

## VULNERABILIDADE DE ADOLESCENTES NO SILOS-BUTANTÃ\*

*Cássia Baldini Soares\*\*  
Livia Keismanas de Ávila\*\*\*  
Marina de Góes  
Salveti\*\*\**

**RESUMO:** O objeto deste estudo diz respeito à vulnerabilidade dos adolescentes que moram em uma região do Município de São Paulo: o SILOS-Butantã. Parte dos seguintes pressupostos: primeiro, de que o adolescente é um sujeito social cujo desenvolvimento é determinado pela sua história de vida, de acordo com sua inserção social e seu desenvolvimento psicológico particular, num contexto histórico e cultural dado; segundo, de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, e portanto, a vulnerabilidade dos adolescentes para os problemas de saúde se encontra inquestionavelmente articulada às condições de trabalho e de vida de suas famílias. O objetivo deste estudo, é o de caracterizar, na Região Metropolitana de São Paulo, espaços sociais em que vivem, trabalham e estudam adolescentes cuja inserção social torna-os vulneráveis à problemas específicos de saúde. A partir do trabalho no SILOS-Butantã – área de abrangência do Hospital Universitário – procedeu-se a uma trajetória metodológica que permitiu reunir dados secundários a respeito dos vários Distritos componentes desse SILOS. A análise dos dados permitiu eleger o Distrito de Raposo Tavares como território prioritário a ser focalizado por futuras investigações e processos de intervenção do âmbito da saúde coletiva. Isto porque fundamentalmente, oferece a maior concentração de famílias pertencentes ao Grupo Homogêneo-3 (deficientes formas de viver e de trabalhar) e a menor concentração de famílias pertencentes ao Grupos Homogêneo-1 (adequadas formas de viver e de trabalhar) dentre os distritos componentes do SILOS-Butantã. Este foi o distrito que recebeu a menor nota no Mapa da exclusão/inclusão social entre os distritos do SILOS-Butantã.

**PALAVRAS-CHAVE:** adolescente, território, vulnerabilidade social

---

\* Este trabalho congrega parte dos resultados de dois sub projetos de Iniciação Científica de Livia Keismanas de Ávila (Proc. FAPESP nº 97/11862-9) e de Marina de Góes Salvetti (Proc. FAPESP nº 97/11860-6). O projeto matriz a que estão vinculados, sob a responsabilidade da Profa. Cássia Baldini Soares, está sendo financiado pela FAPESP (Auxílio Pesquisa – Proc. FAPESP nº 97/11861-2). Ele integra um Projeto Integrado de Pesquisa que recebeu auxílio financeiro da Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo - projeto PII, no ano de 1998.

\*\* Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. cassiaso@usp.br  
\*\*\* Estudantes do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo diz respeito à vulnerabilidade dos adolescentes que moram em uma região do Município de São Paulo: o SILOS-Butantã<sup>1</sup>. Sabemos que as crianças e os adolescentes da região metropolitana de São Paulo (RMSP) correspondem em média a 37,5% do total da população, o que pode chegar a 45% nos agrupamentos com padrões de reprodução social indignos (SEADE, 1993).

Cerca de 45% das famílias com crianças e/ou adolescentes na RMSP vivem em condições precárias sendo que quase a totalidade das famílias mais pobres está muito fragilmente inserida no trabalho, com renda familiar inferior a dois salários mínimos e carências marcantes na esfera da educação e da habitação (SEADE, 1993).

A desintegração social vem empurrando setores cada vez maiores de crianças e adolescentes à delinquência, à marginalização e, na melhor das hipóteses, a uma inserção precoce no trabalho, onde figura a exploração com baixos rendimentos e condições de trabalho características de um sistema informal, que passa ao largo dos direitos trabalhistas (CERVINI & BURGER, 1992).

A família, além de ser a agência primária de socialização, segundo CERVINI & BURGER (1992) se constitui no espaço social concreto onde se realizam a sobrevivência e a reprodução sociais. O peso da inserção social da família recai também sobre a relação da criança e/ou adolescente com a escola – a segunda agência de socialização. Cerca de 14% das crianças e/ou adolescentes das famílias “mais pobres”, na RMSP, se encontram fora da escola enquanto que nas famílias classificadas como “miseráveis”, esse número chega a 20%. Destes, a maioria abandonou os estudos, sendo que 38% o fez alegando como motivo a inserção no trabalho. A busca precoce de trabalho tem a finalidade de aumentar a renda familiar e acaba por comprometer o desempenho escolar (SEADE, 1993).

Ainda, como aliado da inserção social “vulnerável”, figura um quadro de violência que tem feito aumentar, drasticamente, o número de mortes por causas externas entre os jovens. Os grandes vilões das mortes violentas são os homicídios e os acidentes de trânsito (SOUZA & MINAYO, 1995).

---

<sup>1</sup> Denominamos SILOS-Butantã, ou Sistema Local de Saúde-Butantã, a área de abrangência de atendimento do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo composta por 6 Distritos de Paz da zona Oeste do Município de São Paulo: Jaguará, Rio Pequeno, Butantã, Raposo Tavares, Vila Sônia e Morumbi.

