



Comunidades Pobres Urbanas da Cidade do Recife e Políticas Públicas:

como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde

MARTHA PRISCILA BEZERRA PEREIRA
MESTRADO EM GEOGRAFIA - UFPE

Capa: Criação de Pereira, M.P.B. e arte final de Souza Jr. X.S.S. (2001). Busca demonstrar num primeiro plano que as Políticas de Saúde estão passando por problemas e estas dificuldades têm várias origens, em parte residem na falta de uma moradia com uma infra-estrutura mínima que garanta melhores condições de saúde para a população, também tende a decorrer do próprio ambiente em que residem as famílias e, além disso, de alguns dos costumes da população que influem no seu processo saúde-doença.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS
CURSO DE MESTRADO EM GEOGRAFIA

Comunidades Pobres Urbanas da Cidade do Recife e Políticas Públicas:

Como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde.

Martha Priscila Bezerra Pereira

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Geografia sob orientação do Prof. Dr. Jan Bitoun, para obtenção do grau de mestre.

RECIFE – 2001

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra

FICHA CATALOGRÁFICA

Comunidades Pobres Urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas: como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde. Recife: UFPE, 2001. 120p.

CFCH, UFPE, 2001.

Tese: Mestrado em Geografia
308 (813.4) CFCH Universidade Federal de Pernambuco
P436C

I. Interação das ações do governo e práticas cotidianas em comunidades do Recife - PE

1. Comunidades Pobres Urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas

BANCA EXAMINADORA

Orientador

1º Examinador

2º Examinador

1º Suplente

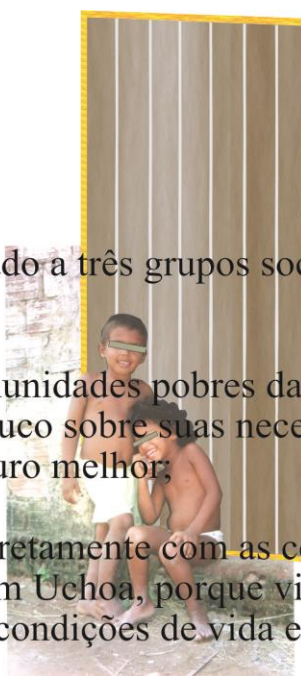
2º Suplente

Este trabalho é dedicado a três grupos sociais :

. Aos moradores das comunidades pobres da cidade do Recife, pois busca refletir um pouco sobre suas necessidades e, quiçá abrir as portas de um futuro melhor;

. Às ONG's que lidam diretamente com as comunidades de Campo do Banco e Jardim Uchoa, porque visa dar subsídios à luta por melhores condições de vida e de saúde e;

. Ao poder público, com o intuito de lançar mais uma pista, dentre tantas que já existem, para uma melhor gestão deste espaço.



AGRADECIMENTOS

“(…) *o Senhor dá a sabedoria: da sua boca vem o conhecimento e o entendimento*” Prov. 2: 6. Para abrir esse espaço dirigido aos agradecimentos é preciso inicialmente redirecionar a atenção a **Deus** e dar graças a ele pela inspiração em elaborar este trabalho, por ter conseguido concluí-lo e, dentre outras coisas, por ter me aproximado de pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a construir esta dissertação.

Dentre as pessoas que me ajudaram na construção deste trabalho está o prof. **Jan Bitoun**, meu orientador e alguém que tem muitas das qualidades que pretendo aprimorar durante a minha trajetória enquanto profissional. Quero agradecê-lo por ter acreditado em mim, pelas idéias e bibliografias fornecidas e pela paciência durante o processo de aprendizagem, esperando o meu amadurecimento sem ter me abandonado, pois estava presente nos momentos decisivos me ajudando a refletir sobre o tema.

Também, quero agradecer a profa. **Emília Moreira**, (DEGEOC/UFPB) pelas opiniões e apoio nas tantas vezes que conversamos pessoalmente ou por telefone; aos professores **Alcindo Sá, Cláudio Castilho, Juan Samaja, Lia Giraldo e Tereza Kulesza** (DCG/UFPE e NESC) pelo auxílio em me fazer enxergar um trabalho mais amplo, apesar de devido aos prazos, não ter atingido tudo o que foi almejado; assim como agradeço aos professores **André Costa, Carlos Pontes Paulette Albuquerque e Renato Lieber** (NESC – PE) pelas sugestões e por terem me subsidiado em uma área diferente da que foi a minha formação.

Aos **membros da banca** quero inicialmente deixar meu sentimento de gratidão por terem atendido ao convite, por terem deixado seus compromissos e, por alguns momentos, focalizado a atenção na leitura deste trabalho. Agradeço também pela avaliação deste estágio da minha vida acadêmica e pela contribuição sobre alguns delineamentos possíveis de subsídios que o presente trabalho possa trazer à ciência e à sociedade a que pertencço.

Gostaria também de agradecer à **coordenação do mestrado**, inclusive aos **funcionários**, pois estiveram sempre acompanhando e dando apoio para o andamento dessa dissertação. Assim como à professora **Edvânia Gomes** (DCG/UFPE), que esteve sempre preocupada com a nossa formação, com os prazos e com a nossa estrutura emocional para que pudéssemos, sem tanto *stress*, mas com responsabilidade, terminar este trabalho em tempo hábil.

Estou igualmente grata ao **CNPq** por ter viabilizado tanto a minha residência em Recife durante o curso das disciplinas quanto o trabalho em si para que o mesmo pudesse ter maior qualidade. Esse apoio financeiro foi imprescindível para que pudesse concluir esse curso.

Também estou em dívida com os **funcionários das bibliotecas, das instituições educacionais, do poder público e de ONG's** que proporcionaram a confecção desse trabalho tão carente de informações e fontes variadas. Obrigada a Andréa, Antônio Carlos Cabral, Demóstenes de Moraes, Eugênio Carvalho, Emília Mattos, Maísa Teixeira, Rose, Vanice dentre tantos outros.

A parte prática deste trabalho só pôde ser realizada através das informações e da disponibilidade dos **moradores das comunidades de Campo do Banco e Jardim Uchôa**, que contribuíram para a construção de

um documento útil, pelo menos para estas localidades. Muito obrigada a todos, especialmente a Antônio Flávio, Euda, Djanira, Maria da Penha e ao sr. Epifânio.

Não poderia esquecer também do convívio harmônico durante as aulas com a **minha turma** (Ady, Aretuza, Clélio, Edinilza, Lenilton, Maria, Mário, Roseane e Xisto) e com algumas novas amizades que pude fazer, dentre essas pessoas estão **Andréa, Diana, e Fabiana**.

Em especial gostaria de agradecer a **Aretuza Melo** os bons momentos de convívio, os conselhos e a confiança; a **Edinilza dos Santos e família** por todo o apoio durante nossa convivência, ensinando-me a enfrentar muitos obstáculos em várias áreas da minha vida, e, além disso, fazendo-me sentir parte da família em diversas situações; a **Duprat** pela prova de amizade em tantos momentos difíceis durante esse processo; a **Regina Silva** pelo carinho em estar sempre ligada no tema desse trabalho me ajudando com bibliografias; e também gostaria de agradecer à **Valéria de Marcos** (prof. UFPB), que mesmo estando longe, esteve sempre me encorajando a vencer os obstáculos para finalizar este trabalho.

Quero aproveitar esse momento para agradecer à **minha igreja** (Igreja Batista) tanto em Recife (Iputinga e CDU) quanto em João Pessoa (Mangabeira), pela paciência, pelo apoio e por entender a minha ausência em tantas das atividades que poderia ter contribuído de maneira mais eficaz. Em especial gostaria de agradecer o apoio dos pastores Fernando Rocha e Ricardo Félix e das amigas Carol, Hilca, Josyneide, Socorro Sueleide e Virgínia por apesar de tudo isso, terem me ajudado a ser útil na igreja.

Do mesmo modo quero agradecer ao meu noivo, **Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior** por ter sido essa pessoa tão presente em todos os momentos durante o desenrolar do mestrado. Enquanto amigo, sendo hospitaleiro e aproximando a turma; e como namorado e noivo, me ajudando a superar todos os obstáculos com muito amor e paciência, para que terminasse esse trabalho.

Enfim, também sou muito grata à **minha família**. Aos meus pais (Ruy e Lúcia) por terem sempre me apoiado, desde a decisão em fazer o mestrado até agora, ajudando-me como ouvintes participantes desse trabalho, dando-me opiniões muito valiosas e, estando sempre presentes nos momentos de carência tanto materiais, quanto afetivos e espirituais. E aos meus irmãos (Eduardo e Michele) pelo carinho e paciência, uma vez que são incontáveis os momentos em que, direcionada para efetivar meu trabalho, deixei de demonstrar o quanto eu amo vocês. Muito obrigada por tudo.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Comunidades Pobres Urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas:** como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde. Recife, 2001. (dissertação de mestrado – CMG/ UFPE)

RESUMO:

As comunidades pobres urbanas estão sempre em busca de uma condição de vida melhor, e por consequência, de melhores condições de saúde. O processo de redemocratização ocorrido no final do século XX, consolidado juridicamente através da constituição de 1988, possibilitou uma maior integração entre as políticas públicas e entre estas e a população, favorecendo essa busca por melhores condições de saúde. Essa mudança pode ser exemplificada com a criação no Brasil dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), programas estes voltados para o entendimento da saúde não apenas como resultado de um desequilíbrio biológico, mas também resultante das condições do ambiente em que essa população vive.

No âmbito das comunidades pobres urbanas estes programas buscam promover a participação dos indivíduos enquanto parceiros na promoção da saúde pública, mesmo que as condições ambientais sejam adversas como é o caso, na cidade do Recife, de Campo do Banco e Jardim Uchôa, áreas objeto de estudo. Partindo do pressuposto que as ações das políticas públicas de saúde, através do PACS e PSF estão contribuindo de fato para a melhoria das condições de saúde e que sua efetividade tem limites devido à baixa qualidade das ações das políticas de urbanização e ao descompasso entre elas, assim como de algumas práticas por parte dos moradores, este estudo tem por finalidade verificar como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde.

A contextualização dessa problemática foi obtida através de uma pesquisa de gabinete (levantamento bibliográfico, estatístico, e documental) complementada com a efetivação de um trabalho de campo (observação *in loco*, documentação fotográfica e realização de entrevistas). Foi observado que de fato as ações do PACS e PSF estão contribuindo para a melhoria das condições de saúde dos moradores das comunidades pobres urbanas, apesar de que sua ação é limitada tanto pelas precárias condições de urbanização (habitação e saneamento) como de algumas atitudes dos moradores que interferem no seu processo de saúde-doença.

Palavras chave: políticas públicas; comunidades pobres urbanas do Recife; condições de saúde.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Quartiers Pauvres Urbains à Recife et Politiques Publiques: Actions publiques et pratiques quotidiennes de la communauté rendent - elles possible l'amélioration des conditions de santé?** Recife, 2001. (dissertação de mestrado - CMG/UFPE)

RÉSUMÉ

Les communautés pauvres urbaines se mobilisent pour atteindre une meilleure condition de vie et, par conséquent, des meilleures conditions de santé. Les dernières décennies du vingtième siècle au Brésil, sous le signe de la construction de la démocratie, juridiquement instituée par la Constitution de 1988, ont permis d'entrevoir des possibilités d'intégration entre politiques publiques et entre celles-ci et la population, créant une ambiance favorable à de meilleures conditions de santé. Ce changement peut être illustré par l'implantation des Programmes d'Agents Communautaires de Santé (PACS) et de Santé de la Famille (PSF) qui traitent de la santé publique en dépassant une conception centrée sur le déséquilibre biologique et prétendent promouvoir une action sur le cadre de vie de la population.

Ces programmes, implantés dans des quartiers pauvres urbains, recherchent la participation des individus pour promouvoir la santé publique, même sous des conditions d'environnement défavorables, telles qu'elles se manifestent dans les deux cas étudiés dans la ville de Recife: Campo do Banco et Jardim Uchôa. On cherche à vérifier l'hypothèse que ces programmes contribuent réellement à la promotion de meilleures conditions de santé, mais que leur efficacité est limitée par l'insuffisance des actions d'améliorations urbaines et par l'absence d'une coordination entre politiques de santé et politique urbaine. Dans ce cadre, se perpétuent des pratiques quotidiennes mettant en danger la santé.

Cette recherche a associé une compilation (bibliographique, documentaire et statistique) à un travail de terrain (observation, relevé photographique, entrevues). Elle décrit une trajectoire des politiques publiques qui affectent l'environnement urbain des quartiers pauvres où l'on vérifie les impacts positifs sur la santé des deux programmes PACS et PSF, dont les limites paraissent résider dans la lenteur des actions d'infrastructures urbaines (habitation et assainissement), mais aussi dans le maintien d'attitudes des habitants qui les rendent vulnérables à la maladie,

Mots-clefs: politiques publiques; quartiers pauvres urbains de Recife; conditions de santé.

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>SIGLA</i>	<i>SIGNIFICADO</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APA	Área de Preservação Ambiental
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDRU	Concessão do Direito Real de Uso
CEF	Caixa Econômica Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CODECIPE	Coordenadoria da Defesa Civil do Estado de Pernambuco
COMPESA	Companhia Pernambucana de Saneamento
COMUL	Comissão de Urbanização e Legalização
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONFÁGUA	Conferência de Mar Del Plata
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CULO	Câmaras de Legalização, Urbanização e Orçamento
CNPU	Conselho Nacional de Política Urbana
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPRH	Companhia Pernambucana de Recursos Hídricos
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDC	Diretoria de Desenvolvimento Comunitário
DPS	Diretoria de Planejamento em Saúde
DS	Distrito Sanitário
ETE	Estação de Tratamento de Esgoto
FASE	Fundação de Órgãos para Assistência Social e Educacional
FGTS	Fundo de Garantia de Tempo de Serviço
FIDEM	Fundação de Desenvolvimento da Região Metropolitana do Recife
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundação Nacional de Saúde
HABITAT II	Segunda Conferência Mundial da ONU sobre Assentamentos Humanos

IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Projeto Piloto de Ações Integradas em Saúde e Meio Ambiente
PAIH	Programa de Ação Imediata para a Habitação
PAM	Posto de Atendimento Médico
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PMSS	Projeto de Modernização do Setor de Saneamento
PPRPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROBASE	Programa de Saneamento para núcleos urbanos
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PREZEIS	Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Região Político Administrativa
SAMS	Subsistema privado de Atenção Médico Supletiva
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SAT	Subsistema de Alta Tecnologia
SBPE	Sistema Brasileiro de Poupança e Empréstimo
SCC	Subsistema Privado Contratado e Conveniado
SE	Subsistema Estatal
SEPURB	Secretaria de Política Urbana
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SFH	Sistema Financeiro de Habitação
SFS	Sistema Financeiro de Saneamento
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Sistema Público
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TELEMAR	Telecomunicação de Pernambuco S.A.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância.
URB - Recife	Empresa de Urbanização do Recife
US	Unidade de Saúde
ZEIS	Zona Especial de Interesse Social

**LISTA DE DIAGRAMAS, FOTOGRAFIAS, MAPAS, ORGANOGRAMAS
PIRÂMIDES ETÁRIAS E QUADROS**

<i>DIAGRAMAS</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>PÁGINA</i>
1	Explicação do conceito de saúde (Castellanos)	46
2	Doenças causadas por agentes patogênicos lançados na água	114
3	Vias de contato do homem com o lixo	115

<i>FOTOGRAFIAS</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>PÁGINAS</i>
1 -4	Marcos da história de Campo do Banco	72
5 - 12	Ação cotidiana dos Moradores	79/80
13 - 16	Meio Ambiente e ação do poder público	87
17 - 23	Marcos da história de Jardim Uchôa	91/92
24 - 29	Ação cotidiana dos moradores	99/100
30 - 37	Meio ambiente e ação do poder público	106/109

<i>MAPAS</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>PÁGINA</i>
1	Comunidades Pobres Urbanas da Cidade do Recife (Zeis com COMUL instalada e que possuem PACS ou PSF) – 2000	67
2	Campo do Banco - Limites	73
3	Campo do Banco – Microáreas do PACS	83
4	Jardim Uchôa – Limites	93
5	Jardim Uchôa – Microáreas do PSF	105

<i>ORGANOGRAMAS</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>PÁGINA</i>
1	Estrutura Organizativa do PREZEIS	53

<i>PIRÂMIDES ETÁRIAS</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>PÁGINA</i>
1	População de Campo do Banco por gênero no intervalo de 20 anos (2000)	75
2	População de Jardim Uchôa por gênero no intervalo de 20 anos (2000)	95

<i>QUADROS</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>PÁGINA</i>
1	Explicação do conceito de Saúde (Samaja)	47
2	Composição do PREZEIS	54
3	Distribuição etária da população de Campo do Banco	75
4	Doenças referidas na comunidade	76
5	Doenças referidas por microárea que tem a ver com o ambiente	85
6	Distribuição etária da população de Jardim Uchôa	94
7	Doenças referidas na comunidade	96
8	Doenças referidas por setor que tem a ver com o ambiente	108

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	16
	1.1 Procedimentos e técnicas utilizadas.....	17
	1.1.1 Planejamento.....	17
	1.1.2 Atividade de campo.....	18
	1.1.3 Elaboração dos resultados.....	20
II	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	22
	2.1 Rumos das políticas públicas no Brasil nas esferas da habitação, saneamento e saúde e seus rebatimentos para os mais pobres.....	22
	2.1.1 Mudanças ocorridas no contexto mundial.....	22
	2.1.2 Conseqüências nas políticas públicas do Brasil.....	24
	2.1.3 Rebatimento das políticas públicas nas comunidades pobres urbanas.....	37
	2.2 Comunidades Pobres Urbanas: Rebatimentos das dimensões da Reprodução Social neste espaço e suas implicações para a saúde.....	39
	2.2.1 Dimensões da reprodução social como integrantes das relações sociais existentes na comunidade pobre urbana.....	40
	2.2.2 Repercussões das relações sociais no espaço das comunidades pobres urbanas e sua implicação para a saúde.....	45
III	ATUAÇÃO DA PREFEITURA DO RECIFE NAS COMUNIDADES POBRES URBANAS DURANTE A DÉCADA DE 90.....	48
	3.1 Políticas Públicas de Urbanização em áreas pobres – O PREZEIS.....	50
	3.2 Políticas Públicas de Saúde – PACS/PSF.....	56
	3.2.1 Processo de municipalização na Cidade do Recife.....	62
	3.2.2 PACS/PSF no Recife.....	63
	3.3 Situação atual em Recife.....	64
IV	CAMPO DO BANCO E JARDIM UCHÔA: COMUNIDADES DO RECIFE EM BUSCA DE MELHORES CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	68
	4.1 Campo do Banco.....	69
	4.1.1 Histórico.....	69
	4.1.2 Perfil epidemiológico atual.....	74
	4.2 Jardim Uchôa.....	88
	4.2.1 Histórico.....	88
	4.2.2 Perfil epidemiológico atual.....	94
	4.3 Síntese e observações.....	110
V	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
VI	BIBLIOGRAFIA.....	121
	6.1 Referências Bibliográficas.....	121
	6.2 Bibliografia Consultada.....	127
VII	APÊNDICES.....	127
VIII	ANEXOS.....	141

I - INTRODUÇÃO

O estudo das políticas públicas em comunidades pobres tem sido um assunto relevante no Brasil desde a década de 70, quando alguns governos municipais resolveram democratizar o processo de decisão e com isso ficar mais sensível às necessidades da população menos abastada.

Essas experiências são vividas, em muitos municípios, segundo dois vieses: Um mais progressista responsável por trazer à tona tal prática no intuito de melhorar as condições de vida da população através de melhorias na própria condição de saúde da mesma; e outro que se aproveita de práticas bem sucedidas, embora priorizando as exigências do capital.

Tais experiências foram influenciadas por uma série de acontecimentos, dentre os quais se sobressaem: a crise financeira iniciada na década de 70, que provocou uma pressão pela descentralização atomizada por parte de agências multilaterais interessadas no ajuste fiscal; a busca por uma descentralização coordenada inspirada nos movimentos sociais que buscavam como consequência à aproximação dos governos locais com a demanda dos cidadãos; o processo de descentralização aprovado na Constituição de 1988; a desconexão de estruturas federais que cuidavam de serviços públicos, em especial ligados às políticas sociais; e, por fim, os desafios por que passam as esferas subnacionais no contexto da globalização para mostrarem experiências inovadoras.

O marco desse processo que se inicia na década de 70 foi a promulgação da Constituição de 1988, sendo seus resultados e seus procedimentos diversificados em cada setor de atuação e localidade. Dessa maneira, o período em foco desse estudo é a década de 90 do século XX, período em que a prática dessa descentralização é mais evidenciada.

O estudo foi desenvolvido seguindo alguns eixos que tiveram como objetivo permitir a compreensão do objeto em seu contexto (que seriam os enfoques estruturais partindo do geral para o particular), no nível de ancoragem (que seria uma análise da própria comunidade) e em seu subtexto (através de depoimentos isolados de pessoas que nos deram pistas de como estão se processando as políticas sociais, no caso nas áreas de urbanização, saneamento e saúde das comunidades pobres urbanas).

Com relação aos enfoques estruturais serão analisados principalmente os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), programas que surgiram de práticas locais bem sucedidas e que foram implantados na esfera federal, abrangendo

conseqüentemente a cidade do Recife; e o Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social (PREZEIS), que tem grande vulto com relação à urbanização de áreas pobres da cidade do Recife através da instalação de Comissões de Urbanização e Legalização (COMULs) implantadas nas Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS).

1.1 – PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS UTILIZADAS

A efetivação da pesquisa seguiu uma ordem evolutiva. Inicialmente foi elaborado um *planejamento*, fundamental para delimitação das áreas objeto de estudo, definição do objetivo e das hipóteses. Em seguida foi realizado o *trabalho de campo*, que serviu para a coleta de imagens e informações *in loco* e depois, a *elaboração dos resultados*, consistindo na avaliação de todas as informações para posterior confecção da dissertação.

1.1.1 PLANEJAMENTO:

Inicialmente foi realizada uma pesquisa exploratória, esta teve as seguintes fases: pesquisa documental/bibliográfica, visita aos locais objetos de estudo, elaboração do roteiro de trabalho de campo e planejamento administrativo.

A pesquisa documental e bibliográfica foi realizada em órgãos públicos governamentais (DS IV e V, DDC, FIDEM, PCR, SES, SMS, URB-Recife), não governamentais (FASE) e instituições de ensino superior (NESC/PE, UFPB, UFPE). O material encontrado consistiu em documentos históricos, mapas, informações específicas sobre as comunidades estudadas, e, material bibliográfico para a elaboração da problemática e do embasamento teórico.

Após uma primeira avaliação considerou-se relevante à escolha de duas localidades; Elas deveriam ser áreas ZEIS com COMUL instalada, e os programas de saúde deveriam estar sendo efetivados em estágios diferenciados; dessa forma foram escolhidas Campo do Banco, no bairro da Várzea, no qual funciona o PACS e Jardim Uchôa, no bairro de Areias onde está sendo implementado o PSF. Logo após foi realizada a visita que serviu para confirmarmos a adequação dessas comunidades aos objetivos ora pleiteados.

Após analisar as informações e visitar a área criaram-se as seguintes expectativas: a) existe uma grande disparidade da natureza das ações por parte dos moradores (que agem na dimensão da vida), das Organizações Não Governamentais - ONG's (que agem setorialmente) e do Estado

(produtor de ações eventuais definidas por programas e projetos); e b) Dentro da própria esfera Estatal as ações também ocorrem de maneira descompassada principalmente no que diz respeito às políticas de urbanização (moradia e saneamento básico) e de saúde.

Apesar da ação dos três atores terem sido relevantes fez-se necessário escolher apenas dois deles para que o estudo pudesse ser efetivado no tempo estipulado, dessa maneira foram eleitos para este estudo: a atuação dos moradores e do poder público.

A partir dessas primeiras definições pôde-se construir o roteiro de trabalho de campo, cuja hipótese é de que *as ações das políticas públicas de saúde, através do PACS e PSF estão contribuindo de fato para a melhoria das condições de saúde, mas sua efetividade tem limites devido à baixa qualidade das ações das políticas de urbanização e ao descompasso entre elas, assim como de algumas práticas por parte dos moradores.*

Dessa maneira *essa pesquisa visa verificar se a interação das ações do governo e práticas cotidianas está viabilizando uma melhoria das condições de saúde.*

A escolha dos instrumentos de pesquisa foi influenciada por alguns autores (Camargo, 1997; George, 1986; Raffestin, 1993; Santos, *et all*, 2000; Silva, 1996; e Sternberg, 1946) e pelas próprias especificidades do objeto de estudo. Com a finalidade de buscar uma imagem mais nítida da população optou-se por analisar dados estatísticos, descritivos, mapas, fotografias e entrevistas.

1.1.2 ATIVIDADE DE CAMPO

A atividade de campo foi realizada em dois momentos: o primeiro para aquisição de informações complementares ao trabalho de campo exploratório nos órgãos governamentais, não governamentais e instituições de ensino superior. Depois foi efetivada nas comunidades obedecendo a seguinte seqüência: observação e registro da área, e coleta de informações.

A. Primeiro momento:

Os dados estatísticos forneceram a imagem numérica da população nos aspectos quantitativos e qualitativos. A imagem numérica quantitativa correspondeu à quantidade de população atendida com o determinado programa (seja de urbanização – PREZEIS, ou de saúde – PACS/PSF), e à sua pirâmide etária. Estas informações possibilitaram a construção de mapas e um diagnóstico preliminar da população.

O fato das delimitações da área ZEIS e das microáreas do PACS/PSF não coincidirem (mapas 2 e 4), não se pôde utilizar os dados estatísticos como informações precisas, entretanto, eles puderam servir como indicadores da situação geral da comunidade e seu entorno.

A imagem numérica qualitativa teve a finalidade de fornecer dados sócio-ambientais. Estes estão representados, por exemplo, pela quantidade de pessoas que tem abastecimento d'água e coleta de esgoto.

Os documentos descritivos tiveram o objetivo de nos fornecer dados relativos à história das comunidades no que diz respeito ao aspecto inicial antes da ocupação, aos eventos provocados pelos ocupantes, e aos projetos ou ações implementadas pelo Estado.

De posse de alguns mapas das áreas foi possível verificar como os moradores organizaram seu espaço de moradia, quais os elementos naturais que circundam a área, onde o poder público atuou e ter algumas pistas para as razões destas ações.

Para verificar como tem ocorrido o trabalho junto ao PREZEIS e como está ocorrendo a interação com as ações de saúde neste mesmo espaço foi realizada uma entrevista com um representante da Comissão de Urbanização e Legalização (COMUL) (ver Anexo 1).

B. Segundo momento:

Este segundo momento foi o da efetivação do trabalho de campo nas comunidades. A coleta de informações foi realizada de duas maneiras diferentes: através de documentação fotográfica e da realização de entrevistas tanto com moradores quanto com agentes comunitários de saúde (ACS).

A imagem produzida por meio fotográfico tem a vantagem de transcender a barreira da linguagem escrita exercendo duas funções simultâneas: considerando o entorno mais próximo ao tema escolhido, sem distorções, e realçando o tema eleito.

Dessa maneira optou-se por fazer uma análise criteriosa das áreas estudadas a partir da utilização da imagem enquanto: 1) narração (na ocasião em que forem encontradas formas que indiquem o desenrolar do processo histórico das comunidades objeto de estudo); 2) representação do cotidiano (em especial as práticas cotidianas que influem no processo saúde/doenças desta população); e 3) informação (na busca de indicadores sobre a situação do ambiente em que a população reside e da ação do poder público).

Durante a documentação fotográfica houve a oportunidade de registrar alguns aspectos quanto aos costumes da população e ao ambiente de moradia (condições de moradia, armazenamento d'água, esgotamento sanitário, drenagem, etc.).

A entrevista com os moradores teve a finalidade de observar algumas modificações no cotidiano da população que mora na comunidade ao longo do tempo e observações atuais sobre o ambiente de moradia (apontando problemas quanto à urbanização e à forma em que vêm sendo efetivados o PACS e o PSF) (Anexo 2). A entrevista com os ACS teve como objetivo investigar o processo de trabalho dos mesmos, suas opiniões sobre o ambiente em que trabalham, e com relação à saúde da população (Anexo 3).

1.1.3 ELABORAÇÃO DOS RESULTADOS

As informações foram organizadas no trabalho tendo como princípio inicial contextualizar as comunidades na problemática atual a partir das várias esferas do poder governamental que exercem alguma influência na vida cotidiana desta população seguida de uma investigação sobre as comunidades enquanto grupo homogêneo e finalizando com uma inferência nas diversidades e problemas desses grupos através de depoimentos e imagens.

Após essa etapa, foi possível verificar se a interação das ações do governo com as práticas cotidianas está de fato viabilizando melhorias nas condições de saúde destes grupos representados pelas comunidades de Campo do Banco e Jardim Uchôa.

Assim sendo, o trabalho ficou dividido da seguinte maneira: o primeiro capítulo visa contextualizar o problema bem como deixar o leitor ciente do referencial teórico escolhido. Inicialmente são recuperados de modo sintético os rumos históricos das políticas públicas de habitação, saneamento e saúde entre a década de 30 e à década de 90 do século XX, sendo depois escolhida a abordagem metodológica no qual se tomou como referencial teórico o pensamento de Juan Samaja (1941) e de Milton Santos (1926 - 2001) no que diz respeito às dimensões da reprodução social, do entendimento de espaço e dos eventos tanto na esfera comunal, na escala do cotidiano como na esfera estatal.

Já delimitado o universo de pesquisa é realizada uma descrição das políticas públicas efetivadas na década de 90, especialmente no que diz respeito à urbanização e à saúde. Dentre elas, são escolhidos o PREZEIS e o PACS/PSF. Este capítulo é propositalmente descritivo, pois se entende ser imprescindível deixar o leitor mais familiarizado com a temática.

No terceiro capítulo é descrito o histórico das áreas objeto de estudo bem como é realizado um perfil epidemiológico considerando aspectos da saúde (ações de saúde e condições de saúde), informações estatísticas, o cotidiano da população e o meio ambiente decorrente da ação urbanizadora do poder público.

Nas considerações finais busca-se fazer uma avaliação de como os programas foram implantados em cada uma das comunidades, quais as contribuições deles, como se deu a interação das políticas e práticas cotidianas da população e algumas perspectivas que possam contribuir para a melhora das condições de saúde da população.

II – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 – RUMOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL NAS ESFERAS DA HABITAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE E SEUS REBATIMENTOS PARA OS MAIS POBRES.

Durante todo o século ocorreram muitas modificações nas políticas no Brasil a exemplo das políticas de habitação, de saneamento e saúde. As razões para tantas mudanças podem ser explicadas inicialmente a partir de dois aspectos: Mudanças ocorridas no contexto mundial; e, conseqüências nas políticas públicas do Brasil.

2.1.1 MUDANÇAS OCORRIDAS NO CONTEXTO MUNDIAL

O início do século XX foi marcado pela consolidação da gestão centralizada nos países onde ocorreu o processo de industrialização. Estão no centro do poder o Estado e as grandes corporações privadas, que conseguem empregar maior base científica nos processos de transformação com apoio do Estado (leis, redução de impostos, etc.).

A crise econômica de 1929 fez emergir o Estado do Bem-Estar Social no intuito de racionalizar a economia em seu conjunto e orientá-la no sentido do bem-estar geral. As políticas públicas atuaram em vários aspectos (econômicos, políticos e sociais)¹.

De fato, houve muitos progressos no sentido de unificar a sociedade, superar desequilíbrios e promover uma série de direitos para as classes populares. No entanto, ao longo do tempo, e principalmente a partir da década de 60, esse modelo depara-se com uma série de obstáculos que trazem como conseqüência uma crise de legitimidade do Estado.

Durante esse período começaram a surgir alguns fatores como: perda de poder econômico por parte do Estado Nacional (estágio avançado da globalização econômica)², reestruturação

¹ Consultar Borja, apud Vasconcelos, 1995.

² Processo que se acelera a partir de alguns atores econômicos, na medida em que têm porte e meios (devido ao avanço da tecnologia) para dominar em escala mundial. Todo o planejamento ocorre a nível global selecionando alguns espaços em detrimento de outros para atender às suas necessidades de aumentar o lucro. Nesse sistema o Estado torna-se um empecilho à plena atuação desses atores. Para os mesmos, quanto mais flexibilização e menos regulamentações melhor, assim podem investir no lugar onde possa pagar menos à mão-de-obra e gastar menos com infra-estrutura. (Araújo, 2000).

produtiva³ e o movimento de financeirização⁴. Ao final da década de 60 esse modelo encontra-se de fato esgotado e as políticas que, mundialmente, eram prioritariamente elaboradas na esfera do Estado central, começam a ser descentralizadas.

Esses fatores favoreceram a consolidação do pensamento neoliberal, uma visão ideológica e política que busca dar a hegemonia para o mercado tanto na esfera política como econômica.

Sendo assim, o Estado perde muito do seu poder de intervenção, não consegue impedir o comando do mercado e passa a efetivar sua gerência de forma descentralizada e atomizada. Ao mesmo tempo surgem as práticas participativas comunitárias⁵ (Araújo, 2000; Moreira & Moreira, 1997).

No início da administração de Reagan nos Estados Unidos (1980), o neoliberalismo começou a ser enfatizado como o melhor caminho para o Estado, sendo aceita por parte das elites políticas, empresariais e intelectuais como sinônimo de modernidade. Sendo assim, foi incorporado no discurso e na ação dessas elites (Batista, 1994).

Para conter o alastramento da pobreza, decorrente da própria difusão do neoliberalismo, a burocracia internacional sediada em Washington e as agências multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) – passaram a idealizar, em paralelo, projetos de natureza política e social. Mas estes não seriam implementados no nível do Estado (impedindo assim que as burocracias nacionais sirvam de obstáculo à modernidade), dever-se-ia descentralizar ao máximo o setor público, a partir da municipalização dos recursos oficiais e pela mobilização das organizações não governamentais, que deveriam ser estrangeiras, em sua maioria (Batista, 1994).

O momento clímax da dispersão dessa ideologia ocorreu no ‘Consenso de Washington’ onde a mensagem neoliberal foi registrada como regra a ser seguida por países da América Latina.⁶ (Batista, 1994). Processo que se consolidou na década de 90 através das privatizações, incentivo de práticas participativas, etc.

³ Devido a crise do Petróleo (1973) ocorreram mudanças na esfera mundial: houve a concretização de novas formas de acumulação na qual a prioridade deixa de ser o petróleo e passa a ser a busca pelo conhecimento. Nesse contexto acelera-se a revolução científico-tecnológica e os países centrais agora detém esse conhecimento. O Brasil não acompanhou essas mudanças e teve que lidar com uma dívida crescente que trouxe como conseqüências diretas a crise financeira do setor público e a ameaça constante da hiperinflação. (Araújo, 2000, p. 22)

⁴ O movimento financeiro nas Bolsas de Valores tem superado o valor do PIB, sendo assim, as grandes empresas têm mais dinheiro do que o Estado.

⁵ “Entendidas como envolvimento direto das pessoas comuns nos assuntos locais” (Moreira & Moreira, 1997, p. 1)

⁶ Ocorreu em novembro de 1989, em Washington, com o objetivo de avaliar as reformas econômicas empreendidas nos países latino-americanos e impor a proposta neoliberal a esses países “*como condição para conceder*

Enquanto isso, o Brasil, que desde a década de 1930 estava vivendo um intenso processo de industrialização, deixando para segundo plano as políticas sociais face às políticas governamentais voltadas para o desenvolvimento econômico, chega à posição de 8ª economia do mundo, aderindo, após a década de 80, à ideologia neoliberal (Araújo, 2000).

Durante a formulação da Constituição de 1988, coloca-se como princípio norteador a descentralização do poder e das responsabilidades, fazendo com que a participação do município no total da receita disponível passe a ser mais elevada devido ao repasse de verbas da União para o município com a finalidade de efetivar programas e projetos que priorizassem principalmente as áreas assistencial, educacional e da saúde. (Moreira & Moreira, 1997).

Neste período a importância dos governos locais foi enfatizada no Brasil por vários motivos: pela crise financeira; pela Constituição Federal de 1988, pelos movimentos sociais preocupados com um processo mais democrático, pelas agências multilaterais interessadas no ajuste fiscal, pelos rumos descompassados das políticas sociais, e, por incentivos globais em selecionar as melhores práticas subnacionais na gerência do meio urbano (Barboza & Farah, 2000; Bonduki, 1997).

Dessa forma, considerando o período da década de 30 a 90 do século XX, observa-se que as políticas sociais não foram a prioridade do Estado Brasileiro, pois na época em que emergiu o Estado do Bem-Estar Social, o Brasil estava iniciando seu processo de industrialização e quando chegou à ser a 8ª economia do mundo (na década de 80) submeteu-se à ideologia neoliberal, perdendo muito do seu poder de intervir e fazendo com que as políticas sociais tomassem rumos diferenciados, como veremos no caso das políticas da habitação, saneamento e saúde no Brasil.

2.1.2 CONSEQÜÊNCIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL

Consultando alguns autores que relatam um pouco das políticas públicas na área de habitação, saneamento e saúde (Elias, 1980; Bezerra, 2000; Bonduki, 1997; Costa, 1998; Mendes, 1999; Vasconcelos, 1995) percebemos que houve muitas mudanças na forma de pensar e atuar nesses setores da política e essas maneiras diferenciadas de atender à população tenderam a obedecer à lógica econômica e não à necessidade de melhoria das condições de vida das pessoas.

cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral" (Batista, 1994, p. 5). Estavam presentes funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados – FMI, Banco Mundial e BID, assim como economistas de diversos países latino-americanos para relatar a experiência de seus países.

Realizando um corte temporal podemos acompanhar a cronologia apresentada por estes autores a partir da década de 30 até o ano de 1964, quando houve o Golpe Militar; do ano de 1964 ao final da década de 80, até quando foi promulgada a Constituição Federal (1988); e, do final a década de 80 a década de 90 do século XX.

A. PERÍODO DA DÉCADA DE 1930 A 1964 - ORGANIZAÇÃO FRAGMENTADA

Antes da década de 1930, o país era calcado no modelo econômico agroexportador e sua população rural era numericamente superior. Nessa época a atuação das políticas de habitação, saneamento e saúde no espaço urbano também eram diferenciadas.

Na habitação, por exemplo, não existiam políticas definidas de ampla atuação. A população urbana, em geral, tinha seu domicílio próprio e, os mais pobres, alugavam ou construía suas casas em locais menos valorizados pela população mais abastada.

