológicos, no planejamento, gestão e tomada de decisão, na vigilância, monitoramento e avaliação, entre outros (SILVA, 2010). Por isso, vinculado a um conceito ampliado de saúde que pretende um olhar integral ao indivíduo em suas inúmeras dimensões de vida (social, mental, cultural, biológica..), eles têm se valido cada vez mais de dados variados das mais diferentes fontes (SILVA, 2010).

Duas instâncias tem desempenhado papel estratégico na trajetória de consolidação dos Indicadores de Saúde no Brasil, o Departamento de Informática do SUS – DATASUS – e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA.

O DATASUS tem como objetivo central “prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessário ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos”(BRASIL, 2002). Desde 1998 vinculado à Secretaria Executiva do MS, inúmeras são as competências e tarefas que o DATASUS tem desempenhado no decorrer dos anos, dentre as quais sublinha-se o esforço de padronização e normatização de todas as etapas dos SIS em âmbito nacional, o processamento, manutenção, atualização periódica e disponibilização das bases de dados em meio eletrônico, o apoio a Estados e Municípios na informatização de suas atividades e o desenvolvimento de ferramentas importantes como o Tabnet, o Tabwin e o Caderno de Informações em Saúde(BRASIL, 2002).

A segunda instância que não poderia deixar de ser destacada é a RIPSA, iniciativa conjunta do MS e da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) instituída em 1996, cuja finalidade é “contribuir para o aprimoramento de informações destinadas a apoiar a gestão do Sistema Único de Saúde”(RISI JÚNIOR, 2010). A criação da RIPSA foi motivada pelo reconhecimento da carência de sistematização do volume de dados produzidos no país. Como citado anteriormente, o boom de sistemas de informação na saúde e em outros setores, públicos ou privados, bem como outras iniciativas como inquéritos e pesquisas especiais, teve um histórico de consolidação absolutamente desarticulado, gerando dados e informação, porém sem que necessariamente em tempo ou de forma que pudesse ser apropriado como suporte para a tomada de decisão. Costuma-se utilizar a metáfora de caixotes empilhados, porém desconectados, para ilustrar a relação inexistente entre tais sistemas e discutir o quão potencial seria um relacionamento para um mesmo grupo

populacional de dados demográficos, socioeconômicos, de morbi-mortalidade, administrativos, ambientais, entre outros (RISI JÚNIOR, 2010).

A RIPSA busca contribuir com esse objetivo de integração e compatibilização de variáveis comuns. O modelo adotado na Rede colabora com a proposta, sendo necessariamente intersetorial e composta por diferentes atores como setores governamentais, instituições acadêmicas e mesmo usuários. Seu principal produto é o IDB (Indicadores e Dados Básico), uma matriz com aproximadamente 100 indicadores que é disponibilizada em versão impressa ou eletronicamente no site do DATASUS para tabulação em diferentes unidades geográficas de análise. Juntamente com a matriz, há também a Ficha de Qualificação de cada Indicador ou Dado, extremamente útil para consultas a respeito de limitações, cálculo, usos do indicador ou fontes dos dados (RISI JÚNIOR, 2006).

Finalmente, o quinto e último destaque que precisa ser feito na introdução deste trabalho diz respeito à unidade de análise ou agregação dos dados utilizados para a construção dos indicadores.

No Brasil, a experiência da democratização político-administrativa e da descentralização das ações do poder público fez o país caminhar para um padrão singular de municipalização autárquica (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Assim, com a Constituição Federal de 1988 os municípios tornam-se entes federativos com status jurídico semelhante ao das Unidades da Federação (UF, estados) e da União, bem como o Distrito Federal, unidade autônoma onde tem sede o Governo Federal e seus três poderes (IBGE, 2011).

Outras unidades territoriais são também utilizadas. No contexto intramunicipal há os distritos, subdistritos e bairros, como unidades administrativas subordinadas à gestão municipal e dependentes de leis municipais para sua instituição (referência censo). As Regiões Metropolitanas são facultadas aos estados e consistem em agrupamentos de municípios com a finalidade de execução de funções públicas, integração e cooperação. As Regiões Integradas de Desenvolvimento, semelhante às Regiões Metropolitanas, também consistem em agrupamentos de Municípios, com o diferencial de poderem compor diferentes Unidades da Federação. Todas as unidades citadas até então são divisões político administrativas da República Federativa do Brasil (IBGE, 2011).

O IBGE utiliza ainda a categoria de Macrorregiões como divisão regional para unidades da federação, sendo elas as Regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste,

Sudeste e Sul, de Microrregiões como um conjunto de municípios e de Mesorregiões como um conjunto de Microrregiões, estes últimos dentro de uma mesma UF. Ressalta-se que as categorias de Macro, Micro e Mesorregião não tem papel político-administrativo das anteriormente apresentadas, sendo definidas com base no quarto natural, no processo social e na rede de comunicações e lugares. Todas as unidades até então citadas têm como um dos pressupostos a contiguidade territorial (IBGE, 2011).

Para o setor saúde, essa divisão territorial tem impacto absoluto na organização do sistema de saúde, sendo marcante a constituição de sistemas de saúde heterogêneos e atomizados, sobretudo no âmbito municipal, provocada por uma flexibilização dos estados que se eximem ou repassam suas atribuições para os municípios (BRANCO, 1996; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Destaca-se que o esforço pela descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, considerados princípios normativos do SUS e expressos normativamente principalmente pela NOB/96, pela NOAS/2001 e pelo recente decreto 7508/2011, ainda que venham enfrentando barreiras na efetivação da municipalização no país, tem colaborado com a atuação solidária entre municípios, com a garantia da integralidade e equidade da atenção e com a horizontalização da gestão do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

No que diz respeito ao campo temático da IIS, o processo anteriormente descrito reflete-se na apropriação de algumas dessas unidades territoriais como unidades de análise para os indicadores de saúde em detrimento de outras (Almeida, 1998). Pode-se dizer com segurança que são utilizadas tanto no serviço quanto no desenvolvimento de pesquisas os municípios, as unidades da federação, as macrorregiões e a União como principais unidades de análise para comparação de diferenciais territoriais no que diz respeito a diferentes realidades de situações de saúde das populações nelas residentes.

O presente trabalho não pretende questionar a utilidade dessas abordagens para comparação, sendo importante reforçar que reconhece sua capacidade explicativa e a contribuição para identificação e direcionamento de políticas públicas direcionadas à população de acordo com a realidade das condições de vida e saúde loco-regional. Entretanto, alguns trabalhos têm demonstrado que o nível municipal ainda é heterogêneo demais para ser tratado como único na composição de um indicador, sobretudo nos municípios de grande porte (NAJAR *et al.*, 2002; PAES-

SOUSA, 2002; MAGALHÃES, 2007). Esta reflexão norteia este trabalho, que assume dois importantes referenciais teóricos descritos a seguir.

O primeiro diz respeito à apropriação na saúde da categoria espaço como produtor de diferenças sociais e ambientais com impacto sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos (BARCELLOS *et al.*, 2002). Na análise de situação de saúde de grupos populacionais, a territorialização é inerente à análise de indicadores, tendo cada vez mais aprimoradas as técnicas utilizadas, a exemplo dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG). Tal apropriação é apresentada neste trabalho pela abordagem de Barcellos *et al.* (2002) no Artigo “Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde”, que discute como a análise espacial auxilia a avaliação das situações de saúde no que diz respeito aos perfis epidemiológicos, de condição ambiental e qualidade de vida.

Barcellos *et al.* (2002) diferenciam concepções de “espaço”, discutindo terem cada uma suas limitações conceituais e metodológicas. O “espaço-geometria”, seria uma representação semelhante à da matemática e caracterizada pela contigüidade ou interligação no espaço de elementos próximos que compartilham condições semelhantes. Um exemplo dessa abordagem na saúde são os levantamentos de ocorrências de doenças próximas às fontes de exposição. O “espaço-região” é entendido como uma realidade concreta ou uma criação intelectual que tem como premissa a homogeneidade interna e a independência entre as unidades espaciais de agregação e análise dos dados, tendo como exemplo mais comum o enfoque dos estudos ecológicos. A terceira e última concepção apresentada é a de “espaço-lugar”, segundo a qual num mesmo espaço podem coexistir grupos socioespaciais particulares com condições de vida e relação com o ambiente absolutamente distintas. Esta concepção tem referência em Santos, segundo o qual “o espaço, ao invés de mera localização, deve ser substituído pelo lugar como experiência, com padrão de troca e significados próprios”. São exemplo na saúde os estudos etnográficos sobre doenças endêmicas em grupos populacionais residentes numa mesma localidade.

Nesta perspectiva conceitual plural, é importante que a escolha de uma unidade geográfica de análise para a apresentação dos dados de um estudo leve em consideração que a análise do espaço geográfico presta-se não só para a compreensão do real, através de uma avaliação objetiva, como está subordinada a

uma avaliação subjetiva do espaço e ainda que os processos que promovem ou restringem situações de risco à saúde não estão limitados às fronteiras escolhidas. Outras formas de estratificação e visualização de indicadores sempre serão possíveis e devem ser exploradas no estudo, de forma a situar a análise de situação de saúde não como atributo dos grupos sociais ou das unidades territoriais, mas da relação dos grupos com o seu território.

O segundo referencial teórico utilizado é o de Determinantes Sociais, definido no Brasil pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (INIQUIDADES..., 2007). Sua apropriação na análise de situações de saúde tem considerado consenso atualmente na literatura científica mundial, embora reconheça-se no Brasil um distanciamento considerável entre esse consenso teórico e a tomada de decisão, expressas em políticas públicas e organização dos serviços que tem cada vez mais se esforçado para contemplar as determinadas dimensões de vida dos indivíduos e populações, mas que ainda estão longe do ideal (INIQUIDADES..., 2007).

É preciso ressaltar que o enfoque dos DSS está intrinsecamente ligado a um conceito de saúde ampliado que se propõe a extrapolar os determinantes biológicos em função dos enfoque sociopolíticos e ambientais na abordagem do dito binômio saúde/doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A despeito das críticas a esse conceito no sentido de ser vago o suficiente para não ser passível de aferição, é importante destacar que o conceito de saúde adotado pela OMS em 1948 como “completo bem-estar bio-psico-social e não somente a ausência de afecções ou enfermidades” é um avanço no que diz respeito às tensões históricas entre o modelo médico biológico e o da saúde pública, que permanecem em permanente disputa até os dias atuais.

O principal modelo proposto para abordagem dos DSS foi feito por Dahlgren e Whitehead em 1998 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Tal conceito organiza os determinantes em camadas, das mais próximas aos indivíduos às mais distais, sendo possível identificar quatro níveis de atuação, que não devem se excluir, mas se complementar. São eles o nível Individual, o nível das Redes Sociais e Comunitárias, o nível das Condições de Vida e Trabalho e o nível das Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais, como poder ser observado na figura 1, a título de ilustração.

Críticas ao modelo de Dahlgren e Whitehead (1998 *apud* BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) tem sido feitas, sobretudo no que diz respeito à manutenção dos indivíduos no centro e a não abordagem das relações e mediações entre os níveis. Adaptações ao modelo têm sido propostas, dentre as quais, cita-se Diderichsen e Hallqvist (2001 *apud* BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), que propõem a estratificação dos indivíduos em posições sociais distintas que, por sua vez, provocam diferenciais de saúde. Tal modelo está ilustrado na Figura 2 a seguir.



Figura 1- Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1998)

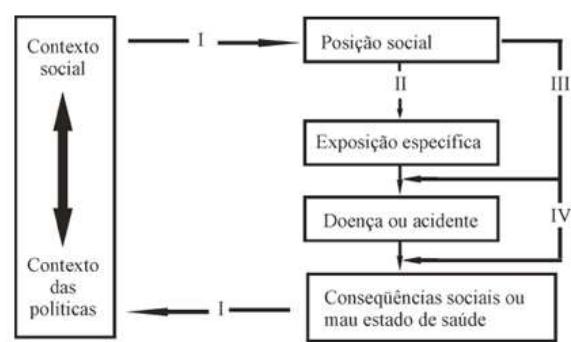


Figura 2- Determinantes Sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist (2001)

O enfoque dos DSS abre um enorme leque de discussões, que não se pretende contemplar neste trabalho. Ressalta-se, contudo, a potencialidade do enfoque dos DSS para identificar o que é desigualdade e o que é iniquidade em saúde. Se as desigualdades entre grupos e indivíduos não tem necessariamente conotação negativa, as iniquidades são aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (INIQUIDADES..., 2007). Elas são consideradas um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil. No enfoque dos determinantes sociais em saúde, a análise espacial tem função estratégica, uma vez que permite o referenciamento dos indicadores ao local de residência dos sujeitos, permitindo o estudo de aglomerações ou não das condições ditas inequânimis.

2 JUSTIFICATIVA

Como exposto na introdução do trabalho a partir dos conceitos e referenciais teóricos apresentados, à análise de situações de saúde é intrínseca a utilização de indicadores que extrapolam a expressão da saúde/doença no nível individual e, ainda, não se limitem a este binômio, inserindo características outras no nível das populações. A realização dos estudos implica a necessidade de se escolher uma escala espacial de referência, contudo, as unidades político-administrativas apresentam-se heterogêneas ainda no nível do município, o que justifica um enfoque em dimensão mais desagregada, visando a identificação de diferentes realizadas sanitárias intramunicipais. O município do Rio de Janeiro, com mais de 6 milhões de habitantes, representa hoje uma das principais metrópoles brasileiras. Apresenta um quadro de desigualdade interna já descrita na literatura, além de sua extensão territorial ser grande o suficiente para que tenha dividido-se político administrativamente, o que justifica sua escolha como unidade territorial. O enfoque dos determinantes sociais em saúde das populações impõe a necessidade de considerar fatores demográficos, socioeconômicos e ambientais na análise de situações de saúde. Dessa forma, não utilizar indicadores de morbimortalidade não exclui a relevância do presente trabalho no setor saúde. A territorialização dos estudos em saúde aprimora sua capacidade explicativa ao permitir o olhar para a relação dos grupos sociais com o espaço, reconhecido como produtor de diferenças às condições de saúde.

3 OBJETIVOS

O presente trabalho possui como objetivos:

- Identificar diferenças socioeconômicas, demográficas e ambientais intramunicipais no município do Rio de Janeiro (RJ) em 2010;
- Comparar os níveis do Município, das Regiões Administrativas (R.A.), da Coordenação de Área de Planejamento (C.A.P) e dos Aglomerados Subnormais (AGSN) enquanto unidades de agregação de dados econstrução de indicadores para Análise de Situação de Saúde.

4 MÉTODO

4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A abordagem conceitual do trabalho foi ancorada em artigos científicos, editoriais de periódicos, capítulos de livros, dissertações de mestrado, teses de doutorado e notícias obtidas a partir de pesquisa bibliográfica prévia. Foram utilizadas como fontes para esses materiais a base eletrônica da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) – Centro Latino Americano e do Caribe em Informação em Ciências à Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) – e do Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br/>). As notícias foram ainda buscadas diretamente no site Google (<http://www.google.com.br/>), pois reconhece-se que textos dessa natureza não estão no escopo principal das bases anteriormente citadas. Antes da busca foram identificados conceitos básicos e realizada consulta ao DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde) (<http://decs.bvs.br/>), de forma a situar a pesquisa adequadamente à temática do trabalho. Todas as referências foram armazenada no gestor de referências bibliográfica EndNote Web 3.5 (<http://www.myendnoteweb.com>) e inseridas no texto de acordo com o padrão ABNT através do aplicativo *Cite While You Write*.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo observacional transversal em que a unidade de análise é agregada, populacional, referenciada a uma área geográfica. Tal delineamento é nomeado como “Estudo Ecológico”, cujo objetivo mais comum (gerar hipóteses etiológicas) está contemplado no presente trabalho. Dentre os tipos de estudos ecológicos, foi adotado o “Desenho de Múltiplos Grupos”, uma vez que a análise baseada na divisão da população pelo local de residência.