Associado à violência, está o uso de drogas que comumente tem sido vinculado aos adolescentes. Os levantamentos realizados no Brasil se referem à população de escolares e de rua, não havendo estatísticas entre adolescentes que somente trabalham<sup>2</sup>. Os usuários de drogas estão proporcionalmente mais presentes entre aqueles estudantes que trabalham e entre aqueles que apresentam "defasagem" nos estudos (CARLINI, 1989). Já entre crianças e adolescentes que vivem nas ruas, São Paulo foi a cidade que apresentou o maior número de usuários.

Um levantamento feito por nós na cidade de São Paulo (SOARES, 1995) mostra que houve 157 casos de AIDS em adolescentes (12 a 18 anos completos), cuja transmissão foi atribuída ao uso de drogas injetáveis, do início da notificação até fevereiro de 1994. Destes, pelo menos 16% se encontravam institucionalizados na Fundação para o Bem Estar do Menor (FEBEM).

A gravidez na adolescência está sendo cada vez mais discutida como uma problemática especial do campo da saúde. Problema considerado precoce para os nossos padrões sociais, está marcadamente articulado a padrões precários de reprodução social, visto que pais jovens encontram mais dificuldade em suportar o peso dos encargos com as crianças (CAMPOS & MORAES, 1986).

Assim, para um certo grupo de jovens, a procura por uma identidade se dá sob condições agravadas por sua inserção social concreta nos pólos mais atingidos pelas desigualdades sociais decorrentes do funcionamento do sistema econômico e do comportamento do Estado neoliberal em sufocar as políticas sociais públicas.

Diante do quadro que aponta, particularmente, a adolescência vivida em contexto de carência como sendo aquela mais vulnerável aos problemas de saúde, o objetivo deste trabalho é o de caracterizar, a partir da área de abrangência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo<sup>3</sup>, o território (distrito) que concentra condições que vulnerabilizam os adolescentes para problemas de saúde.

A finalidade deste estudo é a de que possamos tomar esse território como foco de investigações complementares e de programas de ação destinados a esses adolescentes.

---

2 Em São Paulo, em 1993, a droga ilícita mais consumida pelos escolares foi a maconha, que aparece em segundo lugar entre todas as drogas (GALDURÓZ, et al., 1994), excluindo-se o álcool e o tabaco.

3 Instituição com a qual a Escola de Enfermagem/USP se articula diretamente.

## MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

### Adolescentes e processos de socialização

Entendemos que o processo da adolescência<sup>4</sup> deve ser reconhecido a partir da sua historicidade. Assim, ARIÈS (1981) pondera que a adolescência passa a receber maior atenção no século XX uma vez que trata-se de um tema que aparece fortemente associado ao desenvolvimento do processo de industrialização capitalista e às mudanças culturais enfrentadas pelos países do Ocidente após a Primeira Guerra Mundial. A contestação de valores trazida no período pós-guerra e a necessidade de uma maior capacitação técnica para o trabalho, levou à ampliação da escolarização retardando a incorporação dos adolescentes ao trabalho e favorecendo o aparecimento de uma cultura própria dessa fase da vida.

O olhar da sociologia dirige-se aos processos de socialização do adolescente: aprendizado das normas e padrões de condutas sociais e absorção de valores. Os processos e as "agências" de socialização - família, escola, grupo de pares, mídia, local de trabalho, associações comunitárias etc - são os responsáveis pelo aprendizado e absorção das normas e valores que compõem a cultura da sociedade (GIDDENS, 1989).

A psicologia social parece reunir as preocupações de formação da personalidade e busca da identidade com aquelas referentes aos processos de socialização. Nessa concepção, os objetivos a serem alcançados pelo processo de socialização variam não só culturalmente - como enfatizado pela antropologia -, mas também de uma classe social para outra, ligando as tensões e ansiedade às expectativas e valores de uma determinada classe social (DAVIS, 1944), citado por MUUSS, 1976).

Reconhecemos que a puberdade, enquanto processo biológico, guarda características universais. No entanto, observamos que a puberdade é apenas uma das características da adolescência. Antes de mais nada, o adolescente é um sujeito social inserido num contexto sócio-histórico dado. O comportamento e desenvolvimento dos adolescentes é, pois, determinado pela sua história de vida, de acordo com sua inserção sócio-econômica e seu desenvolvimento psicológico particular, num contexto histórico e cultural dado (SOARES, 1997).

---

4 Neste trabalho tomamos como limites etários para a adolescência, o critério estabelecido no Brasil, para fins legais, o instrumento vigente desde outubro de 1990 - o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei Federal 8069 de 13/07/90) - que considera adolescente aquele entre 12 e 18 anos incompletos.

## A teoria da determinação social do processo saúde-doença

Um grande corpo de evidências tem mostrado que indivíduos de classes sociais menos privilegiadas apresentam taxas de morbidade e mortalidade mais altas e, que se de um lado, houve um declínio considerável dessas taxas ao longo do processo civilizatório, por outro, não houve uma diminuição das diferenças nos padrões de morbimortalidade entre as classes sociais (CONRAD & KERN, 1990).