No início do século o Estado assumiu os serviços de saneamento⁷ e, juntamente com Saturnino de Brito e outros componentes, iniciou-se um processo que objetivava sanear os espaços de circulação das mercadorias provenientes do meio rural e que deveriam embarcar nos portos, localizados no meio urbano; dessa maneira controlavam-se as doenças que poderiam prejudicar a exportação. Era realizado o sanitarismo campanhista.

A partir da década de 1930 ocorrem investimentos na industrialização, o que resulta na migração de trabalhadores do campo para a cidade. Muitas indústrias construíram vilas operárias para abrigar os trabalhadores empregados. Segundo Blay (1985), estas vilas objetivavam fazer com que o empregado morasse próximo ao trabalho, além de impedir que o mesmo lutasse pelos seus direitos, pois perder o emprego significava perder a casa.

Além das vilas operárias foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁸, que eram organizados por categorias de trabalhadores e financiados pelas empresas, trabalhadores e pelo Estado (forma incipiente de concentração do poder). Havia a preocupação tanto em acumular capital como em cuidar da saúde (algo secundário).

⁷ Durante o século XIX os serviços de saneamento eram realizados pela iniciativa privada. (Costa, 1994, apud 1998)

⁸ Os IAPs substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas em 1923, por iniciativa das empresas logo após a aprovação da Lei Elói Chaves – responsável pela criação da Previdência Social. As CAPs eram financiadas pelas empresas e trabalhadores e eram estruturadas por categorias profissionais

Já na área da habitação as ações do governo resumiram-se à construção de poucos conjuntos habitacionais financiados pelos Institutos de Previdência, Fundação da Casa Popular e das Caixas Econômicas.

O sanitarismo campanhista continuou a ser realizado, mas a partir da década de 1950 houve algumas pequenas mudanças: no setor de saneamento materializou-se um processo de autarquização e de busca por financiamento para o abastecimento d'água; Já com relação à saúde, devido à aceleração do processo de industrialização e da conseqüente intensificação da migração campo-cidade para inserir-se no mercado de trabalho dominado pelas indústrias, passou a coexistir com o sanitarismo campanhista (estrutura que atua no espaço) o atendimento médico-curativo (estrutura que atua no indivíduo visando agir sobre as doenças e curá-las). Essa mudança ocorreu porque se fazia importante atuar no corpo do trabalhador para que o mesmo pudesse estar capaz para produzir mais ou pelo menos não reduzir sua capacidade produtiva.

Essa configuração política estendeu-se até o Golpe Militar (1964) quando medidas centralizadoras foram implementadas em todas as esferas do governo.

B. 1964 AO FINAL DA DÉCADA DE 80 – CENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E FINANCIAMENTO DO SETOR PRIVADO

Medidas centralizadoras

A partir do golpe militar, (1964), a forma de o Estado intervir mudou; essas modificações seguiram dois rumos: a) no sentido de garantir a acumulação de capital, (articulação com o capital nacional e multinacional); e b) consolidar a institucionalização de um sistema de proteção social (centralização do poder; exclusão da participação popular; garantia de compulsório pela poupança forçada dos trabalhadores)⁹.

Para atender a demanda da população por uma moradia, dinamizar o setor econômico através da indústria da construção civil, modernizar o espaço urbano e funcionar como justificativa das 'boas intenções' que levaram à decisão pelo golpe militar foi aprovada a Lei Federal 4.380 de 21 de agosto de 1964 que cria o Banco Nacional de Habitação (BNH).

O BNH tinha a finalidade de promover o desenvolvimento urbano de maneira integrada, a partir das decisões do governo federal. Algumas de suas funções eram: gerir sistemas financeiros

⁹ Dentro dessa conjuntura, as políticas centralizadoras estiveram assentadas em dois procedimentos complementares: a dependência financeira e a decisória; Vasconcelos (1995) aponta também o assistencialismo, o corporativismo, a reprodução de desigualdades, e o caráter não redistributivo.

de habitação (SFH) e saneamento (SFS), dentre outros; e, servir como órgão de crédito estimulando e controlando a formação, mobilização e aplicação de poupanças e outros recursos com vistas a desenvolver o setor urbano do município.

As linhas de financiamento visavam atingir tanto o setor de habitação (através da iniciativa privada) como financiar o desenvolvimento urbano (auxiliando o PLANASA).

O Sistema Financeiro de Saneamento foi consolidado com o Plano Nacional de Saneamento - PLANASA (1971) para atender a população através das companhias estaduais, patrocinadas com recursos do FGTS, efetivando ações nos setores de abastecimento d'água e esgotamento sanitário.

Outra decisão centralizadora foi a equalização dos benefícios da previdência social substituindo, em 1966, os IAPs pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que seria a continuidade do movimento de concentração da Previdência Social.¹⁰

O INPS buscava igualar os benefícios (que eram diferenciados nos IAPs) e estendê-lo a quase toda a população; privilegiar a prática médica curativa, individual (sendo a saúde pública colocada em segundo plano); criar um complexo médico-industrial através da intervenção do Estado; e capitalizar a saúde através de uma organização da prática médica voltada para a lucratividade. O Estado passa a remunerar os serviços de saúde contratados e conveniados a partir da complexidade e a densidade tecnológica do ato médico.

Problemas

Apesar dessa busca em igualar os benefícios, muitos foram os problemas enfrentados nesses três setores: tiveram relação tanto com a desigualdade social como com a crise econômica que o país enfrentou durante as décadas de 70/80.

O Sistema Financeiro de Habitação vendeu as casas como uma mercadoria dentro dos moldes capitalistas, sendo muito alto o valor das prestações. Além disso, o aumento do desemprego e o rebaixamento salarial (entre as décadas de 70 e 80), foram motivadores para o não pagamento das prestações, facilitando o abandono das casas tanto voluntariamente quanto por ordem judicial.

¹⁰ Lembrar que nas CAPs a participação era realizada pelos trabalhadores e a empresa; já com os IAPs a participação dos custos passa a contar com os trabalhadores, empresa e Estado; e agora com o INPS, só participam o Estado e a empresa.

Para agravar o problema, as áreas escolhidas para a implantação dos conjuntos habitacionais eram muito distantes dos espaços providos de infra-estrutura básica¹¹, levando os moradores a dois tipos de reações: o abandono das casas ou à luta pelos serviços de infra-estrutura básica, que quando atendidos, levavam a valorização desse espaço.

Dessa forma o governo teve que tolerar a população que construiu clandestinamente sua casa (fenômeno da auto-construção e da invasão), que continha a população que abandonou as casas do BNH, a massa urbana que não tinha sido beneficiada por ter renda inferior a mínima exigida, os desempregados e os recém chegados do campo¹².

No que diz respeito ao saneamento, o PLANASA conseguiu atender bem os serviços de abastecimento d'água (que era sua prioridade). Já com relação ao esgotamento sanitário não houve grandes progressos devido à crise econômica por que passava o país.

Com relação à saúde já no início da década de 70 eram claras as desigualdades entre as várias clientelas urbanas e entre elas e as rurais. Esse processo tem uma piora em 1975 com a aprovação da lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista. Essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais. O setor privado ficou responsável pelas ações de atenção médica (rentável) e o setor público ficou responsabilizado pelas ações de saúde pública (não rentável). Apesar dessa divisão existia uma intermediação através da Previdência Social, estabelecendo-se um verdadeiro “Tratado das Tordesilhas” (no dizer de Mendes, 1999) no campo da saúde.

A estrutura do modelo médico-assistencial privatista teve quatro subdivisões: a) Subsistema de Alta Tecnologia - SAT; b) Subsistema privado de Atenção Médico Supletiva - SAMS; c) Subsistema privado Contratado e Conveniado – SCC (sistema hegemônico); e d) Subsistema Estatal – SE.

¹¹ INFRA-ESTRUTURA BÁSICA: é composta pelo programa de urbanização, saneamento, transportes, equipamentos comunitários, etc. (Elias, 1980)

¹² Apesar de algumas tentativas do governo no sentido de baratear o preço das prestações, na década de 80 a situação agravou-se ainda mais, pois com a diminuição gradativa das áreas ocupadas, o aumento da vigilância por parte dos agentes imobiliários contra os loteamentos clandestinos e o encarecimento dos terrenos ocasionou o arrefecimento da auto-construção (realizada isoladamente) e o surgimento do fenômeno da invasão, que se constituiu na ocupação coletiva de terrenos ociosos; isso gerou conflitos entre os donos dos lotes e os invasores devido a alegação da invasão de propriedade privada. Segundo Grupenmacher & Busquets (1991) as invasões chamaram a atenção dos magistrados que passaram a analisar a questão da propriedade com mais cautela, trabalhando caso a caso, evitando uma possível transferência do problema de um lugar para o outro.

Busca de alternativas

Em meio a tantos problemas algumas soluções foram delineadas:

Perdido o controle da situação, o Estado extinguiu o BNH em 1986 e desarticulou o SFH alegando problemas de ordem econômica (não tinha auto sustentabilidade) e política (redemocratização) sendo repassadas as funções e encargos para a Caixa Econômica Federal (CEF). Após esse fato houve uma indefinição institucional e um consenso neste setor: o Estado, sozinho, não tem condições de diminuir o déficit habitacional.

Com menos recurso disponível institucionalizou-se no país o Programa Nacional dos Mutirões Habitacionais (1987)¹³. Este programa foi tido como alternativo¹⁴ e passou a ser alvo de muitas críticas que giravam em torno da exploração da força de trabalho (institucionalização do sobretrabalho) e do processo arcaico de construção. Essa política fez surgir em vários autores reflexões do novo papel do Estado, sua nova relação com os movimentos sociais e a necessidade de diálogo entre os movimentos sociais e o Estado.

Com relação ao saneamento, buscou-se novas alternativas com custos reduzidos, contando com a participação popular e atendendo a população de baixa renda¹⁵. Dessa forma, surgem alternativas em vários lugares do país, principalmente no setor de esgotamento sanitário (por ser a área mais deficitária); denominadas de “tecnologias alternativas de baixo custo”, foram severamente criticadas pelos setores conservadores, pessoas ligadas ao PLANASA.

Alguns dos aspectos foram as mudanças no sentido de: descentralização técnica administrativa com aceitação e participação da comunidade, a busca pela equidade e universalização do atendimento, a abertura tecnológica, economia de água, uso de materiais disponíveis no local, etc.. (Guimarães, apud Vasconcelos, 1995).

As soluções classificaram-se em: *soluções de coleta e tratamento no local de produção* (sistemas condominiais, rede de esgotos simplificadas, etc.); e de *coleta e tratamento sanitário fora do local de produção*, que se utiliza o transporte hídrico (fossas secas e absorventes, lagoas

¹³ “Consiste no processo de construção coletiva da habitação, onde o poder público participa cedendo o terreno e os materiais de construção, e os mutirantes participam com a sua mão de obra.” (Bezerra, 2000, p. 35)

¹⁴ Além desse, que estava sendo implementado na esfera federal, existiam outros mais locais e que passaram a considerar a cidade informal já existente como por exemplo o Programa de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social (PREZEIS), institucionalizado em 1987.

¹⁵ A população de baixa renda era até então, excluída desses serviços por dois motivos: 1) os sistemas convencionais eram de custo elevado tanto no momento de implantação como nas taxas cobradas pelos serviços; e 2) Os locais onde a população havia se assentado era inadequado à instalação dos sistemas convencionais.

de estabilização, trat. eletrolítico, etc.). Percebe-se que as experiências ocorreram tanto no campo da coleta quanto do tratamento propriamente dito¹⁶.

Na área da saúde, em 1976 surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), (estendido para o país em 1979). Caracterizou-se como o primeiro programa de medicina simplificada na esfera federal, iniciando um processo de sistematização de uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista.

No ano de 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que juntamente com outras políticas públicas permitiram a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista. Este Instituto teve como objetivo ampliar a população beneficiada e centralizar ainda mais a administração.

Observa-se que de um lado o movimento de reforma sanitária¹⁷ lutava para que a população tivesse maior acesso aos serviços de saúde, enquanto por outro lado, estava se consolidando o projeto neoliberal para a área da saúde. No final da década de 1980 ocorreu a consolidação de um projeto neoliberal, mas com alguns pontos resgatando os ideais do Movimento de Reforma Sanitária.

Mas antes de se tornar o SUS, o projeto das Ações Integradas de Saúde - AIS (criado em 1983) foi substituído em 1987 pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, que visava descentralizar as decisões, acelerar o término do INAMPS, fortalecer o setor público, aumentar a fiscalização, enfraquecer o setor privado contratado pelo setor privado filantrópico e incrementar recursos para o subsistema de alta tecnologia. No SUDS estavam presentes tanto as bases do Movimento Sanitário quanto da burocracia previdenciária.

No final dos anos 80 o projeto neoliberal para a área de saúde já estava consolidado, composto por três subsistemas: a) *Subsistema de Alta tecnologia* (SAT) - (integram as elites médicas, os setores modernos e a população mais rica); b) *Subsistema de Atenção Médica Supletiva* (SAMS) – (Beneficia-se da universalização excludente¹⁸. É financiado pela população e

¹⁶ Classificação de Vasconcelos (1995). Para saber sobre cada uma dessas experiências conferir as páginas de 42 a 44.

¹⁷ MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA= Esse movimento teve início na década de 60 e foi gerido por grupos progressistas na área de saúde. Seu maior objetivo, segundo Souza (1994) era construir uma sociedade mais justa, igualitária e fraterna. Na década de 70 ficou conhecido por promover lutas e resistências coletivas e durante a década de 80 estabeleceu-se através das negociações, alianças, pactos e construção de estratégias. Na elaboração da constituição promulgada em 1988 integrantes desse movimento se fizeram presentes através do denominado ‘Partido Sanitário’.

¹⁸ UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE= Ao eliminar a obrigatoriedade da contribuição previdenciária para o acesso aos serviços de saúde e tentar, dessa forma, promover o universalismo inclusivo (no qual todos podem ser atendidos pelo sistema público) os investimentos passam a ser escassos devido a falta de recursos e, na prática,

suas modalidades dependem do poder de compra do indivíduo ou grupo <empresa>¹⁹); c) *Subsistema Público* (SP) – (destina-se a atender a grande maioria da população. Está composto pelos serviços estatais prestados diretamente pela União, estados e municípios e dos privados quando possui algum tipo de aliança com o Estado).

C. CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A DÉCADA DE 1990 - REFORMULAÇÃO DO PAPEL DO ESTADO

O marco para o processo de consolidação do neoliberalismo e da descentralização da esfera federal foi a promulgação da Constituição Federal, que legalizou essa tendência já tão vivenciada durante toda a década em meio a crise fiscal e tensões sociais em prol da democratização.

Com relação à habitação tem-se o capítulo da política urbana (art. 182 e 183). No art. 182 pode-se encontrar diretrizes sobre a política de desenvolvimento urbano, que deve ser executada pelo poder municipal para garantir as funções sociais da cidade e o bem-estar de seus habitantes através principalmente do Plano Diretor – obrigatório para cidades com mais de 20 mil habitantes²⁰. No artigo 183 tem-se a norma para usucapião²¹.

No início da década de 90 é criado o Programa de Ação Imediata para a Habitação (PAIH) tendo como agente financiador a Caixa Econômica através de recursos do FGTS; Programa federal que contemplou a população que percebia mais de três salários mínimos.

A partir de 1992, ocorrem algumas mudanças no sentido de buscar novos caminhos norteados pela descentralização; eles foram discutidos pelos movimentos de moradia, associações e entidades empresariais e o Fórum de Secretários Estaduais de Habitação. Entre 1992 e 1994 o governo atuou em duas frentes segundo Azevedo (1996):

1^a) Projetou a conclusão de cerca de 260 mil casas financiadas pelo governo anterior;

ocorre a exclusão das classes mais abastadas, pois essas, que podem pagar por um serviço melhor, buscam no subsistema de atenção médica supletiva (Mendes, 1999).

¹⁹ O SAMS está dividido em cinco modalidades assistenciais principais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro saúde, cooperativas médicas e planos de administração. Para saber mais sobre cada um consultar Mendes (1999, p. 62 à 69)

²⁰ De acordo com a exigência da própria constituição também deve haver normas quanto à ordenação da cidade, desapropriações e utilização adequada dos imóveis (não sendo permitida a subutilização, a não utilização ou o não uso do lote).

²¹ Assembleia Nacional Constituinte, 1988.

2ª) Criou o *Programa Habitar Brasil* que tinha por finalidade suprir a necessidade de municípios com mais de 50 mil habitantes, e o *Morar Município* que auxiliava os municípios de menor porte. Esses programas estavam atrelados à formação de Conselhos e Fundos formados sob severas exigências de padronização, sendo criticados por essa razão.

Na esfera global também houve esforços no sentido de atenuar os problemas urbanos do final do século XX através da Segunda Conferência Mundial da ONU sobre Assentamentos Humanos – Habitat II (junho de 1996); Essa conferência teve como finalidade adotar uma agenda contendo uma série de princípios, metas, compromissos e um planejamento que deve ser orientador dos esforços nacionais e internacionais visando à melhoria dos assentamentos humanos para as duas primeiras décadas do século XXI; é a denominada *Agenda Habitat*.

Nesta conferência foi aprovada a declaração de Istambul (integrante da agenda Habitat) nela assume-se que é necessário utilizar-se da parceria e da participação para realizar os compromissos assumidos assim como é importante reconhecer que as autoridades locais são mais próximas e essenciais para ocorrer essa parceria; também se propõe a descentralização da política urbana. Em outras palavras, o enfrentamento de questões urbanas no plano global deve obedecer a duas restrições: não dar exclusividade ao Estado-Nação e estabelecer cada vez mais parcerias, isto é, incluir a participação popular.

A questão da infraestrutura foi abordada de uma maneira diferente (antes tida como sinônimo de progresso). Observou-se que houve um aumento do número de casas, do abastecimento d'água e um relativo aumento da coleta de lixo, mas o esgotamento sanitário não progrediu no mesmo patamar e isso é visto atualmente como danoso ao meio ambiente.

Depois do ocorrido, municípios passaram a ter verbas para o assentamento humano provenientes tanto da Caixa Econômica Federal (que assumiu as funções do BNH) quanto das agências multilaterais (que cumprem algumas determinações da Agenda Habitat).

Baseado no Habitat II foi elaborado um documento que trouxe a proposta de vincular a política habitacional à política urbana; para cumprir esse objetivo foi criado o Conselho Nacional de Política Urbana (CNPURB), gerido pela Secretaria de Política Urbana (SEPURB), criada especificamente para essa função. Algumas das diretrizes norteadoras seriam: a) integração com a política urbana; b) descentralização; c) parcerias; d) flexibilidade; e) geração de emprego e rendas; e f) capacitação profissional.

No que diz respeito ao saneamento, a constituição federal o vinculou às políticas de saúde como veremos adiante alguns aspectos fundamentais dos artigos 196 a 200: a) a saúde é entendida como direito de todos e deve ser sustentada pelo Estado; b) o poder público deve regular, fiscalizar e controlar, sendo a execução feita diretamente ou por terceiros; c) Constituindo um sistema único, deve integrar uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com as diretrizes da descentralização, integralidade e participação popular; d) a assistência à saúde é desvinculada da iniciativa privada; e, e) outras atribuições relevantes são: ações de vigilância sanitária e epidemiológica, formação de recursos humanos, participação na formulação e execução das ações de saneamento básico, e colaboração na proteção do meio ambiente (Assembleia Nacional Constituinte, 1988).

Em geral, esse texto faz emergir alguns princípios como a *universalidade*, princípio no qual toda a população passa a ser atendida pelo Sistema de Saúde; a *integralidade*, que garante a todas as pessoas o acesso aos procedimentos preventivos e curativos (com prioridade para os preventivos), do procedimento mais simples ao mais complexo; e, por consequência, a *equidade*, pois se toda a população tem direito a ser atendida tanto pelos procedimentos preventivos como curativos esse atendimento deve ser adequado à situação de cada indivíduo ou grupo populacional.

Mesmo constituindo um sistema único, como foi colocado na Constituição, ele deveria funcionar a partir de regionalizações e hierarquias, sendo descentralizado, atendendo a todos e com a participação da comunidade (a partir dos conselhos de saúde).

Sendo assim, os princípios da universalidade, integralidade e equidade dizem respeito tanto ao saneamento quanto à saúde, mas os dois setores não tomaram o mesmo rumo.

Em 1990 o PLANASA foi extinto (devido à crise do BNH) e a partir de 1991 foi idealizado o Projeto de Modernização do Setor de Saneamento (PMSS), com uma tônica neoliberal, tinha o objetivo de “*favorecer a concessão dos serviços de saneamento ao setor privado e fomentado pelo Banco Mundial*” (Costa, 1998, p. 59). O PMSS teve início a partir de 1992 e a partir de 1995 suas diretrizes foram assumidas enquanto política oficial.

Seguindo o contexto neoliberal, a estratégia do PMSS foi reduzir o papel do Estado através da privatização das companhias de saneamento para que se crie um ambiente competitivo. Dessa forma, o Estado passa de provedor para regulador, entregando à iniciativa privada a prestação de

serviços públicos de saneamento básico. A atuação do Estado manter-se-ia apenas para a população indigente.

Para agilizar o processo de privatização tem-se tentado alternativas para tornar estadual o serviço de saneamento, que no art. 30 da Constituição Federal é de atribuição municipal, (baseado no art. 23 que estabelece competências comuns dos 3 níveis e no art. 175 em que é exigido que eles sejam adequados). Apesar de estar previsto em lei a responsabilidade municipal, na prática do PMSS, o nível estadual é tido como o centro da proposta.

Outra exigência do PMSS é a concessão de subsídios para que o serviço possa atender ao princípio da universalização já que não existe autonomia tarifária. Esses subsídios viriam de financiamentos com recursos retornáveis e através de subsídios diretos do governo. Até 1998, esses mecanismos não haviam sido definidos. (Costa, 1998).

Algo chama atenção no PMSS: reconhece-se a falência do Estado para implementar serviços com as concessões privadas, mas estas conseguem subsídios do Estado para se sustentar. Pretende-se abrir até mesmo uma linha de crédito através da CEF de R\$ 2 bilhões para as empresas privadas que têm a concessão do serviço de saneamento. Segundo Costa (1998, p. 66) o Estado *“pretende financiar a privatização com recursos públicos, valendo-se do argumento da escassez de recursos!”*

Na área da saúde, o subsistema público tende mais a atender os princípios do SUS²². Dessa maneira foram aprovadas em 1990, as leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1992b).

A lei 8.080 fornece as diretrizes básicas para que o Sistema Único de Saúde funcione e subsidia a formulação das Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, isto é, define as responsabilidades em cada esfera do governo.

Na esfera federal lançam-se as políticas e define-se a quantia a ser alocada em cada projeto e em cada lugar. Na esfera estadual são articuladas e geridas as políticas públicas de saúde, seria uma espécie de gerente dos programas existentes.

Na esfera municipal se executariam os programas que possuem verbas garantidas por lei no artigo 195 da constituição de 1988 no qual os recursos podem provir do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios, além de outras fontes. O

²² Esse modelo, o SUS, foi implantado num contexto no qual: a) a população encontra-se mais envelhecida (transição demográfica); existe uma demanda por equipamentos mais sofisticados, resultado das inovações tecnológicas; e c) o perfil epidemiológico inclui doenças correlacionadas à desnutrição, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de saneamento básico e de higiene (BITOUN, 2000a).

conselho municipal de saúde garante o direito da participação da comunidade nas decisões das políticas públicas de saúde, no âmbito municipal.

Na lei no 8.080 estão incluídos os seguintes objetivos: a) identificação e divulgação de fatores que condicionam e determinam a saúde; b) formulação de políticas para promoção da redução dos riscos de doenças e outros agravos bem como assegurar o acesso de todos, sem privilégios, aos serviços de saúde; c) a realização de ações assistenciais e preventivas com vistas a ajudar as pessoas promovendo, protegendo e recuperando a saúde; d) a participação na formulação da política e execução de ações de saneamento básico.

Nessa lei, também estão contidas as normas com relação à hierarquia organizacional, e às comunicações entre governos municipais, no sentido de articular programas e, dentro do município, a articulação dos distritos sanitários com programas de outras secretarias como as de saneamento, meio ambiente, etc. com a finalidade de controlar as agressões ao ambiente que tenham repercussões para a saúde humana.

A lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Foi regulamentada a Conferência de Saúde, o Conselho de Saúde, recursos do Fundo Nacional de Saúde, etc.

Visando avançar nesse processo de construção e amadurecimento do SUS foram aprovadas várias Normas Operacionais Básicas, sendo as principais as NOB-SUS/92/93 e 96 (Brasil, 1992a, 1993b, 1996). Estas tiveram como objetivo normatizar cada etapa no processo de descentralização quanto a vários aspectos: a) a assistência à saúde; b) implantação, desenvolvimento e funcionamento do sistema; c) instrumentos operacionais como, por exemplo, banco de dados informatizados (SIA, SIH, SIAB, etc); d) gerenciamento do processo de descentralização através da hierarquização das atividades (federal, estadual e municipal); e) tipos de financiamento existentes; f) Condições de gestão (incipiente, parcial, semi-plena, plena da atenção básica e do sistema municipal), etc.

Esse período é também marcado pela consolidação das associações voluntárias e instituições voltadas para projetos assistenciais, ONG's no dizer de Montenegro (1994).

D. Síntese e observações

Diante do exposto, percebe-se que entre as décadas de 30 e 90 do século XX houve mudanças significativas tanto na orientação das políticas públicas quanto na vida da população brasileira:

Durante o século XX as políticas de habitação tiveram três grandes momentos: 1) uma política proveniente de vários órgãos da União (Institutos de Previdência, Fundação da Casa Popular e das Caixas Econômicas); 2) uma política centralizada através do BNH (1964 a 1986); e 3) uma política centralizada na direção da Caixa Econômica Federal e outra descentralizada, porém atomizada, com a participação de muitos órgãos multilaterais.

Sendo a maioria das políticas voltadas para a população que percebia mais de três salários-mínimos, uma moradia com as condições mínimas para se viver ainda continua a ser um bem de luxo. Todavia, a população menos abastada tem encontrado formas de superar essa dificuldade através da autoconstrução (60/70) e da invasão coletiva (80), que culminou, na década de 90, com a existência de uma grande parcela da população com precárias condições de moradia; esta foi beneficiada, ainda que precariamente, por ações isoladas de algumas prefeituras no sentido de dotar a área de infraestrutura.

As políticas de Saneamento tiveram um outro caminho. Do início do século até 1990, as políticas foram, em geral, centralizadoras sendo que até o início da década de 60 prevaleceu o sanitarismo campanhista e depois a política do PLANASA. Já numa segunda fase (década de 90) as instituições capacitadas para efetivar esses serviços passam por um processo que visa a privatização.

Nessas duas fases pode-se observar que o saneamento básico tem sido oferecido apenas à população com melhores condições de renda, tanto para proteger sua mercadoria de doenças (sanitarismo campanhista) como para proteger sua família, devido o elevado custo de implantação e manutenção. Apesar disso existem algumas saídas para a população menos abastada, que, em parte já é suprida com água, mas que, a depender do local onde está assentada e de vontade política, pode ser beneficiada com um dos sistemas de esgotamento não convencional, ou, receber incentivo dos órgãos multilaterais.

As políticas de saúde passaram por quatro fases, sendo que as duas primeiras ocorreram quase que simultaneamente: o sanitarismo campanhista, (início do século à década de 50) e as CAP's e IAP's (1923-1966) no qual os trabalhadores eram beneficiados por categorias. A terceira

fase teve como impulsionadora a instituição do INPS no qual os trabalhadores tiveram o mesmo tipo de benefício e, a partir da década de 70, as políticas de saúde passaram por um processo em que uma parte foi privatizada e a outra foi sendo influenciada pelo Movimento de Reforma Sanitária no sentido da descentralização.

Sendo assim, a saúde tem sido oferecida ao longo do século, tanto para os trabalhadores que lidam diretamente com a mercadoria que deve ser isenta de qualquer tipo de doença (sanitarismo campanhista), aos trabalhadores, e aos que têm dinheiro. Mas, devido à influência do movimento sanitário sofreu algumas modificações no sentido que, mesmo privatizada em parte, existe na esfera pública a elaboração de programas que atuam de forma descentralizada; esse serviço vem gradativamente sendo oferecido também aos mais pobres, sendo sua eficiência e eficácia dependentes tanto das hierarquias no setor saúde como de sua relação com essa população.

Apesar da necessidade de integração entre essas políticas, temos na década de 90 um quadro bem divergente: a política de habitação em parte centralizada e em parte descentralizada, porém atomizada; a política de saneamento rumando para a privatização; e a política de saúde em parte privatizada e em parte pública e descentralizada.

As políticas de saúde do subsistema público, através do processo de descentralização, aos poucos estão atingindo a população mais carente, enquanto que os outros setores (habitação e saneamento) continuam longe dos mais necessitados. Dessa maneira essa população sofre por não ter dinheiro para sua moradia e infra-estruturas que contribuiriam para melhores condições de saúde. Essas pessoas pobres moram em geral na cidade, em aglomerações que possuem laços mais fortes de vizinhança devido à necessidade de lutar coletivamente por melhorias e são denominadas por nós neste estudo comunidades pobres urbanas²³, nosso universo de pesquisa.

2.1.3 REBATIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NAS COMUNIDADES POBRES URBANAS

As conseqüências das políticas públicas para a população mais pobre têm ocasionado a formação dessas comunidades pobres urbanas, denominadas: favelas, loteamentos clandestinos, assentamentos espontâneos, etc.

Na busca de caracterizar esse ambiente²⁴, pode-se dizer que ele é geralmente formado por uma população de baixa renda. Provém de zonas rurais, de pequenas e médias cidades ou mesmo

²³ Conceito baseado nas obras de Arcoverde, 1985 e König, 1971.

²⁴ Para realizar essa caracterização foram consultados: Balassiano, 1993; Corrêa, 1993; Grisi, 1997; Grupenmacher & Busquets, 1991; Pontes, *et all*, 1999; Rodrigues, 1997.

da população da cidade que perdeu seu emprego, foi aproveitado num trabalho com salário inferior ao anterior ou nunca o teve, dentre outras razões e origens.

Essas pessoas têm como problema comum o habitacional; as causas de não terem conseguido um bom local para morar são em geral a necessidade de se aproximar do emprego, perda do trabalho, no caso do migrante, não ter conseguido se empregar, e os baixos salários. Como resultado, podem ser constatadas aglomerações nas margens das vias férreas, debaixo de viadutos, áreas verdes remanescentes, perto das vias de transporte coletivo rodoviário. E encontram-se distribuídas em todas as partes da cidade, tanto nas áreas nobres, como as bem menos abastadas. Geralmente são locais não regularizados públicos ou privados, onde o que é comercializado é apenas o que foi construído e não o terreno.

O problema é que, em geral, essas pessoas estão assentadas nas encostas dos morros e/ou em áreas planas e alagáveis como várzeas e manguezais (respectivamente sujeitas a enchentes e à ação da maré) e em áreas verdes remanescentes onde é efetivado o corte da vegetação nativa e instalação no terreno, que também é realizada de forma precária.

Sendo ocupado de forma gradual ou através de invasões coletivas,²⁵ e sem um planejamento adequado por parte dos poderes públicos ou dos moradores, esse espaço organiza-se da seguinte forma: as casas são construídas a partir de materiais variados²⁶, podem distribuir-se de forma irregular formando ruas e vielas tortuosas sem calçamento, ou de forma regular, mas, não se ligam à rede de água, esgoto, nem iluminação elétrica. A coleta de lixo, em geral, também não é realizada porque as ruas não são cadastradas pela prefeitura. Percebe-se com facilidade a presença de valas negras, fazendo com que a mesma seja uma fonte propagadora de doenças infecto-contagiosas.

Nesse espaço, os equipamentos de consumo coletivo, como postos de saúde e de polícia, hospitais, escolas e locais destinados ao lazer instalaram-se de forma deficitária ou simplesmente não existem. Outra característica é a presença de atividades comerciais e de serviços,

²⁵ Os conceitos resgatados sobre este tipo de aglomeração levaram a concluir que em geral a favela é o resultado de uma ocupação gradual e pacífica de terra alheia, pública ou privada, e diz respeito a um aglomerado de pelo menos 50 domicílios (CORRÊA, 1993; GRUPENMANCHER&BUSQUETS, 1991; RODRIGUES, 1997). No entanto, BALASSIANO (1993: p. 41) considera que a favela pode desenvolver-se "*através de invasão gradual, de ocupação repentina, de movimentos coletivos mobilizando grande número de pessoas, de invasão organizada por cabos eleitorais, políticos e até mesmo por formas de grilagem, o que vai influir na sua evolução e no seu grau de carência*", dessa forma ela entende a invasão como uma fase do processo de formação desses aglomerados, o que foi constatado ao longo da caracterização do problema.

²⁶ Sendo alguns desses materiais o barro, madeiras novas e/ou apodrecidas, estuque (massa preparada com gesso, água e cola), fibras e até mesmo alvenaria.

reproduzindo uma cidade dentro da outra no sentido de que, ao serem excluídos quase que completamente do padrão social tido como adequado, os moradores desse local produzem toda uma dinâmica social bastante diversificada daquela encontrada em outros ambientes urbanos.

Diante desta situação, os impactos causados ao meio²⁷ são os mais diversos. A retirada da vegetação deixa o terreno exposto e sujeito ao processo erosivo que, com o acúmulo de lixo e/ou detritos orgânicos, traz como algumas conseqüências (principalmente na época das chuvas) desmoronamentos – no caso das encostas – e inundações - nas áreas sujeitas a alagamentos; ambos contribuem para a formação de pessoas desabrigadas, doenças e até mortes, evidenciando a questão social.

As principais soluções apontadas para minimização desses problemas estão ocorrendo principalmente no âmbito municipal com o auxílio das Organizações Não Governamentais e a própria população, são elas: a remoção dessa população e a urbanização desse ambiente de favela, medidas que têm maior rebatimento no aumento do preço dos terrenos e construções do entorno do que, de fato, na melhoria das condições de vida desta população.

2.2 – COMUNIDADES POBRES URBANAS: REBATIMENTOS DAS DIMENSÕES DA REPRODUÇÃO SOCIAL NESTE ESPAÇO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

Durante a década de 90 o ambiente²⁸ das comunidades pobres urbanas da cidade do Recife está sofrendo interferências dos moradores, das Organizações Não Governamentais e do Poder Público. Cada um agindo de uma maneira de acordo com seus interesses e seu entendimento de mundo; isto reflete a existência de vários tipos de sociabilidade cujos processos de reprodução tendem a modificar tanto os atores desse processo quanto o próprio espaço, entendido aqui como *“formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”* (Santos, 1997, p. 51).

²⁷ Entenda-se meio ambiente neste caso como *"reunião do ambiente físico e seus componentes bióticos"*(GRISI, 1997, p. 86)

²⁸ Este ambiente deve ser entendido como o resultado material da ação humana (englobando fixos e fluxos) sobre o meio físico e incluindo o homem com *"suas relações sociais, sua cultura, seu ideário, mitos, símbolos, utopias e conflitos"* homem que *"simultaneamente é produtor e usuário do meio ambiente, mas também, através dele, algoz e vítima"* (CORREIA: 1993, p. 25 e 26)

Tais ações têm como produto uma série de eventos, apreendidos aqui como acontecimentos únicos capazes de modificar as coisas ou objetos dando-lhes novas características (Santos, 1997) que de acordo com a sequência dos fatos e sua combinação podem trazer consequências boas ou ruins para o estado de saúde da população.

2.2.1 DIMENSÕES DA REPRODUÇÃO SOCIAL COMO INTEGRANTES DAS RELAÇÕES SOCIAIS EXISTENTES NA COMUNIDADE POBRE URBANA

Segundo Juan Samaja (2000) esses tipos de relações sociais (explicitadas por ele como relações comunais, societais e políticas) refletem várias etapas da evolução humana na qual uma superpõe a outra, hierarquicamente.

Para que haja um entendimento maior dessas sociabilidades é necessário ressaltar suas características, e segundo Samaja (2000) elas podem ser observadas através das dimensões da reprodução social; as mesmas estão presentes nos seres humanos, as fases tidas como mais evoluídas tendem a regular as anteriores e estas têm a função de constituir as fases posteriores. Para se destacar como cada uma está presente nessas relações, é necessário considerá-las isoladamente.

Juan Samaja aponta quatro dimensões da reprodução social: reprodução biológica (bio-comunal), reprodução da autoconsciência e da conduta (comunal-cultural), reprodução econômica (societal) e reprodução ecológico-política (estatal). Essas dimensões se superpõem na comunidade, e se mostram de maneiras diferentes em cada ator social.

Na reprodução biológica (bio-comunal) a sociedade busca reproduzir condições suficientes para que sua reprodução corporal seja efetivada; isto implica também uma rede de inter-relações que viabilizam essa situação. As condições suficientes incluem, por exemplo, a moradia, o saneamento e condições de saúde satisfatórias.

Através da reprodução da autoconsciência e da conduta (comunal-cultural) a sociedade procura, além de condições de reprodução biológica, reproduzir o conhecimento que lhe foi passado. Estão incluídos os hábitos, a educação e valores culturais.

Na reprodução econômica (societal) o grupo social possui as características da fase anterior acrescida da capacidade de conseguir produzir seus meios de sobrevivência; isto ocorre através do trabalho.

E a reprodução ecológico-política, além das características anteriores diz respeito a aptidão de exercer uma função social, seja qual for o tamanho do grupo social, tendo uma visão geral das condições ambientais dos objetos, seus instrumentos etc.

Tendo ciência dessas características é mais fácil fazer um paralelo entre os tipos de relações sociais, os agentes transformadores do espaço das comunidades pobres urbanas e suas dimensões reprodutivas da sociedade.

Retomando o que foi exposto anteriormente vamos apresentar algumas das características dos moradores das comunidades, dos representantes das Organizações não Governamentais e dos que compõem a esfera do poder público.

Os *moradores* das comunidades pobres urbanas da cidade do Recife possuem um tipo de relação social denominado de comunal, este se caracteriza por um tipo de afinidade familiar no qual a vizinhança é que delimita os vários territórios, a sua relação social é clientelística e seus vínculos são informais (SAMAJA, 2000). Santos (1997) entende este tipo de relacionamento como o fundador da escala do cotidiano “*e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade*” (p. 272).