4.3 UNIDADES ESPACIAIS DE ANÁLISE E AGREGAÇÃO DOS DADOS

O estudo tomou como referência a população total residente no município do Rio de Janeiro, do estado do Rio de Janeiro. Além do município, três outras unidades de agregação intramunicipais foram analisadas: as Regiões Administrativas (R.A.), as

Coordenações de Áreas de Planejamento (C.A.P.) e os Aglomerados Subnormais (AGSNs). A referência territorial e o processo de criação dessas unidades encontram-se a seguir nos capítulos “O Município do Rio de Janeiro” e “Sobre o Censo Demográfico/IBGE”.

4.4 INDICADORES ESCOLHIDOS

O estudo tomou como referência para escolha dos indicadores a Matriz do IDB/RIPSA. Tal matriz é organizada em seis subconjuntos temáticos, a saber: a) Demográficos; b) Socioeconômicos; c) Mortalidade; d) Morbidade e Fatores de Risco; e) Recursos; e f) Cobertura. Dentre esses subconjuntos, foram utilizados apenas indicadores dos subconjuntos a) Demográficos, b) Socioeconômicos e c) Cobertura, que seguem listados no Quadro 1 a seguir, conformando-se como a Matriz de Indicadores do Trabalho. 3 dos indicadores da Matriz do Trabalho não estão presentes na Matriz do IDB: Pirâmides Etárias, Proporção da População Residente por Raça/Cor e Proporção de Responsáveis por Domicílio Analfabetos. Para a escolha dos indicadores buscou-se aqueles que fossem de fácil construção e interpretação, bem como de relativa relevância para o objetivo do estudo. Foi fator de limitação para escolha dos indicadores, que os dados para sua construção estivessem contemplados nas variáveis do Questionário Básico do Censo Demográfico/IBGE.

Quadro 1 - Matriz de Indicadores escolhidos no trabalho

	INDICADOR	CÁLCULO
Demográficas	Pirâmides etárias populacionais*	
	Razão de Sexo	(Número de residentes do Sexo Masculino / Número de residentes do Sexo Feminino) x 100
	Proporção da População Residente por Raça/Cor	(Número de residente por Raça/Cor / Número de residentes total) x 100
	Índice de Envelhecimento	(Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade / Número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade) x 100
	Razão de dependência	(Número de pessoas residentes de 0 a 14 anos e de 60 e mais anos de idade / Número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade) x100
Sócio-econômicas	Proporção de pobres	(População residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo/ População total residente) x100
	Proporção de Responsáveis por Domicílio Analfabetos	(Número de responsáveis por domicílios particulares permanentes que são analfabetos / Número de responsáveis por Domicílios Particulares Permanentes) x 100
Ambientais	Cobertura de esgotamento sanitário	(População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio/ População total residente em domicílios particulares permanentes) x100
	Cobertura de coleta de lixo	(População residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio/ População total residente em domicílios particulares permanentes) x 100

*A Pirâmides etárias populacionais não são a rigor indicadores, mas representações gráficas da distribuição de pessoas residentes em determinado local, separada por grupo etário e sexo (PONTES et al., 2009).

4.5 DADOS PARA CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

Como destacado, optou-se pela inclusão no estudo de indicadores baseados em variáveis contempladas no questionário Básico do Censo Demográfico/IBGE. Esta opção foi motivada pela possibilidade de reduzir o volume de dados e planilhas utilizadas sem prejuízo para o Objetivo Geral do trabalho. Todos os dados referem-se ao Censo de 2010. A obtenção das planilhas foi feita diretamente no *site* do IBGE (<http://www.ibge.gov.br>), na opção Downloads → Estatísticas → Censos → Censo Demográfico 2010 → Resultados do Universo → Agregados por Setores Censitários → Unidade da Federação: RJ. No mesmo *site* foi obtida ainda a planilha de classificação dos setores censitários como AGSNs ou não na opção Downloads → Estatísticas → Censos → Censo Demográfico 2010 → Aglomerados Subnormais.

Para a construção dos mapas, foram obtidos os *shapes* para o município do Rio de Janeiro dividido por R.A., C.A.P. e AGSNs no *site* do Armazém de Dados do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (<http://portalgeo.rio.rj.gov.br>), opção Portal Geo → Mapa Digital do Rio de Janeiro (CADLOG). No mesmo site foi obtida planilha para a classificação das R.A. por C.A.P.

Quadro 2 - Variáveis para construção dos indicadores da Matriz de Indicadores, segundo Planilha de obtenção do Censo/IBGE 2010

Variável do Indicador	Planilha IBGE	Variável da Planilha	
População residente total	Pessoa 13	V01	
População residente Feminina	Pessoa 12	V01	
População residente masculina	Pessoa 11	V01	
População Residente por Faixa Etária	Pessoa 12 para o Sexo Feminino, Pessoa 13 para o Sexo Masculino	V024 – v038 V039 – V043 V044 – V048 V049 – V053 V054 – V058 V059 – V063 V064 – V068	0 – 4 5 – 9 10 – 14 15-19 20 – 24 25 – 29 30 – 34

		V069 – V073	35 – 39
		V074 – V078	40 – 44
		V079 – V083	45 – 49
		V084 – V088	50 – 54
		V089 – V093	55 – 59
		V094 – V098	60 – 64
		V099 – V103	65 – 69
		V104 – V108	70 – 74
		V109 – V113	75 – 79
		V114 – V134	80 ou +
População Residente 60 ou mais	Pessoa 13	V094 – v134	
População Residente menor 15 anos	Pessoa 13	V024 – V048	
População Residentes de 15 a59 anos de idade	Pessoa 13	V049 – v093	
População com renda familiar per capita ate ½ SM	Entorno 04	V683 – V686	
Total de pessoas responsáveis	Responsavel 02	V001	
Total de pessoas responsáveis alfabetizadas	Responsavel 02	V093	
População coberta por rede de esgoto ou fossa	Domicilio 02	V017 - V018	
População coberta por Serviçode Coleta de Lixo	Domicilio 02	V030	

4.6 PROCEDIMENTOS

Os Mapas foram construídos no programa ArcMap versão 9.3 e o tratamento das planilhas contendo os Resultados do Universo para o estado do Rio de Janeiro foi realizado com auxílio dos programas Excell e Access 2007.

Procedimentos realizados no Access 2007:

- Seleção dos setores para apenas o município do Rio de Janeiro;
- Classificação dos Setores Censitários como Aglomerados Subnormais ou não;
- Classificação dos Setores Censitários por Coordenação de Área Programática;
- Integração das planilhas dos Resultados do Universo utilizando o número do Setor Censitário como chave primária para o relacionamento;
- Exclusão de todas as variáveis que não seriam utilizadas para construção dos indicadores escolhidos;
- Exportação do Banco de Dados final.

Procedimentos realizados no Excell 2007:

- Cálculo dos Indicadores utilizando o recurso de Macros;
- Construção e Edição das Tabelas utilizando o recurso de Tabelasdinâmicas;
- Construção e Edição dos Gráficos.

4.7 O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A cidade do Rio de Janeiro está situada a 22º54'23" de latitude sul e 43º10'21" de longitude oeste, no município do mesmo nome. Atualmente é capital do Estado do Rio de Janeiro. É banhada pelo oceano Atlântico ao sul, pela Baía de Guanabara a leste e pela Baía de Sepetiba a oeste. Sua área de extensão é de 1255,3 Km2 e é sede da Região Metropolitana também nomeada Rio de Janeiro, da qual fazem parte 17 municípios ao redor.

O Rio de Janeiro foi mencionado oficialmente em 1502 quando a segunda expedição portuguesa chegou ao Brasil, porém apenas a partir de 1530 a corte portuguesa envia expedição para povoamento da região. O começo da cidade gerou em torno da atual Praça Quinze e do Morro de São Januário, mais tarde nomeado Morro do Castelo e tem sua fundação oficial em 1º de março de 1565 com o nome de cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro por Estácio de Sá.

No decorrer dos séculos a cidade ganha importância econômica por conta de sua região portuária, que serve como instrumento logístico para a exportação colonial de açúcar, ouro e café e, posteriormente, com a industrialização do país com a importação de insumos e maquinário e a exportação de produtos manufaturados. A cidade cresce também em poderio político, tendo sido capital do Brasil entre os anos de 1763 e 1960 e do Reino Unido de Portugal e dos Algarves entre 1808 e 1815, quando da presença da família real no Brasil.

Com a criação de Brasília em 1960 e o crescimento de São Paulo, cai na hierarquia do poderio político e econômico no país, sem deixar, contudo, de ser uma das principais cidades brasileiras. Atualmente o Rio de Janeiro é capital do estado do Rio de Janeiro, a segunda maior metrópole brasileira e mantém-se como centro social e cultural do país, sendo ainda um dos principais concentradores de fluxo turístico.

Seu histórico de crescimento e urbanização tem a característica de desordenamento e produção de desigualdades espaciais. Sua expansão demográfica não foi acompanhada de expansão das fronteiras, nem de políticas sociais eficazes, o que gerou juntamente à especulação imobiliária e demais fatores um processo de favelização de diversas áreas na cidade. Hoje o Rio de Janeiro é o município com o maior número de residentes em favelas do Brasil. As favelas do Rio de Janeiro tem a característica de não seguir o modelo centro-periferia, crescendo em todo o território municipal e o surgimento de um “círculo inferior”, economias subterrâneas baseadas na informalidade e na ilegalidade para suprir necessidades da população não garantidas pela estrutura pública.

A divisão político-administrativa do município em Regiões Administrativas tem data de referencia inicial em 1961, ainda antes da fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara. À época o então governador Carlos Lacerda institui em caráter experimental as R.A. de São Cristóvão, Campo Grande e Lagoa com a finalidade de “Coordenação dos Serviços Locais”. No decorrer dos anos, através de Leis e Decretos a cidade reconfigura-se, estando desde 2010 com uma divisão político-administrativa de 5 Áreas de Planejamento (APs), 7 subprefeituras, 33 Regiões Administrativas (R.A.) e 160 bairros.

Em 1993 a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro cria ainda dez Áreas de Planejamento (AP) com estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as Coordenações de Áreas de Planejamento (C.A.P.). Tal

divisão, que não segue critérios populacionais, “deveria propiciar maior facilidade para o exercício da fiscalização e da proposição de políticas de saúde para este município e também deveria ampliar o leque de estratégias operacionais, capazes de permitir o efetivo Controle Social por meio da criação dos dez Conselhos Distritais de Saúde”. Na no Quadro 2, a seguir, segue esquematizada a divisão político-administrativa do município em APs, R.A., Bairros e ainda a classificação por C.A.P. Ressalta-se que dessas unidades de agregação, neste trabalho foram utilizadas as C.A.P. e as R.A.. No Mapa1 a seguir também podem ser observados os limites territoriais dessa divisão.

Quadro 3 - O Município do Rio de Janeiro dividido em Regiões Administrativas (R.A.) e Coordenações de Área de Planejamento (C.A.P.)

C.A.P.	R.A.
C.A.P. 1.0	Centro
	Ilha De Paquetá
	Portuária
	Rio Comprido
	Santa Teresa
	São Cristovão
C.A.P. 2.1	Botafogo
	Copacabana
	Lagoa
	Rocinha
C.A.P. 2.2	Tijuca
	Vila Isabel
C.A.P. 3.1	Complexo Do Alemão
	Ilha Do Governador
	Maré
	Penha
	Ramos
	Vigário Geral
TOTAL C.A.P. 3.2	Inhaúma
	Jacarezinho
	Méier
C.A.P. 3.3	Anchieta
	Irajá
	Madureira

	Pavuna
C.A.P. 4	Barra Da Tijuca
	Cidade De Deus
	Jacarepaguá
C.A.P. 5.1	Bangu
	Realengo
C.A.P. 5.2	Campo Grande
	Guaratiba
C.A.P. 5.3	Santa Cruz

5 SOBRE O CENSO

O Censo Demográfico é uma operação de levantamento geográfico e estatístico para sistematização do quadro territorial e investigação das características dos domicílios e da população brasileira. Trata-se de uma operação desafiadora, se levadas em consideração a heterogeneidade e a dimensão territorial do país. O Censo é realizado atualmente de 10 em 10 anos e desde 1940 está sob responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), criado em 1936 (Ibge, 2011).

Para a realização do Censo, o IBGE prepara previamente um sistema integrado de mapas, cadastros e bancos de dados para dar organização e sustentação espacial às atividades de planejamento operacional, coleta, apuração dos dados e divulgação. Tal sistema, denominado “Base Territorial”, tem como unidade territorial o Setor Censitário, definido pelo IBGE como:

a unidade territorial de controle cadastral da coleta, constituída por áreas contíguas, respeitando-se os limites da divisão político-administrativa, do quadro urbano e rural legal e de outras estruturas territoriais de interesse, além dos parâmetros de dimensão mais adequados à operação de coleta. (IBGE, 2011, p. 1).

O Censo 2010 foi realizado no período compreendido entre 1º de agosto e 30 de outubro de 2010, tendo como data de referência o dia 31 de julho de 2010, através de entrevista presencial realizada por recenseador treinado para registrar as respostas em computadores de mão portáteis ou, pela primeira vez, respondido pela internet. Sua metodologia contou, entre outros instrumentos, com dois questionários, o Questionário Básico e o Questionário da Amostra. O questionário Básico continha 37 perguntas e foi aplicado a todas as unidades domiciliares não selecionadas para a amostra. Já o Questionário da Amostra continha 108 perguntas, incluindo as perguntas do questionário Básico. Dentre as abordagens conceituais do Censo 2010, está a de Aglomerados Subnormais (AGSN), utilizada no presente trabalho (IBGE, 2010).

O conceito de AGSN surgiu a partir de reuniões do IBGE com instituições governamentais e acadêmicas no final da década de 1980, tendo sido utilizado pela primeira vez no Censo de 1991. De acordo com o IBGE (2010), entende-se por Aglomerado Subnormal:

um conjunto constituído de, no mínimo, 51 (cinquenta e uma) unidades habitacionais (barracos, casas...) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. A identificação dos Aglomerados Subnormais deve ser feita com base nos seguintes critérios:

- a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e
- b) Possuírem pelo menos uma das seguintes características: urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; e precariedade de serviços públicos essenciais.

Os Aglomerados Subnormais podem se enquadrar, observados os critérios de padrões de urbanização e/ou de precariedade de serviços públicos essenciais, nas seguintes categorias: a) invasão; b) loteamento irregular ou clandestino; e c) áreas invadidas e loteamentos irregulares e clandestinos regularizados em período recente.

Como pode ser percebido, embora o conceito de AGSN seja com frequência vinculados às favelas brasileiras, ele é mais abrangente, de forma a agregar diversos assentamentos irregulares, como invasões, vilas, grotas, entre outros. Para identificação e classificação dos AGSN foram utilizadas algumas estratégias: uso de imagens de satélite; pesquisa para Levantamento de Informações Territoriais; instituições de Comissões Municipais de Geografia e Estatística (CMGEs), reuniões com Prefeituras, entre outros. Ressalta-se que o município do Rio de Janeiro foi o segundo com maior concentração de domicílios em AGSN no país, ficando atrás apenas de São Paulo.