A leitura que concebe o processo saúde-doença como sendo socialmente determinado coloca o olhar sobre as condições de trabalho e vida dos indivíduos. Segundo essa visão, essas condições imprimiriam desgaste ao indivíduo, expondo-o mais ou menos a riscos. Parte-se também do pressuposto de que a capacidade de resposta de cada um será diferenciada como serão diferentes o acesso a suportes e benefícios sociais.

As categorias propostas para estudar e explicar como o processo social interfere no processo saúde-doença têm variado. Para LAURELL (1983), essas categorias dizem respeito ao processo de trabalho que cria um padrão social de desgaste e reprodução marcando o aparecimento da doença. A autora acredita que a distribuição de riscos de adoecer e morrer se dá segundo distintas formas de inserção social que dizem respeito tanto às condições de trabalho quanto às condições de vida.

Compreendemos que os aspectos que dizem respeito às diferentes mediações que atuam nos processos de inserção social dos indivíduos são relevantes em relação ao processo saúde-doença. No nosso entender, esse tipo de concepção exige que sejam considerados tanto os aspectos relacionados às interações sociais entre os indivíduos – que acontecem a partir do seu entorno social mais próximo e que dizem respeito à vida cotidiana - como aqueles ligados mais diretamente à estrutura e organização sociais, que conformam um plano macrossocial. Esses elementos constitutivos da sociedade, sejam num nível micro ou macrossocial, podem se moldar em fatores de desgaste ou proteção (BREILH, 1995) em relação ao processo saúde-doença. Em outras palavras, esses aspectos sociais e culturais, em qualquer nível, influenciarão os padrões de vulnerabilidade dos adolescentes ao processo saúde-doença.

A partir dessas considerações teóricas, acreditamos que a vulnerabilidade<sup>5</sup> dos adolescentes para os problemas de saúde em geral está articulada inquestionavelmente

---

5 O conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido por MANN; TARANTOLA & NETTER (1993) no campo específico da prevenção da AIDS. O conceito procura englobar as várias dimensões - individuais, programáticas e sociais - que estão em jogo na determinação da susceptibilidade de indivíduos ou grupos para a AIDS. Se refere aos fatores que necessitam estar controlados para que um indivíduo não se exponha ao risco de transmissão do HIV. Em nosso meio, é AYRES (1996) que tem traduzido esse conceito para o grupo dos adolescentes, em particular, e aponta um rol de preocupações relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas e à violência na composição dos fatores que vulnerabilizam alguns adolescentes para a AIDS.

às condições de trabalho e vida de suas famílias e, portanto, ao espaço geo-social em que moram.

## **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Para dar conta do objetivo deste estudo, tratou-se de empreender um processo de delimitação de um território específico dentro do grande território que integra as ações interventivas do HU/USP. Assim, percorremos a seguinte trajetória:

### **Levantamento da área de abrangência do HU – SILOS-Butantã;**

Essa área é composta por seis Distritos de Paz do município de São Paulo a saber: Jaguaré, Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Rio Pequeno e Raposo Tavares. Esses dados foram obtidos através da Diretoria do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME - do Hospital Universitário, que nos cedeu um banco de dados com as ruas componentes dos respectivos distritos. Através do software MAPI-info foi possível construir um mapa com os distritos, que pode ser visualizado no **anexo 1**.

### **Levantamento de dados relativos à população geral e de adolescentes de cada distrito componente do SILOS-Butantã**

Esses dados foram obtidos através do IBGE-1996 e podem ser também consultados no **Quadro 1**.

### **Levantamento dos dados relativos aos distritos do SILOS-Butantã através do Mapa da Exclusão/Inclusão social do município de São Paulo**

Através do Mapa da exclusão/Inclusão social pudemos verificar as notas que os referidos distritos obtiveram. Essas notas podem ser visualizadas no mapa impresso no **anexo 1**.

“O significado da exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população, por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas, de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira. Esta situação de privação coletiva é que se está

entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade” (SPOSATI, 1996 p. 13).

As notas atribuídas aos distritos se constituem no produto da agregação de quatro conjunto de indicadores assim distribuídos:

- *Autonomia*, caracterizada pela renda do chefe da família, emprego, indigência;
- *Qualidade de vida*, caracterizada por qualidade ambiental, qualidade dos domicílios; propriedade, investimento imobiliário, deslocamento, oferta de serviços sociais básicos;
- *Desenvolvimento humano*, abrangendo escolaridade dos chefes de família, educação infantil, concentração, longevidade, mortalidade e violência;
- *Equidade*, caracterizada por trabalho feminino.

A agregação desses índices permitiu a elaboração do indicador de exclusão social de São Paulo, estabelecendo um ranking dos distritos. Os distritos da cidade de São Paulo receberam uma nota que vai de -1 a +1 (do pior para o melhor distrito) e uma classificação que vai do 1º (mais excluído) ao 96º (mais incluído) (**Anexo 1**).

