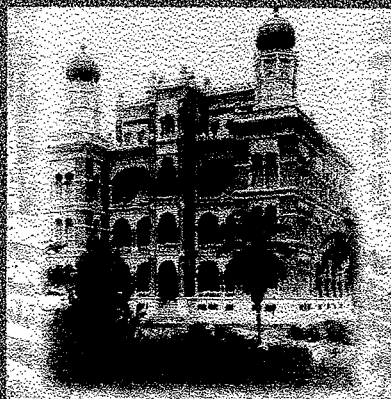


Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Aggeu Magalhães

Departamento de Saúde Coletiva

Monografia

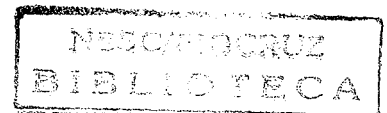
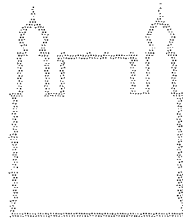
Fernando Ramos Gonçalves

Condições de vida no Sexto Distrito
Sanitário da cidade do Recife-PE:
Estratificação Espacial e cobertura do
PACS e PSF

ORIENTADOR

Prof. Carlos Antônio Alves Pereira

Recife 1999



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROF. EM SAÚDE COLETIVA**

**// Condições de Vida no Sexto Distrito Sanitário da cidade do Recife-
PE: Estratificação Espacial e cobertura do PACS e PSF //**

Monografia apresentada a Coordenação
da Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva, como requisito parcial para obtenção do
grau de Especialista em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Carlos Antônio Alves Pontes

Recife, 1999

Ficha Catalográfica

Gonçalves, Fernando Ramos

Condições de Vida no Sexto Distrito Sanitário da cidade do Recife: Estratificação Espacial e cobertura do PACS e PSF/Fernando Ramos Gonçalves— Recife:mimeo,1999 70p

1.PACS. 2.PSF. 3.Epidemiologia Ambiental.
4.Condições de Vida 5.Saúde Coletiva. I. Título

Agradecimentos

- A Deus, o criador do Universo, de GAIA, e de todos os “espaços” existentes no cosmos.
- A D. Tereza e Sr.Fernando, meus pais. E Guga meu querido irmão, pelo Dom da vida, e eterna paciência que tiveram comigo.
- A minha deusa, Maria do Céu, fonte eterna de inspiração representado pelo amor que sentimos mutuamente.
- A Vanda de Aquino (in memorian), Amiga, Professora, por entender meus pensamentos e minhas “viagens” nas diversas filosofias.
- Ao orientador, Professor Carlos Pontes, pela dedicação e confiança na realização deste trabalho.
- A André Monteiro, e Paullete Cavalcanti pela “Força” que me encorajaram a trilhar este caminho.
- Ao Paulo Lira (Paulinho) pela paciência que dispensou a todos os Residentes.
- Aos Funcionários do NESC, em Especial a Adiel, Cida, Raimunda, Ana, Deyse, Cidalia, Sarinha, e Irailde(in Memorian) pela atenção dispensada.
- A todos os professores do NESC.
- A Renata(DS-VI), Colega, amiga, pela dedicação e por acreditar neste trabalho.
- Aos Agentes Comunitários de Saúde, e equipes do PSF.
- Aos Colegas residentes, Eduardo Macário, Wellington, Alexandre (Zezinho), Ana Cristina, Vaneide, Adriana e Luciana.

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

(Castellanos, 1992)

Resumo

Este estudo teve como objetivo caracterizar condições de vida e atuação do PACS e PSF no sexto Distrito Sanitário da Cidade do Recife, visando a identificação de desigualdades dentro dos bairros, da oferta de serviços de infra-estrutura urbana de água, esgoto e lixo, e utilização dos conceitos atribuídos ao PACS e PSF relacionados à intervenções nas questões relativas ao ambiente, como determinantes do processo saúde-doença. O desenho do estudo foi do tipo descritivo, baseado nas informações fornecidas pelas equipes e ecológico, de base censitária. As variáveis utilizadas como constituintes do estudo ecológico, na formação dos estratos de condições de vida foram água ligada a rede, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Construiu-se através da média das frequências relativas percentuais das variáveis censitárias, estratos de condições de vida, servindo como base para a análise de condições estruturais dos domicílios, rendimento e alfabetização. A menor unidade de agregação utilizada foi o setor censitário. Foram analisadas em relação aos estratos, áreas de cobertura dos programas, georreferenciadas em base cartográfica, do PACS e PSF, possibilitando identificação de áreas críticas cobertas e não cobertas pelos programas. Houve o predomínio dos estratos ruim e péssimo, com exceção ao bairro do IPSEP, formando conglomerados intra e extra-bairro de estratos de condições de vida semelhantes. Observou-se que a medida em que decrescem a classificação dos estratos, aumenta o risco à saúde, devido a diminuição da relação do número médio de cômodo/domicílio, WC/domicílio, percentual de canalização interna de água, renda e população alfabetizada. Com aumento do número médio de dormitório/domicílio, pessoa/domicílio, domicílios subnormais e número médio de domicílios sem esgotamento sanitário. Com relação ao PACS, observou-se razoável cobertura, onde áreas de condições de vida inferior, são cobertas pelo PACS, com algumas excessões, principalmente no bairro de Boa Viagem. Já no PSF, observou-se ser incipiente este programa no Distrito, com poucas equipes, e com atuações pontuais em determinadas áreas críticas, necessitando portanto aumentar o número de equipes do PSF, afim de intervir em determinados conglomerados, identificados como de péssima condição de vida. Em relação as equipes, observou-se certas deficiências relacionadas ao uso dos instrumentos facilitadores do trabalho com ambientes, refletidos na inexistência de mapas ou "croquis" de suas áreas de abrangência. Em contrapartida, observou-se a criação de vínculos e laços de compromissos entre equipes e comunidade, refletido pelo conhecimento de problemas intrínsecos da população, relacionados a questões de morbi-

mortalidade e ambientais, pelas equipes, e intervenção nestas questões. Este estudo serviu como exercício teórico-metodológico ao abordar as questões relativas ao ambiente como determinantes do processo saúde-doença, relacionados a programas de recente prática, onde constitui-se objetivo o reconhecimento e intervenção nos determinados espaços afim de abordar as questões de morbi-mortalidade relacionada em âmbito global, incluindo a variável ambiente. Acadêmicamente, caracterizou-se como ensaio teórico-metodológico, na determinação de estratos de condições de vida, utilizando a questão da oferta de serviços de saneamento urbano, na construção de estratos de condições de vida, e estudo destes conglomerados relacionados ao PACS e PSF. Servindo de subsídios aos gestores municipais do SUS, na identificação de áreas onde necessita-se instalar novas equipes de PACS e PSF, através da identificação de áreas críticas, onde mostram-se precárias as condições de vida.

Summary

This study had as objective to characterize life conditions and performance of PACS and PSF in the sixth Sanitary District of the City of Recife, seeking the identification of inequalities inside of the neighborhoods, of the offer of services of urban infrastructure of water, sewer and garbage, and utilization of the concepts attributed to PACS and PSF related to interventions in the relative subjects to the atmosphere, as decisive of the process health-disease. The drawing of the study was of the descriptive type, based on the information supplied by the teams and ecological, of base censitária. The variables used as representatives of the ecological study, in the formation of the strata of life conditions were tied up water the net, sanitary exhaustion and it collects of garbage. It was built through the average of the percentile relative frequencies of the variables censitárias, strata of life conditions, being good as base for the analysis of structural conditions of the homes, revenue and literacy THE smallest unit of used aggregation was the section censitário. They were analyzed in relation to the strata, areas of covering of the programs, georeference in cartographic base, of PACS and PSF, facilitating identification of covered critical areas and not covered by the programs. There was the prevalence of the bad and terrible strata, with exception to the neighborhood of IPSEP, forming agglomerate ntra and extra-neighborhood of strata of conditions of similar life. It was observed that the measure in that they decrease the classification of the strata, it increases the risk to the health, due to decrease of the relationship of the medium number of cômodo/domicílio, WC/domicílio, percentile of internal canalization of water, income and alphabetized population. With increase of the medium number of dormitório/domicílio, pessoa/domicílio, subnormal homes and medium number of homes without exhaustion sanitário. Com relationship to PACS, reasonable covering was observed, where areas of conditions of inferior life, they are covered by PACS, with some exception mainly in the neighborhood of Good Trip. Already in PSF, it was observed to be incipient this program in the District, with little teams, and with punctual performances in certain critical areas, needing therefore to increase the number of teams of PSF, kindred of intervening in certain agglomerate, identified as of terrible life condition. In relationship the teams, certain deficiencies related to the use of the facilitative instruments of the work with atmospheres was observed, contemplated in the inexistence of maps or " outlines " of its inclusion areas. In compensation, it was observed the creation of entails and liaisons of commitments between teams and community, contemplated by the knowledge of intrinsic problems of

the population, related the morbi-mortality subjects and you set, for the teams, and intervention in these subjects. This study served as theoretical-methodological exercise when approaching the relative subjects to the atmosphere as determinant of the process health-disease, related programs it of recent practice, where objective is constituted the recognition and intervention in the kindred certain spaces of approaching the morbi-mortality subjects related in global ambit, including the ambient variable. Academically, was characterized as theoretical-methodological rehearsal, in the determination of strata of life conditions, using the subject of the offer of services of urban sanitation, in the construction of strata of life conditions, and I study of these agglomerate related PACS and PSF. Serving as subsidies to the municipal managers of SUS, in the identification of areas where it is needed to install new teams of PACS and PSF, through the identification of critical areas, where they are shown precarious the life conditions.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO-1 Aspectos Conceituais e Metodológicos

- 1.1. Reforma Sanitária
- 1.2. SUS – Modelo Assistencial
- 1.3. PACS E PSF: Enfoque na família, domicílio e ambiente
- 1.4. Sistemas de Informação em Saúde
- 1.5. Qualidade de vida
- 1.6. Condições de vida e Situação de Saúde
- 1.7. Metodologia

CAPÍTULO-2 Condições de Vida no VI Distrito Sanitário da cidade do Recife

- 2.1 Caracterização do VI Distrito Sanitário da cidade do Recife
- 2.2 Situação de Saúde no VI Distrito Sanitário
- 2.3 Condições de Vida no VI- Distrito Sanitário

CAPÍTULO-3 PACS PSF: Novos Conceitos, o trabalho das equipes do DS-VI

3. CONCLUSÕES

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

6.ANEXOS

INTRODUÇÃO

A década de 90 vem sendo marcada pela crescente disponibilização de dados e pela facilidade de acesso e análise destes através de sistemas computacionais simples. Nos campos de saúde e ambiente, diversos dados encontram-se em meio magnético e estruturados de maneira a permitir seu uso e interpretação por diversas entidades. Se, por um lado, esses dados estão disponíveis, por outro, freqüentemente, sua utilização é limitada, pela ausência de integração, qualidade e apresentação. (Barcellos & Santos, 1997)

A grande maioria dos sistemas de informação em saúde, de abrangência nacional, foram criados entre a década de 70 e início dos anos 80. Estes sistemas refletem a ótica centralizadora da atuação do Estado, ressaltando-se, ainda, que a tecnologia disponível - computadores de grande porte - também propiciavam condições para o desenvolvimento de ações de centralização. Com isto, a possibilidade de obtenção de informações ao longo de seu fluxo eram de difícil acesso, e estas permaneciam concentradas no nível federal, que era responsável pela operação destes sistemas.

Com a criação do SUS e o seu processo de implementação, vem se estruturando uma demanda de informações em saúde nos níveis estadual, regional e municipal com intuito de subsidiar a tomada de decisão, e como forma de controlar e estabelecer o repasse de verbas para as instituições.

Apesar destes avanços na descentralização dos dados, os sistemas de informações em Saúde encontram-se voltados para o controle do SUS. Este fato atribui aos prestadores de serviços, preocupação excessiva com o preenchimento correto das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH, e dos Boletins de Produção Ambulatorial - BPA, importando pouca preocupação com o processo saúde-doença que afeta os indivíduos. As unidades mínimas de agregação, dentro dos próprios sistemas do SUS são desiguais, dificultando o processo de análise desses dados. A falta de uma padronização geral para estes sistemas resulta em deficiências na retroalimentação destes dados aos indivíduos, tornando o acesso à informação ineficiente e restritivo aos cidadãos.

Neste sentido, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, disponibiliza dados sobre condições do parto e do recém-nascido. O Sistema de Informação da Mortalidade - SIM, enfoca dados relativos ao óbito. O Sistema de Informação Hospitalar - SIH, basicamente voltado à morbidade hospitalar. O Sistema de

Informação Ambulatorial – SIA disponibiliza dados sobre custos e frequência de consultas ambulatoriais. Todos seguindo a lógica do controle do SUS, fornecem dados que carecem de uma complementação no sentido de que sejam buscadas compreensões mais abrangentes quanto ao processo saúde-doença.

Nesta perspectiva, pode-se tomar como de fundamental importância estudos que lidam com a variável espaço, onde ressalta-se a relevância da análise e intervenções ambientais. Como explica Castellanos(1992):

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

Neste sentido, o estudo das condições de vida e de seus determinantes sobre a situação de saúde de uma população em geral, e de grupos sociais em particular, tem merecido atenção crescente no campo da Saúde Coletiva, seja com intuito de aprimorar teorias e métodos, que possam sustentar os estudos de desigualdades e iniquidades no processo saúde-doença, seja com a preocupação de construir sistemas de monitoramento que permitam a tomada de decisões no âmbito das políticas de saúde. As mudanças econômicas têm afetado de modo considerável as condições de vida de amplos setores da população latino-americana, além de apresentarem importantes efeitos sobre a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde ofertados. Os indicadores de saúde tradicionalmente utilizados não se mostram capazes de documentar claramente essa situação, revelando-se, assim, de escassa utilidade na tomada de decisões (Barata,1997).

Diante disto, faz necessário a análise da importância do espaço como categoria de análise tanto epidemiológica quanto ambiental, tornando-se imprescindível seu estudo ao entendimento do processo saúde-doença em uma população.

Observa-se que, padrões espaciais de doenças podem permitir a identificação de fontes comuns de contaminação, trajetos influenciados por variáveis ambientais, padrões ou diferenças de situações de saúde diante de perspectivas de agregações particulares em

diversos níveis; bem como, o planejamento e avaliação de intervenções e fatores sócio-econômicos especializados que afetam perfis de saúde (Barcellos:1997).

Diante disto reforça-se a necessidade de estudos que contemplem as diversas variáveis de interesse à saúde, incluindo a questão do espaço. Atualmente, como fonte de informação e intervenção nestes espaços, surge como estratégia operacional o Programa de Saúde da Família-PSF, que vem sendo implementado com o objetivo de trabalhar estes espaços nos diversos aspectos relacionados à saúde da população. O programa se baseia na formação de equipes, constituídas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, para cobrir determinada área de abrangência, onde residam de 600 a 1.000 famílias (Brasil,1998).

De acordo com este autor, as unidades de Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde.

No PSF, atribui-se como estratégia da sistematização das informações produzidas o Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB, que contempla também informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Este sistema além de informações sobre situação de morbi-mortalidade, enfoca o ambiente, do ponto de vista estrutural, e acesso a serviços de abastecimento d'água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e condições de moradia.

Dessa forma esses programas vem desenvolvendo suas ações com base na perspectiva de um enfoque mais abrangente no que se refere a compreensão do processo saúde-doença. Como são de recente prática,¹ espera-se que dificuldades surjam quando da manipulação de informações e conceitos ainda não plenamente desenvolvidos e em fase de experimentação, relacionados com este *“novo modelo de atenção onde firma-se vínculos e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e população, onde a família passa a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente, espaço em que vivem”*. (Brasil,1998).

¹ PACS pioneiramente adotado em Pernambuco pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco –IMIP sendo implantado na cidade do Recife, nas localidades de Vietnam em 1984, Carangueijo e Santa terezinha, em 1985. E, reconhecido como prioridade pela SMS/Recife em 1993 sendo implantado em diversas localidades do Município, segundo PCR, 1995

Partindo desta premissa, revela-se como necessário, estudos que contemplem esta relação das equipes com os novos conceitos, atribuídos pelo PACS e PSF, objetivando identificar o uso das questões de morbi-mortalidade e ambientais trabalhadas pelas unidades destes programas.

Diante disto, o presente estudo tem como objetivo descrever o uso destes conceitos enfocando a categoria espaço pelas equipes do PACS e PSF do Sexto Distrito Sanitário da Cidade do Recife, identificando o uso da cartografia, e outros métodos pelos quais as equipes se apropriam para delimitar e intervir em suas áreas de abrangência. Descreve-se, ainda, o uso do Sistema de Informação da Assistência Básica –SIAB, demonstrando seu perfil atual, e ressaltando a importância do mesmo para as equipes e academia.

Com o objetivo de analisar espacialmente a distribuição das equipes do PSF e PACS, é feita uma estratificação das condições de vida na área do estudo utilizando os dados do CENSO/FIBGE.1991

Diante dos objetivos, necessita-se descrever junto às equipes e supervisores, a forma pela qual identificam suas áreas de abrangência, questionando sobre o uso da cartografia, cadastro de logradouros, interação com a comunidade compatibilizando estas informações com os propósitos dos programas.

Com relação ao SIAB, procedeu-se uma análise do ponto de vista dos seus objetivos como sistema de informação, compatibilizando com a utilização pelas equipes, portanto, traçou-se seu perfil atual, levando em consideração sua manipulação pelas equipes, do Distrito Sanitário e Coordenação Municipal.

A estratificação da área do estudo, possibilitada pela manipulação do banco de dados do CENSO/FIBGE.1991, possibilitou a visualização espacial de áreas críticas relacionadas ao risco à saúde, visando identificar locais propícios a instalação de novas equipes do PACS e PSF.

A arquitetura do trabalho, apresentada em capítulos, visa facilitar a narração. Assim, no capítulo-1 procede-se a revisão bibliográfica, e propõe-se a metodologia utilizada, enfocando os principais temas de interesse, objetivando a construção de uma

base teórico-metodológica, com a finalidade de provocar a discussão dos resultados.

No capítulo-2, traça-se o perfil das condições de vida no VI- Distrito Sanitário da cidade do Recife, onde procede-se a caracterização da área do estudo, situação de saúde e condições de vida através da análise do coeficiente de mortalidade infantil e geral por bairro, procede-se a análise bairro a bairro procurando-se estudar os diferenciais intra-bairros, na unidade de agregação Setor Censitário, culminando com a apresentação do mapa dos setores censitários do DS-VI, agregados por estratos de condições de vida.

No capítulo-3 PACS e PSF: Novos conceitos, o trabalho das equipes do DS-VI, neste capítulo, identificamos o modo de interação equipe-comunidade, enfocando o trabalho dos agentes comunitários de saúde, a delimitação geográfica das áreas adotadas pelas equipes, e a forma como são identificados e trabalhados os diversos ambientes pelas equipes. Finalmente, nas conclusões, compatibiliza-se os diversos resultados encontrados, onde provoca-se a discussão acerca de áreas que necessite da instalação de novas equipes.