6 RESULTADOS

6.1 POPULAÇÃO RESIDENTE

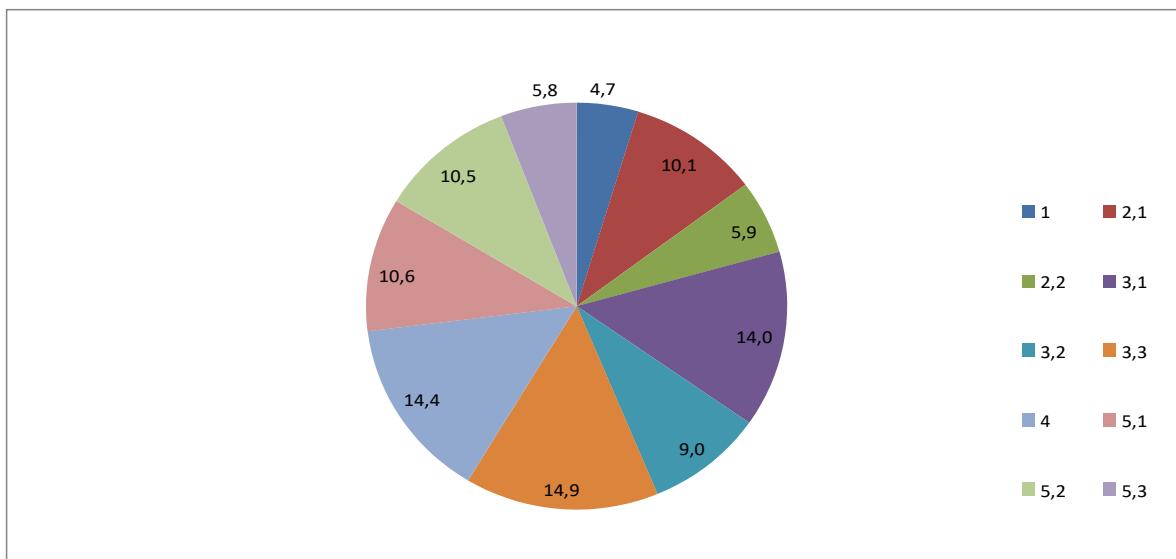
De acordo com o Censo 2010, no município do Rio de Janeiro residiam em 2010 6.320.446 pessoas, sendo 2.959.817 (46,8%) do sexo feminino e 3.360.629 (53,2) do sexo feminino. O número de residentes Total e por sexo encontra-se na Tabela 1, assim como a porcentagem que o contingente populacional representa em porcentagem referente ao universo do Município do Rio de Janeiro. Destaca-se que tanto em relação à população total quanto por sexo, foi mais populosa a R.A. de Campo Grande. Na Tabela 2, o mesmo pode ser observado para as C.A.P., também representadas no Gráfico 1. Dentre as C.A.P., destaca-se a 3.3, que não agrupa a R.A. de Campo Grande.

Tabela 1 - População Residente por Coordenação de Área Programática (C.A.P.), Total e por Sexo - Rio de Janeiro - 2010

C.A.P.	População total		População Feminina		População Masculina	
	n	%	n	%	n	%
1	297.976	4,7	141.342	4,8	156.634	4,7
2.1	638.050	10,1	283.623	9,6	354.427	10,5
2.2	371.120	5,9	163.603	5,5	207.517	6,2
3.1	886.551	14,0	422.277	14,3	464.274	13,8
3.2	569.970	9,0	261.014	8,8	308.956	9,2
3.3	942.051	14,9	436.888	14,8	505.163	15,0
4	909.955	14,4	432.878	14,6	477.077	14,2
5.1	671.041	10,6	322.777	10,9	348.264	10,4
5.2	665.198	10,5	318.210	10,8	346.988	10,3
5.3	368.534	5,8	177.205	6,0	191.329	5,7
TOTAL RIO DE JANEIRO	6.320.446	-	2.959.817	-	3.360.629	-

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 1 - Porcentagem da População Residente por Coordenação de Área Programática (CAP),- Rio de Janeiro - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Tabela 2 - População Residente por Região Administrativa (R.A.) e Coordenação de Área Programática, Total e por Sexo - Rio de Janeiro - 2010

C.A.P	R.A.	População total		População Feminina		População Masculina	
		n	% Rio	n	% Rio	n	% Rio
1	CENTRO	41.142	0,7%	19.289	0,7%	21.853	0,7%
	ILHA DE PAQUETÁ	3.361	0,1%	1.629	0,1%	1.732	0,1%
	PORTUÁRIA	48.664	0,8%	23.435	0,8%	25.229	0,8%
	RIO COMPRIDO	78.975	1,2%	36.548	1,2%	42.427	1,3%
	SANTA TERESA	40.926	0,6%	19.247	0,7%	21.679	0,6%
	SÃO CRISTOVÃO	84.908	1,3%	41.194	1,4%	43.714	1,3%
2.1	BOTAFOGO	239.729	3,8%	105.433	3,6%	134.296	4,0%
	COPACABANA	161.191	2,6%	68.944	2,3%	92.247	2,7%
	LAGOA	167.774	2,7%	75.034	2,5%	92.740	2,8%
	ROCINHA	69.356	1,1%	34.212	1,2%	35.144	1,0%
2.2	TIJUCA	181.810	2,9%	79.776	2,7%	102.034	3,0%
	VILA ISABEL	189.310	3,0%	83.827	2,8%	105.483	3,1%
3.1	COMPLEXO DO ALEMÃO	69.143	1,1%	33.800	1,1%	35.343	1,1%
	ILHA DO GOVERNADOR	212.574	3,4%	99.965	3,4%	112.609	3,4%
	MARÉ	129.770	2,1%	63.743	2,2%	66.027	2,0%
	PENHA	185.716	2,9%	88.609	3,0%	97.107	2,9%
	RAMOS	153.177	2,4%	71.153	2,4%	82.024	2,4%
	VIGÁRIO GERAL	136.171	2,2%	65.007	2,2%	71.164	2,1%

3.2	INHAÚMA	134.349	2,1%	61.957	2,1%	72.392	2,2%
	JACAREZINHO	37.839	0,6%	18.236	0,6%	19.603	0,6%
	MÉIER	397.782	6,3%	180.821	6,1%	216.961	6,5%
3.3	ANCHIETA	158.318	2,5%	74.195	2,5%	84.123	2,5%
	IRAJÁ	202.952	3,2%	92.654	3,1%	110.298	3,3%
	MADUREIRA	371.968	5,9%	171.289	5,8%	200.679	6,0%
	PAVUNA	208.813	3,3%	98.750	3,3%	110.063	3,3%
4	BARRA DA TIJUCA	300.823	4,8%	144.136	4,9%	156.687	4,7%
	CIDADE DE DEUS	36.515	0,6%	17.189	0,6%	19.326	0,6%
	JACAREPAGUÁ	572.617	9,1%	271.553	9,2%	301.064	9,0%
5.1	BANGU	428.035	6,8%	208.541	7,0%	219.494	6,5%
	REALENGÓ	243.006	3,8%	114.236	3,9%	128.770	3,8%
5.2	CAMPO GRANDE	542.084	8,6%	258.078	8,7%	284.006	8,5%
	GUARATIBA	123.114	1,9%	60.132	2,0%	62.982	1,9%
5.3	SANTA CRUZ	368.534	5,8%	177.205	6,0%	191.329	5,7%
Total RIO DE JANEIRO		6.320.446	100,0%	2.959.817	100,0%	3.360.629	100,0%

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

6.2 POPULAÇÃO RESIDENTE EM AGSN

Na tabela 3 é apresentada a população residente em AGSN, bem como o percentual que essa população representa em relação ao município. Tal apresentação é categorizada pela C.A.P. e pela R.A. de residência. Destaca-se que a R.A. da Rocinha é considerada 100% AGSN, tendo sido a maior em porcentagem, com 69.356 residentes. Em segundo, aparece a R.A. Complexo do Alemão, com 58.312 residentes (84,3%). No nível da C.A.P., a que mais apresentou população residente em AGSN foi a 3.1, com 340.178 residentes (38,4%). Como complemento, a tabela apresenta também o Restante da População, não residente em AGSN, para a qual a Região do Centro apresentou 41.142 (100%) da população não residente em AGSN. Em segundo, aparece a R.A. de Botafogo, com 224.349 (93,3%).

A partir do Gráfico 2, tomando como exemplo a C.A.P. 3.1 e suas R.A., pode ser comparada a Proporção de residentes em AGSN nestes diferentes níveis de agregação dos dados. Tanto a proporção da C.A.P. quanto das R.A., apresentaram maiores do que o nível municipal, destacando-se sobre as demais as R.A. do Complexo do Alemão e da Ilha do Governador. O Gráfico 3, semelhante ao dois, para as outras C.A.P. e R.A. encontra-se no Anexo 1.

Nos Mapas 2 e 3 (Anexo 4), pode ser observada a representação cartográfica da Proporção de residentes em A.G.S.N no nível da C.A.P. e das R.A.. Percebe-se que num nível menor de agregação dos dados, isto é, no nível das R.A., a classificação de alguns contingentes territoriais muda de classificação. Chama atenção principalmente as R.A. Rocinha, Jacarezinho e Complexo do Alemão, que anteriormente alocadas na segunda classe, passam para a quinta.

Gráfico 2 - Proporção da População residente em Aglomerados Subnormais (A.G.S.N) e Proporção do Restante da População - Rio de Janeiro, CAP 3.1 e RAs



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Tabela 3 - Residentes em Aglomerados Subnormais, Restante dos Residentes e Total dos Residentes - Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010

R.A. / C.A.P.	Residentes em A.G.S.N	% Residentes em A.G.S.N	Restante Dos Residentes	% Restante Residentes	Total Residentes
Centro	0	0,0%	41.142	100,0%	41.142
Ilha De Paquetá	908	27,0%	2.453	73,0%	3.361
Portuária	21.010	43,2%	27.654	56,8%	48.664
Rio Comprido	28.856	36,5%	50.119	63,5%	78.975
Santa Teresa	10.938	26,7%	29.988	73,3%	40.926
São Cristovão	37.922	44,7%	46.986	55,3%	84.908
TOTAL C.A.P. 1	99.634	33,4%	198.342	66,6%	297.976
Botafogo	15.380	6,4%	224.349	93,6%	239.729
Copacabana	14.335	8,9%	146.856	91,1%	161.191
Lagoa	17.350	10,3%	150.424	89,7%	167.774
Rocinha	69.356	100,0%	-	0,0%	69.356
TOTAL C.A.P. 2.1	116.421	18,2%	521.629	81,8%	638.050
Tijuca	26.246	14,4%	155.564	85,6%	181.810
Vila Isabel	31.093	16,4%	158.217	83,6%	189.310

TOTAL C.A.P. 2.2	57.339	15,5%	313.781	84,5%	371.120
Complexo Do Alemão	58.312	84,3%	10.831	15,7%	69.143
Ilha Do Governador	62.766	29,5%	149.808	70,5%	212.574
Maré	77.036	59,4%	52.734	40,6%	129.770
Penha	55.346	29,8%	130.370	70,2%	185.716
Ramos	46.301	30,2%	106.876	69,8%	153.177
Vigário Geral	40.417	29,7%	95.754	70,3%	136.171
TOTAL C.A.P. 3.1	340.178	38,4%	546.373	61,6%	886.551
Inhaúma	19.325	14,4%	115.024	85,6%	134.349
Jacarezinho	32.455	85,8%	5.384	14,2%	37.839
Méier	46.469	11,7%	351.313	88,3%	397.782
TOTAL C.A.P. 3.2	98.249	17,2%	471.721	82,8%	569.970
Anchieta	20.507	13,0%	137.811	87,0%	158.318
Irajá	26.818	13,2%	176.134	86,8%	202.952
Madureira	53.770	14,5%	318.198	85,5%	371.968
Pavuna	89.119	42,7%	119.694	57,3%	208.813
TOTAL C.A.P. 3.3	190.214	20,2%	751.837	79,8%	942.051
Barra Da Tijuca	61.624	20,5%	239.199	79,5%	300.823
Cidade De Deus	3.431	9,4%	33.084	90,6%	36.515
Jacarepaguá	163.732	28,6%	408.885	71,4%	572.617
TOTAL C.A.P. 4	228.787	25,1%	681.168	74,9%	909.955
Bangu	89.398	20,9%	338.637	79,1%	428.035
Realengo	32.130	13,2%	210.876	86,8%	243.006
TOTAL C.A.P. 5.1	121.528	18,1%	549.513	81,9%	671.041
Campo Grande	60.725	11,2%	481.359	88,8%	542.084
Guaratiba	27.979	22,7%	95.135	77,3%	123.114
TOTAL C.A.P. 5.2	88.704	13,3%	576.494	86,7%	665.198
Santa Cruz	53.279	14,5%	315.255	85,5%	368.534
TOTAL C.A.P. 5.3	53.279	14,5%	315.255	85,5%	368.534
TOTAL RIO DE JANEIRO	1.394.333	22,1%	4.926.113	77,9%	6.320.446

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

6.3 PIRÂMIDES ETÁRIAS

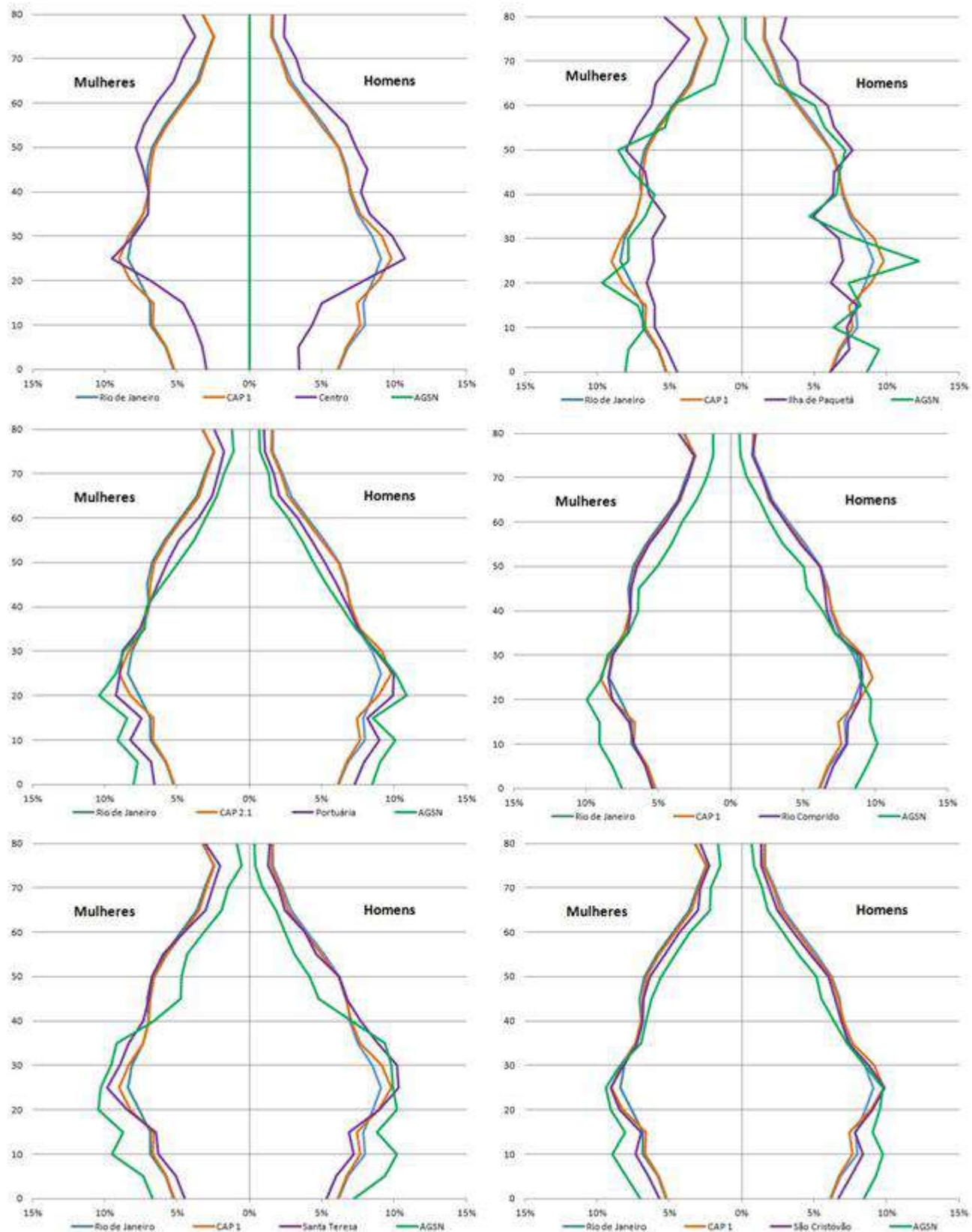
As Pirâmides Etárias representam o primeiro indicador da Matriz de Indicadores escolhida. Uma Pirâmide Etária, se pensada a partir de uma divisão das faixas etárias em três blocos, permite a comparação entre populações jovens, adultas e envelhecidas, respectivamente pela base, corpo e topo da pirâmide. Diversos fatores podem resultar na mudança de estrutura de uma pirâmide, como a mortalidade diferenciada entre sexos ou faixa etária, a exemplo da mortalidade infantil, a migração, a expectativa de vida, a fecundidade, entre outros. No processo de transição demográfica brasileira, observa-se um processo de estreitamento da base e alargamento do corpo e do topo, indicando um envelhecimento populacional.