### **Distribuição espacial dos Grupos Sociais Homogêneos nos Distritos do SILOS-Butantã**

De acordo com investigação proposta por QUEIROZ, et al, 1996, 349 famílias do SILOS-Butantã, escolhidas por critérios de amostragem estatística, foram classificadas em 3 diferentes grupos homogêneos assim definidos:

*Grupo Homogêneo I* – apresenta adequadas formas de viver e de trabalhar: “Caracterizado pelas famílias cuja inserção social simultaneamente lhes confere potencialmente estabilidade no momento da produção e potencialmente a possibilidade de aperfeiçoamento de suas formas de viver (momento de reprodução social)” (QUEIROZ et al., 1996, p.102)

*Grupo Homogêneo II* – apresenta deficiente forma de viver ou de trabalhar:

“Caracterizado pelas famílias cuja inserção social potencialmente lhes confere estabilidade no momento da produção e que, apesar de ainda lutar pela sua sobrevivência dadas suas condições de vida em virtude de sua inserção na produção, ou, apesar de terem uma inserção social que potencialmente não lhes confere estabilidade atual no momento da produção, dadas suas condições de reprodução, têm potencialmente formas de viver aperfeiçoadas, o que pode lhes garantir por um certo tempo a possibilidade de superar a instável inserção na produção” (QUEIROZ et al., 1996, p. 104).

*Grupo Homogêneo III* - apresenta deficientes formas de viver e de trabalhar: “Caracterizado pelas famílias cuja inserção social simultaneamente não lhes confere potencialmente estabilidade no momento da produção e cuja inserção no momento da reprodução potencialmente só lhes confere luta pela sobrevivência” (QUEIROZ et al., 1996, p.106)

As formas de trabalhar e de viver foram obtidas através da composição de alguns indicadores. Assim, as formas de trabalhar foram traduzidas por: inserção na produção; direitos e benefícios do trabalho. As formas de viver foram traduzidas por: uso do espaço social; consumo simples e ampliado; dinâmica social da vida familiar<sup>6</sup>.

Utilizando o software MAPI-info, foi possível localizar as 349 famílias na região, como pode ser visto no Anexo 2 e conferido nos Quadros 1 e 2.

### **Levantamento de dados relativos à frequência escolar dos adolescentes dos Distritos componente do SILOS-Butantã.**

Dados obtidos através do IBGE-1996, que pode ser verificado no Quadro 3.

---

6 No primeiro momento operacional, classificam-se as famílias estudadas em E ou I nos limites de exclusão/inclusão para cada uma das “variáveis de corte” das formas de trabalhar – FT - [renda familiar per capita (I > 1,8 do Salário Mínimo - SM e E < 1,8 do SM); registro em carteira (I - pelo menos 1 membro e E - nenhum membro); usufruto de benefícios (I - 1 ou mais, entre eles assistência à saúde - AS e E - nenhum ou quaisquer uns que não a AS)] e das formas de viver – FV - [posse da habitação (I - sim e E - não); grau de agregação social (I - pelo 1 membro participa da vida associativa e E - nenhum participa); exposição a riscos das formas de viver (I - não se sentem expostos e E - sentem-se a pelo menos um)]. No segundo momento, classificam-se as famílias com 2E ou 3E para FT ou FV em inadequadas para o trabalho ou para a vida (FTI ou FVI) e as famílias com 2I ou 3I para FT ou FV, ao contrário, em adequadas para o trabalho ou para a vida (FTA ou FVA). Finalmente, no terceiro momento, congregam-se num mesmo grupo as famílias com FTA e FVA; num segundo grupo, congregam-se as famílias com FTA e FVI ou FTI e FVA e, num terceiro grupo as com FTI e FVI (QUEIROZ; SALUM, 1997).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

. O Distrito de Raposo Tavares foi o único dentre os distritos da região do SILOS-Butantã que mostrou crescimento populacional entre os anos de 91 e 96 (**Quadro 1**);

. Trata-se do distrito de localização mais periférica dentre aqueles que compõem o SILOS-Butantã, sendo delimitado por três outros municípios da RMSP – Osasco, Taboão da Serra e Cotia (**Anexo 1**);

. O Distrito de Raposo Tavares oferece a maior concentração no Grupo Homogêneo III (deficientes formas de trabalhar e de viver) e a menor concentração no Grupo homogêneo I (adequadas formas de trabalhar e de viver) dentre os distritos componentes do SILOS-Butantã (**Anexo 2**);

. O Distrito de Raposo Tavares apresenta um grande número de favelas (14) bem como alojamentos (locais de moradia provisórios para antigos moradores de favelas que aguardam vagas no Projeto Cingapura) e moradias do projeto Cingapura (moradias subsidiadas pela prefeitura) e Centro de Desenvolvimento de Habitação Urbana - CDHU (moradias subsidiadas pelo Estado);

. O Distrito de Raposo Tavares recebeu a menor nota no Mapa da exclusão/inclusão social entre os distritos do SILOS-Butantã (**Anexo 1**), entre outros motivos porque dos 20.171 chefes de família, 1.119 (5,55%) estão sem renda e apenas 2,36% tem rendimento acima de vinte salários mínimos. "A quantidade de chefes de família com escolaridade precária, abrangendo aqueles que têm entre 1 e 3 anos de estudo, mostra que o Distrito de Raposo Tavares, com 16,26%, é o pior da região". O Distrito de Raposo Tavares apresenta ainda, carência de 1702 vagas para crianças de 5 a 6 anos de idade na rede de educação infantil e é o pior da região nesse aspecto (SPOSATI, s/d).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS ADOLESCENTES VULNERÁVEIS DO DISTRITO RAPOSO TAVARES**

Para complementar, buscamos dados que corroboram com nossa conclusão de que, de fato, o Distrito de Raposo Tavares está expondo os adolescentes que lá vivem, estudam ou trabalham a condições de vulnerabilidade.