Com a realização deste estudo pretende-se discutir como está sendo utilizado o Sistema de Informação, particularmente quanto às categorias relacionadas a morbi-mortalidade e ambiente, pelas equipes, como também fornecer subsídios aos gestores, uma vez que destaca-se nos dias atuais a importância da informação no processo de gerência, onde é imprescindível um correto direcionamento de Serviço de saúde com bons instrumentos de diagnóstico para, por exemplo, decidir sobre a instalação de equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, ou de unidades do Programa de Saúde da Família, necessitando, para isto, de uma base teórico-metodológica baseada na informação.

CAPÍTULO –1 Aspectos Conceituais e metodológicos

1.1 REFORMA SANITÁRIA

A reforma sanitária brasileira representa uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo um processo de transformação do acesso aos serviços voltados agora aos princípios da universalidade, igualdade e equidade, onde a saúde passa a ser direito de todos e dever do estado.

A proposta da reforma sanitária representa por um lado, “a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso ao ser humano, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.” (Arouca,1988)

Essa proposta vinha sendo planejada a partir de críticas e estudos referentes ao sistema de saúde vigente e através de movimentos sociais de estudantes, docentes, profissionais de saúde, sindicato de trabalhadores, etc. Em 1986, foram sistematizados os princípios e diretrizes da reforma sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se os seguintes elementos:

-conceito ampliado de saúde, onde a saúde passa a ser vista não apenas como ausência de doença mais decorrente de diversos fatores como, acesso a serviços de saúde, renda, educação, habitação, lazer etc.

-Reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, propondo-se uma assistência Universal, onde os indivíduos teriam acesso a todos os níveis de assistência e complexidade independente de sua condição financeira, sendo portanto dever do estado elaborar e implementar políticas que garantam este acesso.

-Sistema Único de Saúde (SUS), modelo assistencial com a responsabilidade de compatibilizar e tornar eficaz estas mudanças.

- Participação popular, onde os cidadãos possuem direitos de participar no planejamento da saúde, bem como fiscalizar o correto andamento do SUS.

Neste contexto nasce o Programa de Saúde da Família -PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde -PACS, discutidos posteriormente neste trabalho.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –SUS MODELO ASSISTENCIAL

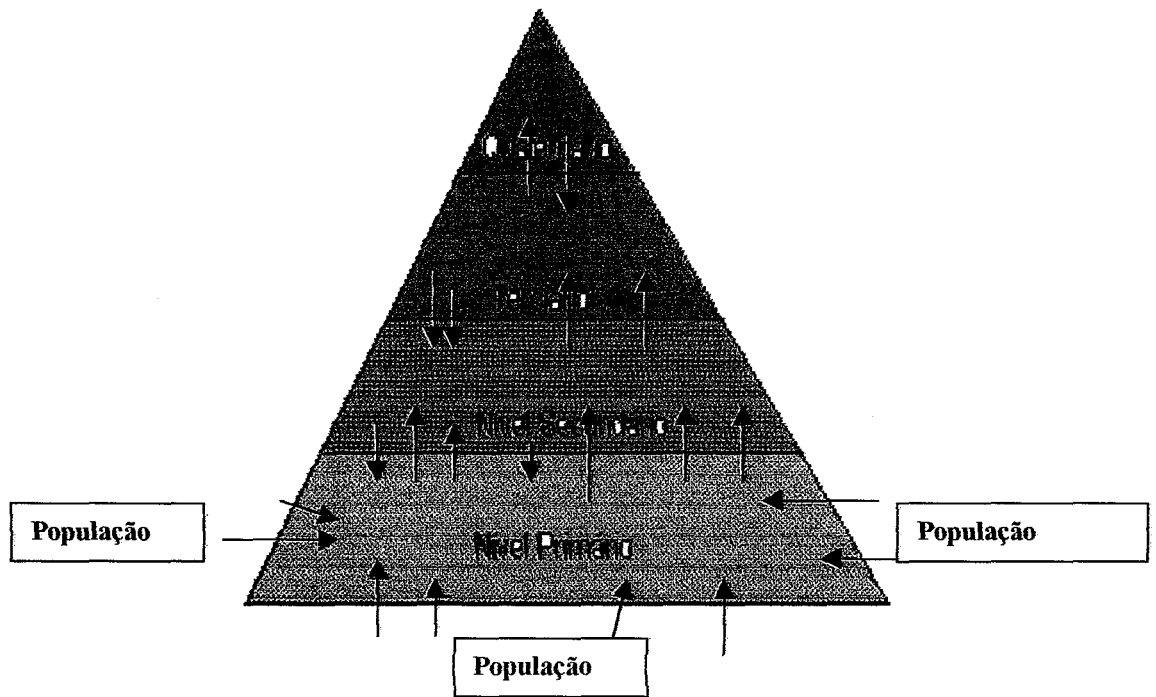
O SUS, que consolida-se numa proposta voltada aos ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na constituição de 1988, concretiza-se por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais. Neste contexto, procura-se resgatar o conceito de cidadania, onde os indivíduos participam ativamente deste processo, revertendo as desigualdades sociais, agora voltados para um sistema de saúde que atenda as reais necessidades de saúde da população.

Esses ideais agora transformados, na carta magna, em direito a saúde, garantidos através de políticas públicas, que reduzam o risco e agravos a saúde. Esse direito significa acesso universal, igualitário e equânime, com vistas a um atendimento integral com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com intuito de implementar o SUS, propõe-se uma rede hierarquizada e regionalizada das ações e serviços públicos de saúde, voltadas a determinadas diretrizes:

a)-Descentralização: onde propõe-se a direção única em cada esfera do governo, ou seja, atribui-se responsabilidades ao município, estado e nível federal. Nesta proposta pretende aumentar o poder do município, por constituir o nível que mais se aproxima do cidadão, onde a realidade sanitária é trabalhada numa focalização no indivíduo, além do contato íntimo, entre cidadão e governo municipal.

b) -Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais. Estabelece assistência do menor ao maior nível de complexidade, de acordo com a necessidade do usuário. Reconhece as atividades preventivas, agora voltadas a minimizar riscos, atuando na base do problema e não quando surge situação de doença. Ainda neste contexto, propõe-se diversas formas de entradas no sistema, onde o nível primário seria a principal porta, possibilitando o indivíduo passar pelos diversos níveis. Para melhor entendimento convém analisar o diagrama abaixo:



O nível primário constitui-se a base da pirâmide, uma vez que atende a um maior número de indivíduos, e deve constituir-se a porta de entrada, representado teoricamente pelo PACS e PSF, onde os indivíduos de acordo com suas necessidades ascenderiam aos diversos níveis de complexidade diversa de assistência. Exemplificando: supondo que uma criança com leucemia, procure uma unidade de saúde da família, feito a anamnese pela equipe, a mesma foi encaminhada a um hospital que dispusesse de exames complementares -nível secundário. Feito os exames constatou-se que a mesma possuía alguma patologia relacionada aos glóbulos brancos do sangue, daí foi encaminhada a um centro de hematologia- nível terciário, com os exames realizados no centro chegou-se a um diagnóstico definitivo; Leucemia cujo tratamento indicado, transplante de medula óssea. Neste ponto a criança foi encaminhada a um hospital especializado no transplante de medula -nível quaternário. O que podemos observar são as possibilidades de acesso facilitadas desde o nível básico ou primário até o nível quaternário ou de maior complexidade. Resta salientar que os indivíduos também descem a pirâmide, até chegar novamente no nível básico com acompanhamento e reabilitação. Ou seja, existe a disponibilidade de diversos serviços ao cidadão de acordo com o grau de complexidade requerida.

Observa-se que o PACS e PSF funcionam como principal unidade receptora de indivíduos com problemas de saúde, podendo resolvê-los ou referenciar a outros níveis da

assistência. Além de promover assistência curativa, apesar que restrita, dá grande ênfase na prevenção, por atuar na base do problema, reconhecendo o indivíduo não apenas como “o paciente” mais como um cidadão envolvido num ambiente, onde os risco de adoecer e morrer são diferentes.

Outro aspecto destes programas é a reabilitação dos indivíduos, e sua reintegração com a família, emprego e a própria vida na comunidade, e isto, significa trabalhar com os espaços intra e extrafamiliares. Podemos mais uma vez reafirmar a importância do estudo do espaço para compreendermos o processo saúde-doença na população. No próximo item pretende-se aprofundar a discussão a respeito do PACS e do PSF.

1.3 PACS E PSF – ENFOQUE NA FAMÍLIA, DOMICÍLIO E AMBIENTE

Faz-se necessário compreender estes programas como reversão do modelo assistencial vigente, voltado a práticas curativas sem nenhum laço de compromisso com a saúde dos cidadãos. De acordo com os preceitos da reforma sanitária onde o universalidade, igualdade e equidade devem dirigir as práticas de saúde, é inadmissível continuar com o modelo assistencial curativo, voltado a procedimentos de alto custo, repetitivos, e que não resolvem os reais problemas de saúde da população.

Dessa forma, o PACS e PSF surgem como um modelo inovador, onde devem ser estabelecidos vínculos e a criação de laços de compromissos e de corresponsabilidades entre profissionais de saúde e população. Por isto se dá grande ênfase a família, entendida a partir do ambiente em que vivem e constroem as suas inter e intra-relações, dessa forma constituindo local onde desenrolam-se as luta por melhores condições de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde, 1997:

“As diretrizes operacionais a serem seguidas para implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais. A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidade básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, característica do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada

a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. As unidades caracterizam-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância a saúde. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros de relevância local.”

Assim, o PACS e PSF, funciona como principal porta de entrada do sistema, referenciando a outros níveis, indivíduos cujo tratamento requeira maior complexidade tecnológica. Através destes programas é possível monitorar os indivíduos acompanhando-os, ao longo de sua vida, reforçando os laços de compromissos, elevando a confiabilidade da população nos profissionais, e com isto promovendo uma significativa melhoria das condições de saúde da comunidade.

Do ponto de vista da academia, estes programas possibilitam o desenvolvimento de várias pesquisas, com alto nível de confiabilidade das informações, e de alta eficiência e eficácia, pois medidas podem ser tomadas, e os avaliadores das ações são os indivíduos. Além desta característica, convém destacar o reconhecimento do espaço, e as informações disponibilizadas relativas aos mesmos, numa abordagem tanto quantitativa quanto qualitativa, é possível compreender o processo saúde doença, voltado a análise do ambiente, onde está inserida a comunidade, e onde se dá todo processo de relação homem-homem e homem-meio ambiente.

1.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Maleta e Brandão (1985), Os Sistemas de Informação em Saúde não é uma superestrutura que absorve todos os seus componentes mas, sim, um pequeno núcleo que ajuda a desenhar o próprio sistema, que assegura a produção de dados necessários para o processo de controle e, ou decisão, que garante o fluxo de dados e informa dentro e entre os níveis, que colabora na fixação de metas ou padrões e que possibilita a produção de informações dos próprios usuários. Afirmam que: “*como toda*

informação representa um custo do ponto de vista da aquisição, processamento e transmissão, o sistema de informação vai selecionar as mais importantes, fazendo passar aos níveis superiores somente aquelas que poderão vir a contribuir para o processo decisório, isto é, aquelas informações que possam ser usadas na administração de programas”

Fazendo uma análise da realidade, observa-se que informações valiosas deixam de ser colhidas pelos sistemas de informação em Saúde, simplesmente porque supõe não ser importante ao processo da decisão e controle. É o caso das deficiências em contemplar dados ambientais nos questionários dos SIS, baseado na idéia errônea que apenas as situações de morbi-mortalidade servem na sua totalidade ao processo decisório, e ao entendimento do processo saúde-doença.

Este fator se constitui de suma importância ao entendimento das dificuldades operacionais em se trabalhar com diversos Sistemas de Informações, apesar de referenciados a questão saúde. Mais uma vez vem a tona a questão das Unidades Mínimas de Agregação, adotadas de formas diferentes pelos diversos Sistemas de Informações, dificultando a análise dessas variáveis.

Por isto, fica muito difícil delimitar o campo de abrangência das Informações em Saúde. Adotando o conceito ampliado de Saúde, também devem ser entendidas e consideradas como informações de saúde, aquelas acerca de alimentação, moradia, saneamento etc., ou seja, acerca das condições gerais de vida e trabalho.

De acordo com Capra(1987), as instituições responsáveis pelos cuidados com a saúde trabalham com informações que partem do paradigma biomédico, enfatizando os registros de dados vinculados à presença ou ausência de doenças, aos procedimentos médicos-terapêuticos e aos procedimentos ligados aos funcionamento administrativo, à gestão dos recursos humanos e financeiros envolvidos na oferta de serviços médicos sanitários.

Assim, as informações acerca de alimentação, moradia, emprego, saneamento, não são abrangidas pelos SIS. Levando ao seu estudo trabalhos com diversas bases de dados muitas vezes desconexas, onde necessita-se um esforço teórico-conceitual para se entender o processo saúde doença nas populações.

No entanto surge operacionalmente, nesta década os dados em meios magnéticos e a universalização dos microcomputadores, facilitando o trabalho com grandes bancos de dados, antes impossíveis de se compatibilizar. Esta visão otimista desse final de século, concretiza-se parcialmente uma vez que o acesso a informação ainda não é universal: muitas bases de dados são vendidas a preços absurdos por instituições governamentais, dificultando seu acesso pela academia. Além de que muitas unidades mínimas de agregação, são incompatíveis entre si, impossibilitando uma análise mais acurada dos dados.

Enfim, faz-se necessário, se apoderar da informação, e torna-la universal e voltada a melhoria das Condições de vida dos cidadão, pois a universalização da saúde, prevista na reforma sanitária também contribui de forma direta, como determinante das condições de vida. O próximo item aprofunda esta discussão:

1.5 QUALIDADE DE VIDA

De acordo com Rouquayrol(1994), Qualidade de Vida está vinculada a dois parâmetros. O primeiro deles é o grau de liberdade que cada nação é capaz de oferecer aos seus cidadãos, ou que as distintas sociedades foram capaz de conquistar para o conjunto dos cidadãos ao longo de sua história. Um aspecto importante e balizador da qualidade de vida consiste na capacidade de usufruto das conquistas técnico-científicas pelo conjunto das populações o que equivale estabelecer uma correspondência entre a idéia de cidadania e o direito de consumidor.

Assim o cidadão conquista a “boa” qualidade de vida a medida que desfruta de todo aparato tecnológico e conquistas socio-políticas de sua nação. No caso da saúde, para se alcançar um boa qualidade de vida, o sistema de saúde deve ser universal a todos os cidadão, e deve suprir todas as suas necessidades. Importante salientar que não apenas ausência de doença deva ser entendida a saúde, mais num sentido amplo, onde as intervenções devam ser interinstitucionais, afim de prover condições adequadas de moradia, emprego, lazer, educação, etc.

Podemos concluir que todos os indivíduos buscam alcançar uma certa qualidade de vida, e como tal cabe ao Estado prover meios para que os cidadãos possam usufruir dela. Esta discussão do que é ou não qualidade de vida, passa até pelo conceito de vida, pois a vida vegetativa, é “vida” mais não com qualidade. A questão teórico-metodológica que a envolve, começa a mudar até o conceito de viver, pois de que adianta vida sem qualidade. Será que indivíduos doentes, sem emprego, sem lazer, sem moradia, vivem? Neste momento é grande a responsabilidade do estado, pois passa a atribuir vida e não-vida a seus cidadãos. A própria academia tende a aprofundar este conceito, e discutir formas de prover vida com qualidade, pois sem a mesma não é vida.

A nossa realidade é tão desumana, que pensado dessa forma poucas pessoas tem vida, outras vegetam. Tornando-se necessário buscar formas de minimizar este fato. Diante disto, é que procuramos desenvolver neste trabalho um olhar crítico da realidade, procuramos esmiuçá-la, e demonstrar padrões de vida, completamente fora de vida com qualidade. Procuramos ao longo dele, demonstrar que a realidade é injusta. Temos bairros como Boa Viagem, onde as diferenças são exarcebantes: temos vivos e não-vivos, neste bairro e em outros. Porém neste momento não cabe análise dos resultados. Daí, surge a preocupação com estes indivíduos excluídos, tanto estruturalmente, como socialmente.

1.6 CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com Paim in Barata(1998), as relações entre saúde e condições de vida estão presentes, de formas diversas e com intensidade distintas, nas diferentes abordagens conceituais e teóricas sobre causalidade em saúde do século XX. Estando os diferenciais de morbi-mortalidade entre as classes sociais sido evidenciados por vários estudos, principalmente por aqueles do tipo ecológico.

Partindo da estruturação das classes sociais nas diferentes etapas do desenvolvimento do capitalismo, os indivíduos se submetem a formas distintas de inserção na estrutura ocupacional disponível que conforma o mercado de trabalho bem como a um dado modo de vida. Na medida em que os trabalhadores encontram postos nestes mercados, vendem sua força de trabalho em troca de salários que também influi no seu modo de vida. Este pode ser decomposto analiticamente em condições de vida, garantidas diretamente por seus rendimentos ou indiretamente através das políticas públicas que

asseguram a distribuição de bens de consumo coletivo, e em estilo de vida, enquanto conjunto de comportamentos, hábitos atitudes etc. (Barata,1998)

Neste âmbito o mercado de trabalho estabelece ainda as condições de trabalho, às quais são subordinados os trabalhadores capazes de gerar problemas de saúde. Relaciona-se com o processo de trabalho, o fato de que, na dependência do tipo, da intensidade e da insegurança, este produz acidentes e outras doenças ocupacionais. Daí o perfil epidemiológico da população é determinado por um lado por meio do processo de trabalho, e das condições do trabalho; de outro pela estrutura de consumo (modo de vida) que juntamente com a renda oferecida pelo mercado de trabalho, conforma as condições do estilo de vida. (Paim in Barata, 1998).

Portanto, o estudo das condições de vida de determinados grupos sociais deve levar em conta não só a distribuição da renda e do poder aquisitivo, mas também certas ações estatais que buscam garantir o atendimento de necessidades consideradas básicas para a sobrevivência, como, por exemplo, acesso a serviços de saúde, saneamento, educação, alimentação e nutrição, lazer , segurança, etc.

Trabalhos mais recentes procuraram evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos pelo recurso à construção de indicadores compostos por diversas variáveis sócio-econômicas (Castellanos,1992 Nuñez,1992).

De acordo com esses autores, as condições de vida expressam as condições materiais de existência dos grupos humanos de determinada sociedade. Dependem da inserção de cada grupo na estrutura de produção e, por conseguinte, da sua vinculação a uma determinada classe social. Portanto, as condições de vida são resultantes da forma como esses grupos se inserem no processo de reprodução da sociedade, em um momento histórico e em determinadas condições naturais. Desse modo, a noção de “necessidades básicas satisfeitas”, utilizadas por esses autores, procura apreender carências das condições de vida capazes de explicar diferenciais de indicadores da situação de saúde entre segmentos da população.

Diante disto, o recurso à categoria espaço para aproximação das condições de vida, enquanto mediação entre os determinantes estruturais e a situação de saúde, apresenta-se potencialmente como opção para apreender processos relativos à reprodução social. Na

medida em que o conceito de território ou espaço transcenda a sua condição física ou natural e recupere o seu caráter histórico e social, o estudo das condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde.

Castellhanos (1992), ao revisar os aspectos conceituais, metodológicos e técnicos relativos aos estudos sobre as desigualdades em saúde segundo condições de vida, destaca que “cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por sua idade, pelo sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja saúde/doença peculiares, os quais favorecem e dificultam, em maior ou menor grau, sua realização como indivíduos e como projeto social”. Considera que o perfil de condições de vida expressa quatro dimensões da reprodução social – biológica, ecológica, econômica e da consciência do comportamento e que “cada grupo da população terá um perfil de necessidades (riscos) vinculados com cada uma dessas dimensões reprodutivas”.