Esta transição está diretamente relacionada à transição epidemiológica e, no que diz respeito à ao serviço de saúde, influencia a demanda pelos serviços, bem como a necessidade de mudança de direcionalidade das políticas.

No Gráfico 3, a seguir, foram comparadas as Pirâmides Etárias do Município do Rio de Janeiro, da C.A.P. 1.0, de cada R.A. dentro da C.A.P. 1.0 e do conjunto de AGSN dentro de cada R.A.. Destaca-se que em todas, o conjunto de AGSN demonstrou corpo ou base mais alargada do que os demais níveis de agregação, excetuando-se a comparação das pirâmides referentes à R.A. Centro, que não possui residentes em AGSN e à R.A. Ilha de Paquetá, que não apresentou padrão de distribuição populacional. No Anexo 2 podem ser encontradas as pirâmides para todas as outras C.A.P. e R.A. (Gráficos 4, 5, 6, 7 e 8).

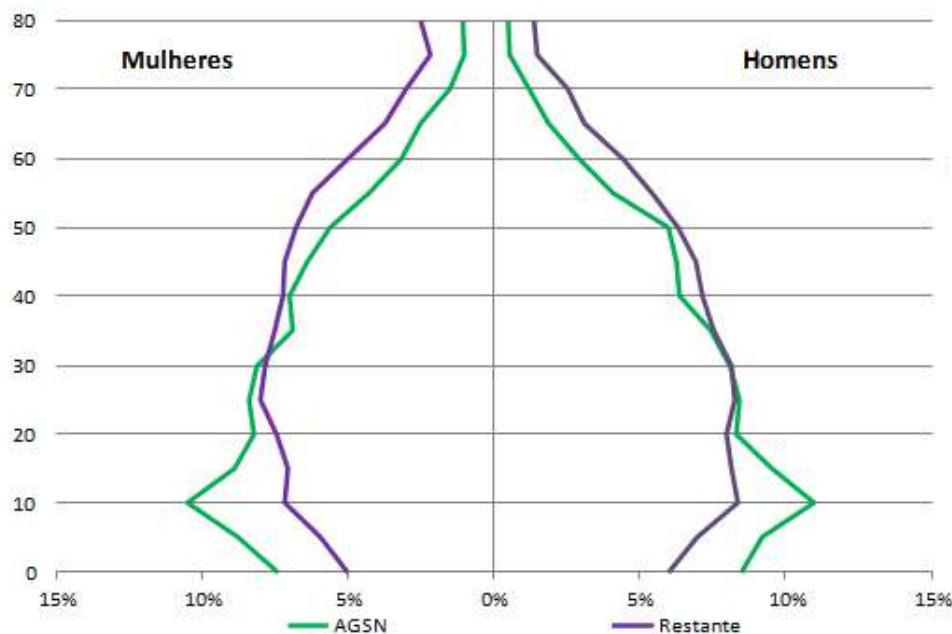
Num esforço de desagregação ainda maior, como exemplo, toma-se no Gráfico 9 a R.A. de Anchieta para comparação entre a Pirâmide da População residente em AGSN e do restante da população, isto é, não residente em AGSN. Pode-se perceber que as diferenças se acentuam entre base, corpo e topo da pirâmide, indicando populações com diferente estruturas etárias territorialmente referenciadas dentro de uma mesma R.A.

Gráfico 3 - Pirâmides Etárias - Rio de Janeiro, CAP 1, RAs e AGSN - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 4 - Pirâmides Etárias - População residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - Anchieta - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

6.4 RAZÃO DE SEXO

A Razão de Sexo é um indicador que expressa a relação quantitativa entre o sexo masculino e o sexo feminino. Valores superiores a 100 indicam predominância do sexo masculino, menores do que 100, a predominância do sexo feminino e iguais a 100 a inexistência de predominância entre os sexos. Na Tabela 4 podem ser analisadas as Razões totais para o Município do Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A., bem como as Razões para a população residente em AGSN e restante da população. Destaca-se entre as R.A. a Rocinha como a maior e Copacabana como a menor razão total; a Ilha de Paquetá como maior e o Rio Comprido como menor razão nos AGSN; e Copacabana como a menor e São Cristóvão como a maior razão da população não residente em AGSN. Destaca-se principalmente que, excetuando-se São Cristóvão, Bangu e Maré, no nível das R.A. a razão de Sexos para o conjunto de AGSN foi sempre maior do que a Razão de Sexos para o restante da população, tendo a Razão de Sexos Total como intermediária. Deve-se considerar ainda que em Bangu e Maré, a razão para AGSN permaneceu ocupando a primeira posição. Ou seja, São Cristóvão foi a única R.A. com predominância do sexo masculino.

No nível das C.A.P. e no nível municipal tal padrão se manteve, não sendo observada nenhuma exceção. As C.A.P. com maior e menor razão total foram respectivamente as C.A.P. 5.1 e 2.1; com maior e menor razão entre os AGSN, foram as C.A.P. 4.0 e 2.2; e com maior e menor razão da população não residente em AGSN, as C.A.P. 5.1 e 2.2.

Tabela 4 - Razão de Sexo - AGSN e Restante da População - Rio de Janeiro, C.A.P. e Ras - 2010

	Razão de Sexo AGSN	Razão de Sexo Restante	Razão de Sexo Total
Centro	-	88,3	88,3
Ilha De Paquetá	109,7	88,8	94,1
Portuária	93,3	92,6	92,9
Rio Comprido	89,1	84,5	86,1
Santa Teresa	92,1	87,6	88,8
São Cristovão	90,4	97,4	94,2
TOTAL C.A.P. 1	91,0	89,9	90,2
Botafogo	93,6	77,6	78,5
Copacabana	100,9	72,5	74,7
Lagoa	92,4	79,7	80,9
Rocinha	97,3	-	97,3
TOTAL C.A.P. 2.1	96,5	76,7	80,0
Tijuca	89,2	76,5	78,2
Vila Isabel	87,1	78,0	79,5
TOTAL C.A.P. 2.2	88,1	77,3	78,8
Complexo Do Alemão	97,1	88,2	95,6
Ilha Do Governador	93,4	86,9	88,8
Maré	96,0	97,3	96,5
Penha	106,0	85,6	91,2
Ramos	93,5	84,0	86,7
Vigário Geral	101,9	87,2	91,3
TOTAL C.A.P. 3.1	97,6	87,0	91,0
Inhaúma	91,6	84,6	85,6
Jacarezinho	93,7	88,9	93,0
Méier	92,6	82,2	83,3
TOTAL C.A.P. 3.2	92,7	82,9	84,5
Anchieta	90,9	87,8	88,2
Irajá	91,5	82,9	84,0
Madureira	91,2	84,4	85,4
Pavuna	92,7	87,5	89,7
TOTAL C.A.P. 3.3	91,9	85,2	86,5
Barra Da Tijuca	100,4	89,9	92,0
Cidade De Deus	96,1	88,2	88,9
Jacarepaguá	100,0	86,5	90,2
TOTAL C.A.P. 4	100,1	87,8	90,7
Bangu	92,9	95,6	95,0
Realengo	93,5	88,0	88,7
TOTAL C.A.P. 5.1	93,0	92,6	92,7
Campo Grande	95,0	90,4	90,9
Guaratiba	96,9	95,1	95,5

TOTAL C.A.P. 5.2	95,6	91,1	91,7
Santa Cruz	95,8	92,1	92,6
TOTAL C.A.P. 5.3	95,8	92,1	92,6
TOTAL RIO DE JANEIRO	95,3	86,1	88,1

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Os Mapas 4 e 5 (Anexo 4) representam cartograficamente a Razão de Sexos Total no nível das C.A.P. e R.A.. A redução do nível de agregação reclassifica alguns territórios para classes inferiores, como a R.A. de Guaratiba, e outros para classes superiores, como a R.A. de Copacabana. Entretanto, nenhum Território chega a mudar mais do que uma classe para cima ou para baixo.

6.5 POPULAÇÃO RESIDENTE POR RAÇA/COR

A raça/cor da pessoa é reconhecidamente um determinante em Saúde Pública, pela potencialidade que vem sendo demonstrada para indicar iniquidades, sobretudo desfavorecendo a população negra, sendo esta considerada o somatório das populações preta e parda. Neste trabalho buscou-se observar a composição da população por Raça/Cor, expressando na Tabela 7 a porcentagem de cada uma delas no nível das C.A.P., R.A. e do Município, tendo como referência a população total de cada um desses contingentes.

Sem a pretensão de descrever como se deu a distribuição de todas as raças em cada nível de agregação, chama-se atenção para o fato de a desagregação do indicador do nível municipal para o nível das C.A.P. e em seguida para o nível das

R.A. ter sido sempre acompanhada da identificação de territórios com maior composição da população negra. Como exemplo, toma-se a C.A.P. 4.0 no Gráfico 10, em que pode ser observada para a R.A. Cidade de Deus uma porcentagem de negros 50% maior que a do Rio de Janeiro, 74% maior que a C.A.P. 4.0 e 164% maior que a R.A. Barra da Tijuca, que compõe a mesma R.A.. Gráficos semelhantes para as outras C.A.P. e R.A. encontram-se no Anexo 3.

Num esforço maior de classificação, observa-se no Gráfico 12 a Porcentagem por Raça/Cor da R.A. Lagoa classificada em AGSN e Restante da População, chegando a porcentagem da população negra residente em AGSN na Lagoa a ser mais de 5 vezes maior do que a porcentagem da população Negra daqueles que não vivem em AGSN.

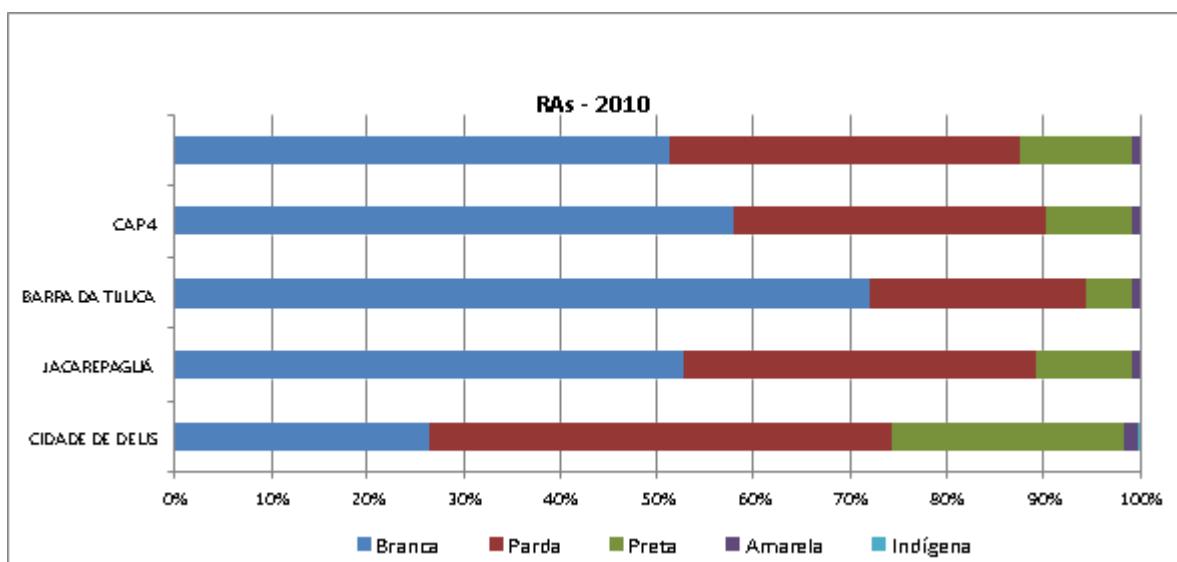
Tabela 5 - População residente e % da População Residente por Raça/Cor - Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010

R.A. /C.A.P.	Branca	% Branca	Parda	% Parda	Preta	% Preta	Amarela	% Amarela	Indígena	%Indígena	População total
Centro	24.026	58,4%	3.956	9,6%	327	0,8%	12.643	30,7%	165	0,4%	41.117
Ilha De Paquetá	1.724	54,2%	305	9,6%	6	0,2%	1.142	35,9%	4	0,1%	3.181
Portuária	21.302	43,8%	6.076	12,5%	316	0,6%	20.911	43,0%	59	0,1%	48.664
Rio Comprido	39.151	49,6%	11.149	14,1%	965	1,2%	27.625	35,0%	81	0,1%	78.971
Santa Teresa	21.509	52,6%	4.954	12,1%	384	0,9%	13.956	34,1%	123	0,3%	40.926
São Cristovão	37.003	44,5%	12.744	15,3%	948	1,1%	32.260	38,8%	109	0,1%	83.064
TOTAL C.A.P. 1	144.715	48,9%	39.184	13,2%	2.946	1,0%	108.537	36,7%	541	0,2%	295.923
Botafogo	189.234	78,9%	10.696	4,5%	2.118	0,9%	37.168	15,5%	513	0,2%	239.729
Copacabana	127.700	79,2%	7.346	4,6%	899	0,6%	25.011	15,5%	235	0,1%	161.191
Lagoa	138.091	82,3%	7.302	4,4%	752	0,4%	21.485	12,8%	143	0,1%	167.773
Rocinha	27.416	39,5%	7.110	10,3%	588	0,8%	34.182	49,3%	60	0,1%	69.356
TOTAL C.A.P. 2.1	482.441	75,6%	32.454	5,1%	4.357	0,7%	117.846	18,5%	951	0,1%	638.049
Tijuca	134.605	74,1%	12.682	7,0%	1.260	0,7%	32.899	18,1%	204	0,1%	181.650
Vila Isabel	129.843	68,6%	14.453	7,6%	1.293	0,7%	43.487	23,0%	212	0,1%	189.288
TOTAL C.A.P. 2.2	264.448	71,3%	27.135	7,3%	2.553	0,7%	76.386	20,6%	416	0,1%	370.938
Complexo Do Alemão	22.993	33,3%	11.930	17,3%	583	0,8%	33.600	48,6%	37	0,1%	69.143
Ilha Do Governador	120.564	56,8%	16.435	7,7%	1.500	0,7%	73.336	34,6%	316	0,1%	212.151
Maré	48.795	37,6%	15.181	11,7%	1.162	0,9%	64.511	49,7%	116	0,1%	129.765
Penha	88.576	47,7%	27.155	14,6%	1.649	0,9%	68.209	36,7%	122	0,1%	185.711
Ramos	77.190	50,4%	16.700	10,9%	1.171	0,8%	57.998	37,9%	118	0,1%	153.177
Vigário Geral	55.033	40,4%	22.480	16,5%	1.604	1,2%	56.976	41,8%	78	0,1%	136.171
TOTAL C.A.P. 3.1	413.151	46,6%	109.881	12,4%	7.669	0,9%	354.630	40,0%	787	0,1%	886.118
Inhaúma	66.946	49,8%	17.943	13,4%	770	0,6%	48.522	36,1%	168	0,1%	134.349
Jacarezinho	12.435	32,9%	8.663	22,9%	451	1,2%	16.241	42,9%	49	0,1%	37.839
Méier	233.049	58,6%	43.161	10,9%	2.103	0,5%	118.716	29,9%	498	0,1%	397.527
TOTAL C.A.P. 3.2	312.430	54,8%	69.767	12,2%	3.324	0,6%	183.479	32,2%	715	0,1%	569.715
Anchieta	64.341	40,6%	22.973	14,5%	1.271	0,8%	69.636	44,0%	97	0,1%	158.318
Irajá	105.605	52,0%	25.652	12,6%	1.465	0,7%	70.013	34,5%	217	0,1%	202.952
Madureira	171.460	46,1%	54.622	14,7%	2.112	0,6%	143.489	38,6%	280	0,1%	371.963
Pavuna	76.897	36,9%	31.984	15,4%	1.912	0,9%	97.240	46,7%	151	0,1%	208.184
TOTAL C.A.P. 3.3	418.303	44,4%	135.231	14,4%	6.760	0,7%	380.378	40,4%	745	0,1%	941.417
Barra Da Tijuca	216.691	72,0%	14.445	4,8%	1.893	0,6%	67.432	22,4%	300	0,1%	300.761