Através de dados do IBGE/1996 (**Quadro 3**), foi possível verificar que, apesar da existência de doze escolas públicas na região<sup>7</sup> existem 1.787 adolescentes fora da escola no Distrito de Raposo Tavares, o que significa 15,7% do total de adolescentes da região - o maior índice entre os distritos componentes do SILOS. Ainda, apenas 17,7% se encontra no Segundo Grau - o menor índice entre os distritos componentes do SILOS - como pode ser verificado no **Quadro 3**.

Tais dados são preocupantes uma vez que apontam no sentido de que esses adolescentes provavelmente se situam no grupo de famílias consideradas "miseráveis", nas quais pouco mais da metade das crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos estuda, 15% só trabalham e 10% não trabalham nem estudam (SEADE, 1993). Sabemos que apesar da comprovada expansão do sistema educacional durante a década de 80, as taxas de escolarização estão estagnadas nesse grupo aumentando ainda mais suas dificuldades.

Para esse grupo de adolescentes - "prejudicados" na sua inserção social -, existem condições relacionadas à "socialização incompleta", de que fala ADORNO (1991), e que desequilibram a formação da identidade. Entre elas se encontram, como vimos anteriormente: a desestruturação familiar e a sua dificuldade em atingir padrões mínimos de reprodução social; a inserção precoce no trabalho; a gravidez precoce; a evasão e o atraso escolar; a vivência na rua; a experiência e proximidade com atividades delinqüenciais; a marginalização e o uso de drogas, entre tantos.

Nossas visitas à região argumentam a favor das conclusões obtidas pela análise dos dados secundários. Depoimentos de alguns adolescentes e professores falam das drogas e da violência como as preocupações principais referentes ao entorno social mais próximo dos adolescentes. Existem áreas de risco, pontos de distribuição de drogas e de prostituição. Há áreas de saneamento básico precário, com esgoto a céu aberto em diversos locais. Os equipamentos de saúde da região<sup>8</sup> não desenvolvem programas específicos para adolescentes e existe apenas um Centro de Juventude em todo o Distrito, o que configura um quadro precário principalmente considerando-se que há conjuntos de moradia bastante espalhados por regiões que, em certa extensão, mesclam características rurais.

---

7 Somente as quatro escolas estaduais da região oferecem o 2º grau. As demais oito escolas - municipais - só oferecem ensino de 1º grau.

8 PAS Jardim Paulo VI; CSII Vila Borges; PAS São Jorge.

Para corroborar, como pode ser visto no **Quadro 4** a seguir, as mortes dos jovens dessa região são, na sua maioria, atribuídas às chamadas causas externas. Tal resultado é coerente com dados de 1989, que mostram que, na faixa de 10 a 14 anos, as mortes por causas violentas responderam por 54,6% do total de mortes; já na faixa de 15 a 19 anos, elas responderam por 70,8% das mortes. Assim, “embora a violência seja a segunda causa de morte na população brasileira em geral”, ela é a primeira causa de morte no grupo dos adolescentes. (SOUZA & MINAYO, 1995).

Cada vez mais, estudos epidemiológicos têm se valido da espacialização, através de cartografias, para ajudar na compreensão da distribuição dos processos saúde-doença, no espaço geo-social<sup>9</sup>. Essa aproximação tem, certamente, colaborado para a definição de prioridades no planejamento de ações em saúde, especialmente quando se trata de levar adiante a estratégia da Vigilância à Saúde (TEIXEIRA & PINTO, 1993) através da qual o território é ponto de partida e de chegada dessas ações.

De fato, no nosso estudo, o processo de delimitação do território passou a reforçar a pertinência da investigação - que já estamos empreendendo - das necessidades e problemas de saúde dos adolescentes que vivem, trabalham e/ou estudam nesse distrito.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os participantes do Projeto Integrado “Sistema Único de Saúde: os desafios da enfermagem em saúde coletiva”, em especial, à Profa. Maria Josefina Leuba Salum pela sua coordenação dedicada e rigorosa. Ao Hospital Universitário da USP pelo acesso aos dados.