Neste estudo, procura-se estudar os diversos espaços, determinando estratos, com diferentes condições, e riscos à saúde. Reconhecendo o ambiente, além da sua delimitação geográfica, como fator determinante do processo de luta pela melhoria da qualidade de vida, e as relações intra e extrafamiliares, representadas pela relação homem/homem e homem/ambiente. Procura-se estudar estes espaços, e nele reconhecer as diferentes situações de risco a saúde, demonstrado sua apresentação espacial, e propondo áreas onde novas equipes do PACS e/ou PSF possam ser instaladas.

1.7 Metodologia

Com relação ao tipo do estudo, o presente é do tipo descritivo e ecológico, descrevendo-se o perfil de morbi-mortalidade e intervenções do PACS e PSF, e contruindo-se estratos relacionados a estrutura dos domicílios e acesso a serviços utilizando os dados do CENSO de 1991 da FIBGE, cuja menor unidade de agregação utilizada, foi o setor censitário.

Para este estudo elegeu-se a área de abrangência do VI-Distrito sanitário da Cidade do Recife, que compreende os seguintes bairros: Boa Viagem, Pina Imbiribeira, IPSEP, Jordão, Ibura e Brasília Teimosa.

Os dados relativos ao estudo ecológico foram processados pelo software EPINFO 6.04 onde foram selecionados todos as variáveis do Censo, referentes a região do estudo, em seguida através do Software Excel 97, selecionou-se as variáveis de interesse ao estudo excluindo-se as demais. Após este processo, definiu-se os critérios para criação de um indicador relacionado a acesso a água, esgoto e lixo, onde calculou-se as frequências relativas percentuais dessas variáveis, procedeu-se o cálculo da média dessas frequências, e criado estratos de acordo com estas médias. Após esta classificação por setores censitários, coloriu-se o mapa dos setores de acordo com cada estrato.

Com relação ao estudo descritivo foram realizadas visitas às equipes, VI-DS/PCR e Departamento de Desenvolvimento Comunitário da PCR, onde procurou-se descrever as questões relativas ao uso das categorias relacionadas a Morbi-mortalidade e condições ambientais. Utilizou-se também dados do SIM e SINASC, com intuito de levantar a mortalidade infantil por bairro cujo processamento se deu pelo Software TABWIN FOR WINDOWS 0.9, com posterior criação de tabelas com indicações de frequência relativa simples e percentual, para o ano de 1996.

**CAPÍTULO-2 Condições de Vida no VI Distrito Sanitário da
cidade do Recife.**

2.1 Caracterização do VI- Distrito Sanitário da Cidade do Recife

O município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral oriental da região Nordeste do Brasil, possuindo uma área de 209Km², constituídas de ambientes diversificados, como morros, planícies, estuários e praias. Sendo banhada por vários cursos d'água, destacando-se os rios Capibaribe e Beberide (Árlego &Leitão, 19__).

De acordo com este mesmo autor, a cidade do Recife, desde o seu nascimento em 1537, como uma aldeia de pescadores que incorporou atividades portuárias, sofreu várias mutações ao longo de sua história. Pesando, no seu processo de urbanização, características específicas de base física, na qual a cidade cresceu, transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que percorreram vários níveis durante a construção do espaço urbano. Nos dias atuais, a cidade do Recife, apresenta-se heterogênea, com grandes desigualdades sociais, com populações de diferentes classes convivendo lado a lado.

Toda área física do Recife é considerada urbana, sendo dividida em 94 bairros. Sua população, em 1991, era de 1.298.229 habitantes, segundo dados do Censo de 1991/FIBGE representando 18,2% da população do estado e 44% da população da região metropolitana. Entre 1940 e 1991 a população quase quadruplicou. Contudo, no último período intercensitário (1980-1991), apresentou crescimento de apenas 0,66% ao ano, um dos menores quando comparados ao de outras regiões do país (Guimarães,1998).

De acordo com este mesmo autor, em 1991, cerca de 46% da população do Recife era do sexo masculino e 54% do sexo feminino. Quanto a faixa etária, 10% tinham menos de 5 anos, 21% entre 5 e 14 anos, 30% entre 15 e 29 anos, 31% entre 30 e 59 anos e 8% com 60 ou mais anos de idade. Neste mesmo anos a cidade, possuía 305.901 domicílios considerados como moradias residenciais. O saneamento dos mesmo, como um serviço urbano básico que influi diretamente nas condições de salubridade das moradias, tem uma proporção de esgotamentos sanitário adequado bem inferior se comparado ao abastecimento d'água e coleta de lixo.

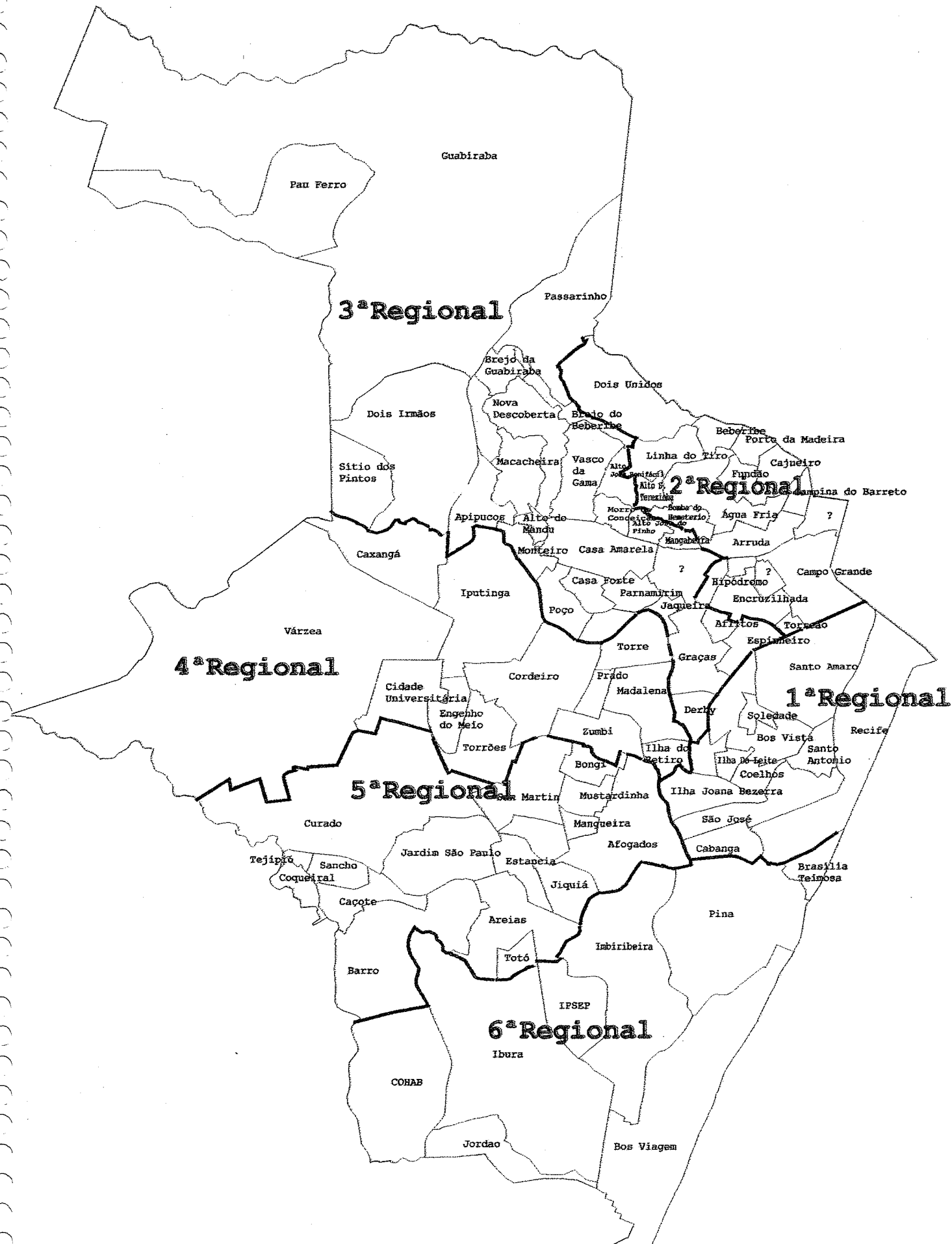
Segundo FIBGE(1991), O sistema de esgotamento sanitário através de rede geral e de fossa séptica atingia em 1991, respectivamente 32% e 19% dos domicílios do município. Por outro lado, em cerca de 38% das moradias, o esgotamento era feito através de fossas rudimentares e valas, e em 8% não havia nenhum tipo de escoadouro para instalação sanitária. Quanto ao abastecimento de água tratada, cerca de 79% dos domicílios possuía canalização interna. Com relação à coleta de lixo, existia cerca de 82% dos domicílios dispondo deste tipo de serviço. Em relação a educação, em 1991, cerca de 15% da população com 10 ou mais anos de idade e 16% dos chefes de família eram analfabetos. Com relação a rendimento, 57% dos chefes de família tinham rendimentos mensais inferior a 2 salários mínimos.

Quanto à situação de saúde, no Recife observa-se uma superposição de perfis epidemiológicos: doenças, óbitos e agravos ligados ao “atraso”, por um lado, e, por outro, eventos identificados com a “modernidade (Melo Filho, Passos & Lima, 1997).

Segundo este autor, na primeira categoria, enquadram-se as doenças infecciosas e parasitárias que, a despeito da importante queda em suas taxas de mortalidade nos últimos anos, apresentam, atualmente, um recrudescimento e uma expansão de antigos males (Cólera, Dengue, Tuberculose, Hanseníase), manutenção da transmissão de outros (Filariose, raiva) além de alguns em situação epidêmica (AIDS). Referentes ao atraso, estão as altas taxas de mortalidade feminina por câncer de colo uterino e por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério. Caracterizando a emergência da “modernidade”, encontram-se as doenças do aparelho circulatório e neoplasias com principais causas de óbito em maiores de 50 anos.

Com relação a divisão político administrativa, a cidade do Recife encontra -se dividida em seis regionais, Regiões Político-Administrativas -RPA. Com relação à saúde, divide-se a cidade em seis Distritos Sanitários. Que corresponde geograficamente às RPA, como pode ser observado no mapa a seguir. Em cada distrito existe uma sede, que coordena ações de unidades de saúdes, e equipes do PACS e PSF.

Mapa da cidade do Recife-PE



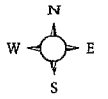
A área escolhida para este estudo é representada pelo VI- Distrito Sanitário da Cidade do Recife, que compreende os bairros de Boa Viagem, Pina, Brasília Teimosa, Jordão, Ibura, Cohab, IPSEP e Imbiribeira. Localiza-se ao sul do município, tendo como limites ao norte os bairros do Barro, Areias, Totó, Jiquiá, Afogados, Cabanga e Bairro do Recife, e ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes. Com População de 304.954 habitantes, possui cerca de 73909 domicílios segundo CENSO/FIBGE.1991. Possui 04 Unidades do Programa de Saúde da família: Dancing Days em Boa Viagem, Três Carneiros, Sítio Grande e Ilha de Deus na Imbiribeira. As áreas cobertas pelo PACS estão assim discriminadas:

EQUIPE	BAIRRO	Nº. DE ACS
Alto da boa Vista	Ibura	03
Alto da Esperança	Ibura	03
“ da Jaqueira	Ibura	08
Cidade Operária	Jordao	08
Jordão de Baixo	Jordão	07
Jordão Alto	Jordão	09
Beira Rio	Boa Viagem	02
IPSEP	IPSEP	03
Favela do Joca	Boa Viagem	01
Borborema	Boa Viagem	05
Boa Viagem	Boa Viagem	01
Tijolos	Imbiribeira	02
Imbiribeira	Imbiribeira	13
UR-IV	Ibura	04
UR-III	Ibura	02
UR-II	Ibura	07
UR-I	Ibura	05
Conj. 27 de novembro	Ibura	11
Alto dos milagres	Ibura	06
Dois Rios	Ibura	03
Jardim Monte Verde	Ibura	03
Ibura de Baixo	Ibura	16
Paz e amor	Ibura	10
Vila da base	Ibura	02
Vila dos Miagres	Ibura	06
Vila do Sesi	Ibura	02
Zumbi do Pacheco	Ibura	03
UR-X	Ibura	14
Padre Giordano	Boa Viagem	02
Pina	Pina	18
Ilha do Destino	Boa Viagem	04
B. Teimosa.	B. Teimosa	21
Entra Apulso	B. Viagem	05
Água Viva	Jordão	05
Alto Asa Branca	Jordão	04
L. Encantada	Ibura	08
UR-V	Ibura	06
UR-VI	Ibura	07
Vila das Crianças	Ibura	02
Vila das Aeromoças	Ibura	06
Vila T. Neves	Ibura	08
UR-XII	Ibura	01
Ilha de Deus	Imbiribeira	07
Dancing Days	Boa Viagem	07
Sítio Grande-I	Imbiribeira	07
Sítio Grande-II	Imbiribeira	07
Três carneiros I	Três Carneiros	07
“ “ 2	“	07
“ ” 3	“	06

Estas equipes estão sob supervisão direta de Enfermeiros/Supervisores que acompanham e orientam as intervenções. Resta salientar que as equipes geralmente atuam em áreas de favelas, morros, etc. (Segundo Informações do DS-VI).

Com intuito de visualizar espacialmente as áreas de abrangência de cada equipe, elaborou-se o mapa da página seguinte, a partir das informações fornecidas pelos ACS: relação nominal de ruas e comunidades sob cobertura do PACS e PSF, que podem ser consultadas no anexo-2.

Mapa-1 Áreas de abrangência do PACS e PSF no Sexto Distrito Sanitário da cidade do Recife-PE



Legenda:

- Áreas de cobertura do PACS
- Áreas de Cobertura do PSF

Fonte: Informações Relativas aos logradouros sob responsabilidade dos agentes comunitários e equipes do PSF

2.2 Situação de Saúde no VI Distrito Sanitário

Com relação ao perfil de morbi-mortalidade por Bairro, foram analisados os dados do SIM e SINASC/MS, onde levantou-se os coeficientes de mortalidade geral e mortalidade infantil.

O Coeficiente de Mortalidade Geral é utilizado na avaliação do estado sanitário de áreas determinadas, associados a outros coeficientes e índices. Esse coeficiente propicia, pelo menos teoricamente, a possibilidade de se relacionar o nível de saúde de regiões diferentes em uma mesma época (Rouquayrol,1994).

Segundo este mesmo autor, o coeficiente de mortalidade infantil, quanto ao seu emprego, deve ser classificado entre os coeficientes gerais, pois sua destinação principal é avaliar o estado sanitário geral de uma comunidade em associação com outros indicadores.

De acordo com Guimarães(1998), o coeficiente de mortalidade infantil, no Recife, vem apresentando uma importante redução nos últimos anos, ainda que esta queda esteja acontecendo com velocidades variadas em cada região do país. O coeficiente de Mortalidade infantil no município do Recife mensurado por este autor para o ano de 1995 foi de 27,53‰.

Assim sendo, parece razoável a análise destes coeficientes, em nosso estudo construídos utilizando a unidade menor de agregação disponível nos Sistemas de Informação em Saúde: o Bairro.

De acordo com a tabela-1. Observa-se diferenças entre os Coeficientes de Mortalidade Geral, onde a variação do CMG encontra-se entre 109,0‰ a 51,5‰. maior índice é atribuído ao bairro do IBURA com CMG=109‰, seguido pelo bairro do IPSEP com CMG=85,3‰e finalmente o bairro do Jordão onde encontra-se o coeficiente mais baixo 51,5‰.

Estes dados revelam uma certa heterogeneidade entre os bairros estudados, retratados pela grande variação encontrada.

Tabela1
Coeficiente de Mortalidade Geral por Bairro.
VI -Distrito Sanitário. Recife-PE. 1996

<i>BAIRRODESC</i>	<i>Total de óbitos</i>	<i>pop96</i>	<i>CMGERAL/1000</i>
205 BOA VIAGEM	579	101222.0	57.2
256 BRASILIA TEIMOSA	105	16492.0	63.7
884 COHAB	379	62505.0	60.6
230 IBURA	375	34405.0	109.0
264 IMBIRIBEIRA	249	39700.0	62.7
213 IPSEP	240	28133.0	85.3
221 JORDAO	128	24837.0	51.5
248 PINA	207	25494.0	81.2

*População Estimada para 1996

FONTE: FIBGE/CENSO POPULACIONAL 1991.

Com relação ao coeficiente de Mortalidade Infantil –CMI, O perfil modifica-se com o maior CMI atribuído ao bairro do Pina com 31‰, seguido pela Imbiribeira com 25 óbitos infantis por 1.000 nascimentos, a menor variação foi encontrada no bairro Brasília Teimosa com CMI= 16‰ nascidos vivos tabela-2.

Tabela2
Coeficiente de Mortalidade Infantil -CMI por Bairro.
VI -Distrito Sanitário. Recife-PE. 1996

<i>Bairro</i>	<i>ÓBITOS<1 Ano</i>	<i>TOTNASC.</i>	<i>CMI/1.000</i>
BOA VIAGEM	39	1811	22
BRASILIA TEIMOSA	6	367	16
COHAB	30	1242	24
IBURA	31	1437	22
IMBIRIBEIRA	20	791	25
IPSEP	8	475	17
JORDAO	10	462	22
PINA	17	550	31

*População Estimada para 1996

FONTE: FIBGE/CENSO POPULACIONAL 1991.

SIM/DATASUS/MS

SINASC/DATASUS/MS

De acordo com os dados da tabela-3 observa-se que para Mortalidade Por Doenças infecto-parasitárias DIC, o maior percentual foi encontrado no bairro de Brasília Teimosa, onde as DIC representam cerca de 33% do total de óbitos em menor de 1 ano, seguido pelo bairro do Ibura onde esta cifra chegou a 19,4% , seguido pela COHAB com 16,7%.

Tabela3

Percentual de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias por Bairro.

VI -Distrito Sanitário. Recife-PE.1996

Bairro	dip<1ano	OBITOS<1 Ano	TOTNASC.	CMI/1.000	%dip<ano
205 BOA VIAGEM	4	39	1811	22	10.3
256 BRASILIA TEIMOSA	2	6	367	16	33.3
884 COHAB	5	30	1242	24	16.7
230 IBURA	6	31	1437	22	19.4
264 IMBIRIBEIRA	1	20	791	25	5.0
213 IPSEP	1	8	475	17	12.5
221 JORDAO	0	10	462	22	0.0
248 PINA	2	17	550	31	11.8
Total	34	280	11997	587	12.1

*População Estimada para 1996

FONTE: FIBGE/CENSO POPULACIONAL 1991.

SIM/DATASUS/MS

Diante dos dados percebe-se grande variações destes coeficientes entre os bairros, com os extremos muito distantes, com CMG variando de 109‰ no Ibura a 51.5‰ no Jordão, CMI de 31‰ no Pina a 16‰ em Brasília Teimosa. Para análise destes e de outros fatores, necessita-se estratificar a área, e buscar diferenciais intra-bairros, isto é possível agregando-os através dos Setores Censitários.