Este cotidiano inclui inicialmente a busca pela sobrevivência, o que motiva a pessoa a delimitar seu território de moradia e, enquanto coletivo, construir gradativamente os limites de sua comunidade através de ações que dão origem a eventos locais. Segundo Bitoun (1992) visualizar o cotidiano da população é a melhor maneira de perceber essas territorialidades urbanas, que por sua vez pode mostrar-se de duas formas distintas: a) fatos que se repetem com regularidade; e b) acontecimentos esporádicos.

Os eventos que ocorrem com regularidade constituem uma rotina e são esperados; já os acontecimentos esporádicos situam-se no campo do inusitado; é algo imprevisível. A dificuldade está em perceber quando um evento constitui uma rotina ou algo excepcional.

Um exemplo pode ilustrar esse impasse: faltar água seria rotina ou algo inusitado? Bitoun (1992) nos coloca a possibilidade de que muitos dos acontecimentos que poderiam ser considerados imprevisíveis, devido ao fato de ocorrerem com frequência, são incorporados, por adaptação, à rede de costumes da comunidade.

O trabalho garante a renda, e a conscientização dos problemas e da possibilidade de receber auxílio motiva o morador da comunidade a reivindicar melhorias dentro do seu universo. Todavia

o atendimento dessas necessidades implica a construção de interações com os órgãos provedores de soluções.

As *Organizações Não-Governamentais* possuem um tipo de atuação que se assemelha às relações societárias, estas são demonstradas por Samaja (2000, p. 55) como “*próprias do contexto contratual, interindividual, e que se constituem pelos atos explícitos de associação: o movimento do mercado e das ‘subsociedades’ que as tornam possíveis*”.

Ainda que possuam as mesmas características das dimensões da reprodução social elas são pensadas e efetivadas de uma maneira diferente. Com relação à sua atuação nas Comunidades Pobres Urbanas os que constituem esse grupo trabalham com aspectos específicos da mesma, a depender de sua proposta inicial (avaliando políticas públicas, planejando projetos sociais, urbanísticos, etc.), do processo formativo de profissionais, da origem da entidade (religiosa, política) e oportunidades que esse grupo tenha.

Durante as décadas de 80 e 90 a tendência é que suas relações com o trabalho sejam de caráter intermediário (Poder Público x população) e consultivo (consulta de documentos sobre a comunidade elaborados com dados fornecidos pelo poder público). A partir da delimitação de uma área, a ONG age de modo a melhorar um aspecto do local, sua ação passa a ser setorizada. Assim sendo, através de sua atuação é possível, fora da esfera do poder público, elaborar alternativas para esses ambientes. Segundo Tânia Araújo (2000) eles buscam um modelo descentralizado de agir, porém com coordenação.

O *poder público* representa uma comunidade simbólica suprema, uma macrocomunidade que faz emergir as relações políticas. Este tipo de relação é apoiado ou rejeitado pelo indivíduo no papel de cidadão. Nessa esfera é feita uma incessante busca pelas representações inerentes à comunidade primitiva que, ao passar por um processo de resignificação, passa a ser aplicada no seu devido contexto em forma de política pública.

Até o final da década de Oitenta o poder de decisão no Brasil era *a priori* da esfera federal. A valorização do poder local, que teve como marco a promulgação da Constituição Federal no ano de 1988, trouxe como norteador o princípio da Descentralização, entendida aqui como a “*transferência do ‘locus’ das decisões, antes centralizadas em nível federal e, ou estadual (macroatores), para os municípios (microatores)*” (Cotta *et all*, 1998, p. 27); seria o processo que daria condições para se efetivar a municipalização.

Independente do segmento político, o poder local passa a ter uma importância maior para a sociedade ao interagir com o cotidiano da mesma através do incentivo da participação popular (Dowbor, 1999), enquanto isso, o governo federal distancia-se cada vez mais da população ao progressivamente abrir mão, por exemplo, de responsabilidades com as políticas sociais.

Apesar do discurso da descentralização, percebe-se que ocorrem pelo menos 3 tipos de encaminhamento: continuidade do poder centralizado (política de habitação), privatização (política de saneamento²⁹) e descentralização através da municipalização controlada (esfera pública da política de saúde). A escala de impacto desses eventos, o município, convive com essa problemática usando de muita criatividade com métodos e técnicas alternativas, além do que já é previsto pelo governo federal. Essas políticas locais foram efetivadas de duas maneiras durante a década de 90.

Uma gestão mais progressista, buscando uma prefeitura mais voltada para o social, para a ampliação do processo democrático através da democracia participativa, combinação da democracia representativa (através de eleição) e democracia direta (controlando as ações do governo através da participação orçamentária no município, etc.).

Uma gestão local adequada às idéias neoliberais, que também estimula a participação popular nas decisões sobre o tipo de ações públicas a serem efetivadas sem deixar de lado as idéias voltadas para os grandes investimentos econômicos na cidade, a exemplo da construção de grandes vias, marco das administrações do período anterior à redemocratização.

Diante disso, é o poder local a unidade básica de organização social política, pois ele é capaz de mover os bairros e as comunidades, por conseqüência, o indivíduo comum a exercer seu papel de cidadão. Através da gestão municipal é possível perceber como estão sendo efetivadas as políticas públicas de urbanização e de saúde nas comunidades pobres urbanas da cidade do Recife, unidade âncora deste estudo.

Inicialmente, percebe-se que a maneira de lidar com os assentamentos pobres na cidade do Recife tem sido diferenciada principalmente do ponto de vista da delimitação territorial e suas designações. No que diz respeito à delimitação territorial, a mesma ocorre em função do tipo de política específica que se queira implementar (PREZEIS, PACS/PSF); o espaço é definido e delimitado pelas relações de poder da Prefeitura (Souza, 1995). Com relação à nomenclatura também ocorre diversidade (ZEIS, área) mas, os líderes de associação conseguem a assimilar

²⁹ Entendidas aqui como políticas de abastecimento d'água e esgotamento sanitário.

rapidamente para se integrar e defender seus interesses com relação às várias dimensões da reprodução social (Bitoun, 2000b; Samaja, 2000).

Dessa forma o Estado, através das Políticas de Urbanização representada no Recife pelo PREZEIS, supre a população com habitação, saneamento (incluindo o abastecimento d'água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e drenagem), pavimentação e urbanismo (áreas de lazer, jardins, etc). A área é delimitada (ZEIS) em função de normas urbanísticas e sofre interferências a partir de critérios determinados pela interação com a população.

As Políticas de Saúde estão agindo tanto no modelo de assistência preventiva quanto curativa. É um programa do governo Federal que consegue, a partir de um sistema hierárquico atingir a comunidade, denominada por eles como área. Sendo assim obedece a seguinte hierarquia: Governo Federal, Estadual, Municipal, Sistemas Locais de Saúde ou Distritos Sanitários (divisão da cidade em setores) e Unidade de Saúde (instalada na comunidade quando já implantado o Programa Saúde da Família).

Com relação à delimitação territorial ela é definida a partir da área, que *“congrega o conjunto de família/domicílios adscritos a uma equipe de saúde da família, ou em outras palavras um agregado de microáreas que constituem o território de uma equipe de saúde da família, representando aproximadamente um contingente de 2000 à 4500 habitantes”* (Proposta de Implantação de um SIG para apoio ao PACS/PSF, 1999, p. 5). Essa área é dividida por microáreas definidas aqui como *“um conjunto de famílias/domicílios que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes”* (Idem).

Através da atuação do PACS/PSF pode-se perceber três tipos de relações de poder, representados por Bitoun (2000a) como efetivadores de três tipos de território: um **território de escuta** (na fase de coleta de informações para se atingir a equidade)³⁰, um **território de administração** (quando são definidas as articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares)³¹, e um **território de realizações** (quando é materializada a prestação de

³⁰ Levantamento de informações sobre as condições de vida e de saúde, bem como as características sócio-ambientais do território objeto de investigação.

³¹ É realizado um encaminhamento dos pacientes a unidades de saúde de média e alta complexidade para que os mesmos tenham acesso a equipamentos mais complexos de acordo com a necessidade individual do morador.

serviços no espaço vivido)³². A ação é efetivada em torno do entendimento dos conceitos do processo de saúde-doença e da noção de risco.

Segundo Laurell (1982) o processo saúde-doença estaria relacionado com a ação do homem sobre a natureza em um momento específico, trazendo sobre si um funcionamento biológico diferente do anterior e influenciando no seu estado de saúde.

Em outras palavras, o poder público entende que o processo saúde-doença estaria conexo à forma como o homem se apropriou da natureza e construiu uma moradia precária e sem uma infraestrutura básica. Associado à falta de acesso aos serviços de saúde, essa população poderia ser enquadrada como mais sujeita a doenças relacionadas à falta de saneamento básico.

O contexto que essa população vivencia, segundo Lieber (1999) seria considerado uma situação de risco e a mesma passaria a ser uma área prioritária para a implantação de programas e projetos na área de urbanização e saúde.

A relação direta do poder público com o a comunidade ocorre através de reuniões com os líderes comunitários; estes têm a função de lutar, junto ao Estado, por melhorias para a população. Sendo assim, são realizados projetos que contemplem o ambiente como um todo para que seja realizada uma melhoria macroambiental.

2.2.2) REPERCUSSÕES DAS RELAÇÕES SOCIAIS NO ESPAÇO DAS COMUNIDADES POBRES URBANAS E SUA IMPLICAÇÃO PARA A SAÚDE.

Observando a organização do espaço nesse ambiente já mencionado pode-se apreender que ele é extremamente dinâmico devido às várias práticas realizadas na escala do cotidiano dessas comunidades.

Cada ação empreendida nas comunidades pobres urbanas de fato modificou o espaço, em alguns locais foi retirada a vegetação, em outros, as moradias foram construídas sobre um outro objeto pré-existente, e o resultado foi que as coisas e/ou os objetos passaram a ter novas características.

Exemplificando, pode-se citar como o resultado das ações a aceleração da erosão, ou o acúmulo do lixo. As ações ocorrem em função de adaptabilidade ao meio no qual as pessoas passam a desenvolver práticas que se tornam cotidianas na mesma proporção em que são

³² São efetuadas ações de educação e promoção a saúde, de controle do meio ambiente e de prestação de assistência na Unidade e em visitas domiciliares. Nesse item está incluso o incentivo a uma luta por melhores condições de moradia e de infra-estrutura para elevar as condições de vida da população.

assimiladas pelos indivíduos. Tanto as modificações no espaço como essas práticas cotidianas contribuíram para a ocorrência de danos ao meio como para um aumento de doenças e até mortes na comunidade.

Com o entendimento que tanto os sistemas de objetos condicionam a maneira como são desenvolvidas as ações, como os sistemas de ações conduzem a criação de novos objetos ou uma nova utilização para os mesmos podemos compreender como se deram as ações dos outros atores sociais, ONGs e o poder municipal.

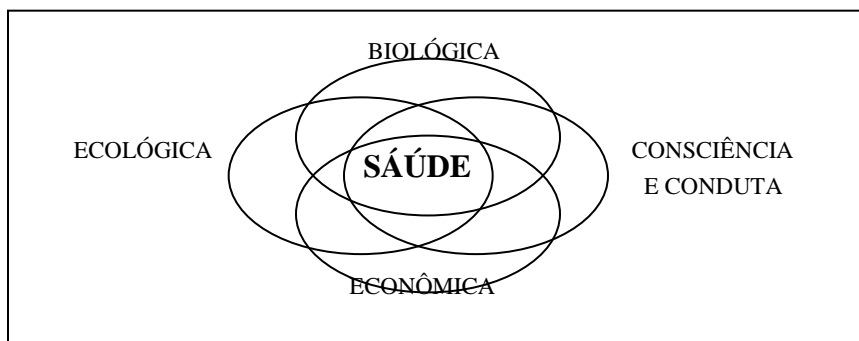
As ONGs contribuíram intermediando as ações no espaço, e o poder municipal, através do PREZEIS e do PACS/PSF modificou tanto os objetos (entendidos aqui como ambiente natural, moradias, equipamentos urbanos, as redes e o próprio tecido urbano) quanto as ações dos moradores em relação aos objetos construídos ou modificados.

Essas mudanças tiveram uma implicação direta na saúde, pois, segundo Juan Samaja (2000) a saúde estaria ligada aos problemas da reprodução biológica, no sentido orgânico tradicional, mas dependendo dos outros campos para existir (reprodução da auto-consciência e da conduta, econômica e ecológico-política).

O diagrama apresentado por Castellanos (1990, apud Samaja, 2000, p. 98) pode ilustrar bem esta tentativa de explicação:

DIAGRAMA I

EXPLICAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE



Samaja (2000) apresenta esse mesmo conceito da seguinte maneira:

QUADRO I
EXPLICAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

Componentes das Condições	Produto	Problemas	Respostas
Rpr. da autoconsciência e da conduta	Reprodução bio-comunal	XXX	Setor Saúde
Rpr. econômico-societal			
Rpr. ecológico-política			

Sendo assim, ambos entendem que a saúde seria o efeito das condições de vida, concebidas como integrando as quatro dimensões da reprodução social já descritas; neste estudo adotamos esse conceito.

Percebe-se também a relação da saúde com os eventos, pois a escala de origem do evento e sua escala de impacto, a combinação dos eventos (progressivamente ou de forma simultânea), a motivação e a seqüência da realização das mudanças produzem efeitos diferentes na vida cotidiana da população, impulsionando determinado tipo de uso do espaço e aspectos diferentes no mesmo (Santos, 1997). Em outras palavras o tempo em que as ações são efetivadas, os atores que agem e a maneira como utilizam o tempo social, é diferenciado. Sendo assim, a forma e o período histórico em que determinados elementos passam a fazer parte de determinado lugar provocam diferentes resultados rebatendo no estado de saúde da população.

III – ATUAÇÃO DA PREFEITURA DO RECIFE NAS COMUNIDADES POBRES URBANAS DURANTE A DÉCADA DE 90

O modelo de gestão participativa teve maior impulso na cidade do Recife a partir do ano de 1985 quando Jarbas Vasconcelos assume a prefeitura (1985-1988). Em seu mandato são criados mecanismos: de participação popular (conselhos populares); de desconcentração do poder político e administrativo através das RPAs³³; de programas locais como o Prefeitura nos Bairros³⁴ (que engloba vários programas nas áreas da saúde, habitação, saneamento e educação para a implantação de planos como o PREZEIS³⁵, atuando na urbanização e na implantação do Modelo Condominial de Esgotamento sanitário³⁶ - um dos sistemas não convencionais), dentre outras coisas.

Com a promulgação da Constituição de 1988, esse modelo de gestão torna-se mais valorizado tanto por governantes com ideais neoliberais quanto pelos mais progressistas, apesar de diferentes gestões e com objetivo diversos.

Durante a década de 90, atuam como prefeito as seguintes pessoas: Joaquim Francisco de Freitas (1989–1992), Jarbas Vasconcelos (1993-1996) e Roberto Magalhães (1997-2000). As ações com relação às comunidades pobres no que diz respeito à habitação, saneamento e saúde foram principalmente justificadas pela busca da melhoria da qualidade de vida da população³⁷.

Em relação à população mais pobre, Joaquim Francisco preocupou-se com: a) a integração de favelas à malha urbana (inclusive a execução do PREZEIS) além da elaboração de projetos

³³ São unidades político administrativas criadas para facilitar a atuação dos conselhos populares assim como do Programa Prefeitura nos Bairros. A metodologia do programa compreendia os seguintes passos: a) cadastramento; b) levantamento sócio-econômico e dos equipamentos e serviços por RPA; c) registro das reivindicações; d) esclarecimento do orçamento disponível; e) levantamento e atualização dos projetos existentes ou a serem elaborados na área; f) estabelecimento de prioridades em plenárias; e g) decisão sobre o orçamento a ser utilizado (etapa que não foi possível cumprir). Na primeira gestão de Jarbas foram criadas 12 RPAs e na segunda gestão (1993-1996) essa quantidade foi reduzida à seis para facilitar o calendário de reuniões. (Bitoun, 2000b; Vasconcelos, 1995).

³⁴ “*Seu objetivo era implantar ações no sentido de promover a consolidação do processo de gestão, através da articulação entre as diversas correntes do movimento social organizado e órgãos da prefeitura, a fim de criar um sistema administrativo descentralizado, caracterizado fundamentalmente pela participação popular*” (Vasconcelos, 1995, p. 51).

³⁵ Funcionando desde 1987, o PREZEIS visa garantir a inclusão de áreas irregulares do ponto de vista jurídico no planejamento urbano da cidade (esse plano será abordado mais adiante).

³⁶ “*O objetivo principal do modelo é em toda a sua extensão a **democratização dos serviços** de esgotamento sanitário, a ser substanciada no **atendimento pleno da população**, independente de situação econômica, social, urbanística ou habitacional; isto é na **universalização dos serviços**” (Vasconcelos, 1995, p. 125).*

³⁷ Consultar PCR (1992; 1994b; 1995; 1996c; 2000b)

habitacionais para áreas pobres do Projeto Recife; b) obras de saneamento (incluindo abastecimento d'água, esgotamento sanitário, drenagem, pavimentação, etc.) e c) obras para o melhoramento dos morros.

Jarbas Vasconcelos (eleito pela segunda vez prefeito em 1992), no que diz respeito às comunidades pobres urbanas buscou resolver assuntos relacionados com: a) a intensificação e aperfeiçoamento do PREZEIS; b) o investimento nos morros (proteção de encostas, urbanização, trabalhos educativos, desenvolvimento de parcerias, etc); c) investimento no setor de saneamento (abastecimento d'água, esgotamento sanitário, drenagem, limpeza urbana através do reaproveitamento do lixo, etc.) d) a melhoria dos serviços de saúde municipal; e e) a municipalização e distritalização da saúde (atendendo aos princípios do SUS), seguido pela implantação do PACS/PSF e programas de vigilância sanitária.

Roberto Magalhães deu continuidade a muitas das ações das gestões anteriores como se pode ver: a) continuação do PREZEIS; b) continuidade dos investimentos nos morros; c) melhoria da limpeza urbana; d) continuação do PACS (atuando de forma integrada com todos os programas da Secretaria que sejam de interesse coletivo, abrangendo toda a família – sobre higiene, nutrição, educação ambiental, etc.); e e) continuação da revitalização da rede municipal de saúde (construção e ampliação de espaço físico).

Percebe-se que com relação ao esforço em urbanizar favelas ocorrem dois tipos de ações locais: a) urbanização de áreas de morro; e b) a execução do PREZEIS em toda a cidade. É facilmente perceptível a importância do PREZEIS para as comunidades, visto que é a partir desse plano que tem melhorado o acesso aos serviços de infra-estrutura básica, incluindo aí o modelo do sistema condominial³⁸. Já na saúde não existem ações locais até quando ocorre a municipalização em 1993. A partir daí foi possível a implementação de programas que atuassem a nível local, a exemplo dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF).

É a partir dessas ações que as condições de saúde tendem a melhorar, apesar de todos os problemas. Nos próximos itens serão detalhadas as atuações do PREZEIS e do PACS/PSF. Como

³⁸ Apesar das tentativas em melhorar o esgotamento sanitário com essa proposta, o modelo do sistema condominial apresentou muitos problemas: um deles foi o custo alto, pois apesar de custar menos que o convencional, para ser efetivado em algumas comunidades precisou da parceria entre a URB e a COMPESA na década de 80 e na década de 90 utilizou-se dos recursos do PROBASE, financiados através da Caixa Econômica Federal – C.E.F.; também sofreu resistência dos técnicos e não conseguiu uma participação comunitária satisfatória (Vasconcelos, 1995; PCR, 1994a).

nas duas áreas estudadas não houve implantação de esgoto condominial, essa política alternativa destinada às comunidades pobres não será apresentada.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE URBANIZAÇÃO EM ÁREAS POBRES – O PREZEIS

As políticas de urbanização em áreas pobres na cidade do Recife têm tido um grande avanço como nos relata Araújo (1999). A aprovação da Lei do Plano de Desenvolvimento do Recife, sancionada em 1979³⁹, foi o fato que impulsionou uma série de medidas até se chegar ao PREZEIS. Incluído nos artigos dessa lei estava a criação de “reservas de áreas urbanas” para servir às obras públicas e o “tratamento especial para os aglomerados pobres” que, juntamente com a participação comunitária serviria para promover projetos sociais⁴⁰.

Essas medidas, além de trazerem mudanças do ponto de vista urbanístico, com inovações que não eram consagradas na legislação nem na academia, significaram uma reorientação das políticas públicas do ponto de vista financeiro, pois se racionalizava custos. Esses tipos de diretrizes foram depois denominados programas alternativos.

Atendendo as necessidades de reordenamento urbano da cidade e do Promorar são instituídas 26 Áreas Especiais⁴¹. Em 1981, o prefeito Gustavo Krause cria, através de decreto, as Comissões de Legalização da posse da terra e o Grupo de Trabalho Executivo para Legalização de Áreas especiais; tanto as comissões quanto esse grupo atuam apenas em algumas localidades e, mesmo com limitações, conseguem realizar muitas mudanças com relação ao cenário urbano, redirecionam investimentos e linhas de ação, pois a partir desse momento passou a ser concebido que as favelas também deveriam ser consideradas áreas especiais. Após dois anos chega-se a concepção de favelas como sendo ZEIS.

Como esse trabalho foi realizado em apenas algumas áreas e a demanda excedia o trabalho empreendido, o início da década de 80 é marcado pelo acirramento das ocupações ilegais e pela multiplicação dos conflitos fundiários.

³⁹ Composta de seis artigos no qual estavam presentes as diretrizes com relação à ação municipal entre 1980 e 1983.

⁴⁰ O primeiro critério “reservas de áreas urbanas” aprovado nessa lei “remete a uma polêmica de repercussão nacional na criação do projeto de Lei de Desenvolvimento Urbano, nos anos 1970, que previa que o poder municipal poderia ter estoques de terra para promoção do desenvolvimento, e vai ter efeito prático no Projeto Recife, concebido em 1979, no qual a municipalidade adquire grandes parcelas de terras urbanas para a reestruturação da várzea do rio Capibaribe. O segundo critério configura uma adequação dos moldes da gestão local para implantação do Promorar, e vai resultar na definição de Áreas Especiais, que são a origem remota das atuais Zeis.” (Araújo, 1999, p. 27)

⁴¹ Decreto 11.670/80, assinado por Gustavo Krause.

Nessa mesma fase evoluiu o Projeto Recife, financiado pelo Banco Mundial. Inicialmente limitado à valorização e comercialização (através de imobiliárias) de habitação tanto para as classes sociais de renda média e alta como para as faveladas da região ribeirinha do Capibaribe, ele foi ampliado de modo a abranger iniciativas de urbanização em outras áreas. Sete ZEIS foram beneficiadas com o Projeto Recife, entre elas, a comunidade Campo do Banco, no bairro da Várzea.

Como foi dito anteriormente, já estava havendo uma concepção de que a favela deveria ser considerada como área especial principalmente devido: à falta de infra-estrutura e serviços urbanos; a posse do terreno ser ilegal, provocando incerteza quanto à posse da terra; e a população ser pobre. Por outro lado, a pressão da população ficava cada vez maior para que ocorresse a legalização e a urbanização. Dessa forma é aprovada na Lei de Uso e Ocupação do Solo nº 14.511 do ano de 1983, a institucionalização desses assentamentos humanos. No ato da aprovação, 27 áreas pobres são consideradas ZEIS, concomitantemente são colocadas restrições urbanísticas que desestimulam a especulação imobiliária. O artigo 14 define as ZEIS:

“Assentamentos habitacionais, surgidos espontaneamente, existentes e consolidados, onde são estabelecidas normas urbanísticas especiais, no interesse social de promover a sua regularização jurídica e sua integração na estrutura urbana”.

De acordo com Araújo (1999), a criação da Zeis foi à conseqüência de um processo que conjugava: a) fatores locais e externos; b) razões políticas, econômicas e conceituais na dimensão do planejamento urbano.

A partir da perspectiva da ZEIS, essas áreas deveriam passar por um processo de delimitação com a finalidade de uma proteção especial. Mas na prática não houve o resultado esperado, uma vez que não havia critérios definidos para que uma área seja considerada ZEIS, *“apenas se delineavam princípios e se demarcavam limites para um conjunto de favelas já bastante consolidados no tecido urbano”* (Araújo, 1999, p. 31). Nas áreas não consideradas ZEIS e assentamentos novos os conflitos fundiários continuavam.

A partir daí os movimentos populares começam a elaborar um documento com o objetivo de estabelecer diretrizes para o uso e ocupação das ZEIS, a partir de uma orientação político-administrativa na qual também existiria uma participação popular.

Em 1985, sendo candidato a prefeito, Jarbas Vasconcelos firma compromisso com as associações de moradores de bairros de levar o Projeto de Lei sobre o PREZEIS a Câmara Municipal. Em 1986, o então prefeito envia o texto para o Legislativo, sendo aprovado e sancionado no ano subsequente através da lei 14.947/87.

Essa lei destaca-se principalmente porque, como diz Luis de la Mora⁴², “foi a primeira lei de iniciativa popular antecipando em quatro anos a Lei Orgânica do Município, que introduz este mecanismo de participação como um dos instrumentos da democratização” (Araújo, 1999, p. 32).

Essa lei “fixou normas e procedimentos e a estrutura de gestão, visando promover a urbanização e a regularização fundiária da Zeis. Dessa forma, o PREZEIS procura garantir a inclusão de áreas populares no planejamento urbano” (PREZEIS, 1997, p. 5)

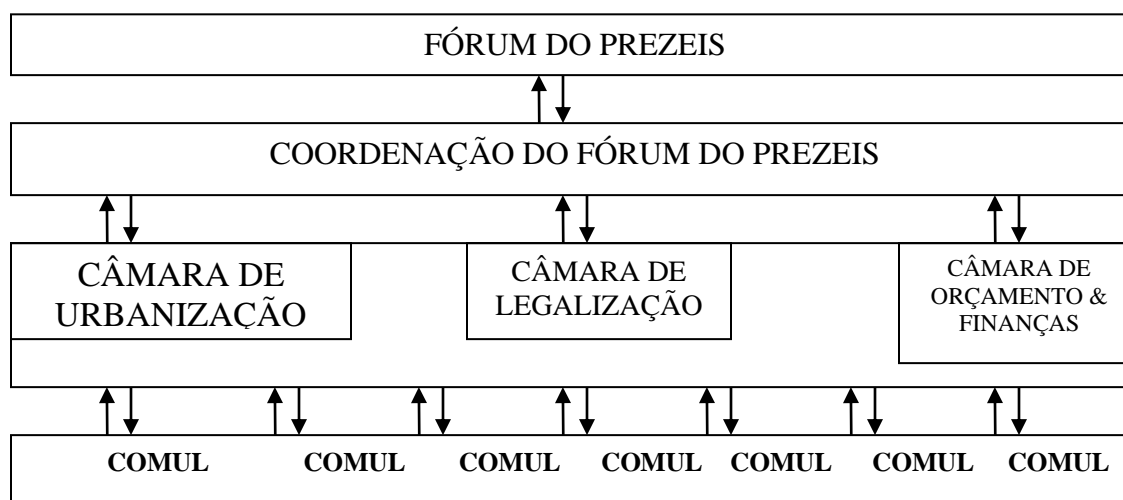
Os seis primeiros anos dessa lei (1987-1993) são considerados como o período de estruturação tanto de regras e iniciativas de rotina como na preparação dos recursos humanos. A partir de 1993 inicia-se o período de consolidação através da revisão da lei no intuito de fazer com que as ações fossem unificadas e tivessem mais impulso, pois até o momento os problemas eram resolvidos de forma pontual.

Algumas das mudanças são: a) criação de equipes, uma para coordenar a estrutura do PREZEIS e outra para elaborar planos urbanísticos (para melhorar o ambiente de moradia e fixar normas de uso e ocupação do solo); b) prioridade em acelerar as melhorias nas áreas já consideradas ZEIS; c) regulamentação do Fundo do PREZEIS, através da lei nº 15.790/93; e d) repasse de 1,2% da arrecadação tributária mensal do município. Em paralelo ocorre o “Seminário de Avaliação do Prezeis” com a finalidade de avaliar a atuação (1987-1993) e fazer ajustes na lei.

Em 1995 é publicada uma nova versão da lei do PREZEIS, a lei nº 16.113/95, que busca fazer um trabalho mais integrado entre as ZEIS através do Fórum do PREZEIS; é também implantado o Fundo do PREZEIS. A estrutura do PREZEIS é assim configurada:

⁴² Relatório “O plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social”, para o Mestrado em Desenvolvimento Urbano, de 1992 (Araújo, 1999).

ORGANOGRAMA I
ESTRUTURA ORGANIZATIVA DO PREZEIS



Fonte: PREZEIS, 1997.

O Fórum do Plano de Regularização das Zonas Especiais, reunido na URB-Recife, é a instância na qual ocorrem as discussões, definições políticas e destino do Fundo Municipal do Prezeis em relação a todas as Zeis existentes na Cidade do Recife. Essas discussões são geridas pela Coordenação do Fórum, que após receber as informações elaboradas e fornecidas pelas Câmaras de Urbanização, Legalização e Orçamento & Finanças pode dar um parecer e contribuir às discussões com os vários representantes que compõem o Fórum.

Essas Câmaras, por sua vez, têm a finalidade de auxiliar no funcionamento do PREZEIS, prestando assessoria técnica. Os dados necessários à elaboração desses pareceres são fornecidos pelas COMULs, Comissões que trabalham diretamente com a comunidade; são instaladas na comunidade.

No quadro abaixo se pode observar melhor a função a composição, a periodicidade e o local de cada reunião dos vários segmentos do PREZEIS.

QUADRO II
COMPOSIÇÃO DO PREZEIS

Segmento	Função	Composição				Reuniões	
		Poder Pub.	Comunidade	ONG	Soc. civil	Quinzenal	Mensal
Fórum do PREZEIS	Espaço de articulação política, deliberação e gerenciamento dos recursos do Fundo do PREZEIS	10	2 p/ Zeis c/ COMUL 1 p/ ZEIS s/ COMUL	1 de cada ONG que acompanha o PREZEIS	Indef.	-	URB
Coordenação do Fórum do PREZEIS	Coord. da plenária do Fórum/ Divulgação/ Acompanhamento/ Monitoração	1	-	1	3	URB	-
CULO	Subsidiar o Fórum do PREZEIS	2	2	2	-	-	URB
COMUL	Discussão, deliberação e regulamentação jurídica.	2	2	1	-	URB/ Zeis.	-

Fonte: Rocha *et all*, 1997

CULO: Câmaras de Urbanização, Legalização e Orçamento.

COMUL: Comissão de Urbanização e Legalização (1 para cada ZEIS)

Para um assentamento conseguir os benefícios assegurados pelo PREZEIS é necessário passar por várias etapas, conforme relata o Manual de Lideranças do PREZEIS (1997). Inicialmente é necessário que esse assentamento tenha as características que se pede para ser considerado uma ZEIS (ser composto por uma população de baixa renda, ter surgido espontaneamente e ser carente de infra-estrutura básica).

O reconhecimento da área como uma ZEIS é realizado através de uma lei municipal. Logo após é feita uma solicitação da comunidade ao Fórum do PREZEIS, que tem poder para decidir se a área é tida como prioritária para a instalação da COMUL ou não; sendo uma área mais carente em relação às outras, é realizada a deliberação e, por meio de um decreto municipal, essa localidade passa a ter uma Comissão de Urbanização e Legalização.

A COMUL tem o papel de discutir as etapas do processo de urbanização e legalização com a comunidade inclusive eleger prioridades de intervenção, uma vez que os recursos são parcos e devem ser defendidos na ocasião do Fórum. Outra preocupação é garantir a execução das obras, impedindo novas invasões.

Na área da urbanização ocorre o acompanhamento do processo e fornecimento de subsídios para o Fórum do PREZEIS bem como há discussões sobre processos tecnológicos que possam ser implantados na ZEIS (assessoria técnica).

Dessa maneira, ocorre uma longa trajetória até que possa ser realizada a urbanização e a legalização da área. Como pode ser averiguado a seguir:

Etapas para urbanização:

- 1 Reconhecimento da área: é feito o levantamento topográfico (localização de residências, ruas, becos e relevo), a pesquisa sócio-econômica (inclui informações sobre as condições de moradia, saneamento básico, renda familiar, etc.) e a elaboração de mapas (a partir dos dados anteriores) para a confecção do partido urbanístico (propostas com recomendações) que será a base para a elaboração do plano urbanístico (documento final que traz não apenas as propostas, mas também as estimativas de custos de todas as ações previstas na segunda fase do processo de urbanização).
- 2 Contratação dos serviços visando a execução das obras de engenharia: no Fórum do PREZEIS, após discussões e decisões sobre como serão utilizados os recursos do Fundo Municipal do PREZEIS, é que pode ser definido o quanto será investido em determinada ZEIS; após a aprovação pode-se contratar os serviços necessários e são executadas obras de engenharia. Esse dinheiro também pode vir de outras fontes de recursos, a depender do poder de barganha da comunidade.
- 3 Controle urbanístico: Contratados os serviços, é necessário que se fiscalize o espaço físico da ZEIS para que o objetivo proposto seja atingido.

O papel da COMUL nessa fase é de acompanhamento, discussão e esclarecimento de dúvidas. Já à Câmara de Legalização cabe a função de acompanhar realizando reuniões com as lideranças comunitárias para a definição de estratégias agilizadoras do processo.

Com relação à legalização são realizadas as seguintes ações:

- 1 – Saber quem é o dono: é importante saber quem é o dono para poder fazer a negociação mais apropriada, já que disso depende a forma de executar a lei;
- 2 – Executar a lei pertinente à situação do terreno: sendo um terreno particular pode-se legalizar a área dando entrada na Justiça com uma ação de ‘usucapião’. De posse do resultado a sentença pode ser registrada no cartório de imóveis, sendo o ocupante considerado o proprietário. Se o terreno for público a regularização da posse de terra é realizada através do CDRU – Concessão do Direito Real de Uso. É feito um contrato no qual o ocupante tem o direito de permanecer no terreno durante 50 anos, podendo ser renovado, mas não é permitida a doação do terreno para regularização.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – PACS/PSF

A descentralização das políticas públicas após a redemocratização, trouxe como consequência uma maior aproximação dos serviços de saúde com o município e também uma maior consideração da demanda local para a elaboração de programas.

Surgidos a partir de uma iniciativa local, os programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família foram absorvidos na esfera federal e expandidos para outros municípios do país devido acreditar-se que, pela sua estrutura organizacional e resultados preliminares implicavam em benefícios qualitativos e quantitativos à população atendida.⁴³

A inspiração para esses programas veio do programa Médico da Família desenvolvido em Cuba, iniciado desde 1984⁴⁴. Depois, o mesmo passou a ser praticado em alguns lugares isolados no Brasil, apenas com pessoas voluntárias denominadas agentes comunitários de saúde; estes exerciam, dentre outras atividades, a função de realizar ações e educar a população em saúde, visando a redução da mortalidade infantil.

Em março de 1991 surgiu a primeira idéia do Ministério da Saúde, através do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, em trabalhar com a possibilidade de se implantar o PACS. Para isso, de acordo com Souza (1994) reuniu-se um grupo da FNS (Fundação Nacional de Saúde) sob a presidência de Isabel Cristina Aparecida Stefano (Enfermeira Sanitarista), representantes da UNICEF, bem como outros defensores, e foi colocado por ela o desejo de trabalhar com agentes comunitários de saúde (ACS), mas a aprovação, diretrizes, etc. seriam definidas em um outro momento.

Para isso houve muitos encontros: o primeiro realizado em Taubaté, (abril/91) com ACS de vários locais do país, nos quais foram relatados alguns trabalhos, nessa ocasião houve a oportunidade de apresentar as dificuldades: a) falta de recursos; b) necessidade de reciclagem; e c) necessidade de apoio institucional. Nesse encontro formou-se uma comissão para realizar reuniões em Fortaleza – CE, porque havia nesse estado um número expressivo desses agentes e os resultados apresentados foram, dentre outros indicadores, uma redução significativa da Mortalidade Infantil.

⁴³ Muitos programas foram lançados além destes, como exemplo pode-se citar Saúde da Mulher, Atenção ao Adolescente, Atenção à saúde por agravos, etc.

⁴⁴ ALMEIDA, Verônica. *Jornal do Comércio*, 05/06/1997, Caderno Cidades.

Na mesma época, o então Ministro da Saúde Alcení Guerra, havia solicitado a elaboração de um projeto de formação de 40.000 visitantes sanitários para a rede de serviços de saúde do Nordeste. Tomando conhecimento do projeto de implantação do PACS o ministro decidiu lançá-lo a nível nacional, sendo elaborado pela equipe da FNS e assessorado por técnicos dos Estados de Goiás, Pernambuco, Ceará e outros. Optou-se em iniciar o programa na região Nordeste pela seguinte justificativa: os maiores indicadores de doenças, carências e miséria estavam nessa região.

A apresentação do documento preliminar e o lançamento do programa na Região Nordeste ficaram definidos para ocorrer no Encontro Macro-Regional realizado em Salvador em junho de 1991. Nesse encontro, ficou mais evidente o confronto institucional e profissional, sendo postos em discussão os vícios corporativos, legalistas, políticos e ideológicos.

Alguns dos assuntos discutidos foram: a) disputa pela direção do programa (entre a FNS e o Estado); b) o risco de incorporar pessoas sem qualificação específica concorrendo para que a assistência fosse de má qualidade, descontínua e isolada; c) os resultados positivos já contabilizados com relação à redução de doenças preveníveis, com atenção básica de saúde; e d) a defesa pela organização do Sistema Local de Saúde – SILOS.

Os agentes comunitários já existentes defendiam a implantação do programa, pois queriam fortalecer um espaço político na busca de uma identidade profissional e dos direitos trabalhistas; queriam uma maior participação e um maior poder nas discussões. O representante da Pastoral da Criança em Salvador e o da UNICEF foram favoráveis porque acreditavam em seus bons resultados. O representante da UNICEF ressaltou ainda que o custo de formação profissional para um ACS era muito inferior a de qualquer outro profissional da área.

Nesse encontro na Bahia, além da apresentação da proposta preliminar do PACS, houve um novo direcionamento dele, pois ficou decidida a ampliação da comissão nacional do PACS com a participação de várias representações e uma nova reestruturação.

Os prováveis futuros coordenadores estaduais foram ao Ceará conhecer o programa, que já estava sendo implementado em várias localidades; Observaram todos os procedimentos realizados e o resultado desse trabalho foi uma proposta para implantação do programa, levando em consideração a experiência vivenciada no estado do Ceará.

Em julho de 1991, foi apresentada em Brasília a versão final do documento sendo escolhido o estado da Paraíba para sediar o projeto piloto (devido ter havido uma maior solicitação dos municípios desse estado em aderir ao programa).