---

<sup>9</sup> Apenas para citar alguns exemplos, pode-se consultar: a respeito da espacialização da AIDS, os trabalhos de GRANGEIRO, (1994), de BASTOS, (1995) ou de TELLES, (1998); por referência à exclusão social, o trabalho de SPOSATI, (1996), de que nos valemos aqui; a respeito da violência, o trabalho de CRUZ; CARVALHO, (1998); ou ainda, o trabalho sobre mortes por causas externas de BARBOSA, et al, (1998).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, S. A socialização incompleta: os jovens delinquentes expulsos da escola. *Cad. Pesq.*, (79):77-80, 1991.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.
- AYRES, J. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliações de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. *Série Idéias/Fundação para o Desenvolvimento da Educação* (29):15-25, 1996.
- BARBOSA, A.G.; PAIM, J.S. & ALMEIDA, L.M.A. Distribuição espacial e evolução da mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes, Salvador, BA, 1988-1994. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4<sup>o</sup>, Rio de Janeiro, 1998 *Livro de Resumos*. cc55-184/Resumo/
- BASTOS, F.I. & BARCELLOS, C. Geografia Social da AIDS no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 29: 52-62, 1995.
- BREILH, J. *Nuevos conceptos e tecnicas de investigación*. Quito, CEAS, 1995.
- CAMPOS, M. & MORAES, M. Introdução. In: BARROSO, C. org. *Gravidez na adolescência*. Brasília, IPEA/UNICEF/Fundação Carlos Chagas, 1986.
- CARLINI, E. *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987*. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 1989.
- CERVINI, R. & BURGER, F. O menino trabalhador no Brasil urbano dos anos 80. In: FAUSTO, A. CERVINI, R. orgs. *O trabalho e a rua - crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. São Paulo, Cortez, 1992.
- CONRAD, P. & KERN, R. *The sociology of health and illness: critical perspectives*. New York, St Martin Press, 1990.
- CRUZ, O.G. & CARVALHO, M.S. O espalhamento da violência no Estado do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4<sup>o</sup>, Rio de Janeiro, 1998. *Livro de Resumos*. cc20-65/Resumo/
- DAVIS, A. A socialization and adolescent personality. In: *Adolescence Yearbook of the National Society for the Study of Education*, v.43, 1944.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE *Contagem da população*. São Paulo, 1996. Disponível na Internet [on line]: [http://www.sidra.ibge.gov.br/cgi\\_bin/prtab1](http://www.sidra.ibge.gov.br/cgi_bin/prtab1)>, 15/jun/1998.

- FUNDAÇÃO SEADE. *Crianças e adolescentes: pesquisa das condições de vida na Região Metropolitana de São Paulo*. São Paulo, SEADE, 1993.
- GALDURÓZ, J.; D'ALMEIDA, V.; CARVALHO, V. & CARLINI, E. *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo, CEBRID/EPM, 1994.
- GIDDENS, A. *Sociology*. Cambridge, Polity Press, 1989
- GRANGEIRO, A. O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS na cidade de São Paulo. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S., orgs. *AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro, Relume/Dumará, 1994.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D., org. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983, p. 133-58.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. & NETTER, T.W. (orgs.) *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, ABIA/Relume. Dumará/IMS-UERJ, 1993.
- MUUSS, R. *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.
- QUEIROZ, V.M. et al., coord. *Contribuição para a intervenção em perfis epidemiológicos de grupos homogêneos que ocupam a área de abrangência do Hospital Universitário: morbidade referida nas famílias do Distrito de saúde do Butantã e da UBS Nova Jaguaré e a relação com suas formas de trabalhar e de viver*. São Paulo, EEUSP/ Depto. de Enfermagem em Saúde Coletiva, 1996. 2v
- QUEIROZ, V.M. & SALUM, M.J.L. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria da Reprodução Social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. *Anais*, São Paulo, 1997. (Comunicação Coordenada).
- SOARES, C.B. Adolescentes, drogas e AIDS em São Paulo. *Saúde em Debate*, (46):44-53, 1995.
- SOARES, C.B. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades. São Paulo, 1997. [Tese de Doutorado - Faculdade de Educação da USP].
- SOUZA, E.R. & MINAYO, M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública no Brasil. In: MINAYO, M.C.S. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1995.
- SPOSATI, A., coord. *Mapa da exclusão/inclusão social da Cidade de São Paulo*. São Paulo, EDUC, 1996.

SPOSATI, A., org. Que cidade é esta? Mapa da exclusão/inclusão da Cidade de São Paulo, Região Oeste 1. São Paulo. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Seguridade e Assistência Social – PUC-SP, s/d.

TEIXEIRA, C.F. & PINTO, L.L. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Inf. Epidemiol. SUS*, 2(6):5-21, 1993.

TELLES, P. & NOBRE, F.F. Um estudo da difusão espacial da AIDS no Brasil, In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4<sup>o</sup>, Rio de Janeiro, 1998. *Livro de Resumos/cc19-61/Resumo/*

### **ADOLESCENTS VULNERABILITY IN BUTANTÃ-SÃO PAULO CITY**

**SUMMARY:** This study looks at vulnerability of adolescents who live in a São Paulo city region: SILOS - Butantã. It takes into account that: first, adolescents are social individuals whose development is determined by their life histories, according to their social status and their particular psychological development; second, that the social-illness process is socially determined and, therefore, adolescents' vulnerability to health problems is articulated with the work and life conditions of their families. The objective of this study is to characterize the social settings that allow and facilitate specific health problems of the adolescents. Focusing the Local Health System (SILOS) of Butantã – health assistance area of the University Hospital – it was possible to establish a methodological trajectory to analyze secondary data from the districts of this area. The analysis shows that the district of Raposo Tavares – among all the districts of the area - is one of the territories that deserves to be under new investigations and health intervention especially for two reasons. First, it presents a larger number of Gh-3 families (deficient way of life and work) and a smaller number of Gh-1 families (adequate way of life and work) among the districts of the focused area. Second: it was the district that received the worse punctuation in the exclusion/inclusion map of São Paulo city.