Cidade De Deus	9.642	26,4%	8.887	24,3%	465	1,3%	17.454	47,8%	67	0,2%	36.515
Jacarepaguá	301.331	52,6%	57.826	10,1%	3.571	0,6%	209.221	36,5%	645	0,1%	572.594
TOTAL C.A.P. 4	527.664	58,0%	81.158	8,9%	5.929	0,7%	294.107	32,3%	1.012	0,1%	909.870
Bangu	164.260	38,5%	61.490	14,4%	3.280	0,8%	197.687	46,3%	321	0,1%	427.038
Realengo	104.574	43,0%	33.091	13,6%	1.518	0,6%	103.613	42,6%	207	0,1%	243.003
TOTAL C.A.P. 5.1	268.834	40,1%	94.581	14,1%	4.798	0,7%	301.300	45,0%	528	0,1%	670.041
Campo Grande	225.432	41,6%	67.527	12,5%	3.840	0,7%	244.571	45,1%	524	0,1%	541.894
Guaratiba	50.252	40,9%	13.207	10,7%	880	0,7%	58.411	47,5%	120	0,1%	122.870
TOTAL C.A.P. 5.2	275.684	41,5%	80.734	12,1%	4.720	0,7%	302.982	45,6%	644	0,1%	664.764
Santa Cruz	125.573	34,1%	53.307	14,5%	3.415	0,9%	185.797	50,4%	417	0,1%	368.509
TOTAL C.A.P. 5.3	125.573	34,1%	53.307	14,5%	3.415	0,9%	185.797	50,4%	417	0,1%	368.509
TOTAL RIO DE JANEIRO	3.233.243	51,2%	723.432	11,5%	46.47	0,7%	2.305.44	36,5%	6.756	0,1%	6.315.344
					1			2			

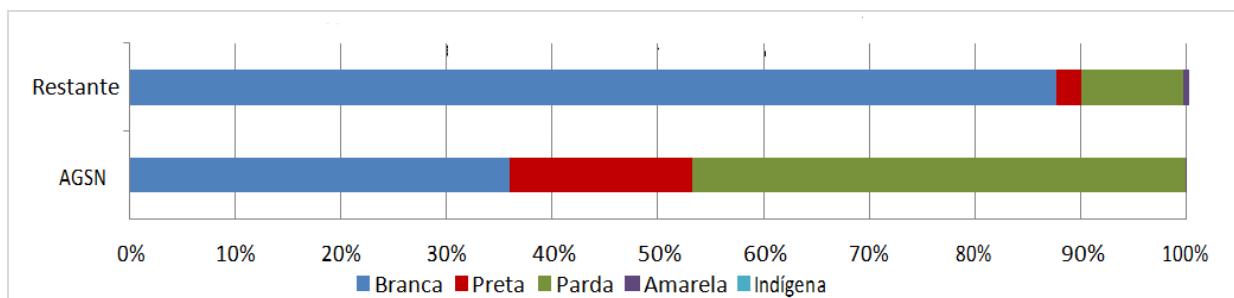
Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 5 - Proporção da População por Raça/Cor - Rio de Janeiro, CAP 4.0 e suas RAs - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 6 - Proporção da População residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e restante da População residente na Lagoa por Raça/Cor 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

6.6 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

O Índice de Envelhecimento relaciona os grupos etários de uma população. Valores acima de 100 indicam predominância dos idosos, enquanto valores abaixo de 100 indicam predominância dos jovens.

Na Tabela 10 podem ser comparados o Índice Total e separado para a população residente em AGSN e restante da população para o Município do Rio de Janeiro, para as C.A.P. e R.A., bem como observar o total de pessoas em cada uma das faixas etárias utilizadas para a construção do índice. Observa-se ter sido o Índice para AGSN invariavelmente menor do que o índice do restante da população, em

qualquer nível de agregação. Também chama a atenção ter sido o maior valor encontrado de 41,6 para a população residente em AGSN na R.A. da Ilha de Paquetá, quando o índice total chegou a 306,8 na R.A. Copacabana e o índice do restante da população a 387,5 na mesma R.A., respectivamente 12,6 e 15,9 vezes maior do que o índice dos residentes em AGSN, como pode ser observado no Gráfico 13.

No gráfico 12 encontra-se outro exemplo de como a análise em níveis mais desagregados favorece a identificação de realidades diferentes dentro de um mesmo território, sendo destacada a R.A. do Centro com um índice total 2,6 vezes maior que o do município do Rio de Janeiro enquanto a R.A. Portuária com 0,6 do índice da C.A.P.. Novamente conseguimos através da análise espacial expressa nos Mapas 6 e 7 (Anexo 4) perceber que recortes territoriais no nível das R.A. reclassificariam, determinados continentes, se comparadas com o nível das C.A.P.. Na comparação desses mapas destaca-se novamente a C.A.P. 1.0, que no nível das R.A. passa a ter tanto a R.A. Portuária reposicionada duas classes acima, quanto a R.A. Centro, duas classes abaixo.

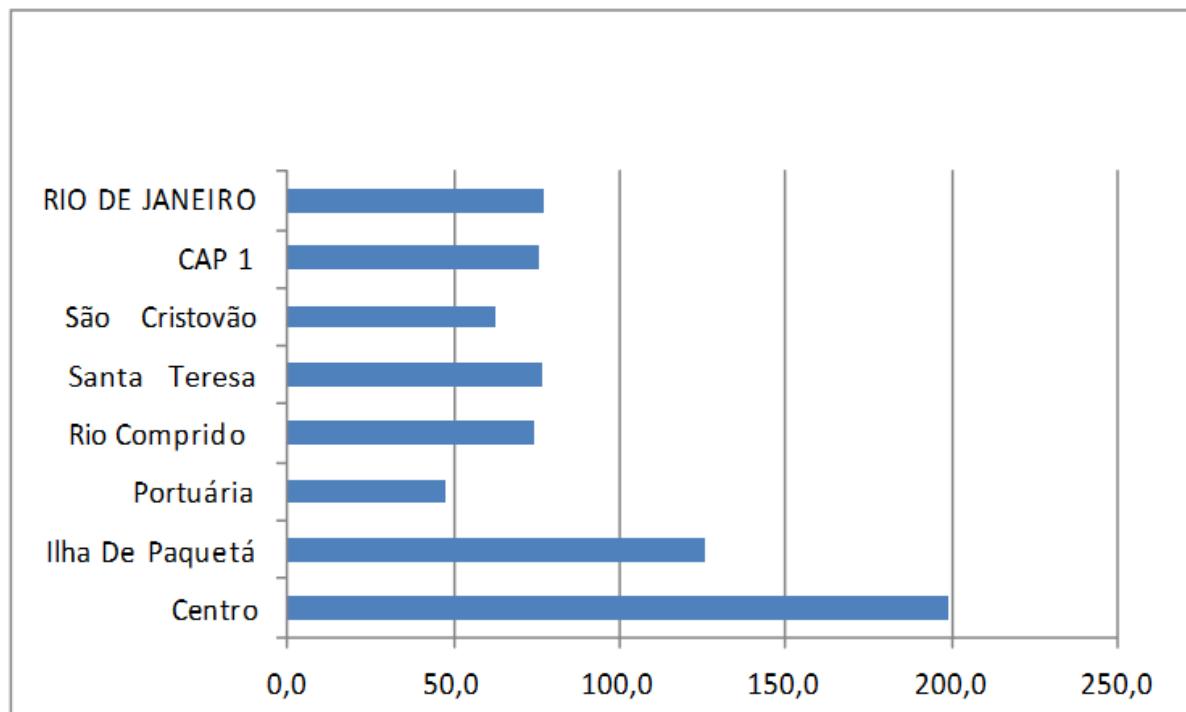
Tabela 6 - Total de Pessoas residentes com 60 ou mais e até 15 anos de idade e Índice de Envelhecimento – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010

R.A. /C.A.P.	60 ou mais			Menores de 15			Índice de Envelhecimento		
	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante
Centro	8645	0	8645	4340		4340	199,2	-	199,2
Ilha De Paquetá	727	89	638	577	214	363	126,0	41,6	175,8
Portuária	5279	1712	3567	11114	5497	5617	47,5	31,1	63,5
Rio Comprido	11586	2469	9117	15537	7594	7943	74,6	32,5	114,8
Santa Teresa	5373	760	4613	7000	2742	4258	76,8	27,7	108,3
São Cristovão	10866	3566	7300	17392	9712	7680	62,5	36,7	95,1
TOTAL C.A.P. 1	42476	8596	33880	55960	25759	30201	75,9	33,4	112,2
Botafogo	55683	1273	54410	27017	3779	23238	206,1	33,7	234,1
Copacabana	47173	834	46339	15377	3419	11958	306,8	24,4	387,5
Lagoa	40489	1428	39061	21526	4222	17304	188,1	33,8	225,7
Rocinha	3901	3901	0	17042	17042	0	22,9	22,9	-
TOTAL C.A.P. 2.1	147246	7436	139810	80962	28462	52500	181,9	26,1	266,3
Tijuca	42955	2084	40871	24153	7038	17115	177,8	29,6	238,8
Vila Isabel	38912	2373	36539	27351	8353	18998	142,3	28,4	192,3
TOTAL C.A.P. 2.2	81867	4457	77410	51504	15391	36113	159,0	29,0	214,4
Complexo Do Alemão	5560	4213	1347	17923	15603	2320	31,0	27,0	58,1
Ilha Do Governador	32297	5324	26973	38796	15392	23404	83,2	34,6	115,2
Maré	9026	5806	3220	33147	19198	13949	27,2	30,2	23,1
Penha	27921	4109	23812	34672	13169	21503	80,5	31,2	110,7
Ramos	23768	3168	20600	30186	12841	17345	78,7	24,7	118,8
Vigário Geral	17664	2844	14820	29071	10457	18614	60,8	27,2	79,6
TOTAL C.A.P. 3.1	116236	25464	90772	183795	86660	97135	63,2	29,4	93,4
Inhaúma	20863	1208	19655	26518	5725	20793	78,7	21,1	94,5
Jacarezinho	3299	2729	570	9083	7852	1231	36,3	34,8	46,3
Méier	73641	4010	69631	64210	12136	52074	114,7	33,0	133,7
TOTAL C.A.P. 3.2	97803	7947	89856	99811	25713	74098	98,0	30,9	121,3
Anchieta	22117	1683	20434	32667	5656	27011	67,7	29,8	75,7

Irajá	35214	2018	33196	35241	7256	27985	99,9	27,8	118,6
Madureira	60047	4452	55595	70536	14288	56248	85,1	31,2	98,8
Pavuna	23604	6645	16959	49870	25391	24479	47,3	26,2	69,3
TOTAL C.A.P. 3.3	140982	14798	126184	188314	52591	135723	74,9	28,1	93,0
Barra Da Tijuca	40246	2832	37414	54729	15410	39319	73,5	18,4	95,2
Cidade De Deus	3800	167	3633	9157	1014	8143	41,5	16,5	44,6
Jacarepaguá	71901	8914	62987	112892	42242	70650	63,7	21,1	89,2
TOTAL C.A.P. 4	115947	11913	104034	176778	58666	118112	65,6	20,3	88,1
Bangu	52319	7707	44612	90254	24016	66238	58,0	32,1	67,4
Realengo	32570	2780	29790	50358	8437	41921	64,7	33,0	71,1
TOTAL C.A.P. 5.1	84889	10487	74402	140612	32453	108159	60,4	32,3	68,8
Campo Grande	63339	4500	58839	118450	16945	101505	53,5	26,6	58,0
Guaratiba	11674	1965	9709	30767	7411	23356	37,9	26,5	41,6
TOTAL C.A.P. 5.2	75013	6465	68548	149217	24356	124861	50,3	26,5	54,9
Santa Cruz	37839	3719	34120	93100	15996	77104	40,6	23,2	44,3
TOTAL C.A.P. 5.3	37839	3719	34120	93100	15996	77104	40,6	23,2	44,3
TOTAL RIO DE JANEIRO	940298	101282	839016	1220053	366047	854006	77,1	27,7	98,2

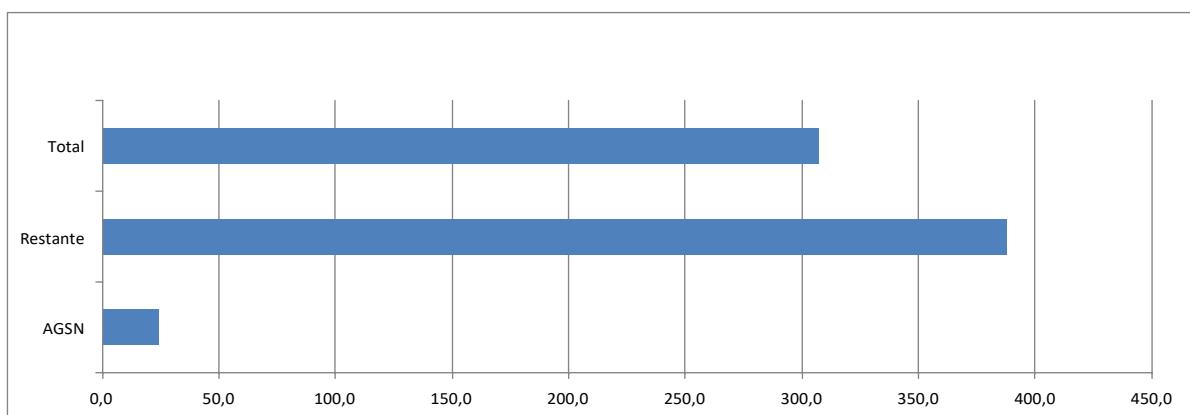
Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 7 - Razão de Dependência - Rio de Janeiro, CAP 1.0 e suas RAs - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 8 - Razão de Dependência em Copacabana - Total, para População Residente em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

6.7 PROPORÇÃO DE POBRES

A proporção de pobres utiliza o ponto de corte de até metade do salário mínimo como renda familiar mensal per capita para classificar as populações em estado de pobreza. Quanto maior a proporção de pobres, indica-se que há mais

pessoas em condições precárias de sobrevivência, com consequências diretas para a saúde. Na Tabela 11 a seguir são apresentados o número de pessoas classificadas como pobres (n), a população residente e a Proporção de pobres para

R.A. e C.A.P., bem como para o município do Rio de Janeiro. Chama atenção a concentração dessas população na região oeste do município do Rio de Janeiro, como pode ser observado nos Mapas 8 e 9 (Anexo 4), que mais uma vez apresentam o mesmo indicador para estas duas agregações populacionais. Também chama atenção o fato de que em diversas R.A. e C.A.P., o índice restante ter sido maior do que o dos a AGSN e o total, como pode ser observado no Gráfico 14, comparando as R.A. do Complexo do Alemão e Cidade de Deus.