2.3 Condições de vida no VI- Distrito Sanitário

Várias são as metodologias adotadas para o estudo das condições de vida e risco a saúde, como exemplo podemos citar um estudo realizado no município de Recife, realizado por Guimarães(1998), este estudo, construiu-se diversos estratos do município.

Guimarães(1998), estratificou o município em 04 estratos, utilizando a construção de um indicador sintético por bairro, denominado Indicador de Condição de Vida (ICV), através de análise fatorial (técnica de componente principal), utilizando o programa SPSS/PC+. O estudo englobou as seguintes variáveis do CENSO/FIBGE.1991: abastecimento d'água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, aglomeração no dormitório, analfabetismo da população adolescente precoce, escolaridade e renda do chefe de família.

Os quatro estratos de condições de vida foram assim definidos para área de abrangência do Sexto Distrito Sanitário:

- Estrato. I(Elevada)- Boa Viagem e IPSEP
- Estrato.II(Intermediária)- Imbiribeira, Pina, Jordão e COHAB.
- Estrato.III(Baixa)-Ibura e Brasília Teimosa.
- Estrato.IV(Muito Baixa) – Não consta nenhum bairro do VI-Distrito nesta condição.

No entanto, o autor, reconhece que a utilização do setor censitário como unidade de análise, por ser uma unidade territorial menor que o bairro, provavelmente apontaria em cada bairro diferenciais internos de condições de vida

Partindo desta premissa, procurou-se estratificar a área do estudo em quatro estratos de condição de vida e risco à saúde tendo como base os setores censitários do IBGE. Procurando identificar dentro do bairro, diferentes estratos de condições de vida, relativos à oferta de serviços públicos de infraestrutura de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, reconhecidamente de importância na determinação do risco à saúde.

Para isto, foi escolhida as variáveis do IBGE; número de domicílios ligados à rede geral de abastecimento d'água, e rede geral de esgotamento sanitário, e número de domicílio que dispõe de coleta de lixo. Calculou-se a frequência relativa percentual de cada uma delas, em seguida foi calculado o percentual médio onde atribuiu-se as seguintes denominações para as condições de infra-estrutura instalada em cada setor:

- 0% a 50% -Estrato Péssimo – Péssimas condições de infra-estrutura instalada.
- 51% a 75% -Estrato Ruim –Condições ruins de infra-estrutura instalada.
- 76% a 90% -Estrato Regular - Condições Regular de infra-estrutura instalada.
- 91 a 100% -Estrato Bom –Boas condições de infra-estrutura instalada.

Cumprindo esta etapa, os setores considerados de mesma faixa receberam uma determinada cor (verde-Bom, amarelo-Regular, laranja-Ruim e vermelho-Péssimo) que aplicada sobre a base cartográfica georreferenciada permitiu destacar visualmente cada estrato. Mapa-2 na página seguinte:

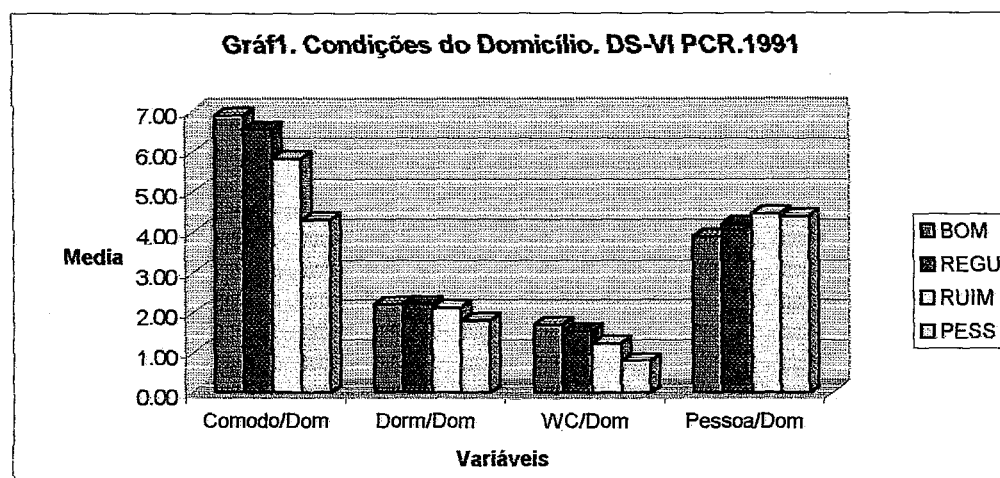
Para cada estrato, foram analisados as condições do domicílio e condições sócio-econômicas da população representada pela renda e alfabetização.

O gráfico 1 mostra as condições do domicílio para cada estrato construído. Utilizamos as seguintes variáveis na análise:

- Cômodo/domicílio -Número médio de cômodo/Domicílio;
- Dormitório/domicílio -Número médio de dormitórios por domicílio;
- WC/domicílio - Número médio de WC por domicílio;
- Pessoa/domicílio -Número médio de pessoas por domicílio;
- PCAGCCINT -Percentual de domicílios com canalização interna de água ligada a rede geral;
- PdomSubnormal -Percentual de domicílios em condições subnormais
- PCSEMESGOT -Percentual de domicílios sem nenhuma forma de esgotamento sanitário.

Para as condições sócio-econômicas:

- Prenda>20SM -Percentual de renda maior que 20 Salários mínimos;
- PRenda10a20SM -Percentual de renda entra 10 a 20 salários mínimos;
- Prenda2a5SM -Percentual de renda entre 2 e 5 salários mínimos;
- PRenda1A2SM -Percentual de renda de 1 a 2 salários mínimos;
- Prenda<1SM -Percentual de renda menor que 1 salário mínimo;
- PsemRenda -Percentual de domicílios sem rendimentos e,
- PCPOPALF -Percentual de população alfabetizada.

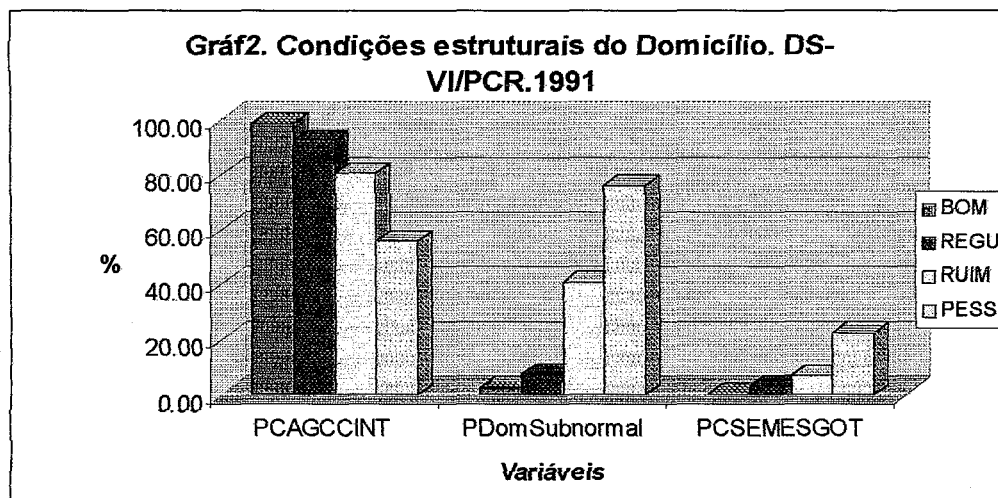


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

De acordo com o gráfico acima, observa-se que a medida em que modificam-se os estratos para uma condição de menor oferta de serviços públicos de infraestrutura, a relação cômodo/domicílio cai de 6.8 no estrato bom para 4.1 no péssimo. De modo singular as relações Dormitório/Domicílio e WC/Domicílio também decrescem com os estratos. Por outro lado a relação Pessoa/Domicílio aumenta a medida em que decrescem os estratos, assim no estrato bom esta relação é de 3.9 alcançando algo em torno de 4,0 nos estratos Ruim e Péssimo.

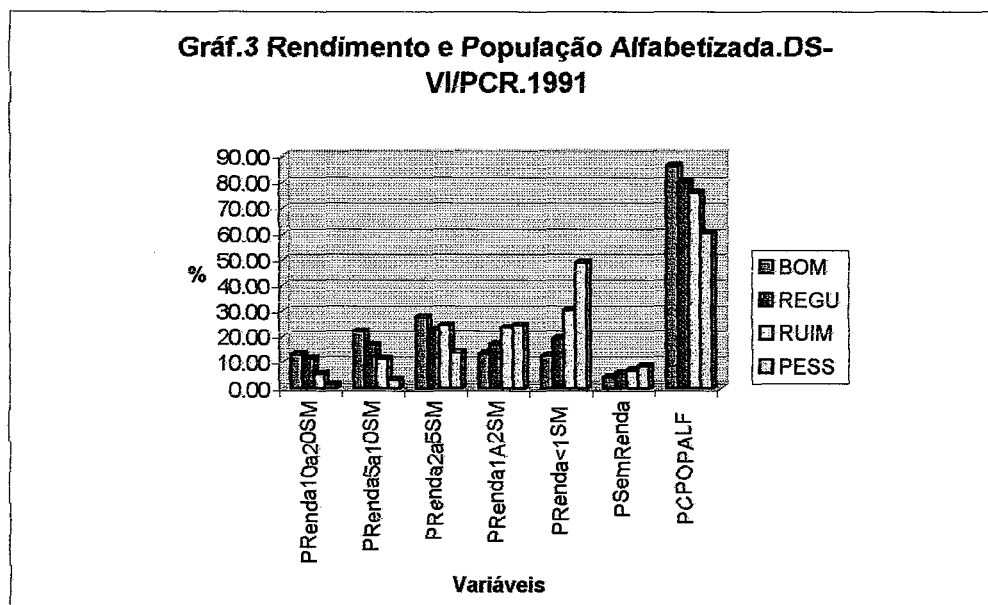
Estes dados refletem grandes variações de risco à saúde nos diversos estratos, apesar de representar todo distrito sanitário, refletem as diferenças que devem ser analisadas bairro a bairro, objetivando descrever este fenômeno.

Com relação aos domicílios com canalização interna de água, observa-se algo semelhante que o anterior, diminuindo a relação de 98% no estrato bom para 45% no péssimo. O número de domicílios subnormais cresce assustadoramente de próximo a 0% no bom para 77% no estrato péssimo. Deste modo, aumentam de 0 para 20% no estrato péssimo, o número de domicílio sem nenhuma forma de esgotamento sanitário.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

O gráfico 3 mostra que, com relação ao rendimento, são visíveis as diferenças entre os estratos, assim, na variável percentual de renda maior de 20SM, 9% está concentrado no estrato bom, contra 0% no péssimo. Em contrapartida na faixa de renda menor que 1SM existem cerca de 10% dos domicílios do estrato bom e, quase 50% dos domicílios no estrato péssimo. O percentual de população alfabetizada, decresce com os estratos, sendo que 85% das pessoas, que residem no estrato bom são alfabetizadas, contra 60% no estrato péssimo.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

Em geral, na área do estudo temos o seguinte panorama: riscos à saúde diferentes em cada estrato, influenciada por diferentes ofertas de serviços de infraestrutura urbana de água, esgoto e lixo, onde a medida em que decresce a oferta, aumenta o risco de adoecer, potencializados pela diminuição da relação comodo/domicílio, dormitório/domicílio, WC/domicílio, percentual de rendimento e população alfabetizada. Com aumento da relação pessoa/domicílio, percentual de domicílios subnormais e renda menor que 1SM.

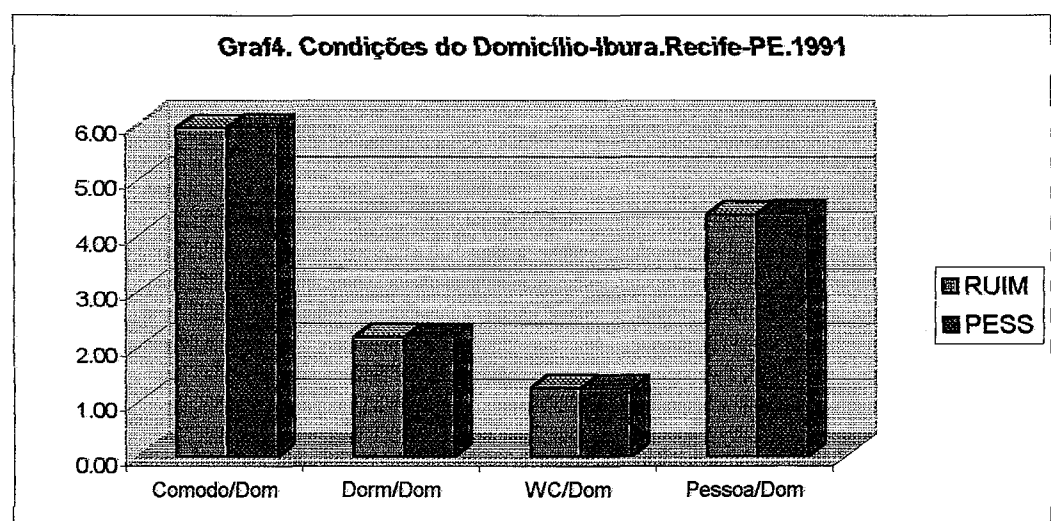
Diante dos dados gerais, convém descrever estes estratos intra-bairro, objetivando a construção de áreas de estratos homogêneos, que muitas vezes estendem-se além dos limites dos bairros.

Para otimizar, a discussão, analisa-se bairro a bairro, fazendo comparações, e verificando se existe tendência de uma padronização, representada na análise da área do estudo como um todo.

a) IBURA

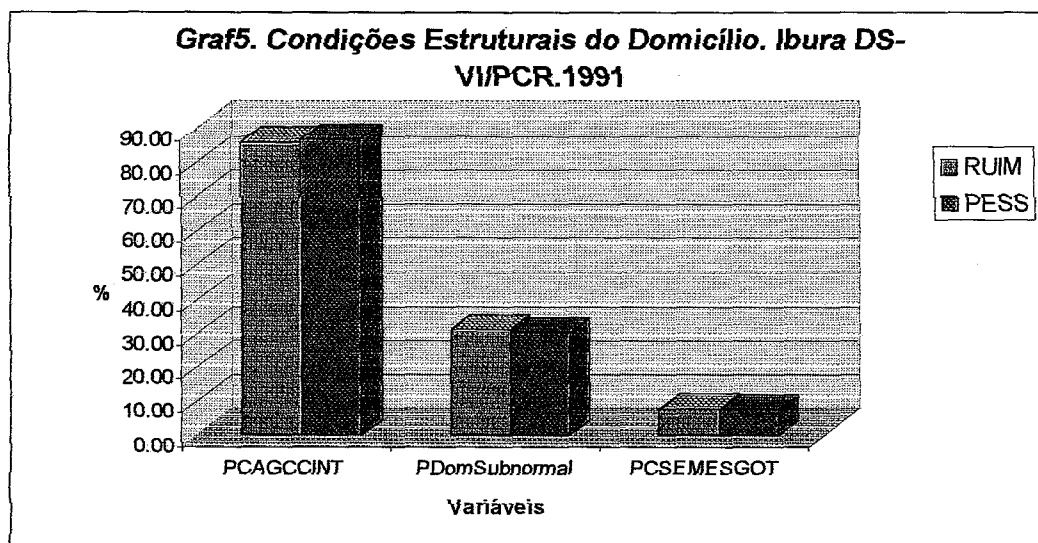
Em relação a oferta de serviços públicos de infraestrutura de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, este bairro, como um todo, foi classificado nos estratos ruim e péssimo. Evidenciado pelo mapa 1, e gráficos 4 a 6.

Com relação às condições do domicílio, o Ibura, apresenta um número médio de cômodos/domicílio em torno de 5.7, Dormitório/domicílio, em torno de 1.9 no estrato ruim e 2 no estrato péssimo. O número de WC também é menor neste estrato em torno de 0.9, e existe uma maior quantidade de pessoas/domicílio no péssimo, em torno de 4.3 graf.4.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE 1991

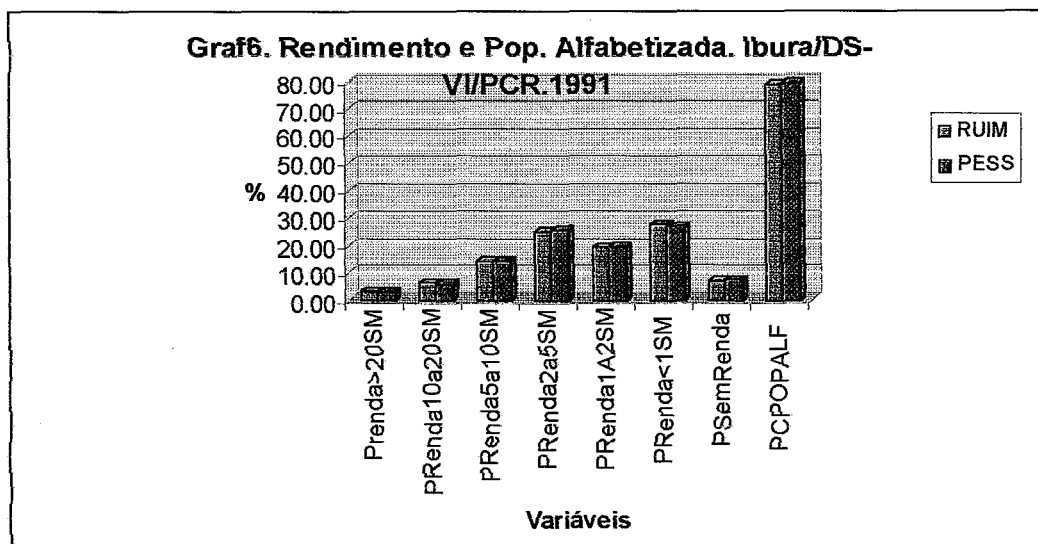
Analisando as condições do domicílio, percebe-se pouca variação em relação aos dois estratos, quando variam de 2 a 5%. Neste bairro, o percentual de domicílios com canalização interna gira em torno de 85%, sendo 30% do total de domicílios subnormais graf5



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

Com relação aos aspectos sócio-econômicos, observa-se no gráf 6, que, em cerca de 10% dos domicílios o rendimento é de 5 a 10 salários mínimos, 23% na faixa de renda entre 2 a 5 salários mínimos, sendo em 28% dos domicílios o rendimento menor que 1 salário mínimo.