**KEY WORDS:** Adolescent, territory, social vulnerability

Recebido em 27/10/98

Aprovado em 12/12/98

**Quadro 1: Distribuição dos grupos sociais homogêneos nos distritos do SILOS – Butantã por número de habitantes de cada distrito**

Distrito	População IBGE-1991	População IBGE-1996	Gh1	Gh1/Hab	Gh2	Gh2/Hab	Gh3	Gh3/Hab
Butantã	58.018	53.520	19	1/2.817	26	1/2.058	11	1/4.865
Morumbi	40.031	38.550	19	1/2.029	21	1/1.836	9	1/4.284
Raposo Tavares	82.890	87.209	11	1/7.928	27	1/3.230	21	1/4.152
Rio Pequeno	102.791	98.428	24	1/4.143	35	1/2.841	18	1/5.524
Vila Sônia	83.008	79.320	14	1/5.868	32	1/2.479	15	1/5.288
Jaguarié	44.351	36.104	9	1/4.912	11	1/3.282	5	1/7.221
Total			98		152		79	

**Quadro 2: Distribuição dos grupos sociais homogêneos nos distritos do SILOS – Butantã por número de domicílios permanentes de cada distrito**

Distrito	Nº de domicílios permanentes*	Gh1/domicílios permanentes	Gh2/domicílios permanentes	Gh3/domicílios permanentes
Butantã	15.286	1/804	1/588	1/1.390
Morumbi	9.866	1/525	1/475	1/1.109
Raposo Tavares	21.776	1/1.980	1/806	1/1.037
Rio Pequeno	26.068	1/1.086	1/745	1/1.448
Vila Sônia	20.383	1/1.456	1/637	1/1.359
Jaguarié	9.879	1/1.098	1/898	1/1.976

\*IBGE/1996

Total de famílias pesquisadas: 349; Gh1: 99; Gh2: 164; Gh3: 86 (QUEIROZ et al., 1996)

Total de famílias localizadas: 327; Gh1: 96; Gh2: 152; Gh3: 79

Gh1: famílias que apresentam adequadas formas de viver e de trabalhar; Gh2: famílias que apresentam deficiente forma de viver ou trabalhar; Gh3: famílias que apresentam deficientes formas de viver e de trabalhar (QUEIROZ et al., 1996, p.102-6)

Quadro 3: Frequência escolar dos adolescentes nos distritos do SILOS-Butantã

Freq. esc. Distrito	Habitantes		Adolescentes <sup>1</sup>		Adolescentes que frequentam a escola		Adolescentes que frequentam o 1º Grau		Adolescentes que frequentam o 2º Grau		Adolescentes que frequentam o pré-vestibular		Não frequentam	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Butantã	53.520	9,8	4.828	91,7	2.922	55,5	1.780	33,8	39	0,7	407	7,7		
Morumbi	38.550	10,0	3.307	85,8	2.030	52,6	1.040	28,9	51	1,3	543	14,1		
Raposo Tavares	87.209	13,0	9.557	83,9	7.464	65,5	2.015	17,7	6	0,1	1.787	15,7		
Rio Pequeno	99.428	12,2	10.301	84,5	7.408	60,7	2.719	22,3	52	15,3	1.861	15,3		
Vila Sônia	79.320	11,4	7.723	85,5	5.202	57,6	2.364	26,2	37	0,5	1.271	14,1		
Jaguarié	36.104	11,3	3.482	85,4	2.444	59,9	980	24,0	25	0,6	560	14,5		

Fonte: IBGE/1996

<sup>1</sup> A soma entre o número de adolescentes que frequentam e que não frequentam a escola não é equivalente ao total de adolescentes no distrito pois desconhecemos nestes tabeleiros dados relativos à frequência presumida ou ignorada e de frequência em cursos de alfabetização de adultos