“Este programa tem como prioridade atender a gestantes e crianças menor de 5 anos de idade” (Brasil, 1997). Busca uma forma de melhorar as condições de vida da população no seu segmento mais frágil, e com simplicidade, tendo na sua estrutura um enfermeiro (que é instrutor e supervisor) e os agentes comunitários. Quando é necessário um atendimento mais complexo o paciente é encaminhado a um posto de saúde ou hospital.

O instrutor/enfermeiro tem as funções de atuar junto aos profissionais do Sistema Local de Saúde a que está vinculado e na comunidade no sentido de apoiar e supervisionar o trabalho dos ACS, bem como de assistir as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Dessa forma, precisam conviver com o cotidiano da comunidade.

Os agentes comunitários de saúde, considerados como o elo de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, devem ser moradores da comunidade a pelo menos dois anos, ser maiores de 18 anos, alfabetizados, e ter possibilidade de trabalhar durante 8 horas por dia, sendo responsável pela média de 100 a 250 famílias (Brasil, 1993).

Suas funções são compatíveis com sua condição de elo: enquanto membros do PACS atendem o morador, por exemplo, com a realização de ações básicas de saúde (visitas domiciliares, reuniões de grupo), com atividades de educação sanitária, estímulo da organização comunitária, etc.; com relação ao sistema de saúde eles têm seu vínculo através dos enfermeiros, que servem como instrutores e consolidam os relatórios de atividades.

Esse programa tem como objetivo geral *“melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade da população de cuidar da saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde”* (Brasil, 1993a, p. 2).

Incluído nesse objetivo, há *atividades que garantem o elo entre o ACS e a comunidade* como: a) capacitação dos ACS para execução e extensão de trabalhos de atenção à saúde e garantia de cuidados à população; e, b) cooperação com a organização comunitária para tratar de problemas de saúde.

Também estão incluídas as *atividades que estabelecem a ligação entre o ACS e o serviço de saúde*: a) integração do trabalho do ACS com a equipe da atenção à saúde; e, b) ampliação do acesso à informação sobre saúde.

Nos objetivos ainda estão inclusas *atividades que situam a ligação entre o serviço de saúde e a comunidade através do agente comunitário de saúde*: a) fortalecimento da ligação entre os serviços de saúde e a comunidade (BRASIL, 1993a).

A contratação obedece a três modalidades: por convênio, por contrato ou por contratação temporária. O primeiro tipo de contratação, através de *convênio*, pode ser realizado com uma Organização Não-governamental – ONG - ou com uma Cooperativa⁴⁵.

Escolhida a modalidade de contratação é realizada uma capacitação específica tanto para os instrutores/enfermeiros (reciclagem para adequação das normas do PACS) quanto para os ACS, que serão capacitados pelos instrutores enfermeiros (aprendendo a lidar com a comunidade tanto para adquirir como fornecer informações) (PSF, 1994).

Os critérios para a implantação do PACS no município eram: 1) solicitação do município à coordenação estadual para implantação do programa; 2) aprovação e participação do Conselho Municipal de Saúde; 3) ser conferida a existência de um Fundo Municipal de Saúde; 4) ser aferida a existência de um profissional enfermeiro contratado pelo município e que o mesmo tenha condições de: coordenar, capacitar e supervisionar no máximo 30 agentes; e 5) ter certeza da existência de uma Unidade de Saúde de referência na área de implantação do programa (BRASIL, 1993).

Apesar de ser considerado um bom programa, era necessário ampliá-lo para o atendimento de toda a família, pois muitos problemas eram deixados de lado por não haver condições de atendimento.

Em 1994, surge o PSF - Programa Saúde da Família, como uma ampliação do PACS. Se num primeiro momento atuavam na comunidade o ACS e o enfermeiro, sem uma sede definida e a prioridade era para parte da família (mãe e crianças), com o PSF passou a existir uma sede⁴⁶ na qual tem-se disponíveis os seguintes profissionais: médico generalista, instrutor/enfermeiro,

⁴⁵ Para saber mais consultar o anexo de Brasil, 1997.

⁴⁶ A sede dessas Unidades de Saúde da Família podem ser instaladas em Postos de Saúde, Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde já em funcionamento no município. Contudo se na área não houver oferta de equipamentos de saúde ou a mesma for precária, essas unidades poderão ser construídas ou reformadas para que seja adequada à dinâmica dessa Unidade de Saúde da Família. (BRASIL, 1997).

auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde; que devem estar atentos para a saúde de toda a família (Brasil, 1994; COSAC/DATASUS, 2000).

O médico generalista deve atender a todos os componentes das famílias e compreendê-las no âmbito psicológico, biológico e social. Deve, portanto, entender a doença como o resultado de um contexto pessoal, familiar e social. A partir daí pode-se compreender que, dentro de suas responsabilidades, está a atuação de forma preventiva e curativa das doenças, bem como a participação no processo organizacional do PSF.

No âmbito do PSF, o enfermeiro realiza atividades na unidade de saúde, com vistas a organizar o trabalho dentro das bases conceituais do PSF, e na comunidade, executando ações de vigilância (epidemiológica, sanitária) para todas as faixas etárias, tendo contato com as pessoas para promover a educação sanitária, contribuir para a melhora da qualidade de vida e do meio ambiente em que vive a comunidade.

O auxiliar de enfermagem tanto atua na unidade de saúde (auxiliando o enfermeiro e o processo organizacional do trabalho) como nos domicílios (auxiliando o enfermeiro e os ACS nas visitas, identificando famílias, ambientes e situações de risco).

Dentro dessa nova roupagem (PSF), o agente comunitário desenvolve atividades relacionadas à unidade de saúde (mapeando, cadastrando microáreas, confeccionando relatórios, participando do processo de programação e planejamento local) assim como relacionadas à comunidade (acompanhamento mensal das famílias, desenvolvendo ações básicas de saúde, promovendo educação sanitária, incentivando a formação de conselhos locais de saúde e orientando a comunidade na utilização dos serviços de saúde).

O objetivo geral deste programa é *“melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças”* (Brasil, 1994).

Incluído nesse objetivo estão os objetivos específicos, esses podem ser classificados, segundo Bitoun (2000a) em três tipos de atuação:

A atuação pode ser no sentido de levantar informações sobre as condições de vida e de saúde, bem como as características sócio-ambientais do território objeto de investigação (eleição da família e seu ambiente de moradia como delimitação da abordagem/ buscar conhecer o seu processo saúde/doença nos aspectos organizativos e da produção social).

Também pode ter uma atuação intermediária entre a população e a unidade de saúde através do encaminhamento de pacientes a unidades de saúde quando necessário (prestação de assistência integral, contínua e de boa qualidade/ humanização das práticas de saúde aproximando os profissionais das pessoas/ facilitação do estabelecimento de parcerias desenvolvendo ações intersetoriais).

Ainda são efetuadas ações de educação e promoção a saúde, de controle do meio ambiente (incluindo a luta por melhores condições de moradia e de infra-estrutura) e de prestação de assistência na Unidade em visitas domiciliares (intervenção nos fatores de risco ambiental/ Incentivar o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania/ Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social)⁴⁷.

Assim sendo, o PSF objetiva melhorar a saúde dos indivíduos tendo como prioridade a família e a comunidade, que através do modelo de assistência preventiva possibilita a identificação e tratamento de doenças precocemente (Brasil, 1994).

Os critérios para a implantação deste programa são os seguintes: 1) ser uma comunidade de baixa renda; 2) ter o PACS implantado; 3) ser uma área de difícil acesso às Unidades de Saúde; e 4) haver o interesse da comunidade em participar do programa. O processo de implantação desses programas é assegurado a partir de recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Na esfera federal há todo o planejamento das normas e diretrizes, mecanismos de alocação dos recursos federais, negociação, acompanhamento, avaliação, articulação de cursos de especialização e outros de pós-graduação para preparar os profissionais, etc.

Na esfera estadual são definidos os setores responsáveis em articular as estratégias, fazendo a negociação e servindo de intermediários entre o MS e o Município para definir o quanto será repassado aos municípios. Nessa instância, dentre outras atribuições, há tanto uma participação no planejamento das normas e diretrizes como a prestação de assessoria técnica aos municípios para implantar e desenvolver a estratégia do programa.

Na esfera municipal, há a definição tanto das áreas prioritárias para a implantação dos programas, bem como são definidas as normas locais com relação ao tipo de contratação, elaboração de projetos específicos para cada área, seleção dos profissionais e ACS, o acompanhamento de cada equipe, dentre outras atribuições (Brasil, 1997).

⁴⁷ Para ter conhecimento dos objetivos específicos na íntegra, consultar Brasil, 1997, p. 10).

3.2.1 PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE

Na cidade do Recife o processo de municipalização ocorreu em 1993, obedecendo aos princípios do SUS (lei 8.080/90 e 8146/90) e a norma operacional básica/93. O processo ocorreu de forma gradativa, como observado na NOB/93:

“A transformação do sistema de saúde não comporta ruptura bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas, impondo, por isto, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população”.

Dessa maneira, no ano de 1993 foi criado o CMS - Conselho Municipal de Saúde (18/06), o FMS - Fundo Municipal de Saúde (10/09), reestruturada a Secretaria de Saúde com o convênio de Municipalização incipiente entre a secretaria de saúde da PCR e do Estado de Pernambuco (30/11/93), e elaborado um Plano Municipal que, após a aprovação do Conselho Municipal de Saúde foi aprovado na Câmara Municipal em 14/12/1993.

Em 1994 a modalidade de gestão na saúde passa a ser a semiplena, *“na qual o município assume toda responsabilidade sobre as ações de serviços de saúde de sua competência, inclusive o controle e avaliação da prestação dos serviços de saúde da rede pública e da rede privada”* (PCR, 1995, p. 31) (Passando a funcionar na prática só no ano de 1995, através da portaria nº 31 de 25/04/95).

No mesmo ano, algumas unidades de saúde e centros de saúde do Estado foram repassados para o município, realizada a II Conferência Municipal de Saúde, reestruturada a Secretaria Municipal de Saúde e implantado o modelo gerencial do Distrito Sanitário; cada distrito tendo uma área de abrangência equivalente as RPA's (Bitoun, 2000b).

O objetivo dos Distritos Sanitários (DS) é o desenvolvimento de ações de saúde interagindo com outros órgãos da Prefeitura, dentre eles: Secretaria de Planejamento Urbano e Ambiental, Secretaria de Educação, Secretaria de Políticas Sociais e Empresa de Limpeza Urbana. Dessa forma, tiveram início os trabalhos nos D.S. III (RPA III - Noroeste) e VI (RPA IV - Sul) (SMS, 1997).

Em 1995 mais unidades de saúde foram assumidas pela prefeitura e foram implantados os Distritos Sanitários II (RPA II - Norte), IV (RPA IV - Oeste) e V (RPA V Sudoeste). Em 1997

implantou-se o Distrito Sanitário I (RPA I – Centro), ficando a cidade com seis Distritos Sanitários.

De acordo com a NOB/96, no ano de 1997 a PCR já estava pleiteando a mudança do modelo de gestão de semiplena para plena que tem por objetivo concretizar o pleno exercício do poder municipal como gestor das unidades e órgãos de saúde da cidade, sendo gerenciados tanto pelo poder estatal (municipal, estadual, federal) quanto o privado. A habilitação na forma de gestão plena do Sistema de Saúde só ocorreu através da portaria nº 2081/MS/SAS, em 14/05/1998 (BRASIL, 1996; SMS, 2000).

3.2.2 PACS/PSF NO RECIFE

Em Recife, no ano de 1993, deu-se início a formação de recursos humanos para colocar em prática o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS através da capacitação de 510 agentes distribuídos nas seis Regiões Político-Administrativas – RPA's (Sendo 10 para a RPA1, 88 para a RPA2, 113 para a RPA3, 36 para a RPA4, 142 para a RPA5 e 121 para a RPA6) (PCR, 1994).

Para a escolha dos recursos humanos, foi pedida à liderança de cada comunidade que indicasse cinco pessoas para integrar esse programa; dentre os escolhidos estavam pessoas mais carentes, os protegidos dos líderes comunitários, integrantes da pastoral da criança e da saúde, etc.. Todos passaram por um processo seletivo e parte deles foi aproveitada.

Em 1994 é de fato implantado o PACS; e o acordo do contrato de trabalho é realizado em forma de convênio com uma Cooperativa. (PCR, 1995; informações fornecidas pela Diretoria de Desenvolvimento Comunitário – DDC/PCR).

Em 1995, é implantado o Programa Saúde da Família. Logo de imediato ele é colocado em prática em 10 comunidades distribuídas nos distritos sanitários já existentes (II, III, IV, V e VI), dentre estas, Jardim Uchôa, uma das comunidades objeto de estudo.

Apesar de ser comprovada a sua eficiência e eficácia o PACS/PSF começou de fato a ter maior importância a partir da publicação da NOB no ano de 1996. Desde então, parte do custeio com a assistência hospitalar e ambulatorial foi destinada exclusivamente ao PACS/PSF sendo o valor proporcional a quantidade de habitantes atendidos. Essa medida incentivou prefeituras a aumentar a quantidade de equipes de PACS/PSF.

Durante os últimos cinco anos da década de 90, estes programas tiveram um grande vulto na cidade; os ACS tornaram-se um veículo de divulgação e auxiliares de todos os programas da Secretaria da Saúde que são de interesse coletivo, por exemplo, no projeto Cidadão Recife (monitorando crianças com menos de um ano em situação de risco), Saúde bucal (mostrando a importância dos dentes e os cuidados básicos necessários), atenção à saúde por agravos (identificação de suspeitos de doenças como hanseníase e tuberculose), atenção a diabetes, hipertensão arterial e afecções oftalmológicas (recrutando pacientes faltosos), etc. (DPS, 1997).

Seus princípios atualmente estão sendo alvo de publicações (a exemplo da “Revista Brasileira de Saúde da Família” que teve início no ano de 2000) e no âmbito acadêmico já faz parte do currículo de formação de médicos e enfermeiros.

3.3 SITUAÇÃO ATUAL EM RECIFE

Considerando a classificação do Observatório de Políticas Públicas de Pernambuco (2000) as comunidades pobres urbanas da cidade do Recife consideradas ZEIS estão distribuídas em função do sítio físico-natural em três grupos: o primeiro é representado pelas ilhas, alagados, estuários, “marés” modificados pelas canalizações de cursos d’água, cais e aterros; o segundo pelas várzeas dos rios e o terceiro pelos morros (anexo 4).

Até o ano de 2000, 66 localidades já haviam sido classificadas como ZEIS e estão posicionadas praticamente em todas as partes da cidade, tanto nas áreas nobres como nas mais carentes. Destas, 33 (50%) já possuem COMUL instalada estando os terrenos em processo de urbanização e legalização (Lista Geral das ZEIS, 2000).

Com relação aos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família até o final do ano de 2000 já havia 221 equipes trabalhando nos diversos assentamentos, sendo 194 (87,78%) através do PACS e 27 (12,22%) seguindo as normas do PSF (COSAC/DATASUS, 2000).

As áreas objeto de estudo podem ser consideradas como espaços pobres privilegiados no que diz respeito a serem beneficiados com políticas públicas no campo da urbanização (PREZEIS) e da saúde (PACS/PSF): São ZEIS que já possuem uma Comissão de Urbanização e Legalização instalada e que têm um dos dois programas de saúde mencionados. Por esta razão, neste item, será considerado o conjunto de localidades que possuem a mesma característica.

É interessante destacar algumas particularidades. O número de ZEIS existente é bem inferior ao número total de áreas carentes em toda a cidade; outro fator importante a considerar é que uma ZEIS pode englobar várias localidades ou apenas parte de uma só comunidade.

De forma semelhante o PACS/PSF pode atender apenas parte da comunidade (ficando os outros membros totalmente excluídos) como também existe a possibilidade de ser instalada mais de uma equipe em uma mesma comunidade.

A cidade do Recife ocupa 220 Km² e possui 25 localidades que são classificadas como ZEIS com COMUL instalada e que, ao mesmo tempo, tem implantado ou o PACS ou o PSF. Somadas suas áreas, elas ocupam cerca de 10,26 Km² (5,25% da área total). Sua população corresponde a 268.914 pessoas num universo de 1.346.045 (19,97% de toda a população, todavia, considerando-se que os dados da população para a cidade são de 1996 segundo o IBGE, pode-se inferir que essa percentagem seja menor)⁴⁸ (mapa 1).

Nessas 25 ZEIS trabalham 35 equipes de saúde ligadas aos programas PACS/PSF, sendo 25 no modelo PACS e 10 no modelo do PSF. Com relação ao gênero pode-se observar uma grande disparidade, são apenas 21 homens trabalhando, enquanto as mulheres conseguem preencher 227 vagas. Um dos entrevistados nos fornece algumas pistas sobre o porque desta disparidade do gênero:

“... primeiro é a questão da própria segurança (...), então vem a preocupação com ciúme do marido e outra é a questão da facilidade de você contar... é mais fácil a mulher abrir o seu coração para uma outra mulher e contar um segredo, (...) do que você abrir... para um outro homem, então essa é a grande dificuldade hoje em dia. E outra coisa é que é um trabalho até que muitos homens não querem fazer (...) Essa é a grande diferença do programa, da escolha do homem... de existir mais mulheres do que homens no programa” (depoimento de um morador, ACS e participante da liderança comunitária Jardim Uchôa. Recife, 17 de maio de 2001).

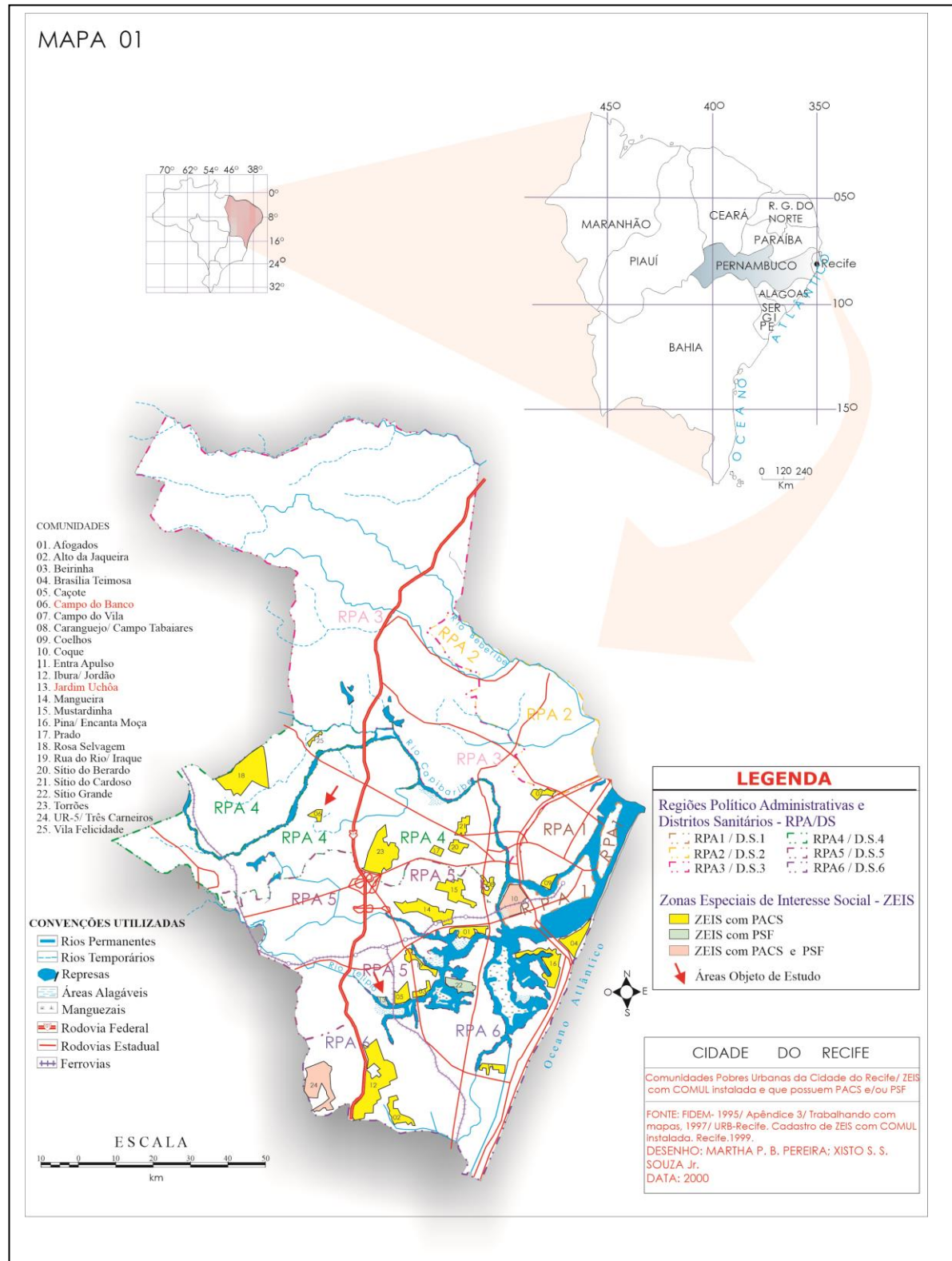
Com relação a outros dados como abastecimento d'água, coleta de lixo e de esgoto, percebe-se que o atendimento a essa população segue a tendência geral da cidade, pois a quantidade de pessoas favorecidas é maior do que o número de pessoas que possuem seu esgoto coletado (COSAC/DATASUS, 2000; PCR, 2000a).

Como foi colocado anteriormente, o fato de essas comunidades estarem recebendo esses tipos de benefícios (através do PREZEIS/PACS/PSF), faz com que seja viável pensar que as

⁴⁸ Foram considerados os números de área e de população apenas das ZEIS devido não haver dados sobre a área total de abrangência do PACS/PSF na cidade do Recife.

dificuldades nessas localidades já tenham sido atenuadas em muitos sentidos. Porém faz-se necessário um estudo mais localizado para confirmação ou refutação dessa hipótese.

MAPA 01



IV – CAMPO DO BANCO E JARDIM UCHÔA: COMUNIDADES DO RECIFE EM BUSCA DE MELHORES CONDIÇÕES DE SAÚDE.

Desde os primeiros assentamentos populares na cidade do Recife (nos alagados, terrenos alagáveis e mangues), e na zona rural (sítios), a população luta para melhorar as condições de saúde, entendida aqui como o resultado da melhoria das condições biológicas, ambientais, econômicas e culturais⁴⁹.

Ocupando áreas planas e/ou alagáveis como várzeas e mangues, morros e os antigos sítios, parte dessa população esperou até a década de 80 para ser incluída na cartografia legal da cidade através da criação das Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS. A partir de uma regulamentação esses locais passaram a receber uma política diferenciada para constituírem-se lugares apropriados à moradia.

O Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social – PREZEIS (1987) - e os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família – PACS e PSF – (década de 90) são políticas públicas que estão sendo realizadas no plano municipal da cidade do Recife, nas áreas consideradas carentes do ponto de vista da urbanização e da saúde.

Para entender com mais precisão como o PREZEIS e o PACS/PSF estão atuando é imprescindível chegar à escala de sua efetiva implementação: nas comunidades pobres urbanas. Assim sendo, foram escolhidas duas localidades dentro da cidade do Recife beneficiadas pelo PREZEIS (ZEIS com COMUL instalada), e sendo uma delas beneficiada com o modelo PACS e a outra com o modelo PSF.

Dessa maneira, serão consideradas tanto as modificações realizadas pelos moradores como pelo poder público. É importante destacar que no histórico da construção desses espaços de moradia serão consideradas também algumas outras ações que estejam ligadas à urbanização e à saúde, mas não necessariamente ao PREZEIS e ao PACS/PSF.

As comunidades escolhidas foram Campo do Banco e Jardim Uchôa. A primeira situa-se na porção oeste da cidade do Recife, no bairro da Várzea. A segunda, Jardim Uchôa, está situada à sudoeste da cidade do Recife, no bairro de Areias (FASE, 1997; URB-Recife – 1996a; URB-Recife – 1996b).

⁴⁹ Sobre a história da cidade do Recife conferir: Bitoun, 2000b; Cavalcanti, 1998; PCR, 1989; e Sette, 1978.

4.1 CAMPO DO BANCO

4.1.1 HISTÓRICO

A porção oeste da atual cidade do Recife foi inicialmente ocupada no século XVI por engenhos que se distribuíram sobre a superfície da chamada ‘Várzea do Capibaribe’. Nos séculos subsequentes o cultivo da cana-de-açúcar fez surgir sítios e povoados que cresceram entre as grandes propriedades e ao redor de pequenas igrejas católicas.

A partir da segunda metade do século XIX, começou a haver uma maior comunicação entre a população situada na denominada ‘Várzea do Capibaribe’ e a cidade. A construção de casas para que as famílias tradicionais passassem o veraneio, os estudos para a implantação de uma Estrada de Ferro ligando a Capunga à Várzea, e no caso específico do que hoje é o Campo do Banco, a inauguração da escola Pinto Damasco (1896) e do asilo Magalhães Bastos (1904) levaram a formação de um ‘arrabalde’⁵⁰.

Desde então essa porção da cidade modificou-se muito: foram construídas avenidas (p. ex. Caxangá), feitos muitos aterros e os sítios foram desaparecendo paulatinamente. Mesmo assim, até a metade do século XX, essa área ainda possuía um aspecto de arrabalde. Com a implantação de equipamentos institucionais (UFPE, SUDENE, etc.) o arrabalde finalmente adquire uma feição de bairro e passa a ser uma área de atração populacional.

Por volta da década de 1960, no bairro da Várzea, ao redor de um campo de futebol existente desde 1948, um senhor conhecido como Antônio Carroceiro, dizendo-se responsável pelo terreno⁵¹, controlou o assentamento de várias famílias. No início ele vendia ou cedia o local para quem quisesse plantar raízes e frutas. A influência desse homem junto aos fiscais da prefeitura era tamanha que se a ocupação não fosse autorizada pelo mesmo, as pessoas eram retiradas do local pela prefeitura (CPPO, 1998a).

Existem duas versões para a origem do nome da comunidade: a primeira afirma que alguns funcionários de um banco jogavam no local desde 1948, devido a isso passou a chamar-se Campo

⁵⁰ Entendido aqui como uma área onde predominam as características rurais, mas que possui alguns equipamentos que geralmente estão presentes na cidade ou tem uma ligação mais estreita com a mesma (Bitoun, 2000b; Sette, 1978).

⁵¹ Terreno que pertencia à Prefeitura e à família Brennan, família tradicional e proprietária de muitos hectares na ‘Várzea do Capibaribe’.

do Banco; a outra alega que um grupo resolveu formar um time de futebol, mas, sem local para se reunir, ia para o banco do Jardim da Praça da Várzea.

A medida que foram sendo ocupadas as terras, foram divididas paulatinamente para abrigar mais pessoas; depois de 1963 essa ocupação intensificou-se a partir de um acordo com o então governador para assentar famílias carentes vindas de Maceió (AL) e Campina Grande (PB), transformando a área rural em uma área residencial urbana (FASE, 1997).

Nessa trajetória muitas foram as dificuldades encontradas; por exemplo, para conseguir água, os moradores precisavam recorrer aos vizinhos e/ou utilizavam água de poço. Essa água era reservada em recipientes pouco seguros, algumas vezes em tonéis, baldes, etc.. Não havia esgotamento sanitário, sendo então construídas fossas em alguns quintais ou dentro de casa; Em algumas casas, nem banheiro havia.

A falta de um sistema de drenagem provocava alagamento na porção mais baixa do assentamento, em parte da rua Seis de Março; Não havia coleta de lixo, que era enterrado. Essa situação causava muitos tipos de doenças, dentre elas a diarreia.

Em meio a essas dificuldades, em parte superadas com o tempo, alguns elementos desse espaço tornaram-se importantes ao longo da história local. Exercendo a mesma função, ou, com outras funções, são de alguma forma úteis à comunidade como veremos a seguir.

O Campo de Futebol, local que inspirou o nome da comunidade, continua com a mesma função e é respeitado como um lugar onde não se pode invadir, pois quando ocorre alguma tentativa, logo essas pessoas são despejadas (foto 1).

Inaugurado como um asilo em 1904, a atual Escola Municipal Magalhães Bastos (1^a à 4^a série) funciona num “*edifício em arquitetura neoclássica coroado por uma cúpula e envolvido por um grande lote, destaca-se na paisagem e configura-se como o castelo desta cidade medieval*” (URB-Recife, 1996a, p. 26). Constitui-se num verdadeiro centro educacional, pois funcionam numerosos cursos profissionalizantes, dentre eles, artesanato, carpintaria, congelamento, corte e costura, marcenaria e pintura em tecido (foto 1).

A Rua Argemiro Rego Barros, uma das primeiras vias de acesso à comunidade, continua com sua função de porta de entrada da comunidade, pois é nessa rua que está localizado o Centro Comunitário Irmã Ângela, fundado em 1961 pelo Grupo Voluntário da Caridade (ligado à Igreja Católica) (foto 2).

O Grupo Voluntário da Caridade foi criado com a função de realizar atividades assistenciais. Na década de 1980, além das funções assistenciais, passou a sediar a Associação de Moradores do Campo do Banco (1987), oferecendo além de outras coisas, um médico clínico e um advogado para resolver problemas triviais. Durante a década de 90, a ONG Cruzada de Ação Social e as reuniões do PACS passaram a reunir-se também nas instalações físicas do Centro Comunitário Irmã Ângela (foto 3).

Todos esses locais foram valorizados ao longo do tempo, todavia, um dos elementos que também poderia ter tido alguma importância, o riacho Cavouco, (por ter contribuído na ordenação de algumas vias da comunidade e por ser um elemento natural), foi totalmente negado pela população; Isto foi observado na forma como foram construídas as casas, todas voltadas para o lado oposto ao riacho assim como através de um dos depoimentos sobre o riacho (foto 4):

“Isso é esgoto.... lá do lado de lá <no terreno da UFPE> é um tipo de açude... diz que vem das Clínicas aquela água de lá, mas não sei”

(depoimento de uma moradora da Rua Vereador Luiz Cavalcanti em Campo do Banco. Recife, 16 de maio de 2001)

Por outro lado, foram várias as modificações implementadas neste espaço como, por exemplo, a retirada da vegetação e a substituição da área de cultivo por residências (predominantemente de taipa) com terrenos cada vez menores. Esses terrenos seguiram uma implantação desordenada, o que fez surgir ruas tortuosas, sem calçamento e com vários estrangulamentos (mapa 2).

Atualmente essa área é alvo de algumas políticas públicas que buscam dados úteis na construção de uma imagem mais completa da população. Neste estudo, serão consideradas as informações mais atuais provenientes do SIAB, sistema ligado ao PACS e que atua em parte da comunidade; e do PREZEIS, alguns elementos fornecidos sobre a área delimitada pela ZEIS (mapa 2).

Marcos da história de Campo do Banco



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

1. Campo de Futebol, local que contribuiu para a origem do nome da comunidade. No segundo plano pode-se observar as primeiras casas construídas na R. Teixeira de Freitas e no terceiro plano a cúpula da Escola Magalhães Bastos.

Local: R. Argemiro Rêgo Barros

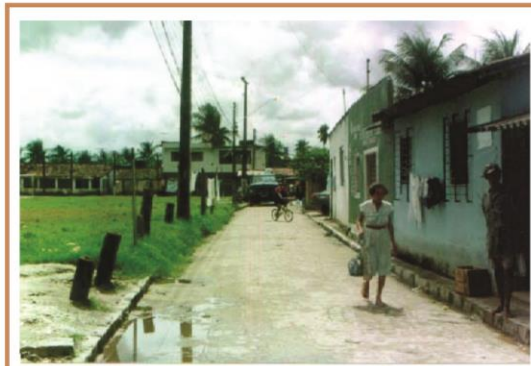


Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

2. R. Argemiro Barros. Uma das primeiras ruas da comunidade. Do lado esquerdo está o campo de futebol evidenciado na foto 1.

Local: R. Argemiro Rêgo Barros



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

3. Centro Comunitário Irmã Ângela. Funciona o Grupo voluntário da Caridade, a Associação de Moradores, ONG Cruzada de Ação Social e as reuniões do PACS.

Local: R. Argemiro Rêgo Barros

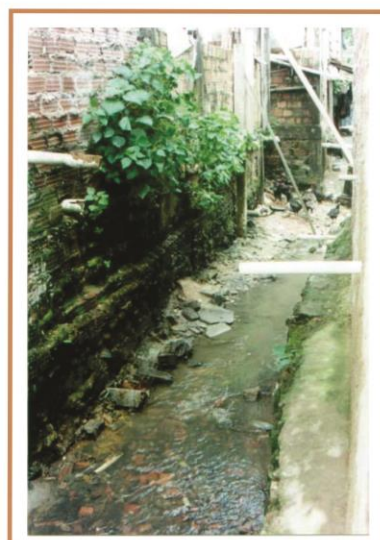
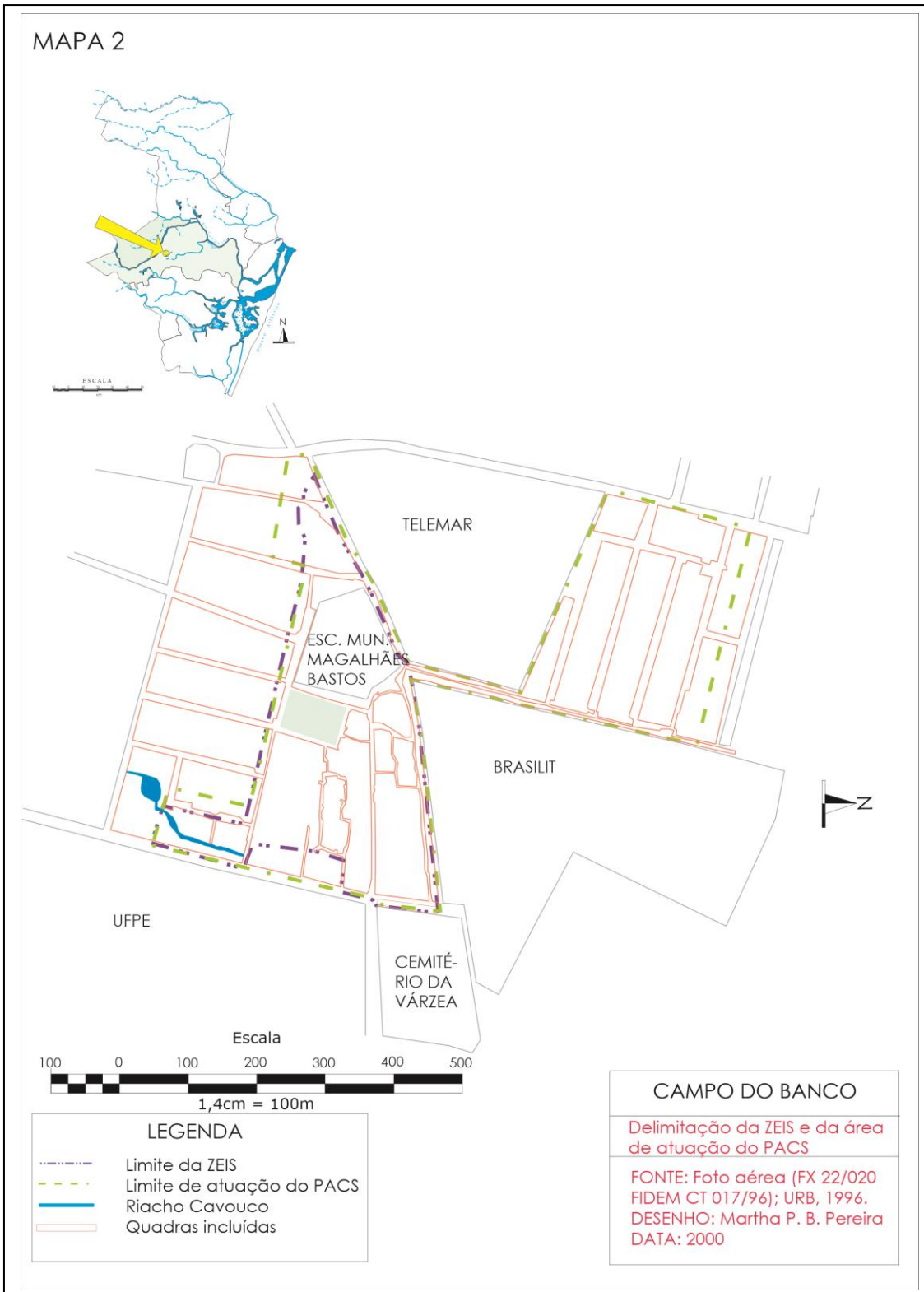


Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

4. Riacho Cavouco. É praticamente isolado da vida da comunidade, pois as casas foram construídas no lado oposto ao riacho.

Local: Final do beco da Rua Adauto Gomes Barbosa, na direção da R. Tomás do Rêgo Cavalcanti.

MAPA 2



4.1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ATUAL

Para traçar um perfil epidemiológico da população foram avaliados diferentes tipos de informação com vistas a fornecer dados sobre a atuação do poder público na área da saúde, a ação dos ACS, das condições de saúde dos moradores, da atuação da população e a situação do meio ambiente local decorrente da ação urbanizadora do poder público.

Através de alguns relatórios elaborados na década de 90 pôde-se visualizar algumas das ações efetivadas na área da saúde. Já em 1994 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Foram aproveitadas pessoas que já trabalhavam com a Pastoral da Criança e da Saúde ou atividades afins.

No Distrito Sanitário IV são elaborados dois documentos: o Relatório Anual de Atividades (1996) e um apanhado geral sobre Campo do Banco (1997)⁵².

O Relatório Anual de Atividades visou historiar a implantação do Distrito Sanitário IV assim como forneceu informações que permitiram ter uma ideia geral do Distrito. Depois de um apanhado histórico foram apontadas algumas conclusões dentro das áreas de atuação do distrito: Departamento de Atenção à Saúde, do Departamento de Articulação Comunitária e da Vigilância à Saúde.

As conclusões mais gerais deste documento levaram a crer que o trabalho dos ACS conseguiu ajudar na construção de um modelo voltado para as áreas de promoção à saúde e prevenção de doenças, apesar de que a dificuldade de abastecimento ou a inexistência de medicamentos essenciais têm trazido enormes problemas ao setor da saúde nesse modelo de gestão. Todavia as dificuldades foram transpostas e segundo os gestores do Distrito a força de vontade ajudou na obtenção de melhoras na situação de saúde da população.