O risco de adoecer desta população é alto, onde 15% dos domicílios com condições precárias de infraestrutura, 30% subnormais, 22% da população analfabeta e quase 10% sem nenhuma forma de esgotamento sanitário

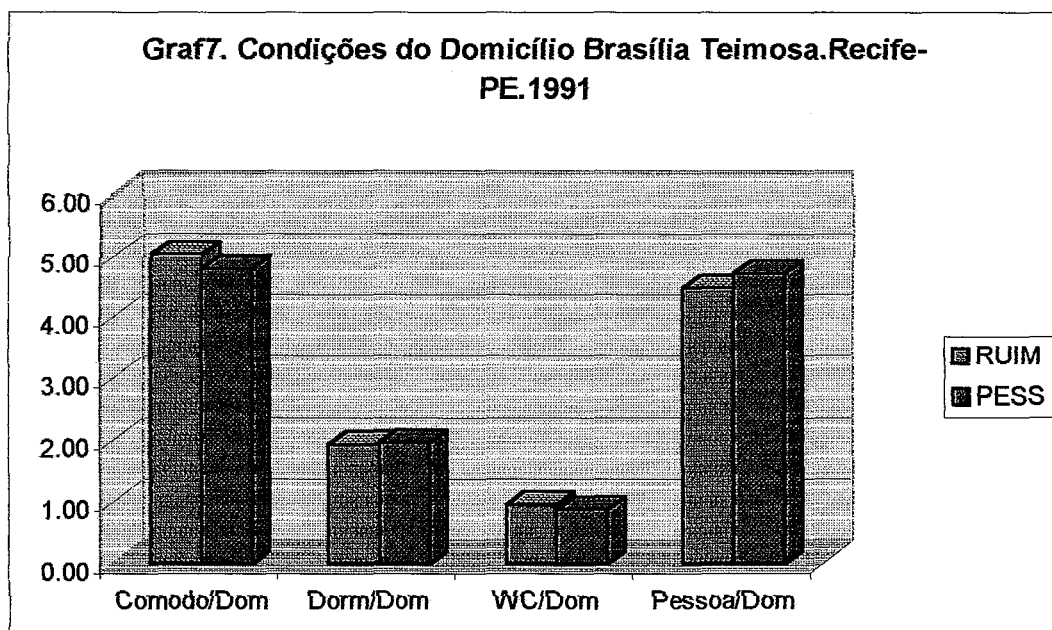


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE. 1991

b) BRASÍLIA TEIMOSA

De acordo com condições do domicílio, Brasília Teimosa, apresenta um número médio de cômodo/domicílio em torno de 5.8 no estrato ruim e 5.6 no péssimo, Dormitório/domicílio, em torno de 2.6 no estrato ruim e 2.8 no estrato péssimo. O número médio de WC/domicílio também é menor neste estrato em torno de 0.7, e existe uma maior quantidade de pessoas/domicílio no estrato péssimo, em torno de 4.5, e 4.2 no estrato ruim, de acordo com graf.7.

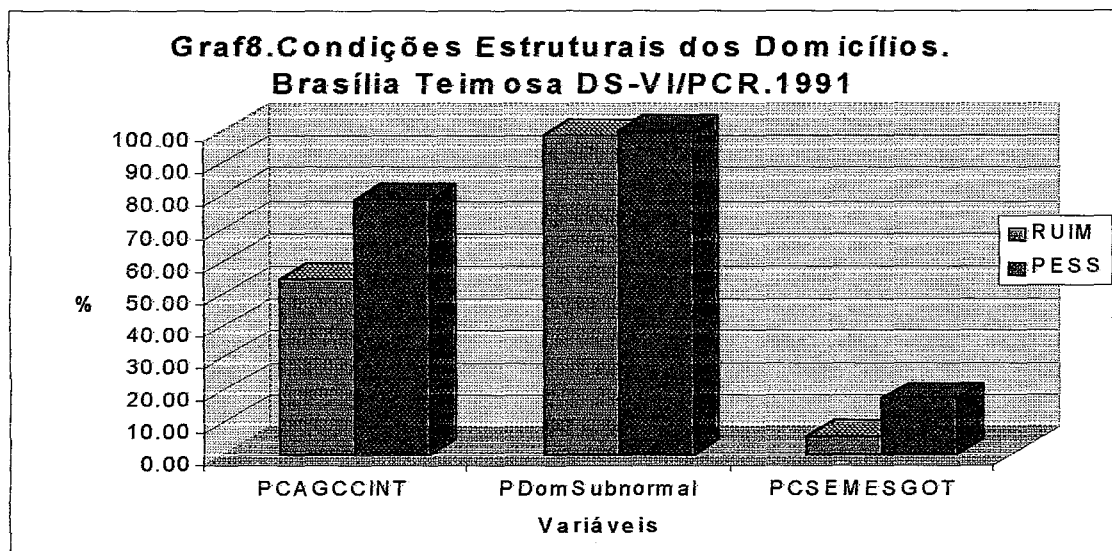
No geral a tendência se repete, temos mais pessoas no domicílio e menos banheiro, principalmente no estrato péssimo.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE. 1991

Analisando as condições estruturais dos domicílios, verifica-se que no estrato ruim, 50% dos domicílios possuem canalização interna de água, e no péssimo 78% . Quase 98% dos domicílios são classificados como subormais nos dois estratos. Mais de 15% dos domicílios no estrato péssimo não possuem nenhuma forma de esgotamento sanitário

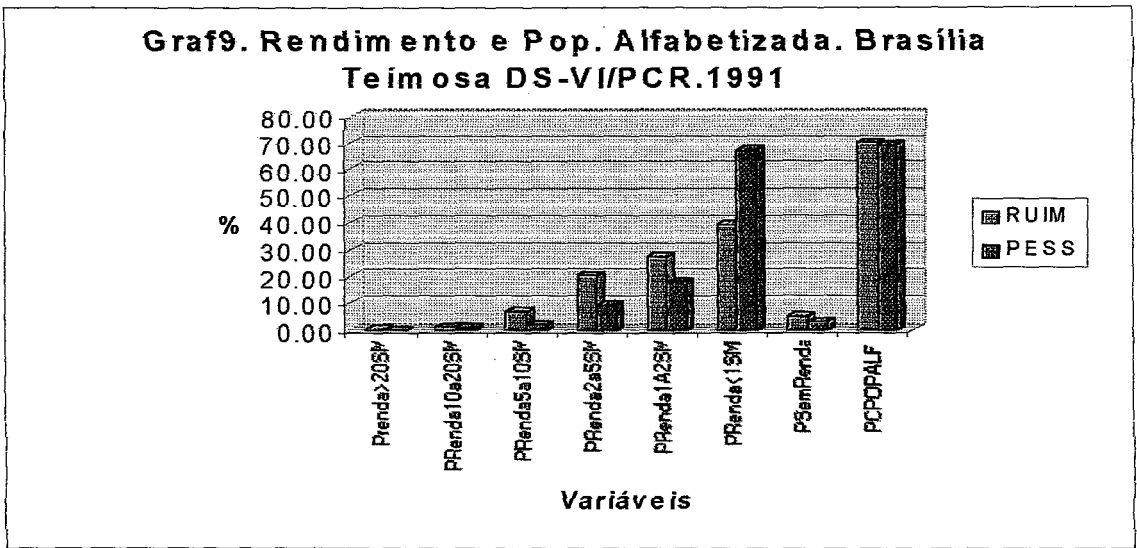
Gráf8.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.199

Com relação ao rendimento, observa-se que no estrato péssimo mais de 55% dos domicílios apresentam renda menor que 1 Salário Mínimo, no estrato ruim cerca de 29% com rendimento menor que 1SM. Com relação a população alfabetizada, mais de 30% nos dois estrato não são analfabetizadas.

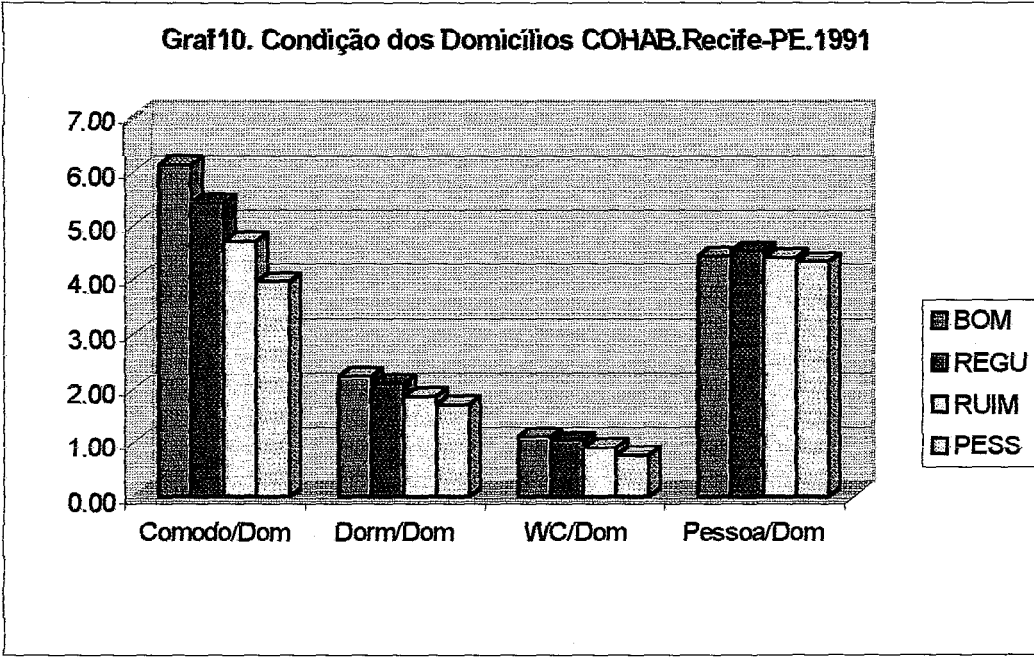
Pelo que podemos observar, existe grande risco de adoecer e morrer desta população, pois encontramos condições inadequadas de moradia, renda, educação, infraestrutura domiciliar e acesso a serviços públicos como água, esgoto e coleta de lixo, conforme demonstra os Gráf.7 a 9.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

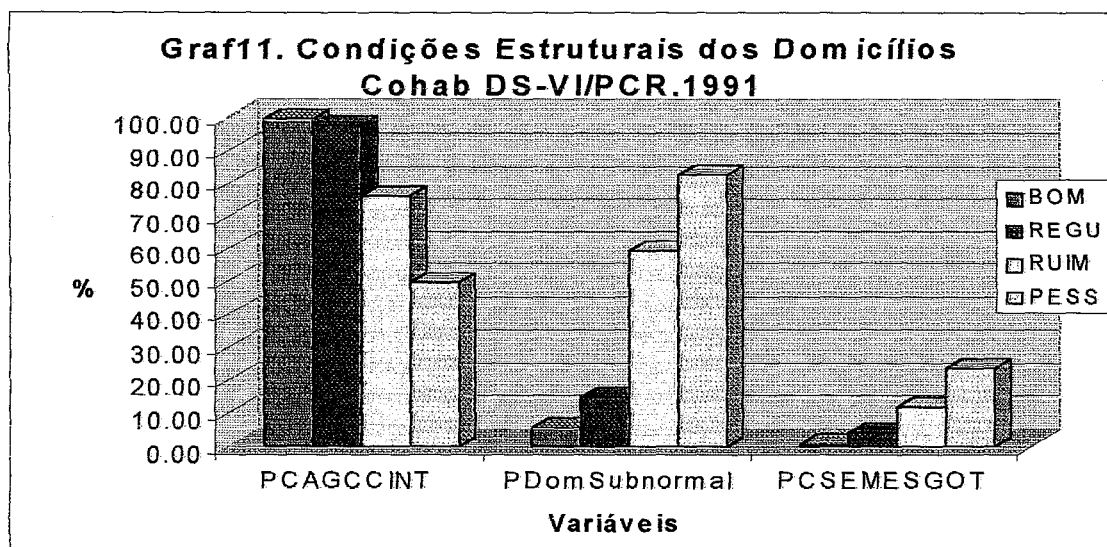
c)COHAB

Neste bairro encontram-se grandes variações estruturais dos domicílios. De acordo com o Graf10. Observa-se que o número médio de cômodos/domicílio cai de próximo a 6, no estrato bom, a menos de 4, no péssimo. O mesmo acontece com relação a dormitórios/domicílio, com variação de 2 a 1.5 e pessoa/domicílio onde o estrato regular chegou a 4.25 e os demais sofreram pouca variação.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

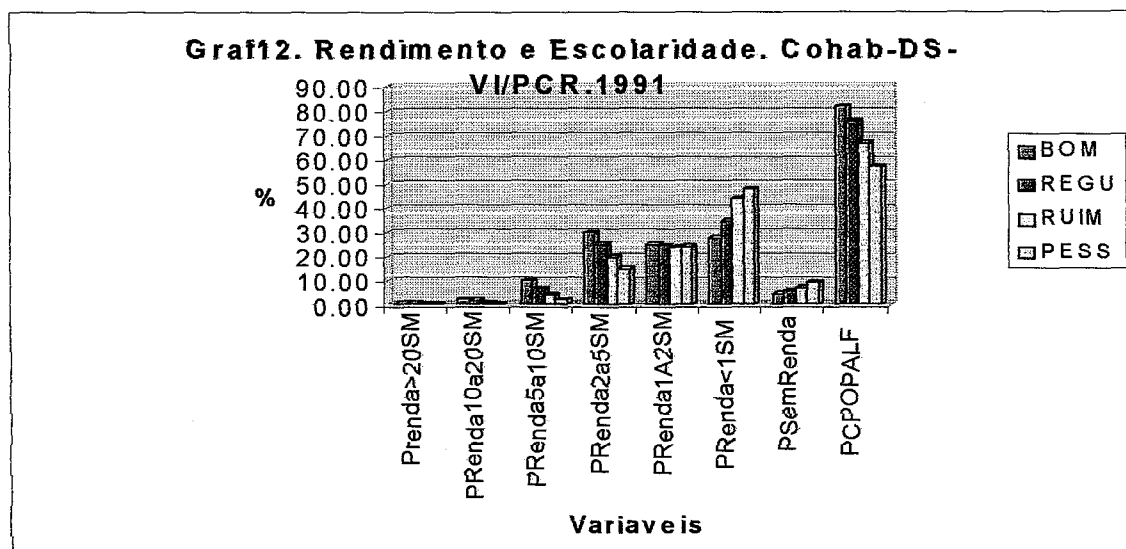
Variações também ocorreram neste bairro com relação a condições estruturais dos domicílios entre os diversos estratos. No estrato bom cerca de 100% dos domicílios possuem canalização interna de água, e no estrato péssimo menos de 50% possuem esta condição. Com relação a domicílios subnormais, no estrato péssimo, observamos que mais de 80% dos domicílios enquandram-se como subnormais, e menos de 5% no estrato bom. Gráf.11.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

Em relação à renda na faixa de 2 a 5 SM, 30% dos domicílios no estrato bom apresentam esta condição, sendo que no péssimo apenas 14% , com renda menor que 1SM lidera o estrato péssimo com 48% dos domicílios nesta faixa, e no bom cerca de 23% estão neste padrão, surge ainda quase 10% no péssimo sem rendimento, e 4% do estrato bom. Quando faz-se análise da população alfabetizada, percebe-se que 80% das pessoas do estrato bom possuem esta condição e, apenas 56% do estrato péssimo, Gráfico 12.

Estas informações refletem uma população com diferente risco de adoecer e morrer neste bairro. Pode-se inferir que quanto menor o estrato, maior o risco, numa relação inversamente proporcional.

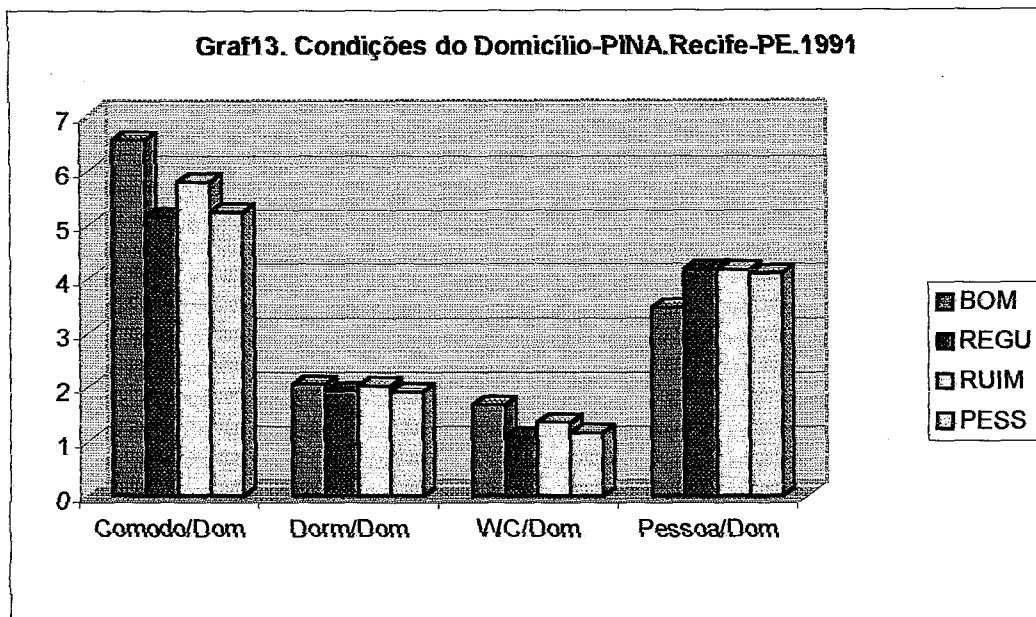


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

d) PINA

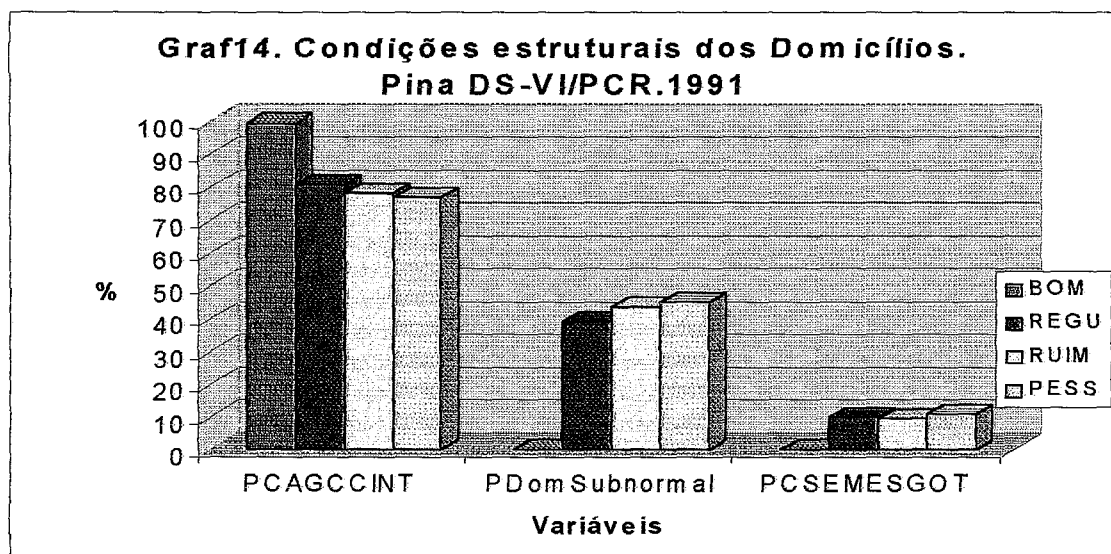
Encontramos neste bairro, um perfil com algumas semelhanças com o anterior: a variável número médio de cômodo/domicílio apresenta, no estrato bom 7,4, caindo para 5 no regular, aumentando para 5,7 no ruim e mantendo-se em 5 no péssimo. Em relação a variável dormitório/domicílio não encontra-se variações significativas, permanecendo em torno de 1,8. No entanto o número médio de WC/domicílio apresentou variação, sendo maior no estrato bom, 1,6, e caindo para 1 nos estratos regular e péssimo. O número médio de pessoas/domicílio apresentou a seguinte variação 3,1 para o estrato bom e 4 nos outros estratos.

Apesar das variações, percebe-se uma certa semelhança com os outros bairros: onde a medida que decrescem as classificações dos estratos, diminui a relação número médio de cômodo/domicílio e banheiro/domicílio, aumentando o número médio de pessoa/domicílio. Representando diferentes riscos a saúde nos diversos estratos, graf13.