**Quadro 4: Causas de morte de moradores do Distrito de Raposo Tavares segundo idade**

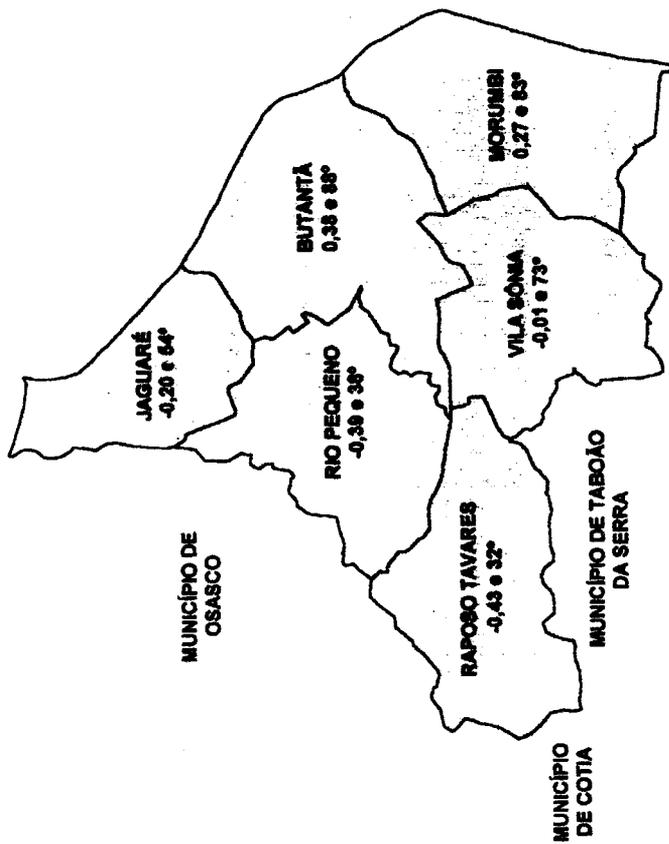
Causas de Morte	Idade (anos)		10 - 14		15 - 19	
	M	F	M	F	M	F
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), resultando em doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	1	-
Meningite devida a outras causas e a causas não específicas	-	-	-	-	1	-
Epilepsia	-	-	-	-	-	1
Cardiomiopatias	1	-	-	-	-	-
Pneumonias por microorganismos não especificados	1	-	-	-	-	-
Eclâmpsia	-	-	-	-	-	1
Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério	-	-	-	-	-	1
Pedestre traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificado	-	-	-	-	2	-
Acidente com veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s)	1	-	1	-	1	-
Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada	-	-	-	-	4	-
Agressão por meio de um objeto contundente	-	-	-	-	3	-
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>3</b>

Fonte: Fundação SEADE - Movimento do Registro Civil

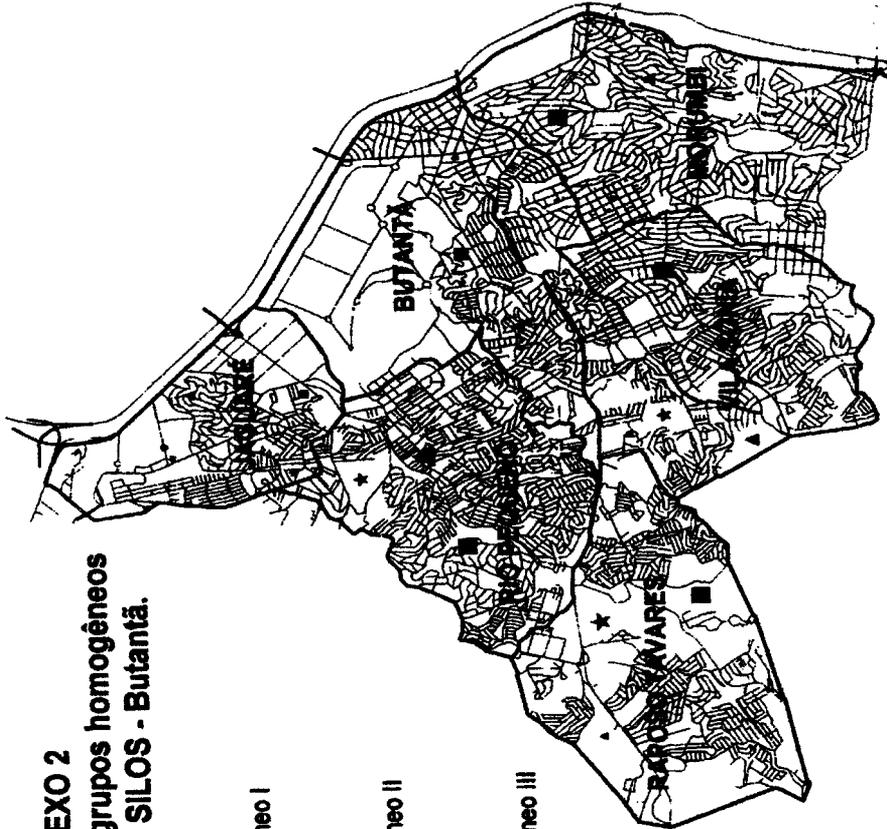
Nota: 1 - Os óbitos desta tabela correspondem aos ocorridos em 1997, registrados durante o ano de 1997 e janeiro de 1998. Foram considerados apenas os itens que indicam ocorrências.

2 - O agrupamento de causas de morte corresponde a X Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS).

**ANEXO 1**  
**Mapa da exclusão/inclusão social: SILOS - Butantã**



Nota: No mapa de exclusão, o melhor distrito tem nota 1,00 e sua posição no ranking é 96º; o pior distrito tem nota -1,00 e sua posição no ranking é 1º lugar.



**ANEXO 2**  
**Distribuição dos grupos homogêneos dos distritos do SILOS - Butantã.**

- Grupo Homogêneo I
  - ▲ 1 - 12
  - ▲ 13 - 20
  - ▲ 21 - 35
- Grupo Homogêneo II
  - 1 - 12
  - 13 - 20
  - 21 - 35
- Grupo Homogêneo III
  - ★ 1 - 12
  - ★ 13 - 20
  - ★ 21 - 35