O acompanhamento da Comunidade pelo Distrito teve como objetivo propor ações que ajudem a melhorar a saúde da população. As propostas foram: a) formação de grupos multidisciplinares para decidir sobre ações na área e estar articulado com o Distrito Sanitário, a Unidade de Saúde e a Comunidade; b) criação de grupos informativos e preventivos na comunidade; c) trabalho com programas de saúde priorizando as características locais; d) relatórios de doenças de notificação compulsória; e e) implantação de grupos de apoio na comunidade para descobrir os problemas precocemente.

⁵² Consultar D.S. IV, 1996; D.S.IV, 1997

Alguns resultados desse trabalho podem ser demonstrados através da situação atual da população. E para traçar um perfil mais completo, optou-se por apreciar inicialmente alguns dados demográficos.

Considerando as pessoas atendidas pelo PACS no ano de 2000 (COSAC/ DATASUS), a comunidade de Campo do Banco compreende 1.658 pessoas, dentre as quais 748 são do sexo masculino e 910 do sexo feminino; e de acordo com os padrões de Sundbarg (op cit Laurenti, *et all*, 1987) pode ser considerada uma população progressiva (jovem). Daí poder inferir-se que possivelmente as taxas de natalidade e de mortalidade sejam altas, indicadores que só podem ser comprovados no decorrer da análise (quadro 3).

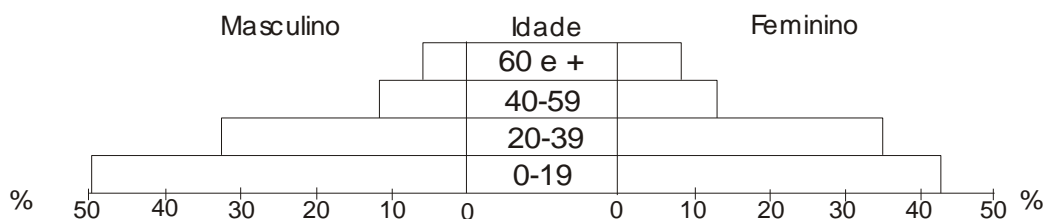
QUADRO III
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO DE CAMPO DO BANCO

GRUPO ETÁRIO	QUANTIDADE	%	PADRÃO DE SUNDBARG PARA POP. JOVEM
0-14	604	36,43	~ 40
15-49	842	50,78	~50
50 e mais	212	12,79	~10
TOTAL	1.658	100	100

Fonte: COSAC/DATASUS, 2000

Observando a pirâmide etária dessa população já se pode comprovar que a taxa de natalidade é alta devido à base da pirâmide ser muito mais larga do que as camadas superiores. Essa taxa tende a diminuir com os trabalhos educativos atuais uma vez que entre 1999 e 2000 nasceram 44 crianças, e no ano de 2000 só foram contabilizadas 17 gestantes. O topo estreito representa baixa expectativa de vida (pirâmide etária 1).

PIRÂMIDE ETÁRIA I
POPULAÇÃO DE CAMPO DO BANCO POR GÊNERO NO INTERVALO DE 20 ANOS (2000)



Fonte: COSAC/DATASUS, 2000

Tendo como padrão que a população entre 15 e 59 anos está mais apta ao trabalho e que os menores de 15 anos e os maiores de 60 anos são preferencialmente dependentes, pode-se dizer que a relação entre o somatório da população dependente (728) e a população ativa (930) nos dá a

razão de dependência dessa população, que no caso de Campo do Banco é de aproximadamente 78,28% (adaptação de Laurenti *et all*, 1987).

A. AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A ação dos ACS na comunidade ocorre com um trabalho informativo no que diz respeito aos cuidados pessoais, com a casa, a alimentação, etc., além da coleta de dados para o Distrito Sanitário. Já com relação ao encaminhamento de pacientes, há problemas pela falta de uma Unidade de Saúde.

Com relação às doenças listadas pela ficha A do SIAB (anexo 5) pode-se dizer que elas representam uma porcentagem considerada “normal” pelas ACS. As doenças mais referidas na comunidade são a hipertensão arterial, o diabetes e o alcoolismo. (quadro 4).

QUADRO IV
DOENÇAS REFERIDAS NA COMUNIDADE

DOENÇAS REFERIDAS	QUANTIDADE	% DE ENFERMOS EM RELAÇÃO AO TOTAL (1.658 PESSOAS)
ALCOOLISMO	4	0,24
CHAGAS	1	0,06
DEFICIÊNCIA	2	0,12
DIABETES	14	0,84
DISTÚRBO MENTAL	-	0
EPILEPSIA	1	0,06
HIPERTENSÃO ARTERIAL	83	5,01
HANSENÍASE	-	0
MALÁRIA	-	0
TUBERCULOSE	2	0,12
TOTAL	107	6,45

Fonte: COSAC/DATASUS, 2000

Além da porcentagem de doenças ser considerada normal, outra informação importante é que as ACS afirmam que melhoraram as condições de saúde da população, inclusive das crianças. É sentimento da comunidade que a mortalidade infantil diminuiu.

“O que eu acho importante é porque depois mesmo que a gente começou a trabalhar de agente de saúde de casa em casa ... orientando ...o que acontece é porque tem de acontecer ... é porque ninguém dá jeito

mesmo ... mas a doença mesmo acalmou mais ... a vacina... não tem criança com a vacina atrasada... morrer criança com diarreia também não morreu mais. Gestante sem fazer pré-natal ... não tem mais (...) Idoso que não tinha essas vacina de gripe (...) a gente começa a dar conselho, diz que não morreu mais idoso de gripe... aí eles toma essas vacina.” (depoimento de uma ACS de Campo do Banco e líder comunitária local. Recife, 16 de maio de 2001).

Quanto ao trabalho dos ACS, uma das moradoras entende que o mesmo tem servido para orientar e prevenir muitas doenças, todavia sua relação com a ACS é uma relação mais profissional que de amizade.

Em geral o trabalho é bem aceito pelos moradores, mas os ACS reclamam que precisam de mais apoio, de profissionais qualificados e posteriormente até mesmo de uma ambulância; essa é a razão pela qual existe tanta expectativa na implantação de uma Unidade de Saúde no local (já em construção); pensam que com essa Unidade em funcionamento terão mais remédio, seus aconselhamentos serão mais bem aceitos e com isso haverá uma melhor condição de saúde:

“A gente trabalhava só... ficava um tanto solta na área... porque às vezes tinha pessoa que tava com pressão alta, aí não podia aferir porque a gente não pode usar tensiômetro (...) E com a vinda do posto aí eu acho que é o que vai melhorar porque aí eles vão ter medicação certa né? Vão ter mais orientação também, porque o médico chegando (...) ele <o morador> vai ter que tomar <o remédio>. E a gente falando não, é feito a dengue... a gente chegava nas casas pra fazer o trabalho, tirava aquelas planta de água, jogava. Quando a gente saía o morador ia lá e enchia a planta do mesmo jeito né? E ficava ruim (...) aí eles <os médicos> vão poder também auxiliar pessoas idosas que eu tenho... não tem condições... não tem veículo pra remover pra um hospital... e a gente tendo aqui um posto... vai melhorar bastante.” (depoimento de uma ACS de Campo do Banco e líder comunitária local. Recife, 16 de maio de 2001).

B. ATUAÇÃO DA POPULAÇÃO

A cultura adquirida através das gerações e o enfrentamento de dificuldades ao longo de sua história, fizeram com que os moradores de Campo do Banco construíssem atitudes específicas. Algumas dessas ações surgiram diante de uma dificuldade esporádica como a necessidade de canalizar o Riacho Cavouco (foto 5), enquanto outras foram repetindo-se com o passar do tempo e tornaram-se costumes como o armazenamento d'água em local impróprio (caixas d'água

assentadas no chão - às vezes sem tampa -, em jarros, baldes e tonéis de plástico e de metal) (foto 6).

Essa cultura adquirida às vezes entra em conflito com as orientações e propostas dos ACS, como: o caso da prevenção contra a dengue (afirmado no último depoimento); a deposição de lixo em local impróprio como fundos de quintais, canaletas e margens do Riacho Cavouco (foto 7); o costume de andar descalço, que geralmente ocorre entre crianças, adolescentes e jovens quando estão à vontade (foto 8); e a não aceitação de que o PACS seja um programa preventivo.

“... Tem alguns que não quer porque a gente não pode passar remédio, a gente não pode estar fazendo aferição de pressão (...) apesar de saber, mas não pode porque a gente não estudou pra ser médico.” (depoimento de uma ACS de Campo do Banco e líder comunitária local. Recife, 16 de maio de 2001).

Já outro fator a considerar é que algumas atitudes, independente da formação cultural ou da orientação dos ACS, são respostas objetivas às condições precárias de urbanização, tais como a construção pelos moradores de valas onde escorre esgoto a céu aberto e o lançamento de dejetos na rede de esgoto pluvial.

A porção da comunidade que não foi beneficiada com uma rede de esgotamento pluvial pela prefeitura construiu sua própria rede de drenagem improvisada e a céu aberto. Segundo os moradores, nessa rede de drenagem passam apenas as águas servidas das torneiras, do chuveiro e da chuva (foto 9).

A construção de fossas nos quintais e dentro de casa (geralmente na sala) era comum no início da ocupação. Porém, na ocasião em que a prefeitura construiu uma rede de drenagem pluvial em parte da comunidade (em muitos locais, com tampa), alguns moradores pensaram ser oportuno aproveitar-se dessa estrutura para jogar seus dejetos provenientes das torneiras e do banheiro nessas redes, já que não foi construída em conjunto uma rede de esgoto doméstico (fotos 10, 11 e 12).

Num universo de 1.658 pessoas estão cadastradas 355 famílias, dessa forma, em média moram por volta de 5 pessoas por residência, uma moradia que geralmente é composta de uma sala, um quarto, banheiro e cozinha. E com relação à educação tem-se que 95,09% da população entre 7 e 14 anos está frequentando a escola e 91,37% dos moradores maiores de 15 anos são alfabetizados (COSAC/DATASUS, 2000)

Ação cotidiana dos moradores



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

5. Canalização improvisada do Riacho Cavouco.

Local: Final do beco da Rua Adauto Gomes Barbosa, na direção da Rua Ver. Luiz Cavalcanti.
Direção do fluxo: da Rua Ver. Luiz Cavalcanti à Amaro Gomes Poroca.



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

6. Armazenamento d'água. Pode-se observar que os tonéis não estão bem fechados e ocorre acúmulo de água por cima dos plásticos.

Local: R. Nova Olinda.



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

7. Riacho Cavouco. Neste trecho pode-se observar o acúmulo de lixo nas margens e dentro do Riacho. Por trás da vegetação está a rua Amaro Gomes Poroca.

Local: R. Tomé do Rêgo Cavalcanti



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

8. Criança andando descalça. É uma prática comum entre crianças, adolescentes e jovens.

Local: R. Caculé.

Ação cotidiana dos moradores



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

9. Rede de drenagem improvisada.

Local: R. Caculé.



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

10. Esgoto à céu aberto. São águas servidas provenientes das torneiras e do chuveiro.

Local: R. Seis de Março.



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

11. Emissão de águas servidas na rede de drenagem pluvial.

Local: R. Nova Olinda.



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

12. Riacho Cavouco. Ele recebe as águas da rede de drenagem implantada em Campo do Banco.

Local: R. Vereador Luiz Cavalcanti.

Localização das fotos no mapa: ver anexo 6

C. SITUAÇÃO DO MEIO AMBIENTE LOCAL DECORRENTE DA AÇÃO URBANIZADORA DO PODER PÚBLICO

De acordo com os moradores, as ações do poder público, inicialmente, só ocorreram por causa da pressão da população que fez abaixo assinado e conseguiu os serviços de fornecimento de água (1978), luz (década de 70) e coleta de lixo (1984). Além dessas conquistas, foram elaborados e implementados projetos bem como foram aprovadas leis que beneficiaram a comunidade⁵³.

Na década de 1980, é realizado um cadastro do Canal Cavouco assim como foram feitos projetos de macrodrenagem desse canal que passa nos limites da comunidade, mas não beneficia a mesma. Posteriormente (1992) é confeccionado um memorial descritivo do revestimento deste canal.

Em 1994 nessa ocupação é instituída uma ZEIS pela Lei Municipal nº 15.925/94. A partir daí foram elaborados projetos visando algumas melhorias urbanas.

No ano de 1995, é organizada uma Comissão de Urbanização e Legalização aprovada pelo Decreto Municipal nº 16.889/95. No ano seguinte (1996) lança-se o Plano de Regularização Urbana para Campo do Banco com a finalidade de elaborar um plano urbanístico para a área. As prioridades foram: a) intervenções em vias principais com remoção de moradias e; b) intervenções em vias secundárias e terciárias com remoção de moradias, desobstrução do extremo oeste da rua Nova Olinda e reordenação de uma nova quadra. Essas mudanças tinham que seguir os seguintes critérios: 1) respeito à tipicidade da área; 2) alargamento das vias e nós existentes; 3) adensamento de algumas áreas; 4) abertura de vias; 5) tratamento dos espaços de convivência; e 5) normatização.

É também neste ano que Campo do Banco é escolhido para inserir-se no denominado Projeto Piloto de Ações Integradas em Saúde e Meio Ambiente (PAI-Recife). A etapa inicial constou da elaboração de um cronograma de ações integrando várias secretarias da PCR para num esforço conjunto “*monitorar e melhorar as condições sanitárias e ambientais domiciliares e coletivas (...) incorporando nas ações continuadas princípios de descentralização, integração intersetorial, participação e controle social*” (PCR, 1996b, p. 29).

⁵³ Consultar: CPPO, 1998a; CPPO, 1998b; EMLURB, 1985; ENGECONSULT, 1985; PCR, 1996b; URB-Recife, 1992; URB-Recife, 1996a; URB-Recife, 1999.

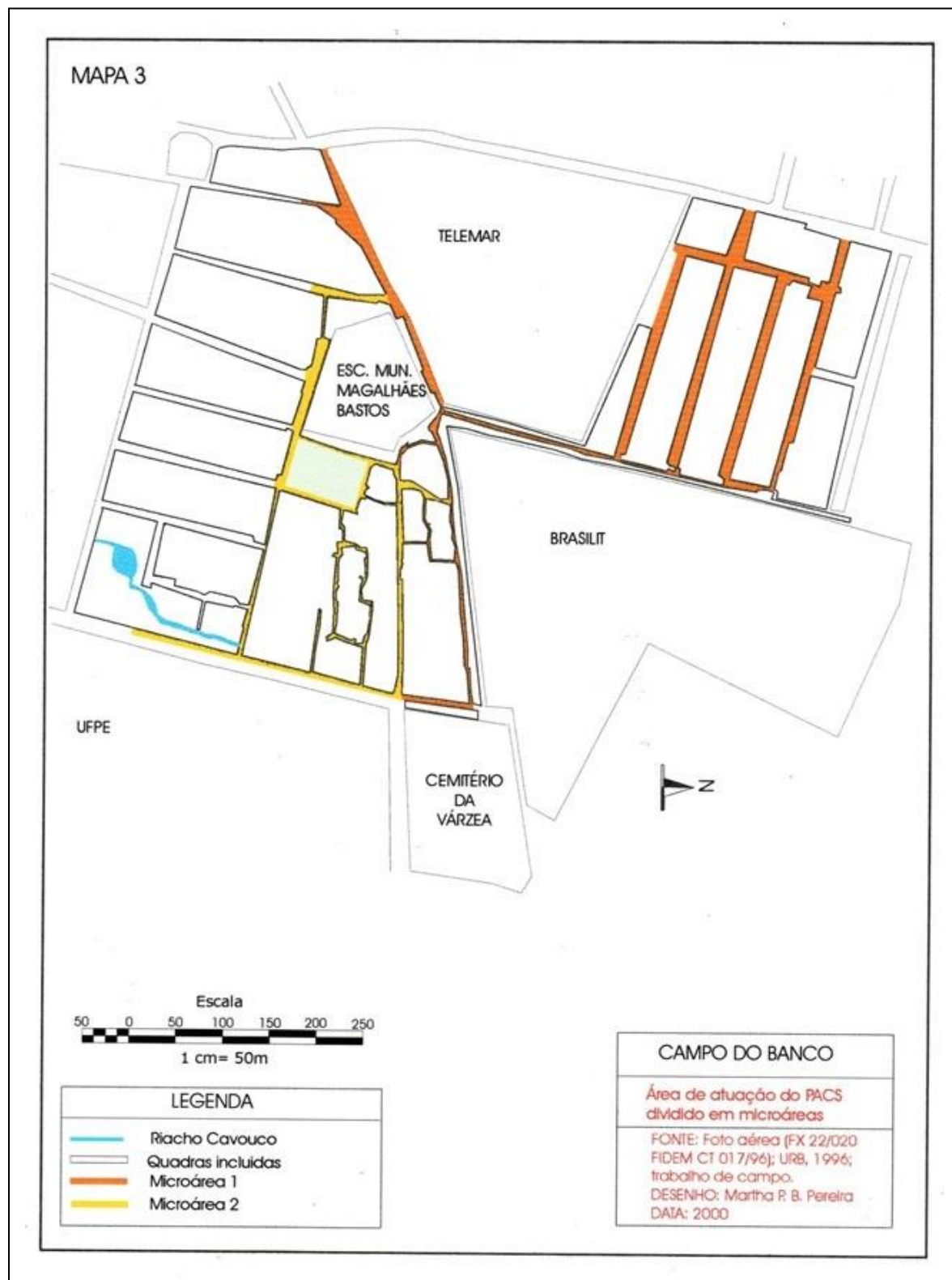
Em 1998 foram elaborados dois projetos de pavimentação e drenagem, um para a rua Nova Olinda e outro para a rua Professora Argemira Rego Barros. Eles tiveram o objetivo de solucionar problemas de pavimentação e drenagem das referidas ruas.

O Cadastro das Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS com COMUL instalada (1999), foi apresentado em forma de ficha contendo informações objetivas sobre a área, (população, área, densidade demográfica, topografia, infra-estrutura, equipamentos, legalização da área, informações pré-existentes, tipo de habitação predominante, materiais utilizados na construção de moradias e os limites da ZEIS).

Esses documentos representam Campo do Banco de diversas maneiras: fornecendo informações históricas, sugerindo e/ou implantando intervenções, etc.. As mudanças no espaço geográfico foram muitas, mas elas abrangeram apenas a parte da comunidade que está limitada a ZEIS, que atende a 6.000 pessoas.

Considerando a divisão implementada pelo D.S. IV na comunidade de Campo do Banco (em duas microáreas) e os dados colhidos em campo podem-se fazer algumas considerações com relação ao meio em que vive essa população. Lembrando que apesar de ter um menor número de pessoas cadastradas (1.658 pessoas) abrange uma área maior que a ZEIS (mapa 3). Esse fato assinala que a atuação do PACS se dá em casas dispersas na área.

Na parte referente a microárea um (porção norte da comunidade) estão cadastradas 159 famílias num universo de 755 pessoas e na microárea dois, 196 famílias dentre 903 pessoas (COSAC/DATASUS, 2000).



Campo do Banco apresenta-se, em seus aspectos gerais, como uma localidade arborizada possuindo vias tortuosas e sem largura determinada. Como os lotes foram vendidos aleatoriamente não há um ordenamento espacial definido no seu interior, porém isso ocorre nos seus limites (fotos 13 e 14).

Com relação ao tipo de casa percebe-se que nas duas microáreas elas são na sua maioria de alvenaria, sendo algumas poucas casas de madeira (microárea 1), de material aproveitado e de outros tipos de materiais (microárea 2).

As moradias sofreram mudanças, sobretudo por dois motivos: a) enchentes ocorridas na década de 70, em especial a que ocorreu em 1975 após a qual a CODECIPE, a Arquidiocese de Olinda e de Recife reconstruíram muitas casas em alvenaria e; b) o tipo de material utilizado na construção das casas que originalmente era pouco durável (fotos 13 e 14).

Apesar da presença de torneiras, o abastecimento d'água pela COMPESA ainda é deficiente, o morador passa 24h com água e 48h sem fornecimento. Segundo os dados do COSAC/DATASUS (2000), a microárea 1 é totalmente abastecida pela COMPESA, só na microárea 2 é que ainda existem algumas casas utilizando poço ou nascente.

Com relação ao tratamento d'água, percebemos que, na microárea 1, a maior parte da população utiliza a água sem nenhum tratamento (em torno de 97%), e poucas famílias utilizam o método da cloração. Já na microárea 2 além da cloração também é utilizada a filtração, repetindo-se a tendência de utilizar água sem tratamento (em torno de 96%).

A rede de drenagem implantada na microárea 1, nas ruas Seis de Março e Arthur de Sá têm trazido problemas na outra porção da comunidade, nos locais onde estão as bocas de lobo. Na rua Vereador Luiz Cavalcanti (microárea 2) tem um exemplo:

“O pior mesmo de comunidade que eu tô achando... o que tá me incomodando agora... é esse esgoto (...) porque ficou as boca de lobo pro lado da gente e muita gente ligou as fossa pra dentro... quando era à céu aberto ninguém podia ligar as fossa pra canaleta porque todo mundo via as fezes né?... (...) no dia de água... é muita água... aí vai levando (...). Tem dia que eu não agüento ficar com essa porta aberta que a boca de lobo ficou pro lado de cá.(...) essa daqui... é da rua que vem de lá <Seis de Março>...(...) aí... tem dia que a gente não agüenta... ontem mesmo tava demais... as fezes dentro do esgoto.. não tem água pra empurrar... aí

fica. Não tem essas boca de lobo?... Eu tenho que tampar,... mas quando ta chovendo tem que destampar senão a água não pode passar (...).”
(depoimento de uma moradora da Rua Vereador Luiz Cavalcanti – microárea 2. Recife, 16 de maio de 2001).

A rede de drenagem construída parcialmente, e sem uma rede de coleta de esgoto em conjunto, complicou a situação do morador, pois se tornou uma prática comum jogar os dejetos nessa rede (ver foto 15).

Na rua Seis de Março, onde foi construída a rede de drenagem, ainda existem problemas, pois esta se constitui na porção onde toda a água da comunidade converge (foto 16). Precisa fazer o calçamento nessa rua para que a via possa ficar mais alta que a canaleta e não haver alagamentos.

Apesar de boa parte da população jogar o lixo em vários locais dentro da comunidade, a coleta de lixo é regular (segunda, quarta e sexta) e atinge toda a área da localidade através de caminhões e coleta manual com carroças.

A partir da descrição do ambiente podemos perceber algumas doenças, referidas não apenas pelo COSAC/DATASUS (2000), mas também através de entrevistas que são relacionados com o ambiente em que vivem os moradores (quadro 5)

QUADRO V
DOENÇAS REFERIDAS POR MICROÁREA QUE TEM A VER COM O AMBIENTE

DOENÇAS REFERIDAS	MICROÁREA	CONDIÇÕES AMBIENTAIS
ALCOOLISMO	1	As péssimas condições de urbanização e a baixa renda faz com que a população esteja mais sujeita a ansiedades e depressão.
DIARRÉIA	1/2	Ocorre principalmente quando a encanação d'água é contaminada com a de esgoto.
DENGUE	1/2	Água armazenada em condições precárias, no lixo e empoçada na rua, por exemplo.
INFECÇÃO RESPIRATÓRIA	1	Parte da população que mora nessa área está recebendo os ventos da Brasilit (Indústria que utiliza o amianto como matéria prima de caixas d'água, material que pode causar várias doenças respiratórias).
TUBERCULOSE	1	Péssimas condições de moradia e nutrição, além da proximidade com a Brasilit.

Fonte: COSAC/DATASUS, 2000/ Entrevistas 2000/2001

Essas enfermidades são apenas algumas das doenças relacionadas ao meio em que vive essa população; pode-se perceber que alguns desses problemas poderiam ser amenizados ou até solucionados com uma melhor condição de urbanização.

Meio Ambiente e ação do poder público



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/2000

13. Organização espacial. Observe que a rua tem uma curva acentuada à esquerda.

Local: R. Seis de Março (microárea 1)



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/2000

14. Organização espacial. É perceptível que a rua sofre um alargamento. O local serve como uma espécie de praça. Ocorre um grande fluxo de pessoas.

Local: R. Adauto G. Barbosa (microárea 2).



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/2000

15. Rede de drenagem pluvial. Este tipo de rede trouxe muitos problemas devido não haver uma rede de esgoto doméstico. Uma das consequências é o mal cheiro no local.

Local: R. Seis de Março (microárea 1).



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/2000

16. Rede de drenagem pluvial. Neste local se acumula muito lixo. Observe que o limite da canaleta é maior que a cota da rua.

Local: R. Seis de Março (microárea 1).

4.2 JARDIM UCHÔA

4.2.1 HISTÓRICO

A partir do século XVIII, com a construção da ponte ligando São José (atual bairro do Recife) a Afogados, a comunicação passou a ser mais intensa entre as duas localidades, facilitando, no século XIX, a construção de casarios. Desde então Afogados e os povoados situados a oeste começam a expandir-se e a tomar o lugar antes dominado pela cana-de-açúcar (terrenos mais planos) e pela mata (locais mais íngremes). Embora o rio Tejipió tenha continuado a ser o escoadouro da produção de cana-de-açúcar, ampliam-se povoações como as de Estância, Jiquiá e Areias, ganhando aspecto de arrabalde.

Desmembrando-se da Várzea e denominando-se ‘Nossa Senhora da Paz’ através da lei provincial nº 38, de seis de maio de 1837, esse novo distrito passa a desenvolver-se através da consolidação de um antigo centro comercial localizado no Largo da Paz; Nos arredores indústrias foram implantadas após, a construção de ferrovias (1855 – início do século XX). Na década de 40, no século XX, essa área passou a ficar mais acessível através da construção de equipamentos urbanos, vilas e unidades residenciais.

Já no início da década de 1960 as ocupações clandestinas passam a ser eventos constantes na cidade, inclusive nessa área (fenômeno da autoconstrução) chegando mesmo a ameaçar uma parte substancial da mata atlântica – o Engenho Uchôa - situada entre os rios Tejipió e Moxotó (ao norte, leste e sudeste), a Vila do Sesi, e a BR – 101 (a oeste) (Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente, 1996).

Dentre as ocupações nas proximidades da mata, está a que se denomina atualmente como Jardim Uchôa. Essa ocupação teve início no ano de 1978 e continua até os dias atuais, passando por modificações contínuas por parte de vários atores sociais⁵⁴.

A ocupação inicial ocorreu na porção sul de um loteamento formal da cidade (Jardim Uchôa), no terraço, nível mais alto do vale, estendeu-se no interflúvio do rio Tejipió e o Riacho Laranjeiras (denominado pelos moradores como um canal). Era terra pertencente à União, designada pelo Código Civil Brasileiro de 1917 como ‘*terreno da marinha*’ por ser área alagável (Rocha *et all*, 1997).

⁵⁴ Consultar PCR, 1989; SPUMA, 1996.

“A comunidade começou por ocupação, desordenada... devagar... Jardim Uchôa foi sendo ocupada por metros quadrados... como diz a história...sendo ocupada por espaço (...) Foi batizada como favela João Paulo II, que como João Paulo II veio para o Brasil aqui...aí o pessoal batizou como João Paulo II.” (depoimento de um ACS e participante da liderança comunitária local. Recife, 17 de maio de 2001).

Por ser uma ocupação clandestina, havia muitas dificuldades por falta de infra-estrutura. Os moradores mais próximos ao assentamento formal a supriam com a ajuda dos vizinhos, já os que moravam mais distantes passavam por maiores problemas.

“A gente pegava água assim na casa da vizinha... que não tinha não... (...) e luz também... a gente puxou assim... sabe como é? Da casa da vizinha da gente.” (moradora da rua Sebastião Grande. Recife, 18 de maio de 2001).

“A gente ficava esperando a água chegar né? Às vezes... era um cano lá que tinha. Depois resolveram e fizeram uma reunião aí botaram outros canos (...) A água a gente colocava em balde” (moradora da rua Waldemir Teles. Recife, 18 de maio de 2001).

As moradias foram inicialmente construídas com a utilização de materiais diversos (alvenaria, madeira, taipa, pedaços de plástico e lona misturados com outros tipos de materiais). Outras dificuldades tiveram relação com o esgotamento sanitário, coleta de lixo, pavimentação das ruas, e, por conta da ocupação da área alagável, dificuldades com enchentes na época das chuvas. Apesar de tantas mudanças e problemas, no decorrer do processo histórico, foram muitos os objetos e ações que propiciaram a formação da identidade local, alguns deles serão descritos a seguir.

A mata Engenho Uchôa, na outra margem do rio Tejipió constitui-se o cartão postal desta comunidade. Logo no início da ocupação serviu de inspiração para o nome da localidade sendo depois alvo de degradação por alguns moradores que retiraram parte da mata e exploraram a área. Atualmente está sendo o sinônimo de preservação, principalmente depois que a mata foi considerada uma Área de Preservação Ambiental (APA) (foto 17):

“Tem a questão do Engenho... que todo mundo que vem em Jardim Uchôa acha muito bonito e tal... porque tem toda essa visão bonita (...) <e> existe uma preocupação hoje em dia... a gente nota que as pessoas... da comunidade... (...) estão preocupadas com a questão da mata..” (depoimento de um ACS e atuante na liderança comunitária local. Recife, 17 de maio de 2001).

O rio Tejipió e o Canal Laranjeiras marcaram a história da comunidade de duas maneiras: a) na ocasião das chuvas quando o nível do rio eleva-se e ocupa o espaço natural da planície de inundação alagando as casas localizadas nas cotas mais baixas; e b) influenciando a organização espacial da comunidade, pois as primeiras casas foram construídas no interflúvio do Rio Tejipió com o Canal Laranjeiras (foto 18), fazendo surgir a rua principal, a João Paulo II.

A rua João Paulo II é a principal rua da comunidade, é nela que está o melhor comércio e onde passam os carros. Ela recebeu o nome que era o de toda a comunidade situada até a legalização da mesma como uma ZEIS em 1991 (foto 19). Essa rua contorna toda a área de Jardim Uchôa, só apresenta problemas com relação ao tráfego na parte mais baixa, próximo ao encontro dos dois efluentes.

As instituições religiosas também têm um papel fundamental no desenvolvimento de Jardim Uchôa, uma vez que realizam atividades assistenciais, mas neste caso específico podemos destacar algumas delas como a Igreja Evangélica Presbiteriana e Assembléia de Deus e o Centro Espírita.

A Igreja Presbiteriana foi precursora de atividades assistenciais na área. Dentre outras coisas, incentivou o funcionamento do CCEP (Centro Cristão de Educação Popular), hoje sob gerência da prefeitura (foto20), vendeu uma parte de seu terreno para o funcionamento de uma Unidade de Saúde (foto 21) e reservou uma área para o lazer onde funciona um mini-campo de futebol (fotos 22 e 23).

Já a Igreja Assembléia de Deus ajuda pelo menos os membros da igreja com material e mão-de-obra na construção ou reconstrução de casas e o Centro Espírita vem se destacando na entrega de sopa.

A ocupação trouxe mudanças substanciais à área tais como a retirada da vegetação, construção de casas nos níveis mais altos (que serve como divisor de águas entre o rio Tejipió e o riacho Laranjeiras), e, devido ao alcance de uma alta densidade populacional na porção de maior altitude, a população com poder aquisitivo inferior aos demais moradores realizaram uma ocupação nas cotas mais baixas, sujeitas a alagamento (mapa 4).

O delineamento de uma imagem da população com informações úteis a um perfil epidemiológico atual, foi formulado, conforme poderemos observar, a partir de dados provenientes do SIAB (sistema ligado ao PSF) e do PREZEIS (mapa 4).

Marcos da história de Jardim Uchôa



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2001

17. A mata Engenho Uchoa (lado esquerdo), que inspirou o nome da comunidade, hoje inspira os ACS a trabalharem com a educação ambiental. Já o rio Tejpió é sinônimo de problema para muitos moradores pois, devido estarem morando próximos à margem, sofrem na ocasião da cheia.

Local: Vista da ponte entre Caçote e a mata Engenho Uchôa (linha nova)



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

18. Foz do riacho Laranjeiras, chamado popularmente de Canal Laranjeiras. O rio Tejpió e o Canal Laranjeiras delimitam a comunidade Jardim Uchôa..

Local: R. João Paulo II (limite entre Jardim Uchôa e Caçote).



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

19. R. João Paulo II, a primeira rua da comunidade. Esta via delineou-se no interflúvio entre o rio Tejpió e o canal Laranjeiras. Logo no início da ocupação João Paulo II era o nome da comunidade. Percebe-se que nesse trecho pode passar carros, mas a medida que se aproxima da porção sul esta via se estreita muito.

Local: R. João Paulo II.

Localização das fotos no mapa: ver anexo 7

Marcos da história de Jardim Uchôa



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

20. Centro Cristão de Educação Popular (CCEP). No local funciona a Associação dos Moradores, ensino fundamental, dentre outras atividades.

Local: R. Santa Joana D'arc, 289



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

21. Núcleo de Saúde da Família Kátia Valéria Rodrigues de Almeida. Unidade de Saúde de Jardim Uchôa. Está sendo efetivado tanto o enfoque preventivo com o trabalho dos ACS quanto o enfoque curativo através do atendimento com especialistas.

Local: R. Jupiracl, 180



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

22. Terreno reservado à construção de uma escola, mas devido ao local ser muito encharcado não houve aprovação pela PCR (Prefeitura da Cidade do Recife).

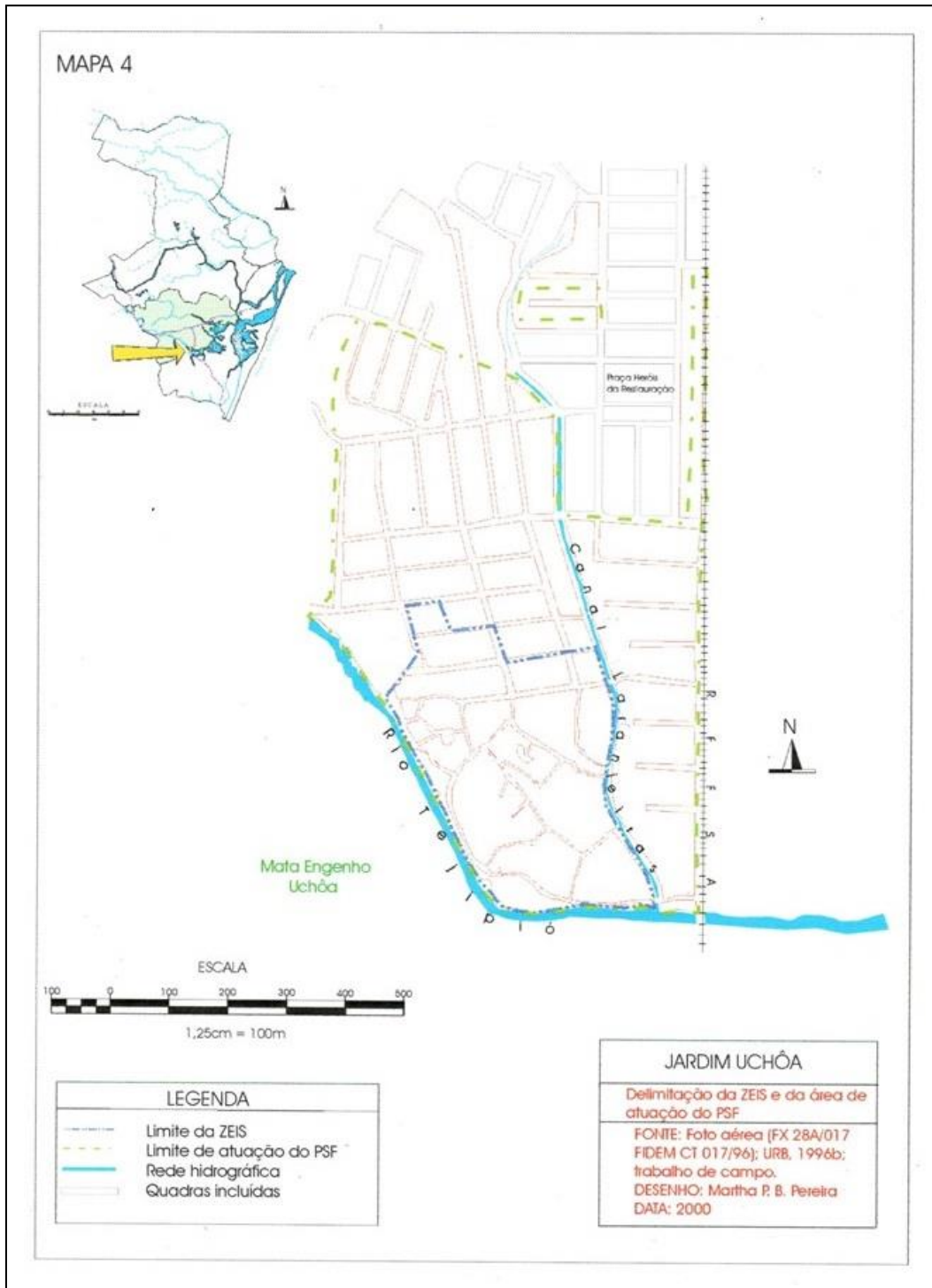
Local: R. Sebastião Grande



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2001

23. Devido aos problemas do terreno, ao invés de uma escola, foi construído um campo de futebol.

Local: R. Sebastião Grande.



4.2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ATUAL

Buscando traçar um perfil epidemiológico dessa comunidade foram analisadas informações provenientes do poder público na área da saúde, sobre a ação dos ACS, das condições de saúde dos moradores, da atuação da população e a situação do meio ambiente local decorrente da ação urbanizadora do poder público.

Com relação às ações do poder público na área da saúde na década de 90, destaca-se a implantação do PACS (1994) e a inauguração de uma Unidade de Saúde em Jardim Uchôa (1995), dando início aos trabalhos de duas equipes do PSF.

Um dos documentos encontrados sobre a atuação do PSF na área foi um relatório do Departamento de Desenvolvimento Comunitário – DDC (2000). O mesmo fornece: pistas sobre ações efetivadas na área com relação a mudanças no espaço físico; descreve a realização de reuniões com a população para o repasse de informações através de palestras voltadas para todas as idades; e descreve atividades de acompanhamento local e ações informativas para prevenção de doenças.

Algumas das mudanças decorrentes dessas ações podem ser visualizadas quando verificamos a situação atual, incluindo aí uma análise geral sobre a demografia.