6.8 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

A razão de dependência ao relacionar a parcela da população potencialmente inativa com a parcela da população potencialmente produtiva é um indicador que mede qual a parcela do contingente populacional os ativos estão sustentando. A Tabela 11 a seguir traz o total de residentes nas duas faixas etárias usadas para construir o indicador e a razão de dependência para Município, R.A. e C.A.P., também categorizadas como total e estratificada para residentes em AGSN e Restante da população. O indicador quase invariavelmente está entre as dezenas de 40 e 50, para todos os agregados populacionais e em qualquer estratificação. Chama atenção as R.A. de Copacabana e da Ilha de Paquetá, que apresentam Razão de Dependência da população não residente em AGSN 56% maior do que a Razão de Dependência dos residentes em AGSN, como pode ser observado no Gráfico 15. Na comparação dos Mapas 10 e 11 (Anexo 4) mais uma vez observa-se a reclassificação de contingentes territoriais a partir da desagregação do indicador da C.A.P. para as R.A., com destaque para a Ilha de Paquetá.

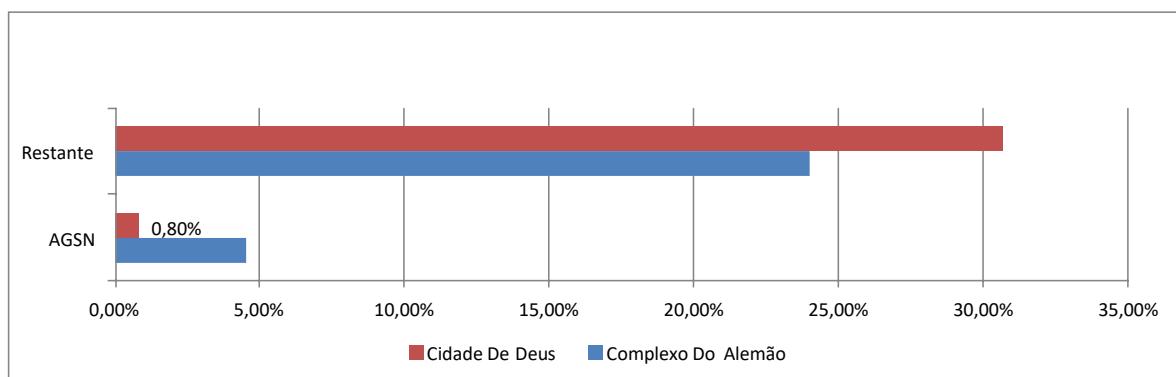
Tabela 7 - Pessoas residentes classificadas como pobres, População Residente e Proporção de Pobres – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010

R.A. /C.A.P.	n pobres			População Residente			Proporção de Pobres		
	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante
Centro	2566	0	2566	41142	0	41142	6,2%	0,0%	6,2%
Ilha De Paquetá	549	233	316	3361	908	2453	16,3%	25,7%	12,9%
Portuária	7181	1100	6081	48664	21010	27654	14,8%	5,2%	22,0%
Rio Comprido	5479	206	5273	78975	28856	50119	6,9%	0,7%	10,5%
Santa Teresa	2648	303	2345	40926	10938	29988	6,5%	2,8%	7,8%
São Cristovão	6003	445	5558	84908	37922	46986	7,1%	1,2%	11,8%
TOTAL C.A.P. 1	24426	2287	22139	297976	99634	198342	8,2%	2,3%	11,2%
Botafogo	3369	0	3369	239729	15380	224349	1,4%	0,0%	1,5%
Copacabana	2092	0	2092	161191	14335	146856	1,3%	0,0%	1,4%
Lagoa	2776	84	2692	167774	17350	150424	1,7%	0,5%	1,8%
Rocinha	1728	1728	0	69356	69356	0	2,5%	2,5%	-
TOTAL C.A.P. 2.1	9965	1812	8153	638050	116421	521629	1,6%	1,6%	1,6%
Tijuca	3279	61	3218	181810	26246	155564	1,8%	0,2%	2,1%
Vila Isabel	5532	0	5532	189310	31093	158217	2,9%	0,0%	3,5%
TOTAL C.A.P. 2.2	8811	61	8750	371120	57339	313781	2,4%	0,1%	2,8%
Complexo Do Alemão	5214	2617	2597	69143	58312	10831	7,5%	4,5%	24,0%
Ilha Do Governador	16364	6310	10054	212574	62766	149808	7,7%	10,1%	6,7%
Maré	26595	10161	16434	129770	77036	52734	20,5%	13,2%	31,2%
Penha	26181	9608	16573	185716	55346	130370	14,1%	17,4%	12,7%
Ramos	14353	2102	12251	153177	46301	106876	9,4%	4,5%	11,5%
Vigário Geral	23520	3911	19609	136171	40417	95754	17,3%	9,7%	20,5%
TOTAL C.A.P. 3.1	112227	34709	77518	886551	340178	546373	12,7%	10,2%	14,2%
Inhaúma	21108	2767	18341	134349	19325	115024	15,7%	14,3%	15,9%
Jacarezinho	1650	0	1650	37839	32455	5384	4,4%	0,0%	30,6%
Méier	30222	1847	28375	397782	46469	351313	7,6%	4,0%	8,1%
TOTAL C.A.P. 3.2	52980	4614	48366	569970	98249	471721	9,3%	4,7%	10,3%

Anchieta	31028	3673	27355	158318	20507	137811	19,6%	17,9%	19,8%
Irajá	18962	0	18962	202952	26818	176134	9,3%	0,0%	10,8%
Madureira	47282	801	46481	371968	53770	318198	12,7%	1,5%	14,6%
Pavuna	33202	10739	22463	208813	89119	119694	15,9%	12,1%	18,8%
TOTAL C.A.P. 3.3	130474	15213	115261	942051	190214	751837	13,8%	8,0%	15,3%
Barra Da Tijuca	20281	8601	11680	300823	61624	239199	6,7%	14,0%	4,9%
Cidade De Deus	10185	29	10156	36515	3431	33084	27,9%	0,8%	30,7%
Jacarepaguá	67137	27572	39565	572617	163732	408885	11,7%	16,8%	9,7%
TOTAL C.A.P. 4	97603	36202	61401	909955	228787	681168	10,7%	15,8%	9,0%
Bangu	102694	30946	71748	428035	89398	338637	24,0%	34,6%	21,2%
Realengo	47656	6286	41370	243006	32130	210876	19,6%	19,6%	19,6%
TOTAL C.A.P. 5.1	150350	37232	113118	671041	121528	549513	22,4%	30,6%	20,6%
Campo Grande	129022	20574	108448	542084	60725	481359	23,8%	33,9%	22,5%
Guaratiba	34600	5265	29335	123114	27979	95135	28,1%	18,8%	30,8%
TOTAL C.A.P. 5.2	163622	25839	137783	665198	88704	576494	24,6%	29,1%	23,9%
Santa Cruz	123946	17323	106623	368534	53279	315255	33,6%	32,5%	33,8%
TOTAL C.A.P. 5.3	123946	17323	106623	368534	53279	315255	33,6%	32,5%	33,8%
TOTAL RIO DE JANEIRO	874404	175292	699112	6320446	1394333	4926113	13,8%	12,6%	14,2%

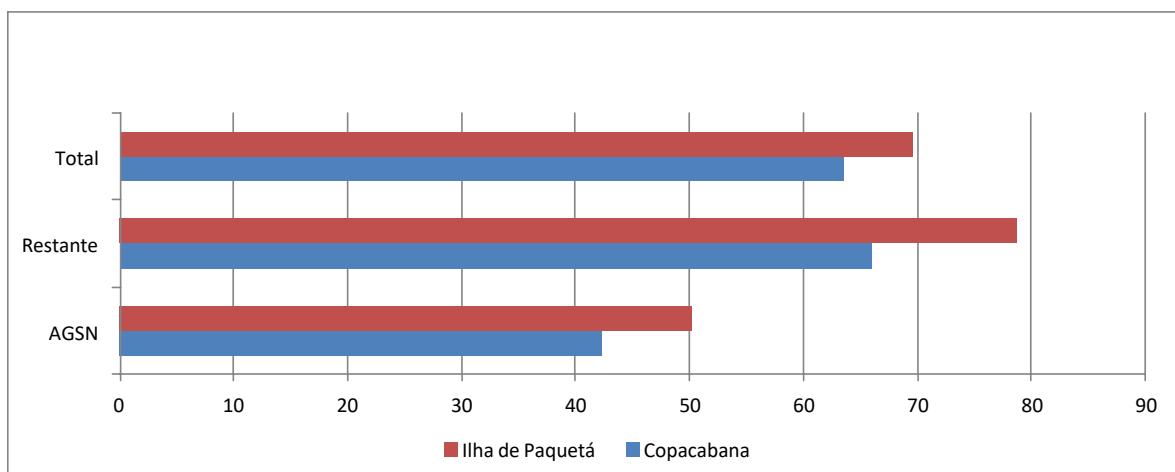
Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 9 - Proporção de Pobres em Aglomerados Subnormais nas RAs Cidade de Deus e Complexo do Alemão



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Gráfico 10 - Razão de Dependência Total, para residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - RAs Copacabana e Ilha de Paquetá - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

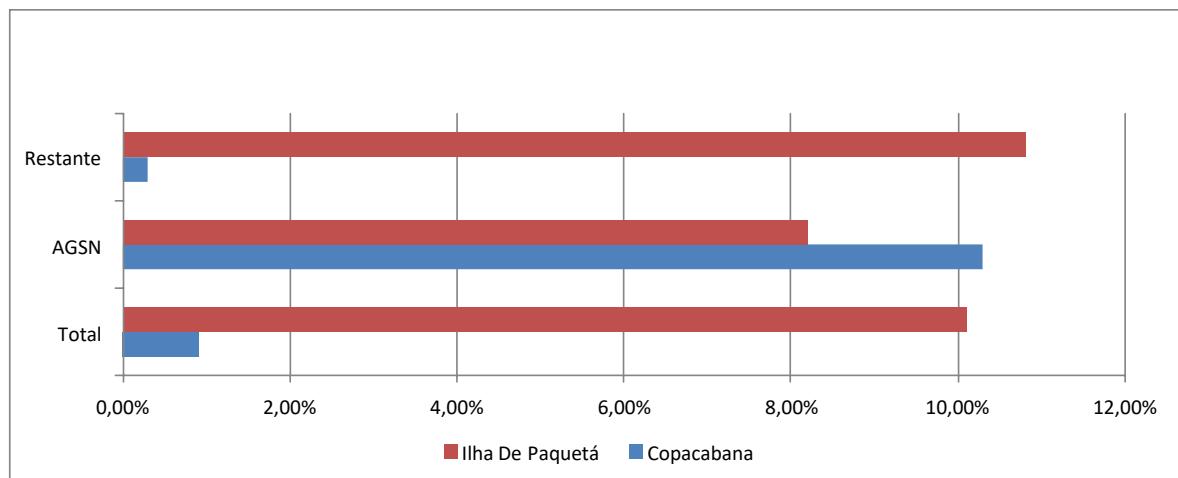
6.9 PROPORÇÃO DE RESPONSÁVEIS ANALFABETOS

O nível educacional influencia positivamente a Situação de Saúde de uma população e a proporção de Responsáveis Analfabetos é uma boa estimativa do seu nível educacional. Quanto maior a proporção, maior o número de domicílios cujo responsável é analfabeto.

A tabela 13 a seguir apresenta o total de Responsáveis analfabetos, o Total de Responsáveis e Proporção de Responsáveis Analfabetos para R.A., C.A.P. e Município. A reclassificação de contingentes territoriais na desagregação do indicador

da C.A.P. para as R.A. pode ser observada nos Mapas 12 e 13 (Anexo 4), com destaque para a R.A. da Rocinha que muda da primeira para a ultima classe e a C.A.P. 1.0, que na desagregação teve a R.A. do Rio Comprido mantida na mesma classe, porém teve as R.A. Portuária e Ilha de Paquetá que desceram duas classes, a R.A. São Cristóvão, que desceu uma e ainda as R.A. de Santa Teresa e Centro, que subiram uma classe. Chama atenção o fato de, excetuando a R.A. da Ilha de Paquetá, a Proporção ter sido sempre maior para residentes em AGSN, seguida da Proporção Total e da Proporção do restante da população.

Gráfico 11 - Proporção de Responsáveis Analfabetos Total, por Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - RAs Ilha de Paquetá e Copacabana - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Tabela 8 - Total de Pessoas residentes entre 0 e 14 ou com mais de 60 anos, Total de Pessoas Residentes entre 15 e 59 anos e Razão de Dependência – Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010

R.A. /C.A.P.	Residentes 0 a 14 ou mais de 60 anos			Residentes 15 a 59 anos			Razão de Dependência		
	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante
Centro	12985	0	12985	28113	0	28113	46,2	0,0	46,2
Ilha De Paquetá	1304	303	1001	1875	604	1271	69,5	50,2	78,8
Portuária	16393	7209	9184	32218	13769	18449	50,9	52,4	49,8
Rio Comprido	27123	10063	17060	51784	18763	33021	52,4	53,6	51,7
Santa Teresa	12373	3502	8871	28520	7423	21097	43,4	47,2	42,0
São Cristovão	28258	13278	14980	54711	24592	30119	51,6	54,0	49,7
TOTAL C.A.P. 1	98436	34355	64081	197221	65151	132070	49,9	52,7	48,5
Botafogo	82700	5052	77648	156874	10313	146561	52,7	49,0	53,0
Copacabana	62550	4253	58297	98548	10064	88484	63,5	42,3	65,9
Lagoa	62015	5650	56365	105636	11674	93962	58,7	48,4	60,0
Rocinha	20943	20943	0	48294	48294	0	43,4	43,4	-
TOTAL C.A.P. 2.1	228208	35898	192310	409352	80345	329007	55,7	44,7	58,5
Tijuca	67108	9122	57986	114412	17084	97328	58,7	53,4	59,6
Vila Isabel	66263	10726	55537	122880	20326	102554	53,9	52,8	54,2
TOTAL C.A.P. 2.2	133371	19848	113523	237292	37410	199882	56,2	53,1	56,8
Complexo Do Alemão	23483	19816	3667	45571	38415	7156	51,5	51,6	51,2
Ilha Do Governador	71093	20716	50377	140922	42000	98922	50,4	49,3	50,9
Maré	42173	25004	17169	87396	51906	35490	48,3	48,2	48,4
Penha	62593	17278	45315	122970	38012	84958	50,9	45,5	53,3
Ramos	53954	16009	37945	99100	30238	68862	54,4	52,9	55,1
Vigário Geral	46735	13301	33434	89319	27085	62234	52,3	49,1	53,7
TOTAL C.A.P. 3.1	300031	112124	187907	585278	227656	357622	51,3	49,3	52,5
Inhaúma	47381	6933	40448	86864	12371	74493	54,5	56,0	54,3
Jacarezinho	12382	10581	1801	25414	21841	3573	48,7	48,4	50,4
Méier	137851	16146	121705	259344	30261	229083	53,2	53,4	53,1
TOTAL C.A.P. 3.2	197614	33660	163954	371622	64473	307149	53,2	52,2	53,4
Anchieta	54784	7339	47445	103392	13140	90252	53,0	55,9	52,6
Irajá	70455	9274	61181	132343	17518	114825	53,2	52,9	53,3