Fonte: Censo Demográfico.FIBGE.1991

Em relação às condições estruturais dos domicílios, observa-se que no estrato bom, o percentual de domicílios com canalização interna de água é próximo a 100%, diminuindo para 77% no estrato péssimo. Observa-se um aumento dos domicílios subnormais, partindo de 0% no estrato bom para 43% no péssimo Gráf14.

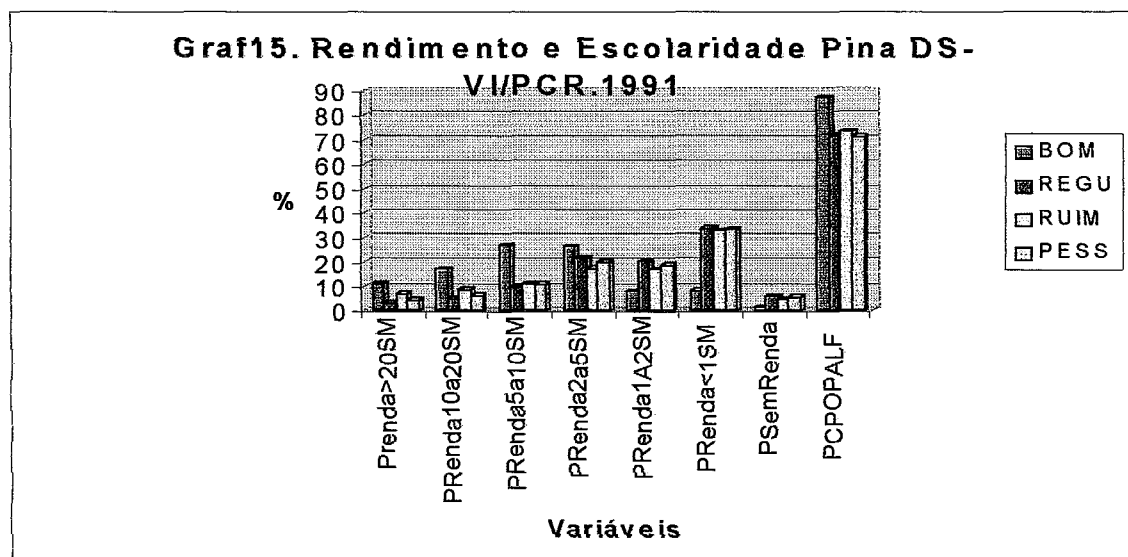


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

A variável renda expressou-se de forma significativa na faixa de menos 1 SM onde apenas 8% no estrato bom está representado nesta faixa, enquanto 30% está representado pelos estratos regular, ruim e péssimo. A variável alfabetização diminui conforme decresce a classificação dos estratos, chegando a 88% no estrato bom, e decaindo a 69% no estrato

péssimo Gráf15.

Diante dos dados, o Pina segue a tendência dos outros bairros anteriormente apresentados, ou seja a medida que decresce a classificação dos estratos, aumenta o risco de adoecer, agravado por fatores estruturais do próprio domicílio e condições de rendimento e alfabetização bem como o restrito acesso a serviços ditos da coletividade como acesso a água, esgoto e lixo graf13 a 15.

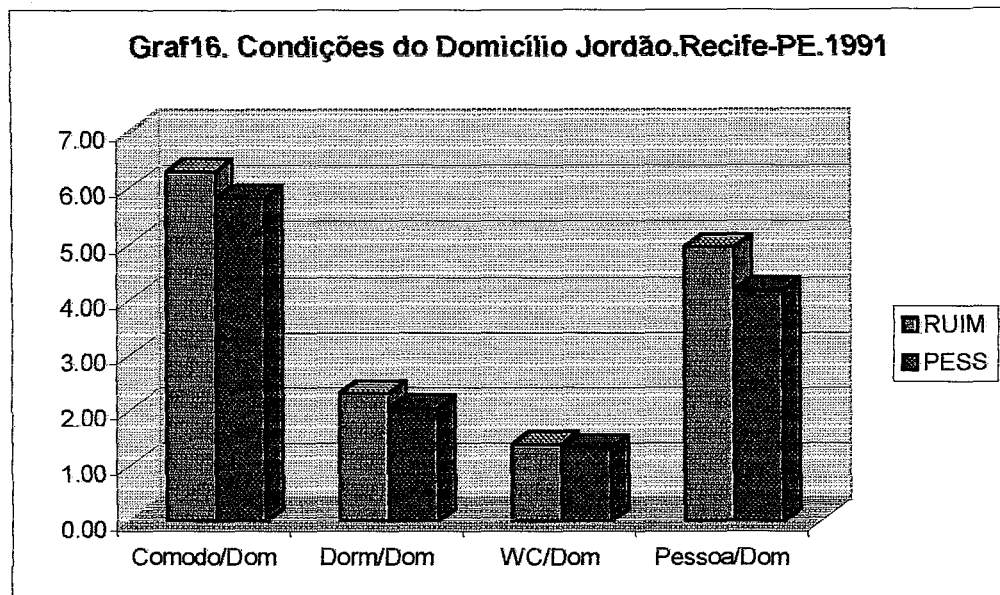


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

e) Jordão

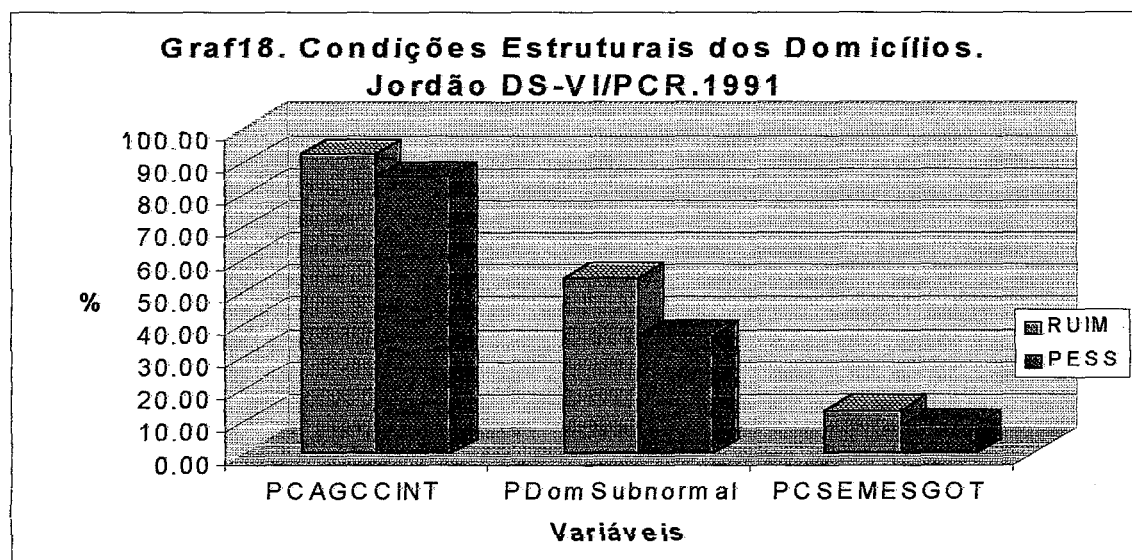
No bairro do Jordão, verifica-se a ocorrência de dois estratos. A relação número médio de cômodo/domicílio diminui de 6,0 para 5,8, do estrato ruim para o péssimo, seguido pela relação dormitório/domicílio de 2,0 para 1,8. Um fato de diferenciação deste bairro em relação aos outros, se dá na relação pessoa/domicílio onde verifica-se queda ao passar dos 5,8 no estrato ruim para 4,0 no estrato péssimo Gráf16.

Apesar desta diferença, a tendência geral segue sem muita variação com relação aos demais bairros, onde padrões característicos de distribuição do risco relacionado aos estratos estão sendo observados.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

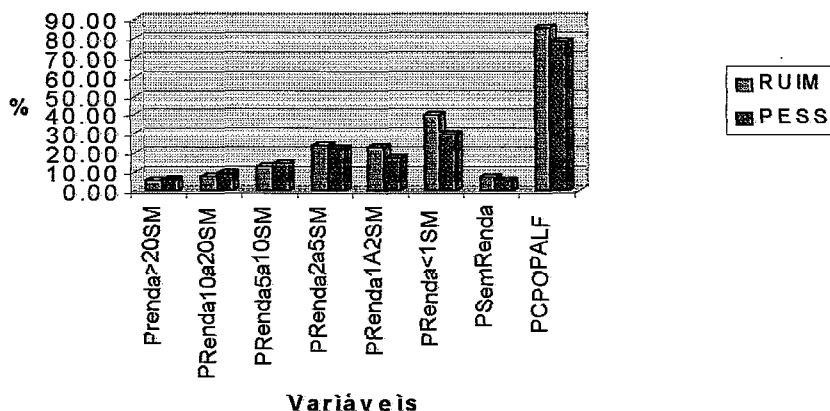
Com relação as condições estruturais dos domicílios, observa-se que no Jordão, diferentemente dos outros bairros analisados, o percentual de domicílios com canalização interna de água é 90% no estrato ruim, diminuindo para 84% no péssimo. O número de domicílios subnormais mostra-se elevado, com cerca de 50% no ruim e 33% no estrato péssimo Gráf.18.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

O padrão de renda apresenta maior variação na faixa de menor que 1SM chegando a 40% no estrato ruim e 30% no péssimo. Variações são observadas na variável alfabetização, chegando-se a cifras de 84% no estrato ruim e 78% no péssimo gráf19.

Graf19. Rendimento e Pop. Alfabetizada. Jordão DS-VI/PCR.1991

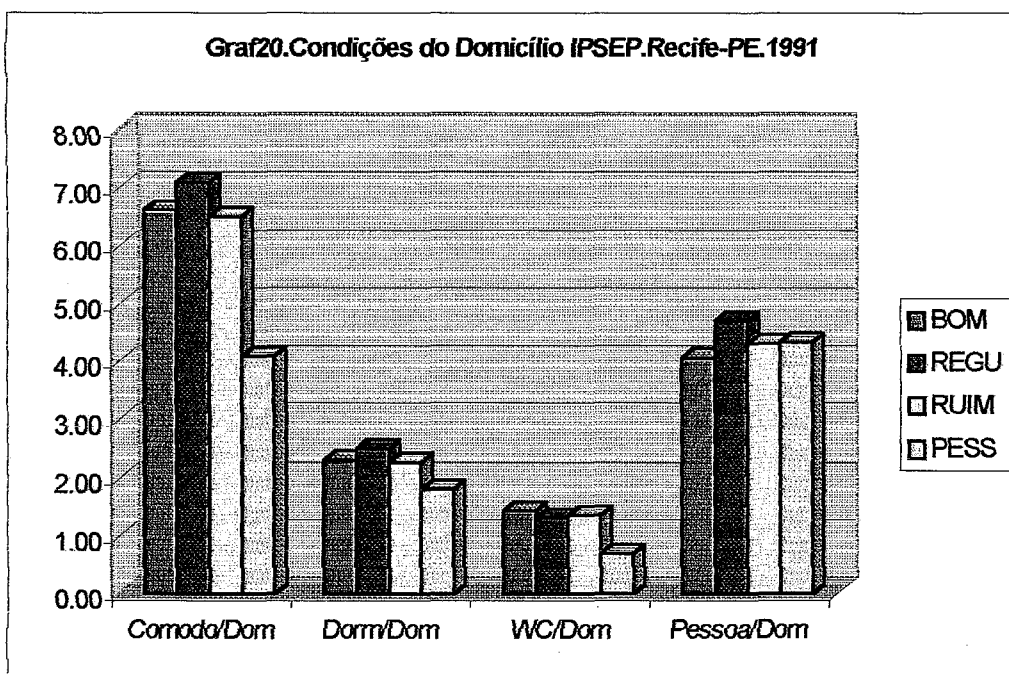


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

f) IPSEP

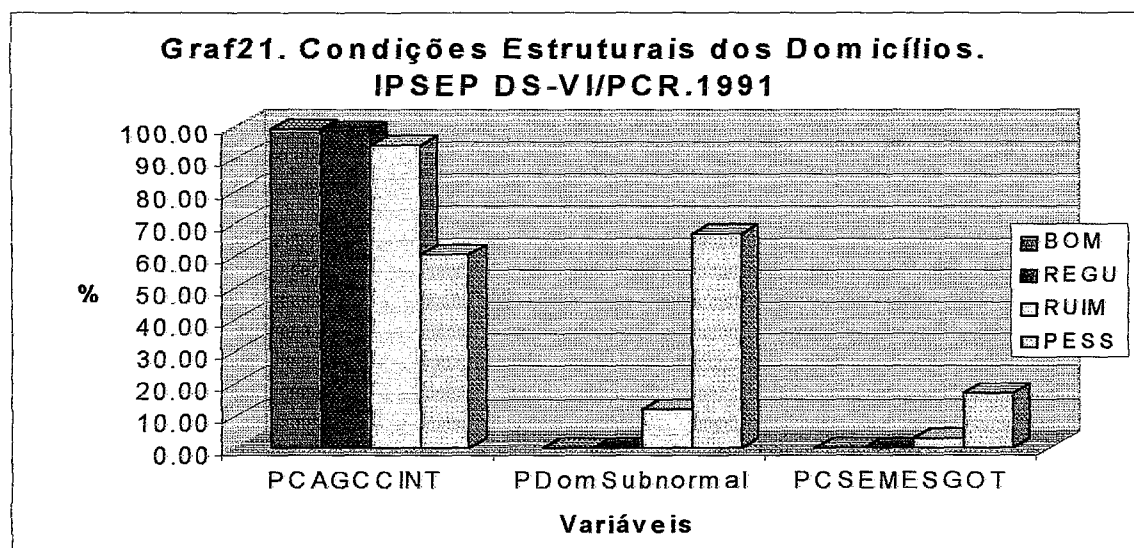
Neste bairro, Observa-se certas variações intrínsecas demonstradas através dos gráficos 20 e 21. A relação número médio de cômodo/domicílio chega a 7,0 no estrato regular, diminuindo para 6,6 nos estratos bom e ruim, e caindo para 4,0 no péssimo. A variável número médio de dormitório/domicílio, apresenta pouca variação assim descrita: cerca de 2,2 no estrato regular, 2,0 no bom e ruim e 1,8 no péssimo. WC/domicílio mantém-se estável em torno de 1,0 nos estratos bom, regular e ruim e cai para 0,5 no estrato péssimo. Variações observadas também na relação pessoa/domicílio que chega a 4,6 no estrato regular, 4,0 no ruim e péssimo e, 3,9 no bom, gráfico 20.

Graf20. Condições do Domicílio IPSEP. Recife-PE.1991



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

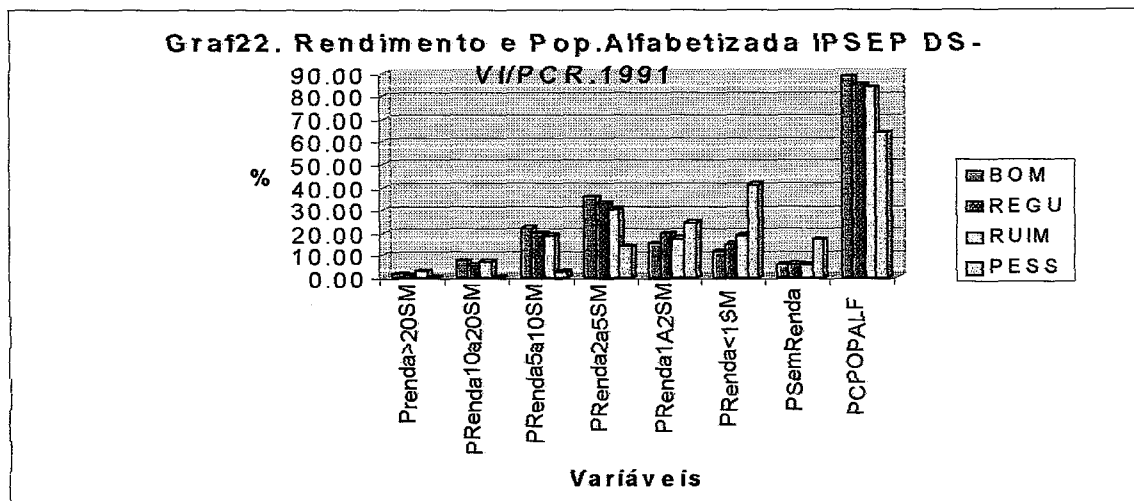
No item condições estruturais do domicílio, observa-se que quase 100% dos domicílios no estrato bom e regular o percentual de domicílios com canalização interna de água, chega a 60% no estrato péssimo. Seguindo a discussão, temos cerca de 67% dos domicílios no estrato péssimo classificados como subnormais, chegando a 10% no estrato ruim e 0% no bom e regular Gráf21.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

A variável renda mostra grandes variações, pois cerca de 32% dos domicílios do estrato bom possuem renda entre 2 a 5 SM, chegando a 40% os domicílios com rendimento menor que 1SM no estrato péssimo. Em relação à alfabetização, observa-se que a tendência é geral, ou seja quanto menor o estrato menor é o nível de escolaridade dos indivíduos. Demonstra-se este achado ao analisarmos o item alfabetização, onde cerca de 89% são alfabetizados no estrato bom e apenas 62% dos indivíduos o são no estrato péssimo.

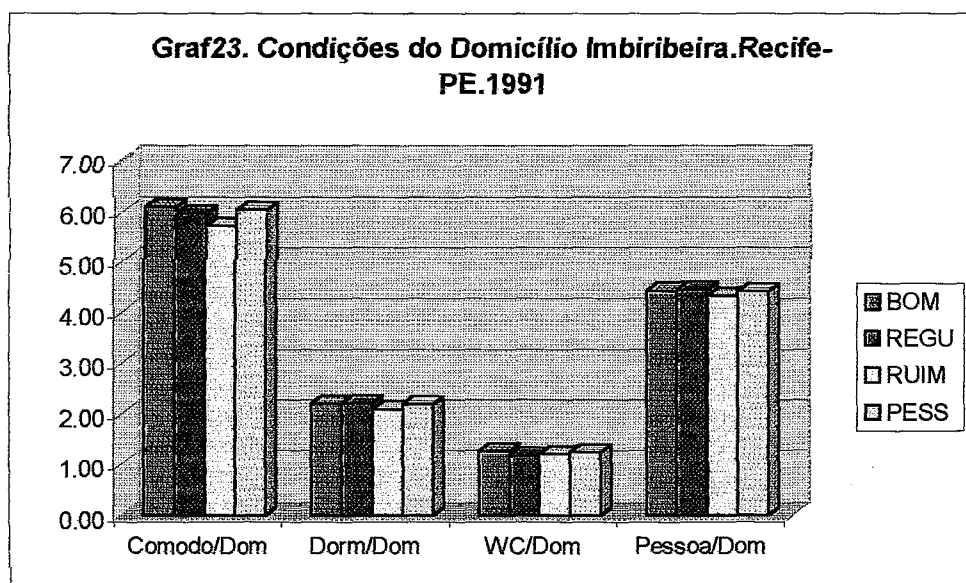
Mais uma vez, podemos inferir que o risco à saúde mostra-se diferente nos diversos estratos, ao diminuir em qualidade o estrato, aumenta-se o risco, uma vez que a própria condição de sobrevivência é agravada, onde condições estruturais do próprio domicílio mostram-se inadequadas, e o acesso a serviços restritos, gráfico 22.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

g)IMBIRIBEIRA

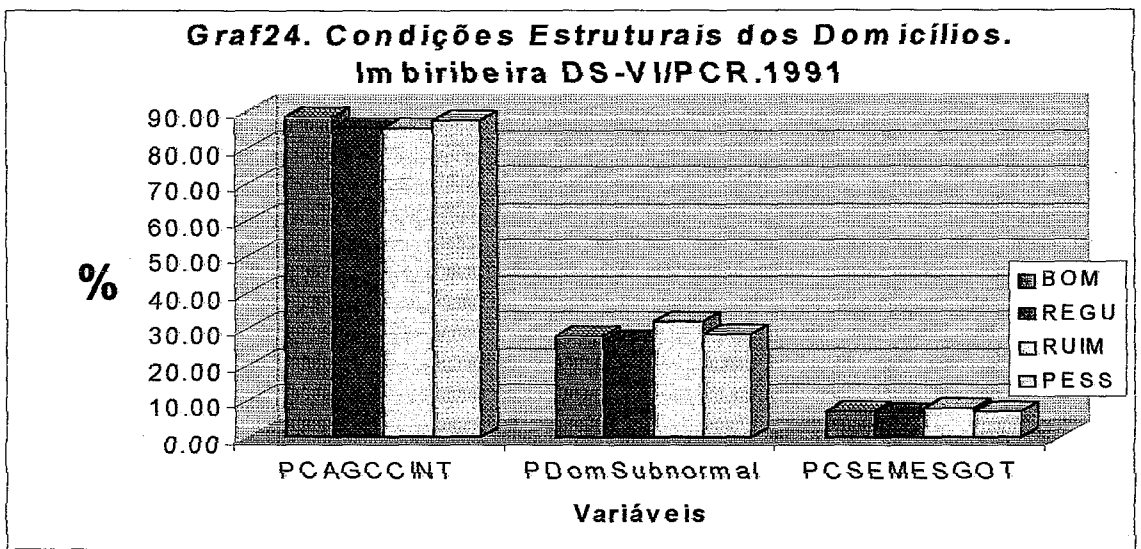
Com relação as condições do domicílio, Imbiribeira é um bairro onde poucas variações são observadas, conforme ilustra o gráfico 23, observa-se que a relação número médio de cômodo/domicílio, se mantém entre 6 nos estratos bom e péssimo, variando até 5.8 no estrato ruim. A relação número médio de cômodo/domicílio praticamente não varia permanecendo em torno de 2,0 assim também banheiros/domicílio que permanece entre 1,0 a 1,1. Seguindo a tendência temos a relação número médio de pessoa/domicílio com média em torno de 4,0.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

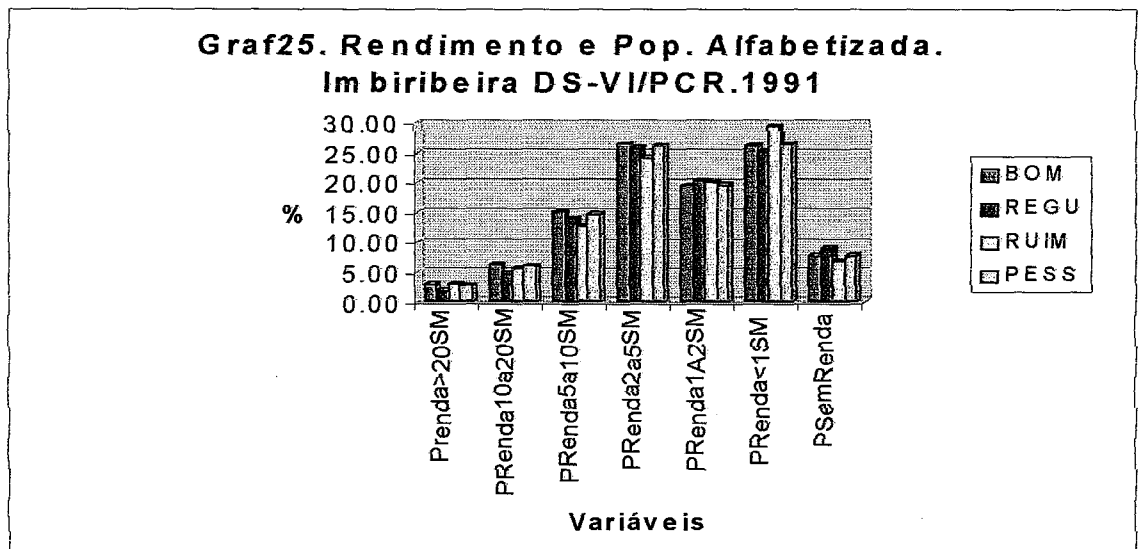
A variável percentual de domicílios com canalização interna de água mantém-se nos diversos estratos variando entre 90% no bom, 85% no regular e ruim e 94% no péssimo

Gráf24.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

Com relação a domicílios subnormais, observa-se que no estrato ruim existe a maior concentração de domicílios, chegando a 30% deles e, mantendo-se em torno de 28% nos demais. A variável renda é mais expressiva nas faixas de 2 a 5SM com índices de 25% nos diversos estratos e menor que 1SM sendo predominante o estrato ruim com cifras de 30% e demais estratos com 25%. O mesmo acontece com a variável alfabetização, onde observa-se concentrações próximas a 80% dos indivíduos alfabetizados gráf25.

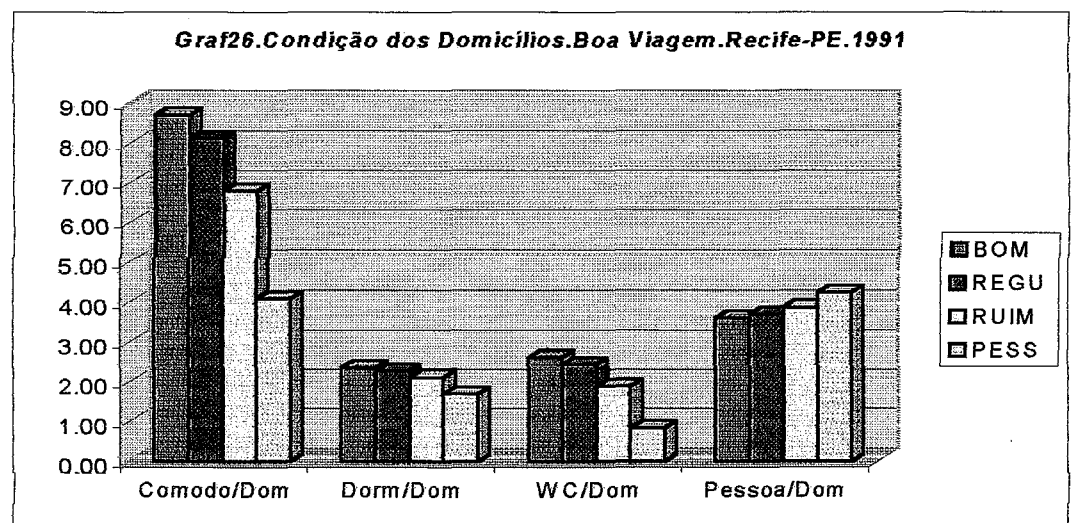


Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

h) BOA VIAGEM

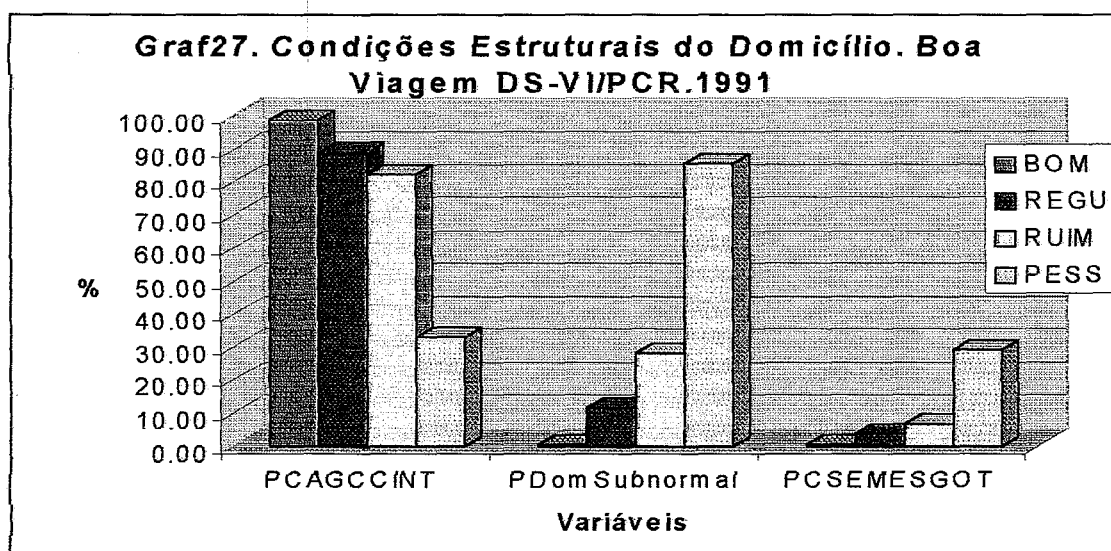
Neste bairro, observa-se as mais expressivas variações condicionando diversos riscos à saúde nos diferentes estratos. Ao observar o gráfico 26, vemos claramente a tendência que vem se mostrando ao longo dos outros bairros. A relação número médio de cômodo/domicílio varia de 9,4 no estrato bom, chegando a 4,0 no péssimo. Concomitante a relação número médio de dormitório/domicílio mantendo-se em torno de 2,0 nos estratos bom, regular, diminuindo para 1,5 no péssimo. A tendência se mostra também com relação a número médio de WC/domicílio onde no estrato bom existe cerca de 2,3 para cada domicílio, caindo um pouco para 2,1 no estrato regular, 1,8 no ruim e chega a 0,7 no péssimo. De modo inverso, o número médio de pessoa/domicílio aumenta a medida que variam a classificação dos estrato. Assim no Bom temos em torno de 3,4 pessoas/domicílio, subindo para 3,6 no regular 3,8 no ruim, chegando-se a 4,0 pessoas por domicílio no péssimo.

Estes achados apontam grande heterogeneidade deste bairro, onde pertencer a um ou outro estrato significa diferentes riscos à saúde, cabendo inferir que nos estratos de classificações inferiores este risco aumenta, pois diminui a relação número médio de cômodo/domicílio, e o mais agravante, aumenta o número de pessoas por domicílio.



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE. 1991

No gráfico 27, observa-se claramente, o caráter heterogêneo deste bairro. No estrato bom cerca de 98% dos domicílios possui canalização interna, caindo para 88% no regular, 80% no ruim e chegando a 30% no péssimo. Em relação aos domicílios subnormais, observa-se que o número no estrato bom é praticamente 0%, no regular cerca de 10%, aumentando para 28% no ruim e chegando a cifra de 83% no péssimo!, tendência também verificada na variável representante dos domicílios sem nenhuma forma de esgotamento sanitário, onde no estrato bom é 0,0%, no regula 2%, no ruim 6%, e chegando a 29% no péssimo.



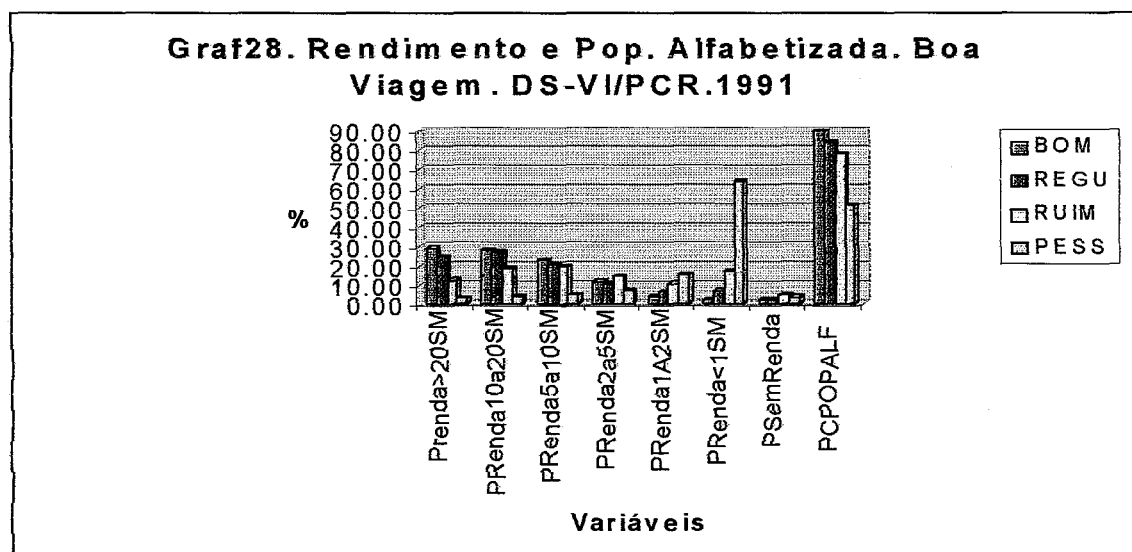
Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

O padrão de renda é totalmente heterogêneo, onde quase 30% dos domicílios do estrato bom estão na faixa dos que ganham mais de 20 SM, caindo para 25% no regular 10% no ruim e apenas 2% no péssimo. Em contrapartida na faixa dos que ganham menos de 1SM, apenas 1% do estrato bom, 6% do regular, subindo para 18% e chegando a 52% no péssimo. A população alfabetizada segue a mesma lógica, variando de quase 90% no Bom até chegar a 50% no péssimo Gráf28.

Diante destes dados, pode-se concluir que morar no estrato ruim e péssimo o risco à saúde é muito maior que no bom e regular. Existe uma cadeia de fatores que contribuem a este fenômeno, na medida em que nos estratos inferiores temos várias condições que

determinam este risco, como menor número médio de cômodos/domicílios , WC/domicílio, maior número médio de pessoas por domicílio. Agravam este fato, as péssimas condições dos domicílios com menos percentual de canalização interna de água nos estratos inferiores sempre ser menor que nos demais, o número de domicílios subnormais com expressão acentuada nestes estrato, o rendimento que no estrato péssimo predomina a faixa de menor que 1SM por domicílio, e por fim a questão da alfabetização que se mantém em níveis baixos nos estratos inferiores.

Diante disto, podemos mais uma vez concluir que o risco à saúde nos estratos inferiores, é bem mais elevado que nos demais, afetados por questões estruturais dos domicílios e acesso a serviços, renda e educação. (Gráficos de 1 a 28)



Fonte: Censo Demográfico/FIBGE.1991

**CAPÍTULO –3 PACS PSF: Novos conceitos, o trabalho das
equipes do DS-VI.**

O PACS e PSF, enquanto modelo de atenção, objetivando a criação de vínculos entre as equipes e comunidade, vem sendo implementado na área do estudo desde 1993, inicialmente com o PACS e mais recentemente com o PSF. Os agentes são distribuídos em diversas comunidades, da qual residam, onde realizam diversas ações de prevenção, e acompanhamento dos indivíduos. Assim, permite-se monitorar na comunidade, diversos agravos, principalmente relacionados à saúde materno-infantil, com o acompanhamento dos recém-nascidos, menores de 1 ano, gestantes, puérperas e lactantes, e outros indivíduos de modo geral. Em áreas onde existam PSF, além dos agentes e supervisores, cria-se vínculos entre as equipes formadas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem com a comunidade, reforçada por visitas domiciliares que estes profissionais realizam na comunidade. Permitindo o agir, nos diversos ambientes, com vistas a diminuição do risco à saúde. Seja com assistência primária nos postos de saúde onde funcionam as equipes, seja na orientação e educação sanitária realizada pelos agentes e equipes diretamente com os indivíduos da comunidade.

Resta salientar que estes programas, funcionam como porta de entrada do sistema, referenciando a outros níveis, indivíduos que porventura necessite de maior nível de complexidade na assistência.

Afim de construir e georreferenciar as áreas de abrangências do PACS e PSF, foi solicitado a cada agente de saúde que transcrevesse as ruas sob sua responsabilidade, deste modo, localizou-se no mapa do Recife, os logradouros, identificando as áreas de PACS e PSF. No anexo-2, mostra-se a relação nominal dos agentes por comunidade e nome das ruas.

Em visita as equipes, percebemos dos agentes um envolvimento significativo com os problemas da comunidade, tanto a nível da assistência à saúde, quanto a questões ambientais. Observados na fala dos agentes:

“Existe uma criança na casa de D. Josefa, que está muito desnutrida, ela já tem dois anos e só pesa 7Kg, quando visitei a casa, vi que a mãe só tinha papa de farinha, pra dar pra ela, e quando tinha, fui até o posto e marquei consulta com a pediatra, pra ver se ela coloca a criança no programa do leite. É moço, existe muita miséria e fome aqui. Agente faz o que pode, feliz daquele que ainda tem o que comer”

“Lá na rua 6, os ratos estão invadindo as casas, também pudera, tem um depósito enorme de lixo, perto da maré, já avisamos a URB, eles ainda Não vieram recolher, tenho medo que as crianças adoeçam, pois passam o dia brincando com o lixo”.

Diante disto, percebe-se a importância significativa que os ACS, atribuem ao ambiente, sabem que lixo acumulado trás doenças, crianças com fome adoecem, enfim, reconhecem a importância dos diversos espaços, como fator influenciador e/ ou facilitador da ocorrência de doenças na comunidade.

Podemos concluir, que existe um certo vínculo entre equipes e comunidade, referenciados pelo grande conhecimento que detem sobre seus vários ambientes. O reforço nas medidas de prevenção, e monitoramento de doenças, além da reabilitação de indivíduos enfermos. No entanto, ainda enfrentam problemas de uso da cartografia, uma vez que em geral não dispõe de mapas de áreas de abrangências, o qual é reconhecidamente importante, para o desenvolvimento do trabalho das equipes, e como fonte geradora de dados para o desenvolvimento de estudos que visam trabalhar os determinados espaços, avaliando o desenvolvimento dos diversos programas.

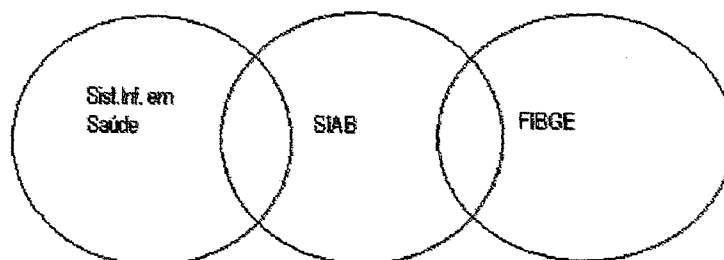
Com o objetivo de subsidiar municípios, estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de Saúde e as equipes de saúde da família, o DATASUS, conjuntamente com a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC/SAS, desenvolveu um sistema informatizado para os programas do PACS E PSF, denominado Sistema de Informação da atenção Básica – SIAB, assumindo o seu papel dentro da filosofia do SUS. A implantação e informatização desse sistema, agilizará a consolidação dos dados coletados, assim como as decisões de ações de saúde emergenciais a serem tomadas(<http://www.datasus.gov.br/catalogo/pacs.htm>).

O sistema foi desenvolvido para dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizados pelo ACS e USF, e gerar informações essenciais para as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais e Ministério da Saúde.

Este sistema tem como características básicas:

- a) Entrada de dados através da digitação ou de disketes, utilizando um microcomputador onde serão armazenadas as informações registradas em formulário próprio do programa;
- b) Utilização de três formulários para entrada de dados, um para cadastramento das famílias e condições de moradia, outros para informações de saúde e o último com informações de produção e marcadores para avaliação;
- c) Permite ao usuário selecionar inúmeras alternativas de relatórios apresentados na tela ou na forma de impressão;
- d) Oferece alternativas de implantações em cinco níveis: Nacional, Estadual, regional, Municipal e Unidades Básicas.
- e) O SIAB está estruturado em quatro módulos:
 - Módulo cadastro –Cadastramento e manutenção dos dados utilizados nas aplicações do sistema, como tabelas de Estados, regionais, Municípios, famílias estimadas, população, unidades básicas. É utilizado também, para o cadastro dos profissionais e equipes, além da entrada de dados da famílias, moradia, saneamento, saúde e produção.
 - Módulo Consulta – Verificação dos dados das tabelas utilizadas nas aplicações do sistema e dos dados sobre famílias, moradia/saneamento, saúde e produção.
 - Módulo relatórios – Permite a geração e emissão de relatórios de produção, gerenciais e estatísticos referentes aos serviços processados
 - Módulo utilitário – processamento de rotinas de integridade e segurança do sistema, assim como para o envio e recebimento das informações entre os outro níveis.

Diante do apresentado observa-se que SIAB, pode ser visto como um sistema que apresenta uma intercessão entre os Sistemas de Informações da Saúde e da FIBGE, pois contempla informações relativas aos anteriores, e que pode o tornar um instrumento eficaz para o estudo das condições de vida e risco à saúde. Poderíamos representar graficamente do seguinte modo:



As intercessões com os sistemas de Informação em Saúde podem ser representados por dados relativos a situação de saúde como morbimortalidade. A interação com o IBGE pode representar informações relativas ao ambiente urbano e condições de moradia.

Em relação a sua operacionalização, em visita ao Departamento de Desenvolvimento Comunitário da SMS/Recife, verificamos que apenas as informações de saúde estão disponibilizadas, as fichas de cadastramento das famílias não foram digitadas, apesar dos agentes terem cadastrados 100% das famílias sob sua responsabilidade. Foi informado que em breve iniciariam o processo de digitação das famílias.

Ressalta-se a importância da alimentação em 100% do banco de dados do SIAB, uma vez que informações completas de cadastramento de todos os módulos possibilitam maximizar o uso do Sistema, atribuindo a emissão de relatórios que favoreçam o processo de gestão e tomada de decisões, e possibilite uma análise do perfil de saúde da população com dados que enfocam o ambiente, possibilitando um estudo completo do processo saúde-doença e riscos à saúde atribuídos aos indivíduos.

Todo este processo envolve o trabalho com os diversos ambientes, determinantes dos graus variáveis de risco à saúde. Neste sentido, apesar de trabalhar com a comunidade, observou-se, em visita formal, as equipes e divisão de assistência comunitária (responsável pelo PACS e PSF) no VI- Distrito Sanitário, deficiências do uso da cartografia pelas

equipes do PACS, onde inexistia um mapa ou croquis da área de abrangência de cada equipe. Diante deste impasse, procurou-se a Diretoria de Desenvolvimento Comunitário da Prefeitura, em busca da área de abrangência de cada equipe. Constatou-se mais uma vez inexistência do uso da cartografia pelas equipes, e nível municipal. Este fato determinou a construção manual do mapa das áreas de abrangências descrito e analisado anteriormente

4. CONCLUSÕES e RECOMENDAÇÕES

Ao final deste estudo concluímos que em relação aos diferenciais intra-bairros temos o seguinte panorama: diversos estratos representando diferenças de risco à saúde. Observa-se que os estratos geralmente formam áreas contínuas, ou seja aglomerados urbanos que se desenvolvem ao longo de bairros circunvizinhos, possibilitando a construção de grandes áreas de setores com classificação semelhante.

Na análise por bairro, observa-se que o bairro de Boa Viagem, apresenta-se como o mais mesclado com equivalente quantidade de setores nos diversos estratos, com predomínio do estrato bom. Ainda neste bairro, observa-se que existem alguns setores do estrato ruim e péssimo isolados, e sem continuidade, que nos leva a inferir tratar-se de áreas de péssimas condições urbanas e de moradia, circuladas por áreas do estrato bom ou seja, diferentes condições de vidas numa pequena área. No bairro de Brasília Teimosa, a quase totalidade dos setores pertencentes ao estrato ruim, e 01 no estrato péssimo, revelando precárias condições de vida neste bairro, evidentemente referidas à época do levantamento dos dados, ano de 1991. No Pina, encontra-se apenas 01 setor no estrato bom e 04 regular, os demais no estrato ruim e péssimo, formando áreas homogêneas. Na Imbiribeira observa-se 04 setores no estrato regular e 03 no estrato bom, os demais formando conglomerados de setores nos estratos ruim e péssimo. O bairro do IPSEP, apresenta-se com grande área de setores no estrato bom, revelando melhores condições de vida em comparação com outros bairros. Já no Ibura, temos a predominância dos estratos ruim e péssimo, formando conglomerados contíguos, seguindo a mesma lógica, os bairros da COHAB e Jordão, onde visualiza-se apenas estratos ruim e péssimo.

Em relação a áreas do PACS e PSF observa-se que, grande parte do distrito é coberto pelo PACS, e que geralmente as áreas de cobertura abrangem os estratos Ruim e Péssimo.

Sobrepondo-se os mapas 1 e 2 percebe-se claramente que o PACS abrange as áreas cobertas pelo estrato Ruim e Péssimo, em quase toda sua totalidade, com exceção do bairro do IPSEP onde as equipes cobrem o setor Ruim e alguns considerados BOM.

No bairro de Brasília Teimosa, observa-se boa cobertura do PACS, com quase totalidade do bairro assistido pelo programa. Assim, também os bairros do Ibura, Cohab e Jordão, que apesar de grandes áreas de estratos ruim e péssimo, temos um montante de equipes atuando nestas áreas.

Um dos bairros onde encontramos deficiência na cobertura pelo PACS é Boa Viagem, onde os estratos ruim e péssimo não estão totalmente cobertos pelo PACS.

Com relação ao PSF, existem poucas unidades neste distrito, apenas 04, cobrindo pequena área, principalmente em locais de favelas e morros. Por isto, sugere-se instalar outras unidades assim discriminadas: 02 unidades em Brasília Teimosa, justificada pela totalidade da área pertencer a estratos ruim e péssimo. 02 Unidades em Boa Viagem, localizada em áreas que coincidem com os estratos ruim e péssimo, que inclusive não estão cobertas pelo PACS. No Jordão sugere-se 02 unidades, cobrindo as áreas de estratos ruim e péssimo. 02 na Imbiribeira, em áreas de precárias condições de vida. 04 no Ibura, representadas pela grande extensão territorial e inúmeros setores no estrato ruim e péssimo. E, 04 na Cohab, onde percebe-se, a exemplo do bairro anterior, a maioria dos setores classificados como ruim e péssimo.

A urgente instalação de áreas do PSF nestas localidades, reflete a necessidade de mudança de modelo assistencial, agora voltado a criação de vínculos e maior compromisso dos profissionais com a população, representando grande impacto nos coeficientes principalmente de mortalidade infantil, pelo caráter de atenção principalmente a grupos prioritários como crianças e gestantes. Além de trabalhar estas questões, o programa também trabalha o ambiente, influenciando nos determinantes de condições de vida, conseqüentemente promovendo uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Acerca do SIAB, sugere-se que o Departamento de Assistência Comunitária, empreenda esforços no sentido de completar o banco de dados, principalmente o formulário-1 que trata de cadastro das famílias e situação de moradia, afim de melhorar o enfoque nos espaços, possibilitando visualizar os impactos causados pelos programas, e facilitar o processo da gerência que comprovadamente carece de informações atualizadas. Sugerimos que o software seja instalado no distrito, dessa forma, possibilitando atualização no nível local, e facilitando o trabalho do DCC/PCR que não precisará digitar os dados, e sim compatibilizar e emitir relatórios. Processo este que possibilita uma retroalimentação

aos distritos, fortalecendo o processo de gerência e avaliação das próprias equipes, facilitando a programação local em saúde, visando a melhoria de qualidade de vida e assistência à saúde dos cidadãos.

5.BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Árlego, E. & Leitão, B.S.(19__) História do Recife. 2.ed. PCR:Recife,mimeo.

Barcellos, Christovam et alii(1998) Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco à saúde aplicada ao abastecimento de água no Rio de Janeiro utilizando Sistemas de Informações Geográficas. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 14(3):597-605,jul-set

Barcellos, Christovam. Santos, Simone M. (1997) Colocando Dados no Mapa: A escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. In Informe Epidemiológico do SUS. Ano VI nº1 jan/mar/97. Brasília-DF pp 21-29.

Barcellos, Christovan, Bastos, Francisco Inácio(1996) Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 12(3):389-397, jul-set.

Barcellos,Christovam, Santos Simone M. in Brasil, Ministério da saúde, (1997) Colocando dados no mapa: A escolha da unidade espacial de agregação e, integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento.Brasília:Informe epidemiológico do SUS, ano VI, nº1 jan/mar p22-29.

Brasil, Ministério da Saúde(1997) NOB-SUS 01/96 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília,36p

Brasil, Ministério da Saúde(1997) Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília-DF 34p.

Brasil, Ministério da Saúde(1998) SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica-Manual- Brasília-DF. 104p

Capurro,Luiz(1983). El Hombre y el Ambiente necesidad de una conceptualizacion de sus relaciones. Santiago de Chile:Cuadernos Medicos Sociales, volXXIV nº3 septiembre

Cardoso, A,L.(1998) Indicadores Sociais e Políticas Públicas: algumas notas críticas. Rio

PNUD, IPEA (1996) Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano. Brasília, DF

Prefeitura da Cidade do Recife, SMS (1995) Avaliação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde-Versão preliminar. Recife:mimeo 6pp.

Prefeitura da Cidade do Recife, SMS (1996) Avaliação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde-Relatório preliminar. Recife:mimeo 20pp.

Sabbatini, Renato M.E.(1988) Informática e o sistema de Atenção Primária de Saúde na Itália. Ver Bras de Informática em Saúde Vol-I Nº4 jan/fev1988.

Thió, Carme Borrell, Enrich, Antoni Arias.(1993) Desigualtats de Mortalitat en els Barris de Barcelona, 1983-89. Barcelona: Gaceta Sanitaria Septienmbre-October. N.38 vol7 pp205-220

White, Kerr L. (1981) Información para la Atención de Salud: una perspectiva epidemiológica.In Educación Médica y Salud, vol15, nº4 p 369-394

6.BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Akerman, Marco(1995) Elaboración de indicadores compuestos para proyectos de ciudades saludables:una invitación a una acción transectorial. Washington, D.C.:OPS jul 16p.
- Arguello, Roberto (1988), Salud y medio ambiente. Washington D.C.:OPS, ene 86p
- Borges Acosta Omar(1987) Población marginada y salud(compilación): la marginalidade desde el punto de vista médico. Lima:CEPIS.13p.
- Borges Acosta, Omar(1987) Medio Ambiente y Salud: una forma de evaluar su relación. Lima:CEPIS. 10p
- Brasil, Ministério da Saúde(1995) Plano nacional de Saúde e Ambiente no desenvolvimento sustentável: diretrizes para implementação. Brasília:Brasil jul, 104p.
- Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde pública(1991) Saneamento e saúde ambiental no Brasil: Rio de Janeiro ENSP/FIOCRUZ s.n. 30p.
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde(1995). Sistema de Informação. Brasília:Brasil, 43p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Especial para a Descentralização; Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva(1994) Uso e disseminação de informações em Saúde: Subsídios para elaboração de uma política de informações para o SUS. Brasília:MS 81p
- Capurro,L. (1983) El hombre y el ambiente. Necesidad de una conceptualizacion de sus relaciones. Santiago del Chile: Cuadernos Medicos Soliales 24(3) :118-21.
- Castro, Rosário (1995). Maestria en Salud Publica: propuesta de plan de estudios para el eje de salud ambiental. Washington, D.C.: OMS 55p.
- Di Vallarosa, Francesco Notarbortolo(1991) Desigualdades, epidemiologia socia e management em saúde: uma proposta operativa através do sistema de informação Blade Runner.Ipatinga, 11p.
- Gorodner, Jorge Osvaldo(1993) Patologias regionales y medio ambiente: impacto sanitario. Bol.Inst. Patol. Reg 15/16:41-6
- Greco, Claudio(1994). Blade runner II para windows: sistema de informação geográfica para distritos de saúde: Manual padrão. Brasília:OPAS,32p.

- Hernandez Lezana, Luiz fernando(1994) El ambiente y la salud humana. Mexico:, D.F. fondo de cultura Economica p.192-202
- Hoffenberg, Lúcia Maria(1993) Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatística de saúde. Ver.Saúde Pública 27(6,supl):1-46 dezembro
- Itália. Coordenação dos projetos de Saúde no Brasil;OPAS(1992) Saúde, Meio Ambiente e a luta contra a pobreza-SMALP: vigilância a saúde no processo de distritalização; projeto operativo Brasil. S.n. abril. 51p
- Kirschbaum Kasten, Ainda. Pizzi, Salomón rex, Amelia(1989) Introducción al estudio de las características epidemiológicas de la familia chilena del Area Metropolitana Norte. Santiago del Chile (Pediatría) 32(4) :197-303 oct-dic
- León Suematsu, Guillermo. Sandoval Quintero, Carlos. Terry Berro, Carmem. Larrea Idiarte, Fernando. Wharwood,Gina. Saneamiento ambiental en los servicios de atención de salud: metodologia para la evaluación y diagnóstico de las condiciones sanitarias de las unidades de servicios de atención de salud. Lima:CEPIS.52p
- Machado, Paulo de Almeida(1985). Ecologia Humana. Cortez. 175p.
- Martos, Henry Lesjak. Nilson Borlina(1997) Indicadores Ambientais Sorocaba:Martos. 266p.
- Nogueira, Aparecida Bueno (1991). Do Saneamento a Saúde. In Saúde em Debate(33):40-3 dez.
- OPS(1993) Nuestro Planeta, nuestra salud: Informe de la comisión de salud y medio ambiente de la OMS: OPS 301p
- Organización Panamericana de la Salud(1992) la salud, el ambiente y la pobreza en las americas: documento de posición. Washington, D.C:OPS feb. 33p.
- Ribeiro Zaher, Celia(1993) La expansión de la Red Latino Americana y del Caribe de Información : ciências de la salud frente a los desafios del futuro. Argentina: ver. Asoc. M,D, Argent 106(1) :51-7.
- Saiz, Jesus(1985) consideraciones sobre la aplicación de los sistemas automatizados de dirección para la salud pública de cuba en provincias, municipios y unidades de salud. Cuba: ver. Cubana adm. Salud 11(3) :209-15, jul –sep.

- San Martín, Hernán(1983) Ecología humana y salud: el hombre e su ambiente. Mexico: La prensa mexicana. 232p
- São Paulo(Estado). Secretaria da Saúde. Programa de saúde e meio ambiente. Secretaria da saúde; s.n. 29p.
- Silva, L.C., Barreras, M.(1983) Sobre la evaluación de la calidad de los registros. Resultados de una experiencia. Cuba: ver. Cubana adm. Salud 9(4) :385-93
- Soboll, Maria Lúcia et al(1990) Sistemas de informação em Saúde: como usar fontes de dados para a geração de indicadores epidemiológicos. Oficina de trabalho. Abrasco pp30-2
- Valadares, Jorge de Campo(1994) Espaço ambiente e situação do sujeito. Tese de Doutorado apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; s.n 253p
- Valladolid L., Agustín(1988) Diseño del Sistema Nacional de información Ambiental Peruano SNIAP. Peru:OPS,50p.
- White, Kerr L. (1981) Información para la Atención de Salud: una perspectiva epidemiológica. In Educación Médica y Salud, vol15, nº4 p 369-394

7. ANEXOS

Anexo-1 Conceitos Básicos

a) Modelo de Atenção - é o resultado da combinação de tecnologias empregadas para a assistência à saúde de uma dada população. Como exemplos podemos citar: O PACS, PSF, etc (BRASIL:1998).

b) Família - é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL:1988).

c) Domicílio - designa o “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes (muros ou cercas, entre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com parte ou todas as suas despesas de alimentação e moradia. Considera-se independente o local de moradia que tem acesso direto e que permite a entrada e a saída de seus moradores sem a passagem por local de moradia de outras pessoas.

- Em casa de cômodos (cortiços), considera-se como um domicílio cada unidade residencial.

- Também são considerados domicílios: prédios em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, gruta e outros locais que estejam servindo de moradia para a família (BRASIL:1998)

d) Peridomicílio - é o espaço externo próximo à casa e que inclui seus anexos.

f) Microárea - é o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS).

g) Área - o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. A composição da equipe de saúde e as coberturas assistências variam de acordo com o modelo de atenção adotado e a área pode assumir diversas configurações:

- **Área, no programa de agentes comunitários de saúde** -é o conjunto de microáreas

cobertas por uma equipe do PACS (1 instrutor supervisor e, no máximo 30 ACS) dentro de um mesmo segmento territorial. Neste caso, embora as microáreas sejam referenciadas geograficamente, elas nem sempre são contíguas.

- **Área, no programa de saúde da família** - é o conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, onde residam em torno de 2.400 a 4500 pessoas.
- **Outros** (demanda espontânea, oferta programática, etc.) nos modelos de atenção onde não há a adscrição da clientela por território, os dados coletados referem-se à população atendida na unidade de saúde. É muito comum haver uma área de abrangência para cada unidade de saúde mesmo não se tendo um território formal.

h) Segmento territorial - o segmento é um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um distrito sanitário, de uma zona de informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em saúde no Município. É a divisão territorial utilizada para a análise espacial dos dados em um determinado município.

i) Dado -É uma descrição limitada do real, desvinculada de um referente explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível (Moraes:1994)

j) Informação -descrição mais completa da realidade associada a u referencial explicativo. Ou seja, é a representação dos fatos da realidade com base em uma determinada visão de mundo, mediante regras de simbologia.

k) Indicador – São instrumentos metodológicos que permitem medir o grau de saúde de uma população. De acordo com Jordan Filho (1974) Pode-se destacar sete qualidades essenciais de um indicador:

- **Simplicidade:** deve ser fácil de ser calculado;
- **Validade:** deve ser função da característica que se deve medir.
- **Disponibilidade:** Deve ser usados dados disponíveis ou de fácil obtenção.
- **Robustez:** pouco sensível as deficiências dos dados necessários a sua construção.
- **Sinteticidade:** deve refletir o efeito do maior número possível de fatores.
- **Discriminatoriedade:** deve possuir um alto poder discriminatório para vários níveis de

saúde e indicar alterações que ocorram no tempo.

- **Cobertura:** deve referir-se, tanto quanto possível, a cada país ou território como um todo e não somente a determinada área ou a um grupo da população.

Anexo-2 Relação nominal dos Agentes Comunitários de Saúde do VI-Distrito Sanitário da cidade do Recife, ruas cobertas e comunidades abrangidas pelos programas.