Avaliando a população atendida pelo PSF no ano de 2000, que é maior que a área ZEIS, (COSAC/DATASUS), Jardim Uchôa possui uma população de 6.636 pessoas, sendo 3.050 do sexo masculino e 3.586 do sexo feminino. Segundo os padrões de Sundbarg (op cit Laurenti, *et all*, 1987) pode ser considerada uma população estacionária (adulta) que possivelmente tem um baixo coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de natalidade decrescente.

QUADRO VI

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO DE JARDIM UCHÔA

GRUPO ETÁRIO	QUANTIDADE	%	PADRÃO DE SUNDBARG PARA POP. ADULTA
0-14	1.971	29,70	~ 33
15-49	3.685	55,53	~50
50 e mais	980	14,77	~17
TOTAL	6.636	100	100

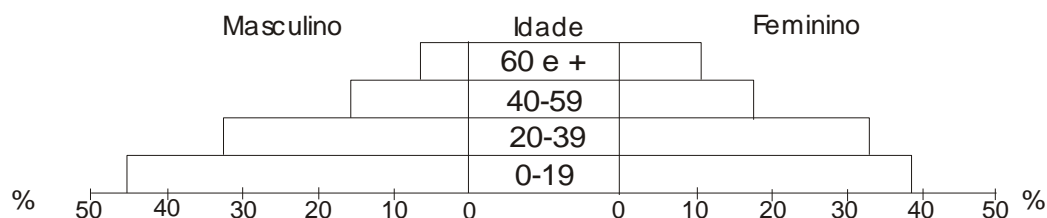
Fonte: COSAC/DATASUS, 2000

Observando a pirâmide etária da população verifica-se num primeiro momento que a taxa de natalidade é alta, devido à base da pirâmide ser mais larga que as outras camadas; Porém, com uma observação mais detalhada dos números é possível verificar que de fato a taxa de natalidade está mais reduzida. Se considerarmos os últimos 5 anos a média de nascimentos anual era de 109

crianças, entre 1999 e 2000 nasceram apenas 10 crianças, e no ano de 2000 havia 47 gestantes na localidade (pirâmide etária 2).

PIRÂMIDE ETÁRIA II

POPULAÇÃO DE JARDIM UCHÔA POR GÊNERO NO INTERVALO DE 20 ANOS (2000)



Fonte: COSAC/DATASUS, 2000.

Seguindo a padronização de que a população entre 15 e 59 anos está mais apta para o trabalho e que os menores de 15 anos e maiores de 60 anos são considerados dependentes, pode-se dizer que a relação entre o somatório da população dependente (2.535) e a população ativa (4.101) nos dá a razão de dependência dessa população, sendo para Jardim Uchôa de 61,81% (adaptação de Laurenti *et all*, 1987).

A. AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Os ACS têm agido através de trabalhos informativos, reunindo grupos de interesse (mães, gestantes, adolescentes, etc.) ou individualmente; coletando informações para o Distrito Sanitário e; auxiliando a Unidade de Saúde com horários definidos.

Um dos agentes comunitários de saúde de Jardim Uchôa, que trabalha nessa função desde 1995, declara que houve uma melhora nos últimos anos:

“Nós tínhamos uma comunidade com uma deficiência tremenda... eram problemas de diarreia, de mortalidade infantil, problemas de gestantes... quer dizer... depois que o programa foi implantado... você encontra... lá em baixo... (...) a gente tem diagnosticado aqui no posto... na nossa unidade 20 casos de diarreia... e que a gente acha que ainda é alto... porque já tivemos aqui de aparecer somente 7 casos, 8 casos de diarreia numa área dessa imensa como é Jardim Uchôa.” (depoimento de um ACS e participante da liderança comunitária local. Recife, 17 de maio de 2001).

Além da diarreia, as doenças referidas através da ficha A do SIAB (anexo 5), representam, segundo os ACS, valores normais, se considerarem toda a população (6.636 pessoas) com uma grande parcela de pessoas adultas e idosas, facilitando a sujeição às doenças mais referidas nessa ficha, que são a hipertensão arterial, o alcoolismo e o diabetes.

QUADRO VII
DOENÇAS REFERIDAS NA COMUNIDADE

DOENÇAS REFERIDAS	QUANTIDADE	% DE ENFERMOS EM RELAÇÃO AO TOTAL (6.636 PESSOAS)
ALCOOLISMO	189	2,85
CHAGAS	-	-
DEFICIÊNCIA	16	0,24
DIABETES	146	2,20
DISTÚRBO MENTAL	-	-
EPILEPSIA	10	0,15
HIPERTENSÃO ARTERIAL	490	7,38
HANSENÍASE	6	0,09
MALÁRIA	-	-
TUBERCULOSE	5	0,08
TOTAL	862	12,99

Fonte: COSAC/DATASUS, 2000

Com relação ao atendimento, os moradores sentiram algumas diferenças depois do início dos trabalhos dos ACS, pois passaram a sentir-se mais bem informados e tem maior acesso a remédios. Alguns ACS têm conseguido além da confiança no profissional também a amizade do morador, apesar de que isso não é uma regra, pois analisando a opinião de algumas moradoras percebe-se que essa relação estacionou, existe apenas a confiança no profissional.

A Unidade de Saúde, através do PSF, também tem sido satisfatória no sentido de uma maior proximidade entre o paciente e o médico. Todavia existem problemas, apontados tanto pelos ACS quanto pelos moradores, e relacionados principalmente à falta de especialistas, o que gera um pouco de frustração por parte do ACS e decepção por parte do morador.

“O que poderia ser mudado na saúde... seria o aumento... da questão médica... que a gente tem uma necessidade tremenda porque muitas vezes a gente não consegue atender a população da maneira que a população necessita.” (depoimento de um ACS e participante da liderança comunitária local. Recife, 17 de maio de 2001).

“É porque no caso da gente mesmo que tem criança ... aí tá doente, a gente não vai aí <Unidade de Saúde>. Aí é só pra fazer exame. Não é essas coisa... se tiver com febre, cansado mesmo eles aí não resolve, a gente tem que ir prá emergência no PAM de Areias ou se não pra Casa das Crianças lá em Afogados (...) A minha menina sofre de cansaço. Se tiver cansada elas já não dá <remédio>. Só dá a gente tendo uma receita ... pra poder dar uma medida. Então acho que não funciona bem. É mais só pra ir, marcar a ficha,

fazer um exame ... é mais isso no posto.” (depoimento de uma moradora da rua Sebastião Grande. Recife, 18 de maio de 2001).

Essa situação está começando a ser resolvida na medida em que mais especialistas estão sendo contratados, mesmo assim, retruca uma moradora:

“Mudou muitas coisas, mas... nem tudo, porque sempre aparece mais coisa prá se desenvolver, mais coisa prá resolver. (...) Eu acho que deveria ter aqui na comunidade era ter uma ambulância no caso de de noite qualquer coisa que faltar pra socorrer... porque a gente sai daqui de madrugada à pé porque não tem ônibus nem combe por aqui pra ir. Só o ônibus que vai direto pra cidade. E não tem pra sair daqui pra ir pro PAM de Areias socorrer a criança de madrugada, de noite” (depoimento de uma moradora da rua Sebastião Grande. Recife, 18 de maio de 2001).

B. ATUAÇÃO DA POPULAÇÃO

A cultura adquirida e os desafios enfrentados no dia a dia, através das situações rotineiras e das surpresas propiciaram diversos tipos de ações como, por exemplo, o armazenamento d’água em local e condições impróprias (tonéis de metal, de plástico, baldes, jarras, etc. – foto 24) que em parte reflete descuido, uma vez que os ACS orientam para que essa água seja tratada, mas, por outro lado representa a situação financeira da população em não conseguir armazenar melhor a água (caixa d’água devidamente tratada).

Algumas outras atitudes que contradizem as orientações dos ACS são: o banho no Rio Tejipió (crianças e adolescentes que moram mais próximas à rede hidrográfica); andar descalço (principalmente crianças, adolescentes e jovens – foto 25) e; jogar o lixo em local impróprio, apesar das orientações.

Com relação ao lixo tem havido uma divulgação intensa sobre os riscos que essa prática traz ao próprio morador. Os resultados já se fazem sentir quando comparado a outras comunidades, praticamente não se encontra lixo nas ruas e margens de rios (foto 26).

Todavia, em alguns fundos de quintais e nas áreas mais escondidas, o lixo ainda é depositado e, associado ao esgoto, traz muitos danos, como é dito por uma moradora:

“A gente faz uma encanação aí tem assim tipo uma vagem atrás, é muito mato aí ... os negócio de fezes, assim... vai pra dentro da vagem... que é assim ... atrás das casas (...) fica assim atrás da casa, quando chove é ruim porque ... chove muito... junta aquilo tudo e aquele lixo que tá detrás das casas, vem tudinho pra dentro de casa, tá na rua ... porque não tem um canal certo pra... descarregar. Fica tudo assim atrás das casas

né?.” (depoimento de uma moradora da rua Waldemir Teles. Recife, 18 de maio de 2001).

Um dos exemplos está nos fundos dos quintais da rua Waldemir Teles onde é depositada uma grande quantidade de lixo, além de no local ainda funcionar uma vacaria (foto 27). Um ACS afirma que essas pessoas resistem um pouco a esse processo educativo por que passa o resto da comunidade, mas mesmo assim os resultados já são surpreendentes.

“O problema aqui... é a questão... o pessoal do capim... a quantidade de lixo já foi muito maior... hoje em dia o pessoal... graças a Deus... não sei como é que ainda chega... que são poucas pessoas... o pessoal tem cuidado de varrer a frente das casas... de limpar... é um processo educativo...” (depoimento de um ACS e participante da liderança comunitária local. Recife, 17 de maio de 2001).

Outros costumes estão mais relacionados às precárias condições de urbanização, entre essas ações está a emissão de esgoto doméstico nas redes de drenagem e a construção de valas improvisadas (fotos 28 e 29).

As águas servidas vão direto para as canaletas improvisadas, que, a depender do local onde se mora, podem chegar diretamente ao rio Tejipió (residências situadas na porção oeste e noroeste) ou, antes de chegar ao Canal das Laranjeiras ou ao rio Tejipió permanecer num terreno permanentemente alagado (denominado pelos moradores de terreno de charco). As fezes vão para a fossa, todavia, estando este material em contato com o lençol freático, bem próximo da superfície, também percorre os mesmos caminhos chegando à área alagada.

A necessidade de um sistema de drenagem fez surgir vários tipos de valas improvisadas, estas tanto podem ser construídas em alvenaria como cavadas no terreno para o escoamento da água através dos sulcos.

Ação cotidiana dos moradores



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

24. Armazenamento d'água. Observe que todos recipientes estão sem tampa.

Local: R. João Paulo II.



Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

25. Andar descalço é comum, principalmente entre crianças e adolescentes, o problema é que as condições do ambiente podem causar problemas à saúde. Devido estar na época das chuvas, esse local está constantemente alagado. Observe também que o muro é construído com materiais diversos.

Local: porção sul da R. João Paulo II.

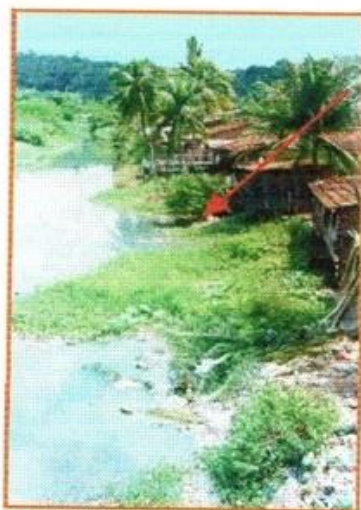


Foto: PEREIRA, M.PB. Julho/ 2000

26. Esta foto mostra que apesar do esforço dos ACS no sentido da Educação Ambiental, as ações continuam pontuais. O local marcado com a seta vermelha representa o limite entre Jardim Uchôa e Caçote. No primeiro plano, na área do Caçote podemos ver grande quantidade de lixo, enquanto em Jardim Uchôa, se existe, a quantidade é irrelevante.

Local: Vista da ponte da R.F.F.S.A. (entre Caçote e Engenho Uchôa).

Localização das fotos no mapa: ver anexo 7

Ação cotidiana dos moradores



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

27. A área de charco é aproveitada para o depósito de lixo. Observa-se grande quantidade de garrafas de plástico e sacos de lixo. Prova também de que o trabalho dos ACS ainda não teve total êxito quanto à educação ambiental.

Local: R. Por trás das casas da R. Waldemir Teles, onde funciona uma vacaria.



Foto: PEREIRA, M.P.B. Maio/ 2001

28. Esgoto à céu aberto. São águas servidas provenientes da porção norte e noroeste da comunidade.

Local: Final da R. Sebastião Grande.



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

29. Drenagem improvisada. Efetivou-se a elevação da cota da via.

Local: R. Firmo Pires.

Tendo como quadro de referência a população de 6.636 pessoas e 1.761 famílias cadastradas, em média moram 4 pessoas por residência. Na comunidade 95,12% da população entre 7 e 14 anos frequenta a escola e 91,04% dos moradores com mais de 15 anos já são alfabetizados.

C. SITUAÇÃO DO MEIO AMBIENTE LOCAL DECORRENTE DA AÇÃO URBANIZADORA DO PODER PÚBLICO

A ação urbanizadora ocorreu de forma diferenciada. Considerando apenas a população que está no assentamento formal (circunscrita pela ação do PSF), e composta aproximadamente de 5.136 pessoas, percebe-se que existem os serviços mínimos de infra-estrutura. Já a população que mora na área considerada ZEIS, composta de 1.500 pessoas, vive uma situação muito precária, tanto por causa das condições naturais do terreno (área sujeita a alagamento) quanto pelas ações de urbanização.

Um exemplo desse diferencial é o Canal Laranjeiras, situado à leste da comunidade de Jardim Uchôa, que atende apenas a população do assentamento formal, ficando a área ZEIS fora desse beneficiamento (EMLURB, 1985).

Durante a década de 90 as ações do Poder Público no âmbito municipal são diversas⁵⁵ no que diz respeito à atual área ZEIS. Logo em 1991 a ocupação é reconhecida como ZEIS, a partir da Lei Municipal nº 15.463/91. A então favela João Paulo II passa a ser chamada de Jardim Uchôa. Em homenagem ao primeiro nome dado a essa ocupação a rua principal passa a ser denominada João Paulo II.

Em 1992 foi organizada uma Comissão de Urbanização e Legalização regulamentada pelo Decreto Municipal nº 15.736/92. A partir daí produz-se uma série de documentos sobre a área visando o controle informativo e a sua melhoria.

Com relação à drenagem, temos dois documentos elaborados a pedido da URB-Recife: o Plano de Drenagem de Jardim Uchôa (1995) e o Projeto de Drenagem Pluvial de Jardim Uchôa (1996).

O Plano de Drenagem de Jardim Uchôa teve como objetivo a definição de uma proposta que viabilizasse a drenagem da área. Foi um documento elaborado em 1995, mas baseado em dados

⁵⁵ Consultar: Batista Filho, 1995; Batista Filho, 1996; CPRH, 1997; DDA, 1996; PCR, 1996a; PCR, 1996b; URB-Recife, 1996b; URB-Recife, 1999.

de 1980, época em que a ocupação ainda estava no início. As recomendações com relação à drenagem foram baseadas nos dados e sugestões do Plano Diretor de Macrodrenagem da Região Metropolitana de Recife (1980) (esse documento estabelece critérios com relação à faixa de proteção e recomenda estudos periódicos e mais aprofundados sobre a área).

O Projeto de Drenagem Pluvial de Jardim Uchôa teve como objetivo elaborar uma rede de drenagem que teria como escoadouro o Canal Laranjeiras e o rio Tejipió. Este documento baseou boa parte de seus dados no documento anterior (Plano de Drenagem) apesar de que já cita a realização de um trabalho de campo. Após algumas considerações, opta por construção de canaletas; mas ficou implícito que esta opção foi principalmente para reduzir custos da obra não sendo considerada como importante a posterior manutenção. Também não houve a preocupação com futuro calçamento das ruas.

Em 1996 são preparados o Plano Urbanístico de Jardim Uchôa e o Projeto Piloto de Ações Integradas em Saúde e Meio Ambiente (PAI-Recife) que inclui dentre seis localidades a Comunidade de Jardim Uchôa.

O Plano Urbanístico teve como objetivo elaborar um parecer sobre a área e propor mudanças com relação à organização espacial. As modificações foram priorizadas da seguinte forma: a) drenagem da parte alagada; b) pavimentação; c) projeções de loteamentos futuros; e d) Remoções de construção nas áreas não edificantes. As propostas não foram completamente aceitas pelos moradores e o plano urbanístico não foi efetivado.

O PAI-Recife fez parte de um projeto que estava sendo discutido na esfera federal com relação à saúde e ao ambiente. Para a elaboração deste projeto foram reunidos técnicos da Secretaria de Planejamento Urbano e Ambiental (SEPLAM), Secretaria de Saúde (SS), Secretaria de Educação e Cultura (SEC), Secretaria de Políticas Sociais (SPS) e Secretaria de Infra Estrutura e Serviços Públicos (que inclui a Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana – EMLURB, e a Empresa de Urbanização do Recife – URB-Recife).

O PAI-Recife teve como objetivo utilizar os princípios de descentralização, integração intersetorial, participação e controle social no intuito de promover a melhora das condições sanitárias e ambientais tanto do domicílio quanto dos ambientes coletivos das comunidades (PCR, 1996b).

Este documento constou de um apanhado geral da situação de Recife em 1996 mostrando as possibilidades de trabalho boas e ruins; seguido de uma discussão dos eixos a serem trabalhados

bem como os objetivos deste projeto e propostas de cada setor da prefeitura citado anteriormente; logo após é feita uma descrição das localidades escolhidas para o projeto piloto; e, por fim, é fixado um cronograma de trabalho para a primeira etapa deste projeto que teve início em setembro de 1997.

Com relação ao entorno, também foram produzidos alguns documentos. No que diz respeito ao Engenho Uchôa tem-se, através do Cadastro das Unidades de Conservação da cidade do Recife (1996), algumas informações sobre a mata: após fazer um histórico das intervenções municipais, estaduais e federais, descrever as características ambientais e mencionar sobre as ocupações do entorno é apresentada sua situação atual. Considerada em 1996 como uma APA Engenho Uchôa é caracterizada como uma área degradada por conta da ação antrópica que traz conseqüências à vegetação ao relevo e a drenagem.

Sobre o rio Tejipió, um dos documentos elaborados foi o Monitoramento da qualidade da água das bacias hidrográficas do Estado de Pernambuco (1997), elaborado pelo CPRH; Ele visa dar um diagnóstico sobre a qualidade das águas na área mencionada. É afirmado que as fontes poluidoras são provenientes do Distrito Industrial do Curado, despejos domésticos em toda a sua extensão e os efluentes industriais.

Em 1999 foi realizado um Cadastro das Zonas Especiais de Interesse Social (1999), documento originário da URB-Recife. Esse documento foi confeccionado a partir de dados colhidos em campo e documentos existentes sobre as áreas. Apresentado em forma de ficha, suas informações são bem objetivas: correspondem a dados sobre a quantidade de moradores, área, densidade demográfica, topografia, infra-estrutura, equipamentos, legalização da área, informações pré-existentes, tipo de habitação predominante, materiais utilizados na construção das moradias e os limites.

Esses documentos tiveram o objetivo tanto de fazer uma descrição de ações como recomendações sobre atitudes a serem tomadas no futuro. É evidente que nem tudo foi efetivado, no entanto, muitos foram os eventos e eles trouxeram conseqüências para a população, que passou a agir de um modo diferente diante das mudanças.

Levando em consideração a divisão implementada pelo Distrito Sanitário V com relação ao PSF (dividido em duas equipes com quatro microáreas cada uma), e os dados colhidos em campo, pode-se ter uma visão geral da área (mapa 5).

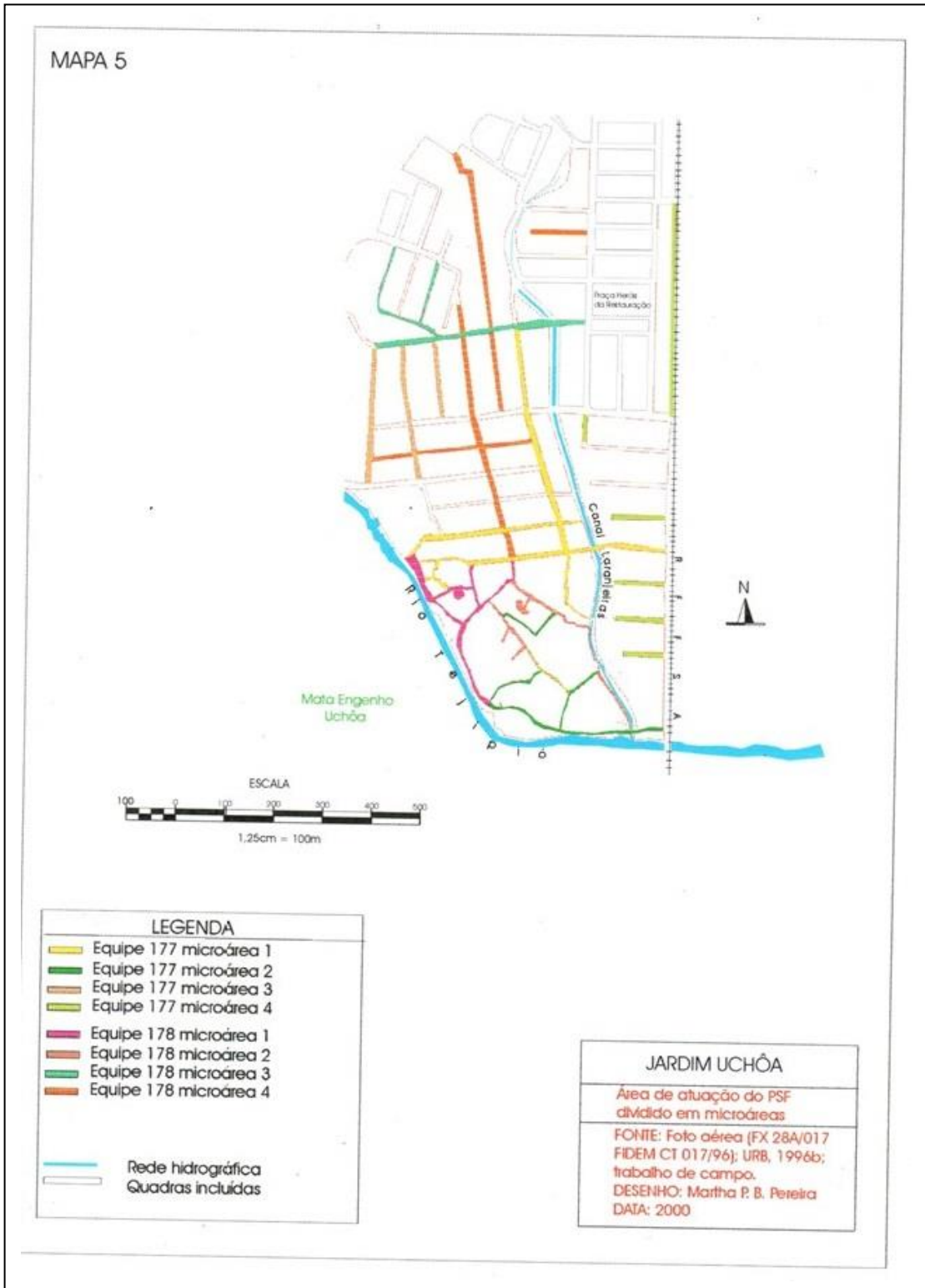
Através de uma observação geral da área e do traçado das ruas no mapa (5), a porção setentrional da comunidade, composta aproximadamente pelas microáreas 1 e 3 da equipe 177 e 3 e 4 da equipe 178, aparenta ser o espaço com melhores condições de moradia, seja pelo traçado das ruas, como pela própria situação habitacional. Já na porção meridional, que representa de maneira aproximada a ZEIS Jardim Uchôa e onde atuam as equipes 177 (microáreas 2 e 4) e 178 (microáreas 1 e 2), percebe-se que as ruas não tem o traçado bem definido, muitas das casas são impróprias à habitação, e a morfologia da área submete a mesma a enchentes provocadas pelas chuvas (fotos 30 e 31).

Quando se consideram apenas os números fornecidos pelo COSAC/DATASUS (2000) as duas porções tem condições quase equivalentes de urbanização, pois as diferenças percentuais são pequenas para se dizer que uma área é melhor do que a outra.

Tanto na porção setentrional quanto na meridional predominam as casas de tijolo e adobe. A modificação do tipo de material constituinte da casa ocorreu por diversos motivos: a fragilidade do material utilizado na construção original; o tempo de moradia no local, permitindo pequenas reformas (porém sucessivas), inclusive, em alguns casos, com a ajuda de ONG's e instituições religiosas e; devido às enchentes, no caso da área que está mais próxima à rede hidrográfica (ver fotos 32 e 33).

“Essa casa antigamente... até um dia desse era de taipa. Ai ela foi e caiu, como painho é crente aí os irmãos ajudou painho a construir a casa (...) já tava velha sabe? E assim inverno ... é que cai mesmo... chovia muito... e ai foi ficando troncha e caiu.” (depoimento de uma moradora da rua Sebastião Grande. Recife, 18 de maio de 2001).

MAPA 5



Meio Ambiente e ação do poder público



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

30. Organização espacial. Observe que a largura da rua é equivalente à da cidade formal.

Local: R. Sebastião Grande (Eq. 177, mc 1)



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

32. Neste caso ocorre algo diferente. A rua é extremamente estreita, sendo impossível a passagem de veículos.

Local: R. Firmo Pires (eq. 178 mc 1)



Foto: PEREIRA, M.P.B. Maio/ 2001

32. É constante a modificação do tipo de material utilizado na construção das casas. Esta casa de madeira está sendo reconstruída em alvenaria por uma ONG.

Local: R. João Paulo II (Eq. 178, mc 1).



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2001

33. Esta é a única palafita em Jardim Uchôa. Foi construída na área sujeita à inundação.

Local: R. Waldemir Teles (Eq. 178, mc 2).

As áreas são predominantemente abastecidas com água da rede pública. Porém, na porção sul, muitas moradias tem sua encanação passando pelo esgoto a céu aberto possibilitando a contaminação da água. A existência de encanação em quase todas as casas não é garantia de água, uma vez que a falta da mesma já faz parte do cotidiano dos moradores, existindo até um calendário mais ou menos definido:

“Faltou hoje de manhã cedinho, aí só vem amanhã ... de tarde (...) mas vem assim, dia sim e dia não, sabe como é? Hoje a gente vai passar o dia todinho sem água e amanhã e só vem assim a mais tarde, lá pras três horas quatro, ... faltou hoje de manhã... só vem amanhã de tarde” (depoimento de uma moradora da rua Sebastião Grande. Recife, 18 de maio de 2001).

“É um dia com água e dois dias sem água, mas sempre à noite chega água (...) agora a gente já sabe que falta água ... já guarda suficiente.” (depoimento de uma moradora da rua Waldemir Teles. Recife, 18 de maio de 2001).

Precisando armazenar a água, é pequena a parcela da população que trata sua água: Em torno de 25 % das famílias bebem água filtrada e menos de 2% da população realiza os processos de cloração e de fervura.

Até o ano de 2000 os projetos de drenagem existentes para a área mais deficitária não puderam ser efetivados. É fácil encontrar drenos construídos pelos moradores com restos de materiais de construção ou mesmo improvisados para escoar a água do quintal e da rua (fotos 34 e 35). Dentro da área ZEIS, o denominado Canal Laranjeiras resume-se a um riacho sem limites definidos (foto 36). A inexistência de um sistema de drenagem e a falta de calçamento na porção meridional contribui para que muitas vias tornem-se intransitáveis no período das chuvas devido os vários alagamentos (ver foto 37).

Ainda que haja alguns moradores jogando o lixo em local inadequado, principalmente na porção meridional, é afirmado que a coleta é regular e atinge tanto as áreas de fácil acesso quanto às menos acessíveis conforme depoimento:

“O lixo painho sempre bota na parte da manhãzinha... sempre passa assim o carrinho e leva o lixo daqui pro pessoal... o carrinho sempre passa de manhã bem cedinho.” (depoimento de uma moradora da rua Sebastião Grande. Recife, 18 de maio de 2001).

“A gente bota o lixo na frente de casa, tem um rapaz que pega.” (depoimento de uma moradora da rua Waldemir Teles. Recife, 18 de maio de 2001).

Com relação ao destino das fezes e urina existe uma diversificação tanto na porção setentrional quanto a meridional: vão para o sistema de esgoto, para fossa ou são jogados a céu aberto.

Tendo por base essa descrição do ambiente de moradia pode-se observar que algumas das doenças referidas nas entrevistas como pelo COSAC/DATASUS (2000), ter a ver com o ambiente em que vivem os moradores (quadro 8).

QUADRO VIII
DOENÇAS REFERIDAS POR SETOR QUE TEM A VER COM O AMBIENTE

DOENÇAS REFERIDAS	PORÇÃO	CONDIÇÕES AMBIENTAIS
ALCOOLISMO	Setentrional/ Meridional	É pior na porção meridional (área ZEIS) onde está a população com menor renda. Os moradores estão mais sujeitos a ansiedades e depressão.
DIARRÉIA	Meridional	Ocorre tanto quando a encanação d'água é contaminada com a de esgoto e quando a pessoa toma banho no Rio Tejipió.
DENGUE	Setentrional/ Meridional	Água armazenada em condições precárias, no lixo e empoçada na rua, por exemplo.
FILARIOSE	Meridional	Precárias condições de saneamento; presença do mosquito transmissor da doença.
LEPTOSPIROSE	Meridional	Na ocasião das enchentes.

Fonte: COSAC/DATASUS, 2000/ Entrevistas 2000/2001

Essas enfermidades são alguns exemplos de doenças foram relacionadas ao meio ambiente; percebe-se que algumas dessas doenças poderiam ser amenizadas ou até mesmo erradicadas com melhores condições de urbanização.

Meio ambiente e ação do poder público



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

34. Drenagem improvisada no quintal. Na ocasião das chuvas essa é uma das áreas atingidas pelas enchentes.

Local: R. João Paulo II (Eq. 177 mc 2).

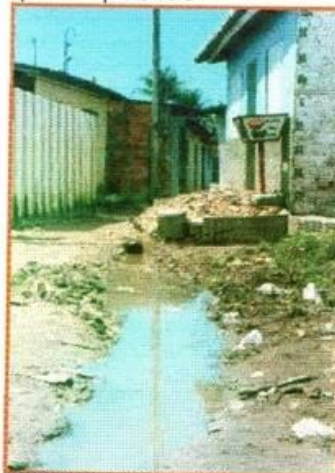


Foto: PEREIRA, M.P.B. Maio/ 2001

35. Drenagem improvisada na rua. Nesta via a água escoou até chegar na área denominada de charco. É um dreño natural que é manejado pelos moradores.

Local: R. Waldemir Teles (Eq. 178 mc 2)



Foto: PEREIRA, M.P.B. Maio/ 2001

36. Canal das Laranjeiras. O mesmo não foi beneficiado com uma canalização planejada, o que pode trazer consequências como o assoreamento e enchentes.

Local: R. Waldemir Teles (Eq. 178, mc 2).



Foto: PEREIRA, M.P.B. Julho/ 2000

37. O acúmulo de água na rua traz problemas para a saúde, para o trânsito das pessoas e veículos, e para a própria aparência do lugar.

Local: R. João Paulo II (Eq. 177, mc 2).

4.3 SÍNTESE E OBSERVAÇÕES

A caracterização geral das comunidades objeto de estudo foi realizada buscando em primeiro lugar suas origens (o que essa comunidade valorizou ao longo do tempo e o que é relevante na área independente da vontade dos moradores). Em segundo lugar foi realizado um perfil epidemiológico considerando: atividades de saúde realizadas pelo poder público; estatísticas referentes a população; ações dos ACS; condições de saúde da população; atuação dos moradores nos seus aspectos culturais e ambientais; e situação desse ambiente decorrente da ação urbanizadora do poder público.

Podemos apreender que com relação às suas origens Campo do Banco está inserida nas áreas dos antigos sítios, enquanto Jardim Uchôa inclui-se na porção dos alagados, pois sua população está assentada em uma pequena área de interflúvio.

Apesar de estar assentada em ambientes diferentes no que diz respeito ao aspecto histórico/natural, essa população valoriza igualmente a área de lazer, o seu espaço de luta representado pela associação dos moradores, a educação, a religião, a saúde e sua principal via de acesso.

Já, com relação ao meio ambiente, Campo do Banco negligencia um pouco a rede hidrográfica embora valorize a arborização. Jardim Uchôa, talvez por estar próxima a uma APA e ser delimitada pelo rio Tejipió e o Canal Laranjeiras tende valorizar a natureza ou pelo menos temer sua força (devido às enchentes).

No que diz respeito ao crescimento da comunidade percebe-se que as duas se organizaram no espaço seguindo os mesmos estágios: horizontalização com ruas tortuosas e aumento progressivo da densidade demográfica e em uma segunda etapa a verticalização, ainda que incipiente.

As duas comunidades estão recebendo apoio do poder público no que diz respeito à promoção da saúde trabalhando principalmente os aspectos preventivos.

A dinâmica da população é um pouco diferenciada, sendo Campo do Banco uma população progressiva (jovem) e Jardim Uchôa uma população estacionária (adulta) induzindo que as taxas de mortalidade e natalidade fossem maiores em Campo do Banco. Apesar das aparências, as duas comunidades estão controlando suas taxas de natalidade e diminuindo as taxas de mortalidade fazendo com que a expectativa de vida aumente.

As razões de dependência das comunidades - 78,28% para Campo do Banco e 61,81% para Jardim Uchôa - demonstram que Campo do Banco tem uma população dependente mais numerosa, implicando num maior número de trabalhadores não qualificados (menores de 15 anos) e mais idosos (maiores de 60 anos) necessitando superar suas limitações físicas para adequar-se ao trabalho.

Com relação ao PACS – instalado em Campo do Banco - observa-se que a atuação é constante e eficaz apesar de todas as dificuldades apontadas. Todavia as expectativas de melhoras estão totalmente depositadas na implantação da Unidade de Saúde, denominada pelos moradores como postinho de área:

“É um projeto que a gente tá vendo se vai abrir agora... é um postinho de área(...) Gorette que é a minha supervisora também já andou mais eu pra procurar casa(...) porque você tá com uma febre, uma pressão alta... não precisa ir pra um posto só pra ele passar uns exame e lhe medicar... num postinho de área... sé tá com problema é só medir a pressão, vê uma febre... passar um remédio .” (depoimento de uma moradora da Rua Vereador Luiz Cavalcanti em Campo do Banco e ACS de uma comunidade nas proximidades. Recife, 16 de maio de 2001).

Encontramos também na localidade algo inusitado em relação ao PACS. De acordo com as normas desse programa, para ser um ACS é necessário que o mesmo seja maior de 18 anos, alfabetizado, ter tempo disponível de 8 horas diárias e morar a pelo menos dois anos na comunidade. No entanto, durante uma entrevista, uma moradora afirmou trabalhar como ACS em outra comunidade e morar em Campo do Banco. A explicação foi a seguinte: estando ela já engajada na pastoral da criança tanto em Campo do Banco como na outra comunidade a mais de dez anos, teve a preferência na seleção de ACS; sendo a seleção para todo o bairro da Várzea ela foi aproveitada na outra comunidade.

No caso de Jardim Uchôa a existência de uma Unidade de Saúde ainda não é o suficiente segundo moradores e ACS, que reivindicam a presença de mais especialistas e de uma ambulância. Isso ocorre, segundo uma das moradoras, porque na falta de um especialista não há o atendimento nem encaminhamento por parte da Unidade de Saúde. O morador precisa recorrer a uma outra solução, retornando com uma receita, pois neste caso há autorização de entrega de

remédios, todavia os profissionais da Unidade de Saúde reclamam que nem sempre tem remédios suficientes para atender a demanda.

Também foi percebido que nas duas comunidades o entendimento desse programa está mais vinculado ao modelo curativo; Dessa maneira sempre haverá insatisfação já que o PACS/PSF tem uma visão mais relacionada ao modelo preventivo.

A relação entre o morador e o ACS tem sido associada tanto a imagem de um profissional como a de um amigo, dependendo do grau de intimidade. E no caso de Jardim Uchôa (que tem o PSF), foi observado que existe satisfação do morador em relação ao atendimento do médico devido haver maior proximidade entre ambos.

A doença mais referida nas duas comunidades foi a hipertensão arterial. Em Campo do Banco o diabetes e o alcoolismo ficaram em segundo e terceiro lugar respectivamente; Enquanto em Jardim Uchôa a situação inverteu-se, ficando o alcoolismo e o diabetes sucessivamente na ordem das doenças mais referidas.

Essas doenças estão incluídas na ficha A do SIAB (anexo 5) que os ACS utilizam para recolher informações sobre a comunidade. Essa ficha foi elaborada pelo governo federal e repassada a todas as áreas do programa incluindo algumas das doenças mais comuns em todo o país, sem respeitar as especificidades da área onde o PACS/PSF atua (comunidades pobres) e muito menos a localidade onde está sendo implantada (as comunidades pobres do Recife, por exemplo). Ao observar as atitudes dos moradores de Campo do Banco e Jardim Uchôa e o meio em que vivem, podemos inferir que além dessas doenças existem outras enfermidades presentes na vida dos moradores.

Os costumes são semelhantes nas duas comunidades, e, apesar de algumas dessas atitudes estarem em conflito com as orientações e propostas dos ACS, elas tem muito a ver com a condição econômica e a falta de uma infra-estrutura satisfatória.

As atitudes observadas nas comunidades podem influir de alguma maneira no processo saúde-doença da população, tais como: o armazenamento d'água em local impróprio, a emissão direta do esgoto doméstico na rede hidrográfica e/ou construção de fossas que tem por consequência a contaminação da rede hidrográfica, a drenagem improvisada, o ato de jogar lixo em local impróprio, andar descalço em ruas não calçadas e com esgoto à céu aberto e tomar banho em rio com água contaminada.

Outra atuação dos moradores foi relacionada à luta por melhorias. Eles tiveram muita influência nesses espaços; dentre as ações, estão as construções improvisadas e abaixo-assinados junto ao poder público, que, por sua vez tem atuado de maneira diferenciada nessas comunidades.

Campo do Banco, considerada ZEIS a partir de 1994 e tendo COMUL instalada em 1995, teve o projeto de regularização urbana aprovado em 1996 e dois anos depois começou a sofrer algumas modificações como a efetivação da drenagem e pavimentação das ruas Argemiro Rego Barros e Nova Olinda e a drenagem das ruas Seis de Março e Arthur de Sá.