Madureira	130583	18740	111843	241080	34986	206094	54,2	53,6	54,3
Pavuna	73474	32036	41438	134476	56337	78139	54,6	56,9	53,0
TOTAL C.A.P. 3.3	329296	67389	261907	611291	121981	489310	53,9	55,2	53,5
Barra Da Tijuca	94975	18242	76733	205512	43312	162200	46,2	42,1	47,3
Cidade De Deus	12957	1181	11776	23508	2244	21264	55,1	52,6	55,4
Jacarepaguá	184793	51156	133637	387192	112336	274856	47,7	45,5	48,6
TOTAL C.A.P. 4	292725	70579	222146	616212	157892	458320	47,5	44,7	48,5
Bangu	142573	31723	110850	285073	57564	227509	50,0	55,1	48,7
Realengo	82928	11217	71711	159833	20871	138962	51,9	53,7	51,6
TOTAL C.A.P. 5.1	225501	42940	182561	444906	78435	366471	50,7	54,7	49,8
Campo Grande	181789	21445	160344	359554	39195	320359	50,6	54,7	50,1
Guaratiba	42441	9376	33065	80297	18570	61727	52,9	50,5	53,6
TOTAL C.A.P. 5.2	224230	30821	193409	439851	57765	382086	51,0	53,4	50,6
Santa Cruz	130939	19715	111224	237153	33483	203670	55,2	58,9	54,6
TOTAL C.A.P. 5.3	130939	19715	111224	237153	33483	203670	55,2	58,9	54,6
TOTAL RIO DE JANEIRO	2160351	467329	1693022	4150178	924591	3225587	52,1	50,5	52,5

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Tabela 9 - Responsáveis analfabetos, Total de Responsáveis e Proporção de Analfabetos - Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População - 2010

R.A. /C.A.P.	Responsáveis Analfabetos			Total de Responsáveis			Proporção de Responsáveis Analfabetos		
	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante
Centro	311		311	19656	0	19656	1,6%	0,0%	1,6%
Ilha De Paquetá	127	26	101	1253	319	934	10,1%	8,2%	10,8%
Portuária	984	638	346	15772	6588	9184	6,2%	9,7%	3,8%
Rio Comprido	1088	690	398	26193	8576	17617	4,2%	8,0%	2,3%
Santa Teresa	374	185	189	15349	3468	11881	2,4%	5,3%	1,6%
São Cristovão	1342	930	412	26909	11934	14975	5,0%	7,8%	2,8%
TOTAL C.A.P. 1	4226	2469	1757	105132	30885	74247	4,0%	8,0%	2,4%
Botafogo	782	400	382	102649	4612	98037	0,8%	8,7%	0,4%
Copacabana	648	478	170	72325	4662	67663	0,9%	10,3%	0,3%
Lagoa	592	407	185	67940	5588	62352	0,9%	7,3%	0,3%
Rocinha	1918	1918	0	23404	23404	0	8,2%	8,2%	-
TOTAL C.A.P. 2.1	3940	3203	737	266318	38266	228052	1,5%	8,4%	0,3%
Tijuca	950	603	347	68354	7601	60753	1,4%	7,9%	0,6%
Vila Isabel	1452	993	459	69860	9151	60709	2,1%	10,9%	0,8%
TOTAL C.A.P. 2.2	2402	1596	806	138214	16752	121462	1,7%	9,5%	0,7%
Complexo Do Alemão	1963	1799	164	21048	17514	3534	9,3%	10,3%	4,6%
Ilha Do Governador	2588	1674	914	71793	20136	51657	3,6%	8,3%	1,8%
Maré	4128	2608	1520	41750	25016	16734	9,9%	10,4%	9,1%
Penha	1711	976	735	58601	14553	44048	2,9%	6,7%	1,7%
Ramos	1792	1102	690	51277	13708	37569	3,5%	8,0%	1,8%
Vigário Geral	1768	1003	765	42643	10640	32003	4,1%	9,4%	2,4%
TOTAL C.A.P. 3.1	13950	9162	4788	287112	101567	185545	4,9%	9,0%	2,6%
Inhaúma	1175	464	711	44974	5775	39199	2,6%	8,0%	1,8%
Jacarezinho	755	679	76	11368	9638	1730	6,6%	7,0%	4,4%
Méier	2497	1091	1406	137623	13199	124424	1,8%	8,3%	1,1%
TOTAL C.A.P. 3.2	4427	2234	2193	193965	28612	165353	2,3%	7,8%	1,3%
Anchieta	1226	320	906	51741	6212	45529	2,4%	5,2%	2,0%
Irajá	1432	669	763	69121	8090	61031	2,1%	8,3%	1,3%
Madureira	2879	1160	1719	124487	15881	108606	2,3%	7,3%	1,6%

Pavuna	3495	2553	942	66428	26848	39580	5,3%	9,5%	2,4%
TOTAL C.A.P. 3.3	9032	4702	4330	311777	57031	254746	2,9%	8,2%	1,7%
Barra Da Tijuca	2608	1600	1008	106163	20131	86032	2,5%	7,9%	1,2%
Cidade De Deus	665	86	579	11391	1008	10383	5,8%	8,5%	5,6%
Jacarepaguá	7447	4858	2589	191909	53075	138834	3,9%	9,2%	1,9%
TOTAL C.A.P. 4	10720	6544	4176	309463	74214	235249	3,5%	8,8%	1,8%
Bangu	5135	2033	3102	132870	27693	105177	3,9%	7,3%	2,9%
Realengo	2429	730	1699	79561	9902	69659	3,1%	7,4%	2,4%
TOTAL C.A.P. 5.1	7564	2763	4801	212431	37595	174836	3,6%	7,3%	2,7%
Campo Grande	6284	1447	4837	171801	18019	153782	3,7%	8,0%	3,1%
Guaratiba	2696	803	1893	37706	8468	29238	7,2%	9,5%	6,5%
TOTAL C.A.P. 5.2	8980	2250	6730	209507	26487	183020	4,3%	8,5%	3,7%
Santa Cruz	5957	1374	4583	112692	15563	97129	5,3%	8,8%	4,7%
TOTAL C.A.P. 5.3	5957	1374	4583	112692	15563	97129	5,3%	8,8%	4,7%
TOTAL RIO DE JANEIRO	71198	36297	34901	2146611	426972	1719639	3,3%	8,5%	2,0%

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

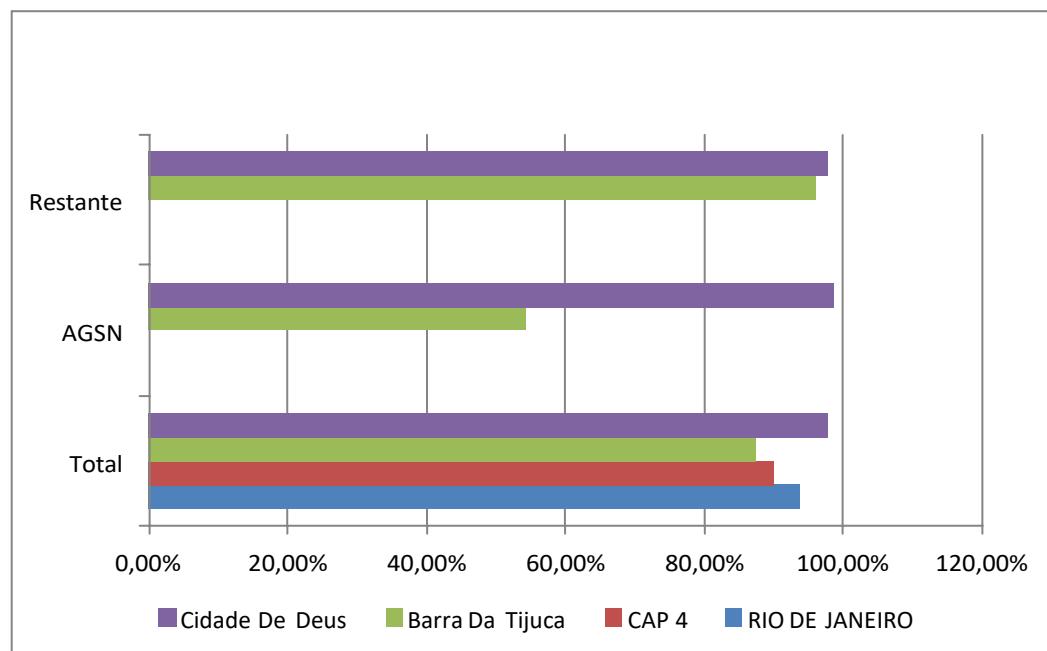
6.10 COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

Este Indicador mede a cobertura populacional da disposição adequada ao esgotamento sanitário, sendo este entendido como rede coletora ou fossa séptica. É considerado um dos principais indicadores ambientais, devido ao fato de indicar exposição a condições sanitárias de vida ou não. Na Tabela 14 a seguir são apresentados a População que dispõe de Esgotamento Sanitário, a População Residente e a Cobertura do Índice, calculado a partir dos dados anteriores. Observa-se que apesar da cobertura do Município do Rio de Janeiro ser consideravelmente alta, alguns territórios destacam-se, como pode ser observado nos Mapas 14 e 15 (Anexo 4). Destaca-se principalmente no Mapa 14 um padrão claro de redução da Cobertura à medida que se afasta da Zona Norte-Sul-Central em direção à Zona Oeste. No entanto, ao desagregar os indicador para o nível das R.A. novos elementos se agregam à análise, com destaque para a reclassificação da R.A. Rocinha na C.A.P. 2.1 e da R.A. da Barra da Tijuca na C.A.P. 4.0.

Tomando-se como exemplo a C.A.P.4.0, pode-se observar que a desagregação da R.A. em AGSN e Restante da população permite uma olhar mais direcionado para a realidade local ainda. No Gráfico 17 compara-se a cobertura total do Município do Rio de Janeiro, a Cobertura Total da C.A.P. 4.0 e a Cobertura das

R.A. Barra da Tijuca e Cidade de Deus, sendo estas classificadas também para residentes em AGSN e Restante da População. No gráfico fica claro que o indicador total no nível do Município ou da C.A.P. não expressa a situação dos residentes em AGSN na R.A. Barra da Tijuca, que chegam a ter cobertura de Esgotamento Sanitário de apenas 58% comparada ao município e 57% comparada aos não residentes em AGSN na mesma R.A.. O gráfico chama atenção ainda pela disparidade da Barra da Tijuca, considerada uma área nobre no município, em Relação à Cidade de Deus, considerada uma área de favela. A cobertura da Barra foi menor do que a da Cidade de Deus, tanto Total quanto categorizada por morar ou não em AGSN, mas chama a atenção principalmente este último.

Gráfico 12 - Cobertura do Esgotamento Sanitário - Rio de Janeiro, CAP 4.0 e RAs Barra da Tijuca e Cidade de Deus - 2010



Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Tabela 10 - População que dispõe de Esgotamento Sanitário, População Residente e Cobertura de Esgotamento Sanitário - Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População – Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010

R.A. /C.A.P.	População Coberta			População Residente			% Coberta		
	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante
Centro	40696		40696	41142		41142	98,9%	0,0%	98,9%
Ilha De Paquetá	3173	904	2269	3361	908	2453	94,4%	99,6%	92,5%
Portuária	47810	20916	26894	48664	21010	27654	98,2%	99,6%	97,3%
Rio Comprido	74823	26177	48646	78975	28856	50119	94,7%	90,7%	97,1%
Santa Teresa	40135	10899	29236	40926	10938	29988	98,1%	99,6%	97,5%
São Cristovão	77910	34767	43143	84908	37922	46986	91,8%	91,7%	91,8%
TOTAL C.A.P. 1	284547	93663	190884	297976	99634	198342	95,5%	94,0%	96,2%
Botafogo	238182	14918	223264	239729	15380	224349	99,4%	97,0%	99,5%
Copacabana	160633	14101	146532	161191	14335	146856	99,7%	98,4%	99,8%
Lagoa	166891	17097	149794	167774	17350	150424	99,5%	98,5%	99,6%
Rocinha	59275	59275	0	69356	69356	0	85,5%	85,5%	-
TOTAL C.A.P. 2.1	624981	105391	519590	638050	116421	521629	98,0%	90,5%	99,6%
Tijuca	173961	22559	151402	181810	26246	155564	95,7%	86,0%	97,3%
Vila Isabel	186856	29568	157288	189310	31093	158217	98,7%	95,1%	99,4%
TOTAL C.A.P. 2.2	360817	52127	308690	371120	57339	313781	97,2%	90,9%	98,4%
Complexo Do Alemão	65991	55190	10801	69143	58312	10831	95,4%	94,6%	99,7%
Ilha Do Governador	207522	60781	146741	212574	62766	149808	97,6%	96,8%	98,0%
Maré	127108	74554	52554	129770	77036	52734	97,9%	96,8%	99,7%
Penha	183021	53976	129045	185716	55346	130370	98,5%	97,5%	99,0%
Ramos	149588	43732	105856	153177	46301	106876	97,7%	94,5%	99,0%
Vigário Geral	128983	36044	92939	136171	40417	95754	94,7%	89,2%	97,1%
TOTAL C.A.P. 3.1	862213	324277	537936	886551	340178	546373	97,3%	95,3%	98,5%
Inhaúma	128061	15453	112608	134349	19325	115024	95,3%	80,0%	97,9%
Jacarezinho	36628	31816	4812	37839	32455	5384	96,8%	98,0%	89,4%
Méier	382987	37842	345145	397782	46469	351313	96,3%	81,4%	98,2%
TOTAL C.A.P. 3.2	547676	85111	462565	569970	98249	471721	96,1%	86,6%	98,1%
Anchieta	151767	16858	134909	158318	20507	137811	95,9%	82,2%	97,9%

Irajá	200717	26502	174215	202952	26818	176134	98,9%	98,8%	98,9%
Madureira	359074	47817	311257	371968	53770	318198	96,5%	88,9%	97,8%
Pavuna	193090	76053	117037	208813	89119	119694	92,5%	85,3%	97,8%
TOTAL C.A.P. 3.3	904648	167230	737418	942051	190214	751837	96,0%	87,9%	98,1%
Barra Da Tijuca	263645	33588	230057	300823	61624	239199	87,6%	54,5%	96,2%
Cidade De Deus	35701	3386	32315	36515	3431	33084	97,8%	98,7%	97,7%
Jacarepaguá	521531	137694	383837	572617	163732	408885	91,1%	84,1%	93,9%
TOTAL C.A.P. 4	820877	174668	646209	909955	228787	681168	90,2%	76,3%	94,9%
Bangu	397642	82794	314848	428035	89398	338637	92,9%	92,6%	93,0%
Realengo	232321	28964	203357	243006	32130	210876	95,6%	90,1%	96,4%
TOTAL C.A.P. 5.1	629963	111758	518205	671041	121528	549513	93,9%	92,0%	94,3%
Campo Grande	502377	52139	450238	542084	60725	481359	92,7%	85,9%	93,5%
Guaratiba	81758	15675	66083	123114	27979	95135	66,4%	56,0%	69,5%
TOTAL C.A.P. 5.2	584135	67814	516321	665198	88704	576494	87,8%	76,4%	89,6%
Santa Cruz	308465	36137	272328	368534	53279	315255	83,7%	67,8%	86,4%
TOTAL C.A.P. 5.3	308465	36137	272328	368534	53279	315255	83,7%	67,8%	86,4%
TOTAL RIO DE JANEIRO	5928322	1218176	4710146	6320446	1394333	4926113	93,8%	87,4%	95,6%

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

Tabela 11 - População que dispõe de Serviço de Coleta de Lixo, População Residente e Cobertura do Serviço de Coleta de Lixo- Total, Residentes em Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População – Rio de Janeiro, C.A.P. e R.A. - 2010

R.A. /C.A.P.	População Coberta			População Residente			% Cobertura		
	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante	Total	AGSN	Restante
Centro	40634		40634	41142		41142	98,8%	-	98,8%
Ilha De Paquetá	3178	908	2270	3361	908	2453	94,6%	100,0%	92,5%
Portuária	47708	20892	26816	48664	21010	27654	98,0%	99,4%	97,0%
Rio Comprido	75339	26649	48690	78975	28856	50119	95,4%	92,4%	97,1%
Santa Teresa	40502	10923	29579	40926	10938	29988	99,0%	99,9%	98,6%
São Cristovão	80178	36955	43223	84908	37922	46986	94,4%	97,5%	92,0%
TOTAL C.A.P. 1	287539	96327	191212	297976	99634	198342	96,5%	96,7%	96,4%
Botafogo	238567	15344	223223	239729	15380	224349	99,5%	99,8%	99,5%
Copacabana	160893	14316	146577	161191	14335	146856	99,8%	99,9%	99,8%
Lagoa	167214	17346	149868	167774	17350	150424	99,7%	100,0%	99,6%
Rocinha	68079	68079	0	69356	69356	0	98,2%	98,2%	-
TOTAL C.A.P. 2.1	634753	115085	519668	638050	116421	521629	99,5%	98,9%	99,6%
Tijuca	180621	26045	154576	181810	26246	155564	99,3%	99,2%	99,4%
Vila Isabel	187679	30136	157543	189310	31093	158217	99,1%	96,9%	99,6%
TOTAL C.A.P. 2.2	368300	56181	312119	371120	57339	313781	99,2%	98,0%	99,5%
Complexo Do Alemão	64208	53432	10776	69143	58312	10831	92,9%	91,6%	99,5%
Ilha Do Governador	209933	61422	148511	212574	62766	149808	98,8%	97,9%	99,1%
Maré	129327	76766	52561	129770	77036	52734	99,7%	99,6%	99,7%
Penha	181500	51917	129583	185716	55346	130370	97,7%	93,8%	99,4%
Ramos	148487	43076	105411	153177	46301	106876	96,9%	93,0%	98,6%
Vigário Geral	133996	38717	95279	136171	40417	95754	98,4%	95,8%	99,5%
TOTAL C.A.P. 3.1	867451	325330	542121	886551	340178	546373	97,8%	95,6%	99,2%
Inhaúma	132447	17997	114450	134349	19325	115024	98,6%	93,1%	99,5%
Jacarezinho	36077	30759	5318	37839	32455	5384	95,3%	94,8%	98,8%
Méier	393220	45245	347975	397782	46469	351313	98,9%	97,4%	99,0%
TOTAL C.A.P. 3.2	561744	94001	467743	569970	98249	471721	98,6%	95,7%	99,2%

Anchieta	157994	20440	137554	158318	20507	137811	99,8%	99,7%	99,8%
Irajá	201766	25851	175915	202952	26818	176134	99,4%	96,4%	99,9%
Madureira	369604	52147	317457	371968	53770	318198	99,4%	97,0%	99,8%
Pavuna	206044	86566	119478	208813	89119	119694	98,7%	97,1%	99,8%
TOTAL C.A.P. 3.3	935408	185004	750404	942051	190214	751837	99,3%	97,3%	99,8%
Barra Da Tijuca	299578	61079	238499	300823	61624	239199	99,6%	99,1%	99,7%
Cidade De Deus	36376	3364	33012	36515	3431	33084	99,6%	98,0%	99,8%
Jacarepaguá	563956	158613	405343	572617	163732	408885	98,5%	96,9%	99,1%
TOTAL C.A.P. 4	899910	223056	676854	909955	228787	681168	98,9%	97,5%	99,4%
Bangu	409833	88004	321829	428035	89398	338637	95,7%	98,4%	95,0%
Realengo	241700	31766	209934	243006	32130	210876	99,5%	98,9%	99,6%
TOTAL C.A.P. 5.1	651533	119770	531763	671041	121528	549513	97,1%	98,6%	96,8%
Campo Grande	538042	60131	477911	542084	60725	481359	99,3%	99,0%	99,3%
Guaratiba	121933	27836	94097	123114	27979	95135	99,0%	99,5%	98,9%
TOTAL C.A.P. 5.2	659975	87967	572008	665198	88704	576494	99,2%	99,2%	99,2%
Santa Cruz	363031	52184	310847	368534	53279	315255	98,5%	97,9%	98,6%
TOTAL C.A.P. 5.3	363031	52184	310847	368534	53279	315255	98,5%	97,9%	98,6%
TOTAL RIO DE JANEIRO	6229644	1354905	4874739	6320446	1394333	4926113	98,6%	97,2%	99,0%

Fonte: IBGE. Resultados do Universo, Censo 2010.

7 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Como anteriormente exposto, os objetivos deste trabalho são: Identificar diferenças socioeconômicas, demográficas e ambientais intramunicipais no município do Rio de Janeiro (RJ) em 2010 e comparar os níveis do Município, das Regiões Administrativas (R.A.), da Coordenação de Área de Planejamento (C.A.P) e dos Aglomerados Subnormais (AGSN) enquanto unidades de agregação de dados e construção de indicadores para Análise de Situação de Saúde. Neste sentido, o mesmo não se debruçará sobre a reflexão dos resultados encontrados para cada indicador da Matriz de Indicadores, quiçá sobre as possíveis explicações dos achados no contexto do município. Desde já, esta restrição segue listada como limitação.

No que diz respeito ao primeiro objetivo do trabalho, os resultados encontrados sustentam a hipótese de que o município do Rio de Janeiro é heterogêneo o suficiente para que indicadores no nível municipal não refletem a pluralidade de contextos socioeconômicos, demográficos e ambientais. Em recortes intramunicipais, como das C.A.P. e R.A., pode-se perceber que o olhar diferenciado para diferentes territórios dentro de um mesmo município se faz necessário. Da mesma forma, a estratificação entre Aglomerados Subnormais (AGSN) e Restante da População indica que outros possíveis recortes podem ser feitos na agregação de dados a fim de aproximar a abordagem do estudo da realidade local.

Outros estudos em saúde já abordaram a necessidade de tais recortes. Paes-Sousa (2002) enfocando o debate sobre a Transição Epidemiológica e realiza um estudo sobre os diferenciais intra-urbanos de indicadores demográficos e epidemiológicos em Belo Horizonte, tomando como referência as Unidades de Planejamento deste município. Para tanto, divide o município em quintis de acordo com o grau de escolarização do chefe da família e identifica variações que sugerem ser o status socioeconômico um elemento a ser considerado na determinação de padrões epidemiológicos e demográficos.

Najar *et al.* (2002) estudam as desigualdades sociais no município do Rio de Janeiro a partir dos Censos de 1991 e 1996. Para tanto, adotam abordagem baseada na construção de classificação hierárquica crescente a partir de uma

Análise de Componentes Principais e de estudo de aglomerações, segundo os quais identifica a existência de um tecido social complexo, caracterizado por espaços similares no que diz respeito às condições sociais encontrarem-se em locais distintos e não contíguos.

Najar *et al.* (2002) citam ainda outros trabalhos que indicam a persistência de lugares em condições precárias e superposições de carências disfarçadas pela melhoria das condições gerais municipais, como o trabalho de Marques (1993), que identifica a existência de conteúdos sociais diversos em espaços considerados homogêneos pela literatura.

A este esforço de reconhecer a complexidade interna de grandes contingentes territoriais tratados como homogêneos, o presente trabalho acredita incluir-se como colaborador ao identificar diferenças sócio-espaciais, que por sua vez indicam a possibilidade de se expressarem em diferentes contextos sanitários. Nesta perspectiva, retoma-se a abordagem feita na introdução deste trabalho sobre a apropriação da categoria espaço na análise de situação de saúde, acreditando-se ter este estudo contribuído para sustentá-lo mais do que como referencial, mas como produtor de diferenciações sociais e epidemiológicas, como propõe (BARCELLOS *et al.*, 2002).

O estudo também se soma aos anteriormente citados na proposta de que a organização do serviço e a formulação de políticas públicas levem em consideração tamanha diversidade de contextos socioeconômicos, demográficos, ambientais e espaciais, de forma a adequarem-se às reais necessidades de saúde das populações. Ora, se assume-se a Determinação Social em Saúde como abordagem que se proponha a superar a perspectiva puramente biologicista no setor saúde (MAGALHÃES, 2007) e se os determinantes expressam-se no território de forma heterogênea, tratar os dessemelhantes como semelhantes pode resultar na insuficiência dos serviços, o desperdício de recursos, como pontua Paes-Souza (2002), e ainda ao invés de uma melhora no quadro sanitário, uma acentuação de sua expressão. Vale citar que esta proposta vai ao encontro da abordagem equânime dos sujeitos, princípio do SUS segundo o qual a justiça não está em tratar a todos como iguais, mas tratar a todos igualmente nas suas diferentes necessidades.

No campo temático da Informação e Informática em Saúde (IIS), os resultados encontrados indicam a necessidade de aprimoramento dos indicadores utilizados a

fim de torná-los sensíveis à identificação dos diferenciais citados e, ainda, a identificar novos diferenciais que por ventura surjam. Nesse sentido, mais do que a desagregação dos dados e indicadores para contingentes populacionais menores do que os limitados pelos níveis político-administrativos, outras abordagens como a incorporação de dados qualitativos na análise de situação de saúde, a utilização de noticiários como fontes de informação bruta a ser investigada ou a apropriação das redes sociais online como fonte de comunicação parecem ser ferramentas atuais a se somarem à utilização dos atuais Sistemas e Informação em Saúde (SIS).

Ainda que se considerem os perigos que o imperativo tecnológico pode e tem imposto, como a falta de sigilo das informações pessoais, o controle das informações pelo Estado e os conflitos comerciais com a indústria da tecnologia (MORAES; GÓMEZ, 2007), deve-se também reconhecer que a sofisticação promovida por determinadas tecnologias no setor saúde colaboraram com o cumprimento de seu objetivo-fim, que é suprir as necessidades de saúde da população, sem que esta perspectiva coloque-as como fim em si mesmas. Três são os exemplo escolhidos relacionados à IIS e à temática do trabalho no que diz respeito a essa colaboração:

1) a implantação de Salas de Situação de Saúde físicas e virtuais nos contextos municipais com o objetivo de realizar o monitoramento e avaliação permanente, reconhecendo as diferenças intramunicipais e dando suporte à tomada de decisão (BRASIL; OPAS, 2010); 2) a recente implantação do e-SUS AB, software que permite às unidades e profissionais de saúde da Atenção Básica a informação individualizada e familiar de sua população de referência, integrando diferentes SIS (BRASIL, 2012); e 3) a incorporação das práticas de Business Intelligence (BI) na saúde, que, entre outras coisas, permite a coleta, sistematização, vinculação e monitoramento de dados automaticamente à medida que são atualizados os Sistema de Informação em Saúde (SANTOS, 2011).

Dessa forma, conclui-se o trabalho defendendo o emprego de indicadores intramunicipais pelo setor saúde no Brasil, porém sem que essa apropriação vire uma ditadura para os municípios. Deve-se reconhecer que a Informação em Saúde é ainda um limitante em muitos deles e esta proposta deve levar em consideração a viabilidade municipal de trabalhar os indicadores, já que sua construção per si não colabora com a mudança das realidades sanitárias, mas sim sua apropriação como instrumentos a dar suporte à tomada de decisão.

8 LIMITAÇÕES

Identifica-se como limitações do trabalho, na perspectiva de aprimoramento futura da discussão aqui apresentada:

- Não ter se debruçado sobre os “porquês” das diferenças encontradas entre os indicadores;
- Não foram construídas algumas tabelas separando AGSN e Restante da População
- O estudo dos Mapas não ter sido feito também a partir da categorização dos contingentes populacionais em Aglomerados Subnormais;
- As variáveis proporcionais terem tomado como referência apenas o município, quando poderiam ter sido construídas também tomando como referência as Coordenações de Áreas de Planejamento ou mesmo as Regiões Administrativas;
- Não terem sido incluídos indicadores de Morbi-Mortalidade, o que deixa apenas suposições sobre suas expressões serem também diferentes no tecido intramunicipal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 28-33, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n3/v7n3a03.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BALDIJÃO, M. F. D. A. Sistemas de informação em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 21-28, 1992. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_04.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

BARCELLOS, C. D. C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 267-270, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>.

BRASIL. e-SUS Atenção Básica. 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal_dab/esus.php?conteudo=o_que_e. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS: trajetória 1991-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 01-67. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS, 2010. 208 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/803753/573178-sala-de-situacao_comp-as-expe-do-brasil_2010.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 1, n. 2, p. 91-401, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/10487>. Acesso em: 20 jan. 2013.

COELI, C. M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag335-6.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; VERMELHO, L. L. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R. D. A. et al. (org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

SILVA, M. E. M. O Sistema de Saúde e as Fontes de Informação. BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2010. p.167-170.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Aglomerados subnormais. Primeiros Resultados. [S. I.]: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/aglomerados_subnor mais/agsn2010.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. [S. I.]: IBGE, 2011.

INIQUIDADES em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença. [S. I.: s. n.], 2007. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.

JORGE, M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2010a. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo Livro UFRJ1-a.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

JORGE, M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, 2010b. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo Livro UFRJ 1- a.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 03, p. 667-673, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300016>.

MARQUES, E. **Desigualdades sociais e infra-estrutura urbana**: a produção do saneamento no Rio de Janeiro. 1993. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

MORAES, I. H. S. Sala de situação em saúde: contribuição à ampliação da capacidade gestora do Estado? In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2010. p. 21-38.

MORAES, I. H. S. D.; GÓMEZ, M. N. G. D. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553- 565, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-812320070003002>.

MORAES, I. H. S. D.; VASCONCELLOS, M. M. Informação e informática em saúde: necessidade de rupturas criativas? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 550-550, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200700030001>.

MORENO, A. B.; COELI, C. M.; MUNCK, S. Informação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 249-255.

NAJAR, A. L. et al. Desigualdades sociais no Município do Rio de Janeiro: uma comparação entre os Censos 1991 e 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 89-102, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700010>.

PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1411-1421, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500034>.

PONTES, R. J. S. et al. Transição epidemiológica e demográfica. In: MEDRONHO, R. D. A. et al. (org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabcards/livroidb/2ed/apresent.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

RISI JÚNIOR, J. B. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1049-1053, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400025>.

RISI JÚNIOR, J. B. Rede Interagencial de Informações para Saúde - RIPSA: alcance e perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2010. p. 73-77.

SANTOS, R. F. D. Estruturação de um ambiente de Business Intelligence (BI) para gestão da informação em saúde: a experiência da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 3, n. 4, 2011. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/138/103>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. D. S.; TANAKA, O. Y. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo - SP, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300006>.

SUGAI, R. Sistemas de Informação em Saúde - Tecnologia a Serviço da Saúde. *In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2010. p.163-166.

TARGINO, M. Informação em saúde: potencialidades e limitações. *Informação & Informação*, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52 - 81, jul./jun. 2009. DOI: 10.5433/1981-8920.2009v14n1p52.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507- 514, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.