Embora tenham sido realizadas algumas obras, o plano urbanístico não vem sendo executado como deveria; Uma das razões talvez seja a disputa política acirrada entre os líderes comunitários que durante o ano de 2000, por exemplo, perderam a representação no Fórum do PREZEIS e em decorrência a área não conseguiu barganhar nenhum benefício.

Jardim Uchôa, ZEIS a partir de 1991, só passou a ter COMUL instalada em 1996 e ainda assim, até o ano de 2000 o plano urbanístico não havia sido aprovado por completo; um dos problemas é que inicialmente os técnicos traçaram ruas em áreas que não podem ser ocupadas assim como planejaram a retirada de casas sem considerar a opinião dos moradores. Esse problema já foi repetido muitas vezes, uma vez que todo novo projeto é baseado no anterior, que já estava com problemas.

Campo do Banco, no que diz respeito aos aspectos naturais está localizado em uma área plana e que não sofre com inundações; Jardim Uchôa além de ter passado cinco anos sem ter uma COMUL instalada, sofre com enchentes na época das chuvas e tem tido dificuldades para aprovar seu plano urbanístico.

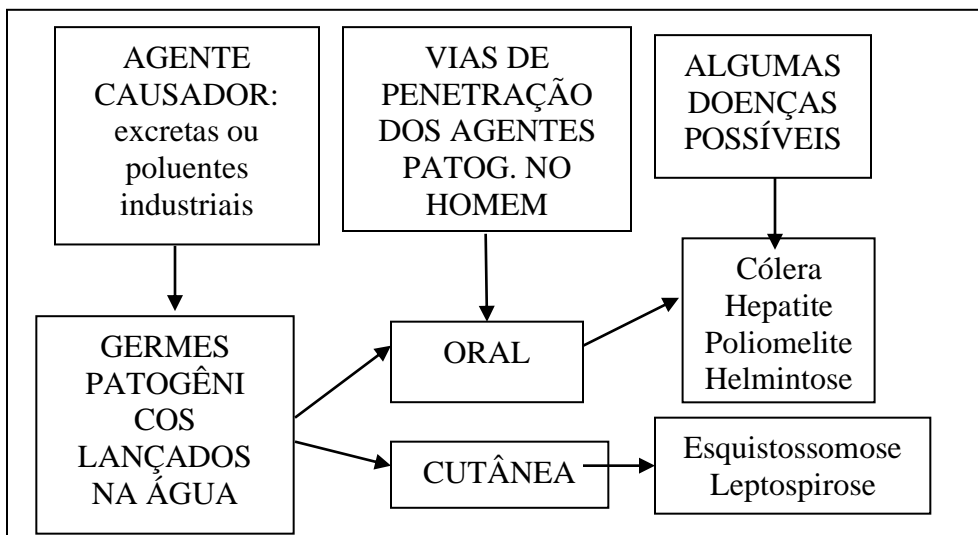
Esses contextos apresentados refletem necessidades diferenciadas nas comunidades. Em Campo do Banco as reivindicações apontam em primeiro lugar para a melhoria da segurança e do saneamento básico, num plano secundário estariam a saúde e o lazer. Em Jardim Uchôa a prioridade é dada à oportunidade de trabalho, pavimentação e drenagem, em segundo lugar está a necessidade de melhorias na habitação e ainda houve uma terceira ordem de prioridade em torno da melhoria da segurança e do saneamento básico.

Diante desse levantamento da problemática local e da referência de algumas doenças como, por exemplo, a diarreia, dengue, filariose e leptospirose, percebe-se que o perfil patológico dessas comunidades inclui também doenças relacionadas à água, ao lançamento de excretas na água e à presença de lixo.

As doenças de veiculação hídrica são assim denominadas porque os microorganismos provenientes do lançamento de excretas e poluentes (físicos e químicos) das indústrias entram em contato com o meio ambiente atingindo a água que, a partir desse momento serve como um meio de transporte para os germes patogênicos. Estes microorganismos atingem os seres humanos via oral quando ocorre a ingestão de água ou alimentos contaminados por essa água, assim como podem atingir o homem através do contato com a pele (ver diagrama 2).

DIAGRAMA II

Doenças causadas por agentes patogênicos lançados na água



Adaptação: Kawamoto, 1995, p. 71.

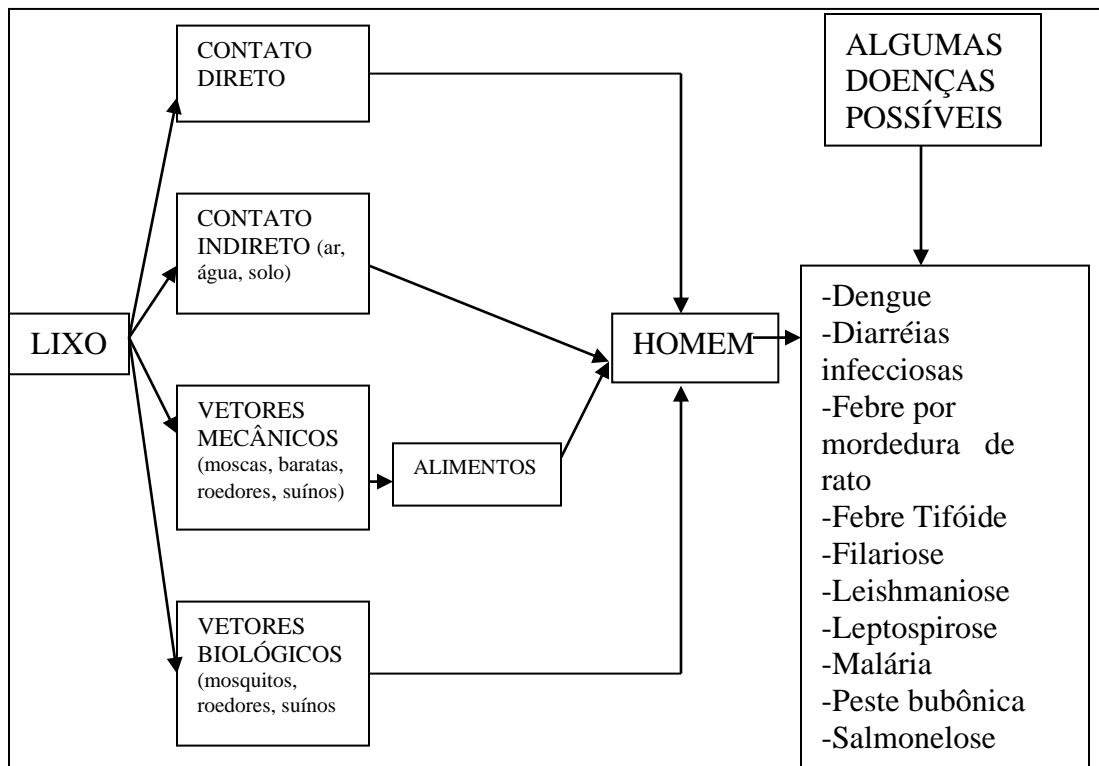
A transmissão de doenças através do lixo doméstico pode ocorrer devido aos tipos de materiais contidos no mesmo, estes podem ser de origem orgânica ou inorgânica.

O material orgânico, além de outras coisas, é composto de material fecal (tanto de origem humana quanto animal), restos de alimentos e cadáveres de animais. Já os detritos inorgânicos podem ser papéis, vidros, latas, etc..

O contato do homem com o lixo pode ser direto ou indireto. Geralmente o contato direto ocorre através dos catadores quando procuram plásticos e outros materiais para vender. O contato indireto, segundo Najm (apud Heller, 1997) pode ser através do meio ambiente, de vetores mecânicos e biológicos como se pode ver no diagrama abaixo:

DIAGRAMA III

Vias de contato do homem com o lixo



Fonte: Adaptação de Najm In: Heller, 1997, p. 14

A inclusão na ficha A do SIAB (anexo 5) de mais alguns costumes e de algumas dessas doenças relacionadas nos diagramas II e III facilitaria o controle da informação dos indicadores de problemas relacionados à fatores ambientais, sendo mais fácil a formulação de políticas públicas integrando a área da urbanização e da saúde.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No século XX, as décadas de 70, 80 e 90 foram marcadas por mudanças profundas na forma de o Estado Brasileiro intervir, com uma progressiva valorização dos governos locais em detrimento de um governo centralizado. Essa modificação teve suas origens em função de fatores internacionais e nacionais.

Na esfera internacional o estágio avançado de globalização econômica, a reestruturação produtiva e o movimento de financeirização favoreceram as agências multilaterais, interessadas no ajuste fiscal de países endividados como o Brasil, a impor regras, fazendo com que o mercado pudesse ter mais poder e o Estado passasse a gerenciar de forma descentralizada e atomizada (consolidação do pensamento neoliberal). Também favorecendo essa descentralização houve incentivos globais no sentido de selecionar práticas subnacionais que se destacassem nas formas de gerir o espaço urbano.

Na esfera nacional, o poder local também foi valorizado devido à Constituição de 1988, aos movimentos sociais preocupados com um processo mais democrático e aos rumos descompassados das políticas sociais. O Brasil perdeu muito do seu poder de intervir, não conseguindo impedir o comando do mercado e passando a gerenciar suas políticas de forma descentralizada e atomizada. A influência de todos esses fatores fez com que a política central e subnacional tomassem novos rumos, inclusive nos setores da habitação, saneamento e saúde.

Considerando a esfera nacional, as políticas de habitação, saneamento e saúde beneficiaram apenas a população mais abastada ou que lidasse com os interesses da mesma, (proteção da saúde do trabalhador, por exemplo). Apenas na saúde, os movimentos sociais conseguiram algum êxito ao influenciar o Projeto de Reforma Sanitária, que culminou na década de 90 com um quadro bem diferenciado das outras citadas.

A política de habitação permaneceu em parte centralizada e em parte descentralizada, porém atomizada, recebendo benefícios de agências multilaterais em algumas localidades; a política de saneamento rumou para a privatização; e a política de saúde privatizou-se em parte e, devido à influência do Movimento de Reforma Sanitária, permaneceu o setor público, agindo progressivamente de forma descentralizada e coordenada.

As políticas de saúde do subsistema público, através do processo de descentralização, aos poucos estão atingindo a população mais carente, enquanto que os outros setores (habitação e saneamento) continuam longe dos mais necessitados.

Diante desse quadro as políticas subnacionais, através das prefeituras, têm adotado na área da saúde programas de vulto nacional que alcançam os mais carentes, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) e na área da urbanização a realização de ações isoladas por parte de alguns municípios no sentido de melhorar a infraestrutura, como é o caso na cidade do Recife da implementação do Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social (PREZEIS).

Na esfera nacional o PACS foi implantado em 1991 e o PSF em 1994. Na cidade do Recife esses programas tiveram início respectivamente nos anos de 1994 e 1995. Em 2000, 194 equipes de PACS e 27 equipes de PSF já estavam implementadas. Já o PREZEIS, política local (Recife), teve início em 1987 e no ano de 2000 contava com 33 áreas com COMUL instalada e alguns investimentos públicos.

Esses programas atuam nas áreas consideradas mais carentes do ponto de vista da saúde e urbanização, em comunidades pobres urbanas. Em razão disso foram escolhidas duas comunidades inclusas no PREZEIS, sendo uma com a atuação do PACS e a outra com o PSF. Respectivamente foram escolhidas as comunidades de Campo do Banco e Jardim Uchôa; Após a construção de um perfil das mesmas pôde-se tirar algumas conclusões.

No setor saúde não está havendo um correto encaminhamento dos pacientes, tanto da equipe do PACS quanto à do PSF para as unidades de média e alta complexidade; Isso tem contribuído para uma certa insatisfação tanto dos moradores quanto dos ACS que, no caso do PACS, depositam suas esperanças em uma Unidade de Saúde para ter um atendimento médico e, do PSF, que reivindicam a presença de especialistas dentro da Unidade de Saúde.

Devido a essa falha no encaminhamento, passa a existir um conflito entre o modelo curativo e o preventivo, pois os dois programas, muito mais voltados para o modelo preventivo, (apesar do PSF trabalhar também com o curativo) não correspondem às necessidades da população, que por sua vez, reivindica a coexistência dos dois modelos.

Constatou-se também que o levantamento da informação e a sua divulgação são precários, dificultando a elaboração de um diagnóstico mais aprofundado da área. As estatísticas existem, mas muito padronizadas podendo não dar conta das condições concretas vividas nas comunidades.

Apesar dos problemas neste setor, está havendo muito progresso com relação às ações de promoção à saúde e o atendimento. Alguns resultados do levantamento de informações e das entrevistas têm mostrado que as taxas de natalidade e de mortalidade vêm diminuindo. Apesar de que ainda o alto índice da população dependente, acarreta na necessidade dos menores de 15 anos trabalharem, qualificando-se menos e alguns maiores de 60 anos necessitarem ultrapassar suas limitações de saúde para sustentar-se.

A relação entre o ACS e o morador é boa e tem melhorado, tanto existem casos em que o morador confia apenas no profissional quanto no amigo. No caso de Jardim Uchôa, onde tem o PSF, podemos acrescentar que a relação entre o médico e o paciente também melhorou, sendo de fato um tratamento mais humanizado, assim como o controle ambiental, que, apesar das dificuldades, tem obtido bons resultados.

Embora haja alguns problemas, o setor saúde tem conseguido atingir muitas das suas metas. Porém, devido as condições ambientais em que vive essa população, não está avançando de um modo mais ousado no sentido de melhorar as condições de saúde. Esse problema não deveria estar tão evidenciado nessas áreas, pois elas estão incluídas no PREZEIS e deveriam já estar passando por um processo mais acelerado de urbanização.

Constatou-se pela análise dos documentos reunidos, que houve um esforço consistente de planejamento urbanístico produtor de numerosos e sucessivos planos de intervenção. Mas os levantamentos em campo e a documentação fotográfica demonstraram que nas comunidades visitadas, as obras foram parciais e pontuais, incapazes, portanto de transformar decisivamente as condições ambientais da população.

Dessa forma os moradores não atendem muitas das orientações e propostas dos ACS, buscando sobreviver em um local onde as condições de urbanização são precárias e influentes no seu processo saúde-doença.

As perspectivas nacionais para esses setores também são divergentes. Para a saúde temos a NOAS – SUS 01/2001, na área da habitação foi aprovada a lei nº 10.257/2001, e no saneamento são várias as tentativas de se aprovar o PL 4.147/01.

O setor saúde aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS (NOAS – SUS 01/2001) que busca a ênfase na regionalização enquanto estratégia de hierarquização dos serviços com a finalidade de melhorar a equidade. Sendo implementada com sucesso essa norma,

possivelmente o problema do encaminhamento de pacientes por parte do PACS e do PSF a unidades de média e alta complexidade se resolverá ou será amenizado.

Com relação ao urbanismo finalmente foi aprovada, no ano de 2001, a lei nº 10.257/2001 que regulamenta o capítulo de política urbana (artigos 182 e 183) da Constituição Federal de 1988. Essa lei, do Estatuto da Cidade, possibilita uma política urbana voltada para a promoção da inclusão social e territorial nas cidades brasileiras, considerando aspectos urbanos, sociais e políticos. Muitos dos instrumentos e ferramentas que estão contidos no “Estatuto da Cidade” já fazem parte da lei do PREZEIS, existente na cidade do Recife.

Ainda no âmbito nacional, pode-se observar que o setor de saneamento está de fato voltado para a privatização. Durante todo o ano de 2001 foram várias as tentativas de aprovar a o Projeto de Lei 4.147/01 de autoria do governo federal, este tem como objetivo retirar o controle desse serviço do município e de regiões metropolitanas e passá-lo para o Estado, facilitando o processo de privatização. Sendo privatizado, as pessoas que tem mais dificuldade de pagar por esse serviço, como é o caso dos moradores de comunidades pobres, dificilmente terão acesso a este.

No âmbito subnacional, na cidade do Recife, algumas perspectivas também são apontadas, como os avanços na questão do levantamento de informações do SIAB e do PREZEIS e o início da implementação do Projeto Agente de Saúde Ambiental.

No que diz respeito ao levantamento de informações das doenças referidas, consolidada pela ficha A do SIAB, foram incluídas para o ano de 2001 algumas doenças como filariose, esquistossomose, desnutrição, diarreia, desidratação, dentre outras. Devido a essas mudanças será realizado um melhor diagnóstico das condições de urbanização e de renda da população

Com relação ao PREZEIS são numerosos os direcionamentos: está se buscando sistematizar melhor as informações para facilitar o planejamento interno assim como estabelecer parcerias com a própria prefeitura, através do orçamento participativo, com o Estado de Pernambuco e com o Habitar BID; adotar estratégias para melhorar a participação popular, pois, em geral, só os líderes estão participando; estabelecer uma real integração de políticas públicas através do PREZEIS (incluindo a área da saúde) e; conseguir urbanizar e regularizar todas as atuais ZEIS com COMUL instalada.

O Projeto Agente de Saúde Ambiental tem por objetivo implementar uma política à luz dos princípios do SUS que integre planejamento, execução e avaliação de serviços e ações voltadas ao meio ambiente para melhorar e proteger a saúde da população.

Neste projeto, foram escolhidos como determinantes de morbidade e mortalidade a qualidade do saneamento básico, a pobreza, o desemprego e a educação. A partir dos índices de morbidade e mortalidade foram construídos mapas de risco e definida a quantidade de Agentes de Saúde Ambiental para cada área. Após alguns ajustes (obedecendo aos princípios da universalidade e da equidade) foi determinada a necessidade de mais de 700 Agentes de Saúde Ambiental. Esses agentes terão uma forma de agir parecida com os ACS, porém com uma atenção mais voltada para o meio ambiente. A seleção foi realizada no ano de 2001 e está prevista a implantação para 2002.

Dessa maneira, pelo menos na cidade do Recife, as perspectivas apontam para que se reduza o descompasso constatado entre as políticas públicas na área da saúde, habitação e saneamento. Se houver clara sinalização pelo poder público que pretende acelerar e intensificar suas intervenções nessas áreas, poderá ocorrer uma resposta da população no sentido de adotar atitudes de maior responsabilidade com sua própria saúde.

VI - BIBLIOGRAFIA

6.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Adelmo *et all* (coord.). **Uma política inovadora de urbanização no Recife: 10 anos do PREZEIS**. Recife: Centro de Estudos e Pesquisas Josué de Castro/ ETAPAS/ FASE. 1999.

ARAÚJO, Tânia Bacelar de. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências**. Rio de Janeiro: Revan: Fase, 2000. 392p.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. **O coletivo ilusório: uma reflexão sobre o conceito de comunidade**. Recife: UFPE, Ed. Universitária, 1985. 189p.

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE, **A constituição do Brasil – 1988**. Rio de Janeiro: Bloch Editores S. A. 140p.

AZEVEDO, Sérgio de. “A crise da Política Habitacional: dilemas e perspectivas para o final dos anos 90”. . In: RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S. (orgs.). **A crise da Moradia nas Grandes Cidades: da questão da habitação à reforma urbana**. Editora da UFRJ, 1996.

BALASSIANO, Helena Maria Mesquita. **As favelas e o comprometimento ambiental**. In: MESQUITA, Olindina Vianna & SILVA, Solange Tietzmann (coord.). **Geografia e questão ambiental**. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Geografia. 1993. P. 41 - 48.

BARBOZA, Hélio Batista & FARAH, Marta Ferreira Santos (orgs.). **Novas experiências de gestão pública e cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 296p. (Coleção FGV Prática)

BATISTA FILHO, Gerson. **Plano de drenagem de Jardim Uchôa: relatório final**. Recife: PCR/ URB-Recife. 1995. 16p.

_____. **Projeto de drenagem pluvial de Jardim Uchôa: relatório final**. Recife: PCR/ URB-Recife. 1996.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O consenso de Washington: A visão neoliberal dos problemas Latino-Americanos**. In: Caderno Dívida Externa. São Paulo, 1994. 55p.

BEZERRA, Amélia Cristina Alves. **Fazendo-se casas e produzindo cidade: uma análise geográfica dos mutirões habitacionais em Fortaleza**. Recife, 2000. 89p. Dissertação (Mestrado em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

BITOUN, Jan. A política de saúde e as inovações na gestão local. **Cidadania, cidade é notícia**. Recife: ETAPAS. 2000, nº 4. Abril/maio de 2000 (a).

_____. **Movimentos sociais e a cidade: questões relevantes para a geografia urbana**. Recife: DCG. 1992.

_____. Territórios do diálogo: palavras da cidade e desafios da gestão participativa no Recife (Brasil). **Revista de Geografia**. Recife: CFCH/DCG. v. 16, n. 2, jul/dez 2000 (b). p. 41-54.

BLAY, Eva Alterman. **Eu não tenho onde morar: vilas operárias na cidade de São Paulo**. São Paulo: Nobel, 1985. 332p.

BONDUKI, Nabil Georges (org.). **Habitat: as práticas bem sucedidas em habitação, meio ambiente e gestão urbana nas cidades brasileiras**. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: 1993 (a).

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 92**. Brasília: MS, 1992 (a).

- _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 93.** Brasília: MS, 1993 (b).
- _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96.** Brasília: MS, 1996
- _____. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.(PACS)** Brasília: 1997.
- _____. **Programa de Saúde da Família (PSF).** Brasília: 1994.
- _____. **Sistema Único de Saúde.** 3. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1992 (Publicações Técnicas – nº 2).
- CAMARGO, Isaac Antônio. **Reflexões sobre o pensamento fotográfico:** pequena introdução às imagens e à fotografia. Londrina – PR: Ed. Da UEL. 1997. 142p
- CAVALCANTI, Carlos Bezerra. **O Recife e seus bairros.** Recife: Câmara Municipal do Recife, 1998. 166p.
- CORRÊA, Roberto Lobato. **Meio Ambiente e a Metrópole.** In: MESQUITA, Olindina Vianna & SILVA, Solange Tietzmann (coord.). Geografia e questão ambiental. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Geografia. 1993. P. 25 - 30.
- COSAC/DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Relatório de profissionais por equipe.** Recife: Secretaria Municipal de Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, 2000. 71p.
- COSTA, André Monteiro. Agenda Política em Saneamento Ambiental: desafios para o controle social. In: SANTOS JR, Orlando Alves dos; BRITTO, Ana Lúcia. PORTO, Hélio Ricardo Leite (orgs). **Políticas de Saneamento Ambiental:** inovações na perspectiva do controle social. Rio de Janeiro: FASE, 1998. 246p.
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Norberto. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde:** do imaginário ao real. Viçosa: Editora UFV, 1998. 141p.
- CPPO - Pernambucana de Projetos e obras LTDA. **Projeto de Pavimentação e drenagem ZEIS Campo do Banco:** Rua Nova Olinda. Recife: URB-Recife/PCR. 1998 (a)
- _____. **Projeto de Pavimentação e drenagem ZEIS Campo do Banco:** Rua Prof. Argemira Rego Barros. Recife: URB-Recife/PCR. 1998 (b)
- CPRH. **Monitoramento da qualidade da água das bacias hidrográficas do Estado de Pernambuco.** Recife: 1997.
- DDA. **Cadastro das Unidades de Conservação da Cidade do Recife.** Recife: PCR. 1996.
- DDC. **Relatório Anual 2000.** Recife: Distrito Sanitário V. 2000.
- DOWBOR, Ladislau. **O que é poder local.** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1999. 83p. (coleção primeiros passos).
- DPS - DIRETORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE. **Relatório de Gestão 1997.** Recife: PCR/SMS. 1997. 83p.
- D. S. IV – Distrito Sanitário IV. **Campo do Banco.** Recife: SMS/PCR. 1997.
- D. S. IV – Distrito Sanitário IV. **Relatório Anual de Atividades.** Recife: SMS/PCR. 1996. 51p.
- ELIAS, Miguel. **Habitação:** fundamentos e estratégia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1980.108p.
- EMLURB. **Cadastro de canais do Recife.** Recife: PCR. 1985.
- ENGECONSULT. **Macro drenagem da área de complementação urbana.** 3ª etapa. Recife: URB-Recife. 1985. (vol. 1, tomo 1).
- FASE. **Histórico do uso e ocupação do solo:** Zeis Campo do Banco. In: Banco de dados das Zeis Recife: 1997.
- GEORGE, Pierre. **Os métodos da Geografia.** 2. ed. São Paulo: Difel. 1986. 116p.

- GRISI, Breno Machado. **Glossário de ecologia e ciências ambientais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB. 1997. 145p
- GRUPENMACHER, Betina Treiger & BUSQUETS, Cristina Del Pilar P. Favelas, invasões e modalidades de loteamentos. In: DALLARI, Adilson Abreu; FIGUEIREDO, Lúcia Valle (coord.) **Temas de direito urbanístico 2**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1991. p. 52 - 97.
- HELLER, Léo. **Saneamento e Saúde**. Brasília: OPAS/OMS. 1997. 83p.
- KAWAMOTO, Emília Emi (coord.). **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1995. 200p.
- KÖNIG, René. **Sociologia de la comunidad local**. Madrid: Fundacion Foessa. 1971. 281p.
- LAURELL, Asa Cristina. **La salud-enfermidad como processo social**. Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25.
- LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LEBRÃO, Maria Lúcia; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. **Estatísticas de Saúde**. 2.ed. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária LTDA. 1987, 186p.
- LIEBER, Renato Rocha. **Teoria e metateoria da causalidade**: pensando os riscos ambientais no contexto da seca e seus aspectos culturais. Recife: s.m. 1999 (mimeo).
- LISTA GERAL DAS ZEIS. In: **Banco de dados das ZEIS**. Recife: Observatório de Políticas Públicas – FASE/NE. 2000. 3p
- MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 1999. 302p.
- MONTENEGRO. Thereza. **O que é ONG**. São Paulo: Brasiliense, 1994 – (Coleção Primeiros Passos; 24). 85p.
- MOREIRA, Emília de Rodat Fernandes & MOREIRA, Ivan Targino. **Políticas Públicas e reordenação do espaço municipal**. João Pessoa (texto didático) 1997. 9p.
- Notícias do PREZEIS**. Recife: Fórum do PREZEIS. no 7 – abri/mai 2001
- PCR. **Atividades realizadas em 1991**. Recife: 1992
- ____. **Atlas Ambiental da cidade do Recife**. Recife: Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. 2000 (a). 148 p.
- ____. **Cadastro das Unidades de Conservação da cidade do Recife**. (versão preliminar). Recife: Secretaria de Planejamento Urbano e Ambiental/IDepto. de Desenv. Ambiental/ Div. de Planos de ações ambientais. 1996 (a).
- ____. **Perfil Municipal** – histórico e evolução urbana. Recife: Diretoria de Planejamento urbano – DPU/ Divisão de Estudos e pesquisas. Julho/ 1989. 230p.
- ____. **Programa de Esgoto Condominial**. Recife: PRONURB. 1994. 8p (a).
- ____. **Projeto Piloto de Ações Integradas em Saúde e Meio Ambiente** – PAI Recife. Recife: 1996 (b) 64p.
- ____. **Realizações de 1993**. Recife: 1994 (b).
- ____. **Realizações de 1994**. Recife: 1995.
- ____. **Realizações de 1995**. Recife: 1996 (c).
- ____. **Recifemais**. Recife: 2000 (b).
- PONTES, C.A. A. MIRANDA, J. C. MELO, M. E. B. **Exercícios de fixação sobre epidemiologia**. Recife: Mestrado em Saúde Pública (mimeo). 1999. 10p.
- PREZEIS** – Plano de Regularização das zonas especiais de interesse social: Manual para lideranças. Recife: FASE/NE; Cendhec; URB – Recife. 1997. 52p.

Proposta de implantação de um Sistema de Informações Geográficas para apoio ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ Programa Saúde da Família. Recife: Fiocruz/CpqAM. 1999. (Relatório Final de Oficina de Trabalho da Escola de Saúde Pública). (<http://www.opas.org.br/geosaude/Relatorios/ofrecife.htm>).

RAFFESTTIN, Claude. Recenseamento e poder. In: **Por uma Geografia do Poder.** São Paulo: Ática, 1993.

ROCHA, Danielle de Melo; RANGEL, Valéria Guimarães; FREIRE, Verônica Maria. Prezeis: instrumento de política urbana e de luta social. In: BONDUKI, Nabil Georges Bonduki (org.). **Habitat:** as práticas bem-sucedidas em habitação, meio ambiente e gestão urbana nas cidades brasileiras. 2.ed. São Paulo: Studio Nobel, 1997.

RODRIGUES, Arlete Moysés. **Moradia nas cidades brasileiras.** São Paulo: Contexto, 1997. (Repensando a Geografia).

SAMAJA, Juan. **A reprodução social e a saúde.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000, 100p.

SANTOS, E. B. dos; PEREIRA, M. P. B.; SOUZA JÚNIOR, X. S. S. de. O profissional de Geografia e o trabalho de campo. **Revista de Geografia.** Recife: CFCH/DCG. v. 16, n. 2, jul/dez 2000. p. 107 à 125.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 1997. 273p.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, URBANISMO E MEIO AMBIENTE. **Região Política Administrativa 5 – Sudoeste.** Recife: PCR. 1996. 16p.

SETTE, Mário. **Arruar:** história do Recife antigo. 3.ed. Recife: Secretaria de Educação e Cultura. Governo do Estado de Pernambuco, 1978, 351p. (coleção pernambucana – vol. XII).

SILVA, Lígia Maria Tavares da. Fotografia e memória urbana: em busca do significado do lugar. **Revista de Geografia.** Recife. DCG/ UFPE, 1996. v. 12, n. 2. p. 79-89.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 1997.** Recife: PCR. 1997. 83p.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2000.** Recife: PCR. 2000.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias de.; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (orgs). **Geografia:** conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, 353p. p. 77 à 113.

SOUZA, Maria Fátima de. **Análise do Programa de agentes comunitários de saúde e sua relação com a organização dos serviços de saúde – um estudo exploratório no Estado da Paraíba.** João Pessoa: 1994. 103p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Centro de Ciências Históricas Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba.

SPUMA. **Região Política Administrativa 5 – SUDOESTE.** Recife: PCR. 1996.

STERNBERG, Hilgard O'reilly. **Contribuição ao estudo da geografia:** I – o trabalho de campo na geografia; II – O laboratório de geografia e o equipamento didático. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde – Serviço Documentação, 1946. p. 13 à 63.

URB-RECIFE. **Cadastro das Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS com COMUL instalada.** Recife: PCR. 1999.

_____. **Memorial descritivo:** revestimento do Canal do Cavouco. Recife: PCR. 1992.

_____. **Plano de Regularização Urbana:** Campo do Banco. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife. 1996(a). 61p.

_____. **Plano Urbanístico de Jardim Uchoa.** Recife: Prefeitura da Cidade do Recife. 1996(b). 40p.

VASCONCELOS, Ronald Fernando Albuquerque. **Descentralização Político-administrativa na cidade do Recife: o caso do Esgotamento Sanitário na Gestão da Frente Popular – 1986-1988**. Recife: 1995. 260p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano e Regional) Centro de Artes e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco.

6.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALVES, Vicente Eudes Lemos. Trabalho de campo: uma ferramenta do geógrafo. **GEOUSP**, São Paulo, n. 2. p. 85-89. 1997.

BARRETO, Maurício Lima; CARMO, Eduardo Hage. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe epidemiológico do SUS**. CENEPI, jul. à dez. 1994.

BAVA, Silvio Caccia. As ONG's e as políticas públicas na construção do estado democrático. **Revista do Serviço Público**. Brasília. Ano 45, v. 118, n. 3. set/dez 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (cadernos de atenção básica,7)

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde/CENEPI. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 373p.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/ NOAS-SUS 2001**. Brasília: MS, 2001.

_____. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: MS, ano 1, n.2, junho/julho 2000.

CASTRO, Iná Elias de. O problema da Escala. In: CASTRO, Iná Elias de.; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (orgs). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, 353p. p. 77 à 113.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (orgs). **Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ ENSP, 1996. 196p. 189-193.

FERRAZ, Sônia Terra. **Cidades Saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999. 102p.

FIGUEIREDO, Ana Maria de A.; TANAKA, Oswaldo. A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Qualidade em saúde**. São Paulo. (Cadernos FUNDAP), 1996. n. 19. p. 98-105.

JARDIM, Paulo César B. Veiga; SOUZA, Ana Luiza Lima; MONEGO, Estelamaris Tronco. Atendimento multiprofissional ao hipertenso. In: 47^o CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM: **O poder (in)visível da Enfermagem**, 11, 1995, Goiânia-GO. Anais... Goiânia: Ed. da UFG, 1995. 273p. p. 209-220.

KULESZA, Tereza Mitsunaga. **Processo de trabalho e saúde na lavoura canavieira em Sapé: delineando relações e perfis**. João Pessoa: 1995. 141p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba.

LEAL, Suely M. Ribeiro. Modelos de descentralização política na gestão local: os novos formatos na década de 90. In: MELO, Norma Lacerda de; LEAL, Suely M. Ribeiro (orgs). **Relação público-privado: do local ao global**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1995.

LESBAUPIN, Ivo. **Poder Local x Exclusão social: a experiência das prefeituras democráticas no Brasil**. Petrópolis – RJ: Ed Vozes, 2000. 90p

MARICATO, Ermínia. **Política Habitacional no Regime Militar: do milagre brasileiro à crise econômica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. 91p.

RACINE, J. B.; RAFFESTIN, C.; RUFFY, V.. Escala e ação, contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática da geografia. **Revista Brasileira de Geografia**. Rio de Janeiro: 45 (1): 123-135, jan/mar. 1983.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel de. **Integração Regional em Saúde do Trabalhador no contexto do MERCOSUL**. Rio de Janeiro (documento preparado para a oficina de trabalho). 1996. 21p.

SAULE JÚNIOR, Nelson; ROLNIK, Raquel. **Estatuto da cidade**: novas perspectivas para a reforma urbana. São Paulo: Polis, 2001. 64p. (Cadernos Polis, 4)

SILVA, Iranise Alves da. **A crise da moradia**: a política habitacional para as classes de baixa renda de Campina Grande – PB. Rio de Janeiro: AGIR, 1987. 88p.

SISINNO, Cristina Lúcia Silveira (org.) **Resíduos sólidos, ambiente e saúde**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 142p.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner/ Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1994, p. 411 - 828 (vol. 2).

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner/ Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1994, p. 831 - 1307 (vol. 3).

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner/ Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1994, p. 1311 - 1782 (vol. 4).

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Agente Ambiental Pró-Recife Saudável**. Recife: PCR. 2001

TAMBELLINI, Anamaria. **Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente**.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MELO, Cristina (orgs). **Construindo Distritos Sanitários**: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1995.

UNIDADE DE SAÚDE DE JARDIM UCHÔA. **Relatório**. Recife: Distrito Sanitário V. 2000.

UNIDADE DE SAÚDE DE JARDIM UCHÔA. **Relatório trimestral** – 2000. Recife: Distrito Sanitário V. 2000

URB-Recife. **Indicação de Áreas prioritárias para urbanização com recursos do Governo do Estado**. Recife: PCR, 2001.

VII - APÊNDICES

- A. Marcos que fizeram diferença na forma de atuar sobre o espaço brasileiro nas áreas da habitação, saneamento e saúde durante o século XX;
- B. Marcos que fizeram diferença na forma de atuar sobre o espaço das Comunidades Pobres Urbanas da cidade do Recife nas áreas de urbanização e saúde (PREZEIS – PACS/PSF) durante a década de 90 do século XX;
- C. Comunidades pobres urbanas da cidade do Recife: ZEIS com COMUL instalada e que possuem PACS e/ou PSF – 2000;
- D. Roteiro de entrevista com o representante da COMUL (processo de trabalho);
- E. Roteiro de entrevista com o morador (histórico e organização espacial);
- F. Roteiro de entrevista com o ACS (processo de trabalho);
- G. Localização das ruas e fotos em Campo do Banco;
- H. Localização das ruas e fotos em Jardim Uchôa.

APÊNDICE A

MARCOS QUE FIZERAM DIFERENÇA NA FORMA DE ATUAR SOBRE O ESPAÇO BRASILEIRO NAS ÁREAS DA HABITAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE DURANTE O SÉCULO XX.

ANO/ PER.	Marcos	DESCRIÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Início do Séc. XX	-	O Estado assume os serviços de saneamento. Dá-se início o sanitarismo campanhista com Saturnino de Brito.	SANEAMENTO
1923	Lei Elói Chaves/ <i>CAP's</i>	Surgem a Previdência Social e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (<i>CAP's</i>), organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores.	SAÚDE (Prev. Social)
Déc. de 30	-	A industrialização propicia a construção de Vilas Operárias, estas abrigam apenas os empregados dessas indústrias. A partir dessa década são construídos pequenos conjuntos habitacionais financiados pela Previdência, Fundação da Casa Popular e das Caixas Econômicas.	HABITAÇÃO
1930	<i>IAP</i>	Surgem os Institutos de Aposentadorias e pensões (<i>IAP's</i>). Eram estruturados por categorias profissionais e seu objetivo era a acumulação de capital, ficando a saúde em segundo plano. A natureza do financiamento passa a ser tripartite (empresários + trabalhadores + Estado). Ex.: <i>IAPM</i> (Inst. de Apos. e Pensões dos Marítimos), <i>IAPI</i> (Inst. de Apos. e Pensões dos Industriários), etc.	SAÚDE (Prev. Social)
Déc. de 50	-	Década marcada pela constituição de autarquias e de mecanismos de financiamento para o abastecimento d'água. Instituição dos Serviços Autônomos de Água e Esgotos (<i>SAAE</i>) e do Serviço Especial de Saúde Pública (<i>SESP</i>) além de alguns departamentos estaduais de saneamento na condição de autarquia	SANEAMENTO
1960	Lei Orgânica da Prev. Social	Ocorre o início de uma uniformização dos benefícios	SAÚDE (Prev. Social)
1963	Proposta do Mov. Municipalista	Durante a II Conferência Nacional de Saúde, em dezembro consubstanciam-se propostas do Mov. Municipalista, articuladas pelo Sanitarismo Desenvolvimentista.	Profissionais da área da saúde
1964	<i>GOLPE MILITAR</i>	Tem início um período marcado por medidas centralizadoras por parte do Governo.	-
	<i>Lei Federal 4.380</i>	É criado o Banco Nacional de Habitação (BNH). Tinha a finalidade de promover o desenvolvimento urbano de maneira integrada. Algumas de suas funções eram gerar Sistemas Financeiros na área da habitação e saneamento.	HABITAÇÃO E SANEAMENTO
1966	<i>INPS</i>	Os <i>IAP's</i> são substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (<i>INPS</i>). Ocorre: a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger quase a totalidade da pop. urbana e rural; o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; Criação de complexo Médico industrial; Capitalização da Medicina e; Privilégio do capital privado. É financiado apenas pelas empresas e o Estado.	SAÚDE (Prev. Social)
Déc. de 70	<i>Autoco nstrução</i>	Em paralelo às políticas do BNH ocorreu a iniciativa por parte da população, desde o final da década de 60 e toda a década de 70, de construir sua própria casa devido às altas prestações das casas do BNH, esse fenômeno foi chamado de autoconstrução.	HABITAÇÃO
1971	SA <i>PLANA</i>	O Plano Nacional de Saneamento era financiado pelo Sistema Financeiro de Saneamento (gerenciado pelo BNH com recursos do FGTS). O objetivo do PLANASA foi atender a população através de companhias estaduais atendendo as necessidades de abastecimento d'água e de coleta e tratamento de esgoto através de concessões ao município.	SANEAMENTO
1971	PRORURAL	Institui-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL.	SAÚDE (Prev. Social)

MARCOS QUE FIZERAM DIFERENÇA NA FORMA DE ATUAR SOBRE O ESPAÇO BRASILEIRO NAS ÁREAS DA HABITAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE DURANTE O SÉCULO XX (cont.).

ANO/ PER.	Marcos	DESCRIÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
1972	-	Inclui-se na Previdência Social os Empregados Domésticos e os Autônomos.	SAÚDE (Prev. Social)
1974	Lei 6.034	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Adota-se uma série de reformulações com implicações diretas e indiretas nas políticas de saúde, dentre elas está a separação da área previdenciária da área de trabalho, a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que universaliza a atenção a urgências.	SAÚDE (Prev. Social)
	Lei 6.118	Implantação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social. Também ocorre a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais e a criação da DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Prev. Social) que viria a ter importante papel no controle e avaliação dos serviços de saúde.	SAÚDE (Prev. Social)
1975	Lei 6.229	Institucionalização do modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas e propondo mecanismos de integração e coordenação. A lei consolidou a divisão dos espaços públicos e privados na área da saúde.	SAÚDE (Prev. Social)
1976	PIASS	Este é o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS). Neste momento esboça-se a entrada de técnicos do Movimento Sanitário.	SAÚDE (Prev. Social)
	PPREPS	Para dar suporte ao PIASS o governo criou o PPREPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde). A partir daí são criadas as carreiras de Sanitarista e Agente de Saúde Pública.	SAÚDE (Prev. Social)
	CEBES	A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) é o resultado da organização dos movimentos de trabalhadores de saúde, especialmente das organizações sindicais médicas. Com o CEBES inicia-se um processo de sistematização de uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista	Profissionais da área de saúde
1977	Lei 6.439	Criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) que, em conjunto com a Constituição de 1967-69 e a lei 6.229, consolida a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente na década de 1970. O CEME é incorporado ao SINPAS.	SAÚDE (Prev. Social)
	<i>S</i> INAMP	Em paralelo a criação do SINPAS criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A partir desse momento o modelo médico-assistencial privatista tem suas bases sustentadas pelo Estado, Setor Privado Nacional e Setor Privado Internacional.	SAÚDE (Prev. Social)
1978	-	Coincidência de propostas entre o acordo internacional em Alma-Ata, em 1978, e a necessidade do desenvolvimento e expansão da modalidade assistencial de baixo custo para a população mais pobre e que está excluída do modelo médico-assistencial privatista, em especial os moradores da periferia urbana e das zonas rurais. Abertura de espaço ao Movimento contra-hegemônico da saúde que assumirá a Reforma Sanitária nos anos 80.	SAÚDE (Prev. Social)
	Encontros de Secretários Municipais	Realiza-se o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Nordeste e o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Sudeste.	SAÚDE
1979	Extensão do PIASS	O PIASS foi estendido para todo o território nacional concentrando suas atividades nas Secretarias Estaduais de Saúde.	SANEAMENTO E SAÚDE
1979	ABRASCO/ Projeto contra-hegemônico da saúde	Criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, no qual o Movimento sanitário coloca em discussão um conjunto de propostas contra a política de saúde vigente e, em uma dimensão diferente, o Movimento Municipalista resgata a proposta de 1963 articuladas com o Sanitarismo Desenvolvimentista.	Profissionais da área de saúde

MARCOS QUE FIZERAM DIFERENÇA NA FORMA DE ATUAR SOBRE O ESPAÇO BRASILEIRO NAS ÁREAS DA HABITAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE DURANTE O SÉCULO XX (cont.).

ANO/ PER.	Marcos	DESCRIÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Déc. de 80	Invasões	Com o escasseamento da autoconstrução iniciaram-se as ocupações coletivas de terrenos ociosos.	HABITAÇÃO
1980	Projeto PREV-SAÚDE	Com a base técnica do PIASS e o respaldo político da VII Conferência Nacional de Saúde surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), com objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o território nacional.	SAÚDE (Prev. Social)
1981	Decreto 86.329	Em meio à crise financeira, político-institucional e da Previdência Social é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com a finalidade de analisar e propor normas mais condizentes para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, bem como indicar onde podem ser aplicados os recursos (inclusive os financeiros) e propor medidas para avaliar e controlar o sistema de atenção médica.	SAÚDE (Prev. Social)
1982	Portaria 3.062	O CONASP propõe um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. É apoiado pelo Movimento Sanitário, pela medicina liberal e pela ABRAMGE.	SAÚDE (Prev. Social)
	-	Alguns técnicos ligados ao Movimento Sanitário passam a ocupar cargos de importância no INAMPS.	SAÚDE (Prev. Social)
1983	AIS	Com apoio do MPAS e INAMPS surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham a forma de um programa. Através das AIS eram concentrados os recursos segundo as prioridades e restrições impostas pela União através da tecnoburocracia federal e negociações dos estados e municípios. Nesse primeiro momento caracteriza-se como um programa de atenção médica agindo em paralelo aos programas das Secretarias Estaduais e Municipais.	SAÚDE (Prev. Social)
1984	-	Ocorreu um Simpósio pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, a partir deste evento o debate da saúde passou a fazer parte das discussões no poder legislativo e foi palco de diferentes propostas de mudanças no Sistema Nacional de Saúde.	SAÚDE (Câmara dos Deputados)
1985	REDEMOCRATIZAÇÃO	Intensifica-se um processo de descentralização das ações do governo, iniciada na década de 70 de modo incipiente.	-
	-	Mais profissionais integrantes do movimento sanitário conseguem cargos a nível federal, já se fala em um processo de institucionalização do projeto de Reforma Sanitária.	Profissionais da área de saúde
	-	Inicia-se o segundo momento das AIS. Nessa fase a concepção de saúde começa a esclarecer-se em duas direções: na direção político-institucional fala-se em universalização da saúde como responsabilidade do Estado; no sentido operacional cogita-se sobre a descentralização e desconcentração das ações de saúde. Propõe-se também uma estratégia de transição do AIS para buscar um Sistema Unificado de Saúde.	SAÚDE
1986	Extinção do BNH	As funções do BNH são repassadas para a Caixa Econômica Federal (CEF)	HABITAÇÃO
	-	Ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência caracteriza-se pelo seu caráter democrático e como um processo social. Constitui o clímax da consolidação do projeto da reforma sanitária brasileira.	Profissionais da área de saúde

MARCOS QUE FIZERAM DIFERENÇA NA FORMA DE ATUAR SOBRE O ESPAÇO BRASILEIRO NAS ÁREAS DA HABITAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE DURANTE O SÉCULO XX (cont.).

ANO/ PER.	Marcos	DESCRIÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
	-	Instala-se a Assembléia Nacional Constituinte	-
1987	Prog. Nacional dos Mutirões Habitacionais	É um programa alternativo lançado à nível nacional, porém outros programas são implementados a exemplo do PREZEIS na cidade do Recife.	HABITAÇÃO
	Decreto 94.657 de 27/07/1987	Substituição das AIS pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS constitui um momento de transição do Sistema Nacional de Saúde.	SAÚDE (Prev. Social)
1988	<i>Plano Diretor e Usucapião</i>	Fica pronta a nova constituição. Com relação ao capítulo da política urbana é mencionado que ela deve ser efetivada pelo município e, para garantir os direitos dos cidadãos foram aprovados o Plano Diretor e o Usucapião. (ver art. 182 e 183 da Constituição Federal de 1988).	HABITAÇÃO
	SUS	Na nova constituição são criadas novas diretrizes para a saúde e para o saneamento. A saúde é entendida como direito de todos, numa perspectiva em que o Estado deve arcar com essas responsabilidades. Está criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (ver art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988)	SANEAMENTO E SAÚDE
1989	-	São elaboradas as constituições estaduais e municipais, em geral repetindo o texto da constituição.	-
	PAIH	É criado o Programa de Ação Imediata para a Habitação (PAIH) tendo como agente financiador a CEF e recursos financeiros do FGTS.	HABITAÇÃO
	PMSS	É extinto o PLANASA e começa a ser idealizado o Projeto de Modernização do Setor de Saneamento (PMSS), tinha como objetivo facilitar a concessão dos serviços de saneamento ao setor privado.	SANEAMENTO
1990	Leis 8.080 e 8.142	A lei 8.080 fornece as diretrizes básicas para que o SUS funcione e subsidia a formulação das Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais. A lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.	SAÚDE
	Decreto Federal 99.438/90	Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde, dentre outras coisas.	SAÚDE
1991	Resolução 17	Regulamenta cursos de graduação na área da Saúde	SAÚDE
1992	Programa Habitar Brasil e Morar Município	Com a mudança de governo, foram concluídas as pendências do PAIH e foi criado o Programa Habitar Brasil e o Morar Município. O primeiro visava suprir os municípios com mais de 50 mil habitantes e o segundo auxiliava municípios de menor porte.	HABITAÇÃO
	-	É implantado o PMSS.	SANEAMENTO
1992	NOB/SUS 1992	Normatiza a assistência à saúde no SUS além de estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema.	SAÚDE
	Lei 8689	Extinção do INAMPS. A partir desse momento dá-se início a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).	SAÚDE
1993	<i>NOB/SUS 1993</i>	Disciplina o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde à luz dos preceitos do SUS.	SAÚDE
	HABITAT II	Ocorreu a II Conferência Mundial da ONU sobre assentamentos humanos – Habitat II. Adotou uma agenda a ser cumprida nas duas primeiras décadas do século XXI para aumentar o número de assentamentos e melhorar a infra-estrutura com uma preocupação ambiental. A partir daí criou-se o CNPU, e como gestora a SEPURB.	HABITAÇÃO E SANEAMENTO
1996	NOB/SUS 1996	Promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal como gestor da atenção à saúde dos moradores do município assim como estabelece as responsabilidades da esfera federal, estadual, municipal e do Distrito Federal à luz dos princípios do SUS.	SAÚDE
1999	Portaria 3.925	Aprovação do Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	SAÚDE
2000	Portaria SAS nº 96/ 2000	Definição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade	SAÚDE

Fonte: <<http://www.datasus.gov.br>>; ANC, 1988; Azevedo, 1996; Bezerra, 2000; Costa, 1998; Bonduki, 1997; Brasil, 1992/93/96; Elias, 1980

APÊNDICE B

MARCOS QUE FIZERAM DIFERENÇA NA FORMA DE ATUAR SOBRE O ESPAÇO DAS COMUNIDADES POBRES URBANAS DA CIDADE DO RECIFE NAS ÁREAS DE URBANIZAÇÃO E SAÚDE (PREZEIS - PACS/PSF) DURANTE A DÉCADA DE 90 DO SÉC. XX.

ANO/ PER.	Marcos	DESCRIÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO
1987- 1993	Estruturação do PREZEIS	Período de estruturação de regras e iniciativas de rotina como a preparação dos agentes envolvidos para assumir suas atribuições	URBANIZAÇÃO
1993	Início da Consolidação do PREZEIS	Inicia-se o período de consolidação através da revisão da lei. Algumas mudanças: a) criação de equipes; b) prioridade em acelerar as melhorias nas áreas já consideradas como ZEIS; c) regulamentação do fundo do PREZEIS através da lei nº 15.790/93; repasse de 1,2% da arrecadação tributária mensal do município.	URBANIZAÇÃO
1993	-	Ocorre o Seminário de Avaliação do PREZEIS (para avaliar e fazer ajustes na lei).	URBANIZAÇÃO
1993	Municipalizaçã o da saúde	Obedecendo aos princípios do SUS (lei 8.080 e 9.146/90) e a norma operacional básica/93 é iniciado o processo de municipalização da Secretaria da Saúde.	SAÚDE
1993	Municipalizaçã o da saúde	É criado o CMS, FMS, é feito o convênio de municipalização incipiente entre o município e o Estado.	SAÚDE
1993	-	Formação de recursos humanos para colocar em prática o PACS. São capacitados 510 agentes.	SAÚDE
1994	<i>Gestão Semi-plena</i>	O município passa a assumir a responsabilidade sobre as ações de serviços de saúde, inclusive o controle e avaliação da prestação dos serviços de saúde da rede pública e da rede privada.	SAÚDE
1994	<i>Implant ação dos Distritos Sanitários</i>	É implantado o modelo gerencial Distrito Sanitário, cada distrito teve uma área de abrangência equivalente às RPA's.	SAÚDE
1994	Impl. de D. S.	Neste ano são implantados os Distritos Sanitários III e VI. Também é reestruturada a Secretaria de Saúde e realizada a II Conferência Municipal de Saúde.	SAÚDE
1994	PACS	É implantado o PACS.	SAÚDE
1995	Lei nº 16.113/95	Nova versão da lei do PREZEIS que busca fazer um trabalho mais integrado entre as ZEIS através do Fórum do PREZEIS. (Foi criado o Fundo do PREZEIS).	URBANIZAÇÃO
1995	Impl. de D. S.	Foram implantados os Distritos Sanitários II, IV e V	SAÚDE
1995	PSF	É implantado o PSF	SAÚDE
1995- 2000	-	Crescimento do PACS/PSF na cidade e abrangência das funções dos ACS.	SAÚDE
1996	Influência da NOB/96 para o PACS/PSF	De acordo com a NOB/96 parte do custeio foi destinada exclusivamente ao PACS/PSF proporcionalmente à quantidade de habitantes atendidos, isso incentivou as prefeituras a se interessarem mais pela ampliação desses programas.	SAÚDE
1997	Imp. de D. S.	Foi implantado o Distrito Sanitário I, ficando a cidade com seis D.S.	SAÚDE
1998	<i>Gestão Plena do Sistema de Saúde</i>	Concretização do pleno exercício do poder municipal como gestor das unidades e órgãos de saúde da cidade.	SAÚDE

Fonte: Araújo, 1999; Brasil, 1996; PCR (1994b, 1995, 1996c); PREZEIS, 1997; SMS (1997, 2000).

APÊNDICE C

COMUNIDADES POBRES URBANAS DA CIDADE DO RECIFE
ZEIS COM COMUL INSTALADA E QUE POSSUEM PACS E/OU PSF ANO: 2000

DISTRITO	BAIRRO	ZEIS	EQUIPE	CÓD. SIAB	MODELO ASSISTENCIAL		Nº DE ACS		POP. (SIAB)	POP. (ZEIS)	ÁREA ZEIS (ha)	LEI REGUL.	COMUL (DM)		
					PACS	PSF	M	F							
I	Jorna Bezerra	Coelhos	Coelhos	001	-	-	-	7	2.021	6.885	25,10	-	14.060,87		
			Coque A	008	-	-	-	6	5.994	-	-	LUOS	-		
			Coque B	009	-	-	-	5	5.523	-	-	LUOS	-		
			Coque C	111	-	-	-	4	3.159	20.000	76,30	14.511,83	14.062,87		
			São José do Coque	066	-	-	-	7	6.425	-	-	-	-		
TOTAL	-	2	5	-	2	3	29	23.122	26.885	101,40	-	-			
III	Espinheiro	Campo do Vila	Campo do Vila	105	-	-	2	262	1.400	1,34	LUOS	17.597,97			
TOTAL	-	1	1	-	1	0	2	262	1.400	1,34	-	-			
IV	Illa do Retiro e Afogados	Carangasjo	Carangasjo	153	-	-	1	6	3.825	3.060	7,36	LUOS	17.597,97		
			Prado	120	-	-	-	5	2.881	3.500	10,13	LUOS	16.739,94		
			Sítio do Berardo	121	-	-	-	3	1.613	7.800	13,50	14.511,83	14.473,88		
			Sítio do Cardoso	148	-	-	-	3	2.880	12.000	14,57	LM	14.712,89		
			Torrões	123	-	-	-	3	1.586	35.936	92,50	LUOS	14.059,87		
			Campo do Banco	127	-	-	-	2	1.624	6.000	9,40	LM	16.889,95		
			Rosa Selvaçem	138	-	-	-	6	3.500	6.200	49,49	LM	-		
			Vila da Felicidade	142	-	-	-	2	1.586	3.000	6,40	-	-		
			TOTAL	-	8	8	-	0	2	30	19.495	77.496	203,35	-	-
			V	Afoçados Mangueira Mustardinha Areias Arcetes	Mustardinha	Afoçados	156	-	-	-	6	4.204	4.270	34,00	LUOS
Mangueira	173	-				-	-	17	10.912	26.233	67,50	LUOS	14.710,89		
Mustardinha	165	-				-	1	13	1.032	12.500	51,44	14.511,83	15.630,91		
Beirinha	154	-				-	-	3	1.667	1.600	10,70	LM	14.621,89		
Capote	167	-				-	-	4	2.160	12.500	37,10	LUOS	17.597,97		

APÊNDICE C (FIM)

DISTRITO	BAIRRO	ZEIS	EQUIPE	CÓD. SIAB	MODELO ASSISTENCIAL		Nº DE ACS		POP. (SIAB)	POP. (ZEIS)	ÁREA ZEIS (ha)	LEI REGUL.	COMUL (DM)
					PACS	PSF	M	F					
V	Araçás	Jardim Uchôa	Jardim Uchôa	177	-	/	1	3	3.617	1.500	8,80	LM	15.736,92
		Jardim Uchôa	Jardim Uchôa C. F.	178	-	-	-	4	3.272	-	-	LM	15.463,91
		Rua do Rio/ Inaque	Inaque	166	-	-	1	3	1.584	1.050	18,43	LM	14.856,89
TOTAL	-	7	8	-	6	2	3	53	28.448	59.653	227,97	-	-
VI	Jordão	Alto da Jaqueira	Alto da Jaqueira	179	/	-	1	8	5.120	*	37,21	LUOS	-
	Brasília Teimosa	Brasília Teimosa	Brasília Teimosa	208	/	-	5	16	18.743	25.000	72,70	LUOS	14.061,87
	Boa Viagem	Entrada Apuleio	Entrada Apuleio	209	/	-	-	5	3.613	5.480	8,33	LM	14.523,88
	Pina	Pina Escante Moça	Pina	206	/	-	5	14	17.179	26.000	42,31	LUOS	14.497,88
	Imbiribeira	Sítio Grande	Sítio Grande I	108	-	/	-	6	3.186	15.000	66,50	-	16.920,95
			Sítio Grande II	223	-	/	1	6	5.734	-	-	-	14.511,83
			Jordão Baixo	181	/	-	-	7	3.935	-	-	-	-
			Jordão Alto	182	/	-	-	9	4.676	20.000	149,00	LM	14.711,89
			Ibura Jordão Baixo	198	/	-	-	15	4.510	-	-	LM	15.168,88
			Três Carneiros	109	/	-	1	7	2.824	-	-	-	-
			UR - 5/ Três Carneiros	213	/	-	1	8	2.135	12.000	115,66	LUOS	17.597,97
		COHAB	Três Carneiros	221	-	/	-	7	5.974	-	-	-	-
		Três Carneiros	222	-	/	1	5	5.441	-	-	-	-	
TOTAL	-	7	13	-	8	5	14	113	83.070	103.480	491,71	-	-
GERAL	-	25	35	-	25	10	21	227	154.397	268.914	1.025,77	-	-

FONTE: Planzeis, 2000. Observatório de Políticas Públicas; Relatório de Profissionais por equipes, 2000. SIAB-SMIS/PCR; Cadastro da família, Agosto de 2001. SIAB-SMIS/PCR

LÉGENDA:

* = Sem informação	LUOS= Lei de Uso e Ocupação do Solo
ACS= Agente Comunitário de Saúde	PACS= Programa de Agentes Comunitários de Saúde
COMUL= Comissão de Urbanização e Legalização	PSF= Programa de Saúde da Família
DM= Decreto Municipal	SIAB= Sistema de Informação de Atenção Básica
LM= Lei Municipal	ZEIS= Zona Especial de Interesse Social

APÊNDICE D

Roteiro de entrevista com o representante da COMUL (processo de trabalho)

ATOR: Representante da COMUL

ROTEIRO DE ENTREVISTA (processo de trabalho)

I – DADOS GERAIS

1. Nome:
2. Cargo que ocupa/ desde quando:

II – PROCESSO DE TRABALHO

1. Saber a opinião do entrevistado sobre o PREZEIS e o que precisa melhorar:
2. Saber se depois de considerada ZEIS, a comunidade passa a pagar impostos:
3. Dificuldades do entrevistado com a comunidade e com o poder público:
4. Prioridades para melhorar as condições de vida: (1: o mais importante; 2: médio; e 3: o menos importante).

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 5. Contribuição do PREZEIS para melhoria das | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Iluminação elétrica
Melhoria da coleta de lixo/ esgoto
Melhoria do Abastecimento d'água
Oportunidade de estudo/ trabalho
Oportunidade de lazer | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Pavimentação e drenagem
Saneamento básico
Saúde
Segurança |
|--|--|--|--|--|

condições de saúde das comunidades beneficiadas (Se sim: em que tem melhorado? Se não: o que poderia ser feito para melhorar?).

6. Conhecimento do entrevistado sobre o trabalho dos ACS:
7. Opinião sobre a relação qualidade de urbanização x qualidade de vida:
8. Saber se no momento da confecção do plano urbanístico, existe alguma preocupação com as condições de saúde da população:
9. Entendimento sobre a relação: problemas de saúde x qualidade da urbanização:
10. Entendimento sobre o que seria integração entre políticas públicas:

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista com o morador (histórico e organização espacial);

ATOR: Morador

ROTEIRO DE ENTREVISTA (histórico e organização espacial)

I – DADOS GERAIS

3. Nome/sexo:

4. Idade:

II – HISTÓRICO

2.1 – ANTES/DEPOIS:

11. Tempo de moradia:

12. Saber sobre a evolução da organização espacial do entorno:

5. Saber sobre as melhorias realizadas no ambiente de moradia:

6. Saber se houve melhorias infra-estruturais na rua durante o tempo de moradia:

2.2 – HISTÓRICO DO COTIDIANO:

1. Rotina do morador e/ou vizinhos em relação a:

a) Conseguir água: (tem torneira em casa? Quantas? SE TEM TORNEIRA: Para onde vai a água da torneira? Consegue água de poço, do rio? Quando faltava ou falta água, como ela é armazenada?).

b) Hábitos: (Tomava ou toma banho no rio (riacho)? Onde lavava e lava a roupa/ louça, etc? Andava ou anda descalço? Criou ou cria animais? Quais? Os animais tomam banho no rio?).

c) Dejetos (Sempre teve banheiro? SE NÃO: Onde fazia e faz suas necessidades fisiológicas? CASO TENHA BANHEIRO: Para onde vai o seu esgoto? <tem fossa, onde? Joga no canal? No rio?> Conhece alguém que faz suas necessidades em outro lugar?..)

d) Lixo: (Onde jogava e joga o lixo? Por que neste local? Tinha e/ou tem coleta de lixo?)

e) Drenagem: (Conhece alguém que tenha feito ou faz vala para escoar a água? Ela é do rio, da cozinha? Do banheiro (se tiver)?).

2. Participação em associação comunitária: (se sim: desde quando e por que? Se não: Por que não participa? Ela tem sido eficiente?).

3. Pior problema enfrentado pela comunidade (data/ resolução)

III – AMBIENTE DE MORADIA:

1. Prioridade para melhorar as condições de vida (1: o mais importante; 2: médio; e 3: o menos importante).

13. Relação com o lugar: (casa em que mora,
- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Iluminação elétrica | <input type="checkbox"/> | Pavimentação e drenagem |
| <input type="checkbox"/> | Melhoria da coleta de lixo/ esgoto | <input type="checkbox"/> | Saneamento básico |
| <input type="checkbox"/> | Melhoria do Abastecimento d'água | <input type="checkbox"/> | Saúde |
| <input type="checkbox"/> | Oportunidade de estudo/ trabalho | <input type="checkbox"/> | Segurança |
| <input type="checkbox"/> | Oportunidade de lazer | | |

presença de rios, mata, problemas com enchentes, localização em relação à cidade, áreas de lazer)

14. Na ocorrência de algum problema, a quem recorre: (por que?)

15. Melhor e pior área para se morar nessa comunidade: (por que?)

IV – SAÚDE:

1. Frequência da visita do ACS:
2. Grau de intimidade com o ACS:
3. Em caso de doença, saber se procura atendimento: (se sim: onde isso ocorre – posto de saúde, hospital, farmácia).
4. Saber se antes do trabalho dos ACS a procura de atendimento era realizada da mesma forma:
5. Saber se melhorou o atendimento (posto médico/ PACS) (unidade de saúde/ PSF):
6. Saber se o atendimento do médico melhorou depois do início do trabalho do ACS: (atendimento do médico/ grau de intimidade com o médico)
7. Função do PACS/PSF na opinião do morador:
8. Opinião do morador sobre o que deveria mudar para que melhorasse as condições de saúde:
9. Saber se tem alguém da família ou vizinho doente esta semana ou atualmente: (saber qual a enfermidade, como ocorreu, qual o tratamento).

APÊNDICE F

Roteiro de entrevista com o ACS (processo de trabalho);

ATOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Processo de trabalho)

I – dados gerais

- 1- Nome:
- 2- Idade:
- 3- Tempo de moradia (se mora a menos de 10 anos, saber onde morava antes):
- 4- Saber se estuda/ grau de instrução:
- 5- Experiência anterior de trabalho com a comunidade. Se sim - Como foi essa experiência?

II – sobre o trabalho como agente comunitário de saúde:

1. Como se inscreveu para ser agente comunitário de saúde:
2. Aceitação do trabalho pelos moradores:
3. Além do trabalho regular, saber se existe outro tipo de demanda:
4. Existência de representação da população: (se não houver, saber acha importante e por que)
5. Prioridade para melhorar as condições de vida (1: o mais importante; 2: médio; e 3: o menos importante).

<input type="checkbox"/>	Iluminação elétrica	<input type="checkbox"/>	Pavimentação e drenagem
<input type="checkbox"/>	Melhoria da coleta de lixo/esgoto	<input type="checkbox"/>	Saneamento básico
<input type="checkbox"/>	Melhoria do Abastecimento d'água	<input type="checkbox"/>	Saúde
<input type="checkbox"/>	Oportunidade de estudo/ trabalho	<input type="checkbox"/>	Segurança
<input type="checkbox"/>	Oportunidade de lazer		

III – SITUAÇÃO DE SAÚDE:

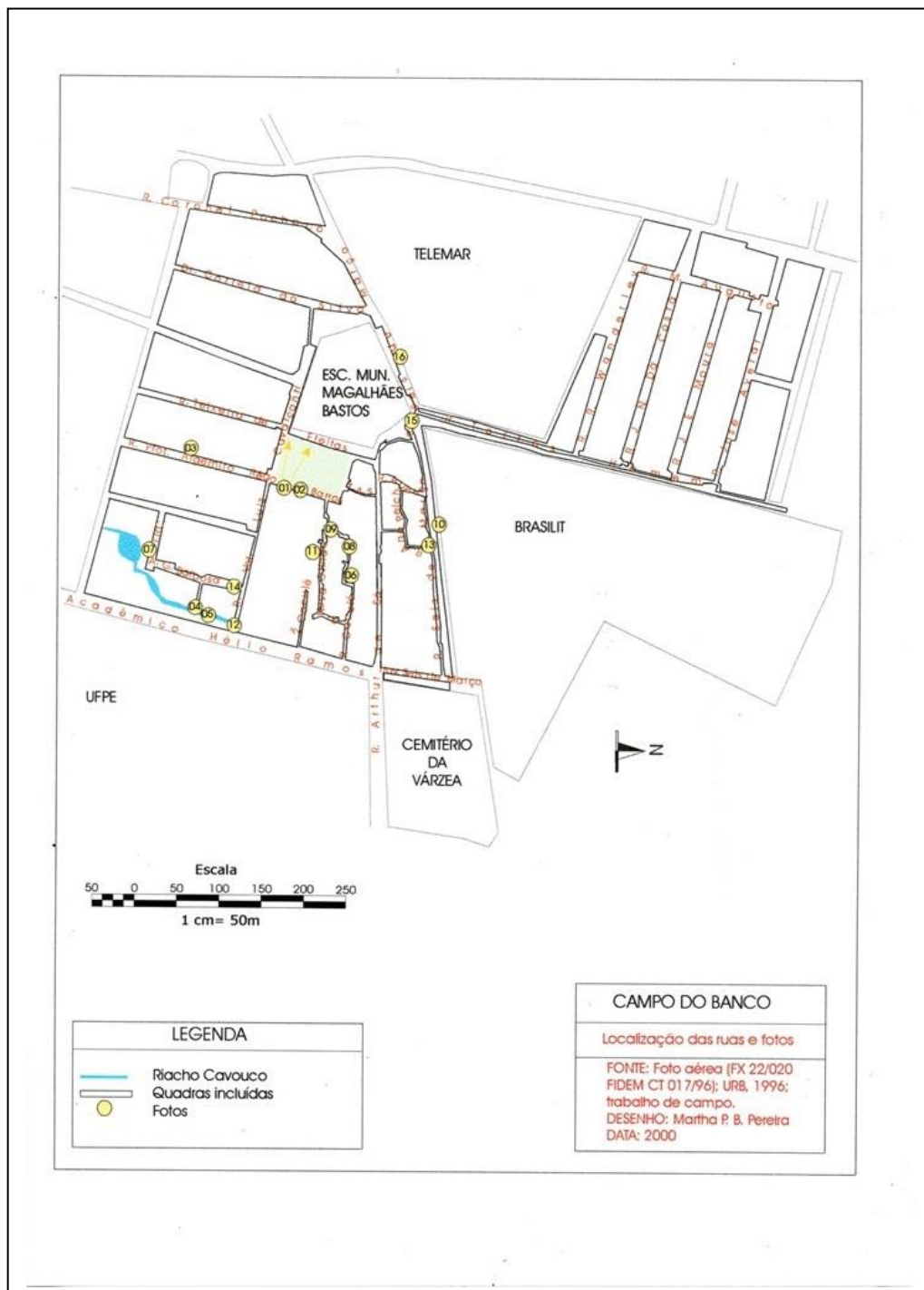
1. Doenças mais freqüentes no início do seu trabalho:
2. Avaliação do ACS sobre a evolução das doenças (aumento/ diminuição dos casos ou da gravidade das doenças).
3. Opinião do ACS de como poderia contribuir para melhorar a situação:
4. Enfermidades encontradas na atualidade:

IV – PACS/PSF:

1. Satisfação com o trabalho:
2. Opinião do ACS de como a estrutura em que trabalha poderia melhorar:
3. Perspectivas do ACS sobre o programa:

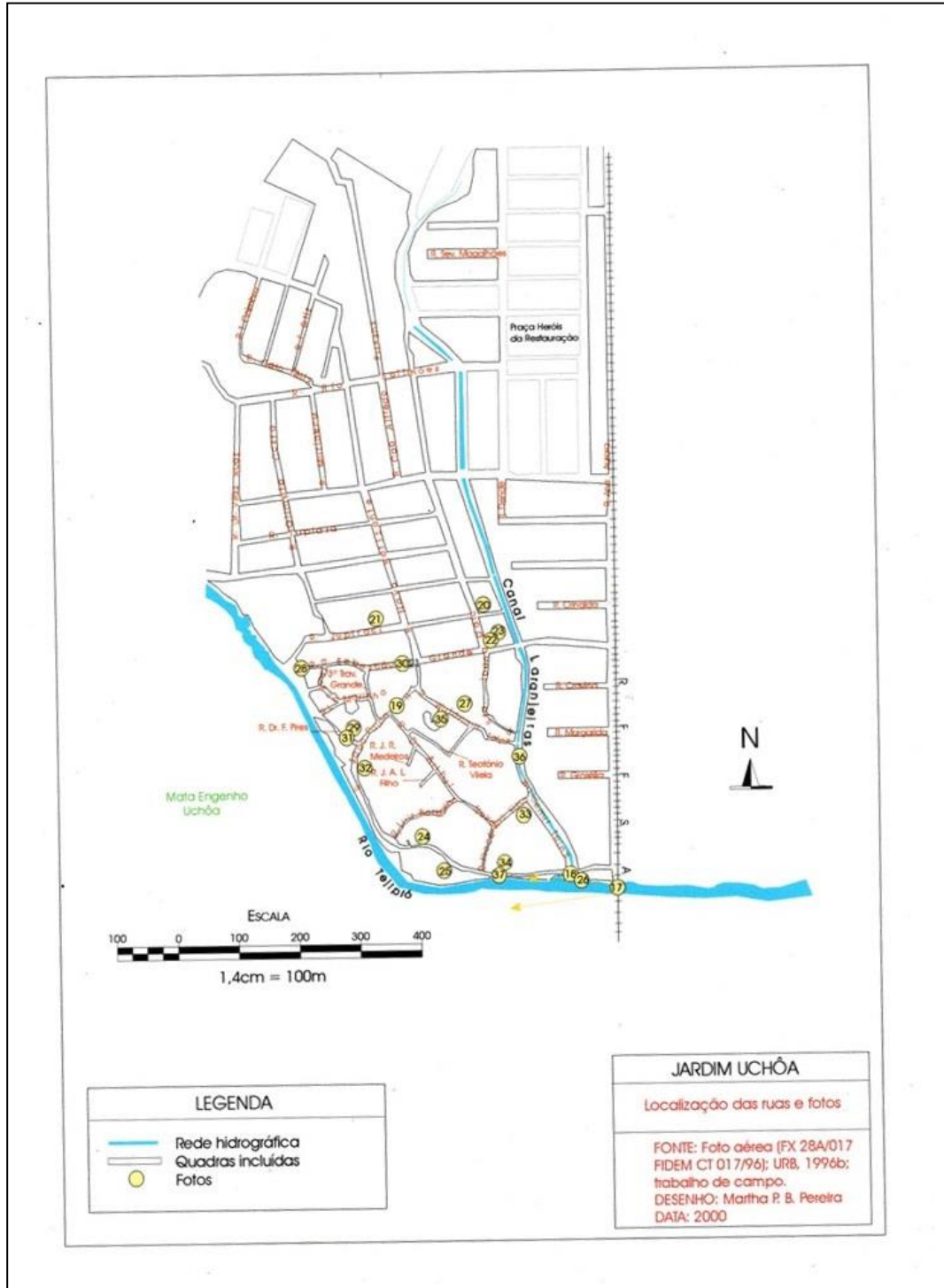
APÊNDICE G

Localização das ruas e fotos em Campo do Banco;



APÊNDICE H

Localização das ruas e fotos em Jardim Uchôa.



VIII - ANEXOS

- A. Agrupamento da ZEIS em função do sítio físico natural e da posição na cidade;
- B. Ficha A do SIAB.

ANEXO A

Agrupamento da ZEIS em função do sítio físico natural e da posição na cidade.

AGRUPAMENTO DAS ZEIS EM FUNÇÃO DO SÍTIO FÍSICO NATURAL E DA POSIÇÃO NA CIDADE		DENOMINAÇÃO	
SÍTIO FÍSICO-NATURAL	POSIÇÃO		
ILHAS, ALAGADOS, ESTUÁRIOS, "MARÉ", MODIFICADOS PELAS CANALIZAÇÕES DE CURSOS D'ÁGUA, CAIS E ATERROS	CENTRO (CAPIBARIBE)	COELHOS, COQUE, CARANGUEJO/CAMPO TABAIARES	
	NORTE (BEBERIBE)	JOÃO DE BARROS, CAMPO DO VILA, ILHA DO JOANEIRO, CAMPO GRANDE, TAMARINEIRA, SANTO AMARO	
	SUL	RIO PINA	PINA/CANTA MOÇA, BRASÍLIA TEIMOSA, ILHA DO DESTINO, ILHA DE DEUS
		RIO JORDÃO	ENTRE APULSO, COQUEIRAL, ARITANA, BORBOREMA, <u>CORONEL FABRICIANO</u>
		RIO TEJUPIÓ	AFOGADOS, VILA DO SIRI, RUA DO RIOIRAQUE, <u>SÍTIO GRANDE, BEIRINHA, CAÇOTE, JARDIM UCHÔA</u>
	BEIRA DOS RIOS	MANGUEIRA DA TORRE, VILA DO VINTÉM, POÇO DA PANELA, VILA ESPERANÇA/CABOCÓ, VILA SÃO JÓAO, APIUCOS, VILA UNIÃO, VILA ARRAES	
	VÁRZEAS DOS RIOS	ANTIGOS CANAVIAIS MAIS PRÓXIMOS DA CIDADE	SÍTIO DO CARDOSO, SÍTIO DO BERARDO, PRADO, NOVO PRADO, MUSTARDINHA, MANGUEIRA
		ANTIGOS CANAVIAIS MAIS DISTANTES DA CIDADE	TORRÕES, VIETNÁ, VILA REDENÇÃO, CAMPO DO BANCO, BRASILIT, SÍTIO WANDERLEY, VILA FELICIDADE, VILA MACIONILA/MUSSUM, VILA INALDO MARTINS, CAPUÁ, BARRO, JARDIM SÃO PAULO I,
		DA ZONA NORTE	CASA AMARELA, ALTO DO MANDUJALTO SANTA ISABEL, LINHA DO TIRO, DOIS UNIDOS, FUNDÃO DE FORA,
		DA ZONA OESTE	<u>PLANETA DOS MACACOS, ROSA SELVAGEM, AREIAS, JARDIM SÃO PAULO II, TEJUPIÓ, CAVALEIRO</u>
MORROS	DA ZONA SUL	<u>ALTO DA JAQUEIRA/JORDÃO, IBURA /JORDÃO, UR5/3CARNEIROS, GREVE GERAL</u>	

Fonte: Observatório de Políticas Públicas, Recife, 2000.

Obs. negrito= ZEIS com COMUL; sublinhado= ZEIS com COMUL desativada.

ANEXO B

Ficha A do SIAB (fim).

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Numero de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Onibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES