

AS CONDIÇÕES DE VIDA EM UMA REGIÃO DE CAMPINAS, SÃO PAULO

LIFE CONDITIONS IN A COMMUNITY OF CAMPINAS, SÃO PAULO, BRAZIL

Maria Alice Amorim GARCIA¹
Cintia Andrade SANTANA²
Daniela Rosseto GARCIA²
Lilian Diniz MARTINS²
Renata Gianechinni BONGIOVANNI²

RESUMO

Este trabalho refere-se à análise das condições de vida de um agrupamento de famílias da área de abrangência do Centro de Saúde-Escola do Jardim Ipaussurama em Campinas, SP. Trata-se de um projeto piloto de cadastramento populacional para a implantação do Programa de Saúde da Família em uma das regiões mais carentes do município, onde somam-se péssimas condições de urbanização (risco de desabamento das moradias, ruas de difícil acesso, acúmulo de lixo nas ruas, presença de esgoto a céu aberto), renda familiar abaixo de três salários mínimos, alto índice de desemprego e baixa escolaridade. Estes e outros resultados foram obtidos por meio de um estudo transversal no qual procedeu-se o mapeamento da região e um inquérito domiciliar para a construção de um perfil demográfico, socioeconômico e de variáveis relativas a infra-estrutura urbana e hábitos. A partir deste estudo, com a participação de representantes das organizações locais, a Unidade Básica vem realizando ações para a resolução ou a minimização dos problemas encontrados. Foram programadas atividades voltadas às famílias e ao meio ambiente. Fez-se, também, o estudo dos instrumentos de coleta (inquérito, roteiros de entrevistas, de observação e de mapeamento) e de digitalização dos dados, e sua adequação no sentido de captar de modo eficaz e dinâmico os problemas coletivos e familiares.

Unitermos: indicadores de qualidade de vida, saúde da família, indicadores econômicos.

ABSTRACT

This paper refers to the analysis of the life conditions of a group of families in the surrounding area of the Jardim Ipaussurama Health Care Primary Service in Campinas, state of São Paulo. It consists in an initial project of population register to establish a family health care program. This place is one of the neediest areas of the district, where very bad urban conditions (houses collapse high risks, difficult access to some streets, piling of garbage and open sewer) are added to family income under three minimum wage, high unemployment rate and low education levels. These and other results were obtained through a cross sectional study. The region was first mapped and a familiar inquiry was done

⁽¹⁾ Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC - Campinas, Av. John Boyd Dunlop, s/n., Bloco A, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.A.A. GARCIA. E-mail: millas@lxxa.com.br

⁽²⁾ Monitores da área de Saúde Coletiva, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas.

in home visitations to obtain demographic, social and economic indicators. From this study, with the participation of leaders of local organizations, the health care service has been developing actions to the resolution or, at least, the minimization of the problems found. Activities involving the families and the environment have been programmed. The survey instruments (questionnaire, interviews, observation and mapping) and the data processing were analyzed, and an adequacy was done to identify, in an effective and dynamic way, the family and the community problems.

Keywords: indicators of quality of life, family health, economic indexes.

INTRODUÇÃO

Este trabalho refere-se à construção do perfil demográfico e socioeconômico do Núcleo São Judas, pertencente à Região do Campo Grande, situada a Noroeste de Campinas, SP. Trata-se de uma das regiões mais carentes do município em infra-estrutura de serviços e de emprego e, conseqüentemente, com os piores indicadores econômicos e de saúde, pois apesar das inúmeras iniciativas governamentais, pouco se têm efetivado^{12,13}.

Este estudo teve início como projeto piloto do Centro de Saúde-Escola do Jardim Ipaussurama, no sentido de viabilizar a implantação do Programa de Saúde da Família naquele bairro. Composto-se um diagnóstico necessário ao planejamento das atividades de intervenção, objetivou-se descrever e analisar alguns dos condicionantes do processo saúde-doença, como as características demográficas, socioeconômicas, hábitos e a disponibilidade e utilização dos equipamentos sociais.

Enquanto pesquisa de caráter operacional, buscou-se aprofundar e compartilhar este conhecimento entre a equipe de pesquisa, de assistência e a população e contribuir para a efetivação do plano de ação da Unidade de Saúde, ampliando-se a possibilidade de mudanças e melhorias das situações de vida daquele núcleo. Para a equipe de pesquisa, em especial, este trabalho viabilizou a iniciação científica e a possibilidade de aproximação a esta realidade.

Como discutido por Paim (1997)¹², é de conhecimento geral que as condições de vida e saúde estão fortemente relacionadas. Tal conceito reporta-se à antigüidade clássica, porém formalizou-se nos séculos XVIII e XIX, com o estabelecimento da medicina social, pela qual efetivaram-se investigações e intervenções voltadas às populações.

A elaboração do perfil epidemiológico de uma determinada região representa a etapa do planejamento e da programação de atividades e sua adequação às necessidades sociais, consistindo na identificação de

problemas sanitários peculiares a uma área político-administrativa. Ele permite a análise da situação socioeconômica, do meio ambiente, do perfil de morbimortalidade, além da disponibilidade e utilização de equipamentos urbanos, dentre eles, os serviços de saúde^{1,2,3,5}.

Ao ser orientada pelos propósitos que lhe deram origem, a construção de perfis tem um fundamento estratégico, quando esmiuça a realidade em componentes significativos e torna-se vetor de uma intervenção, de forma a provocar a mudança de uma situação¹⁹.

O Programa de Saúde da Família, como proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, busca estender o núcleo de ação do indivíduo para a família, aproximando o serviço de saúde da população e ampliando a resolutividade das unidades básicas. Desta forma, constam de suas diretrizes: a atenção territorializada, intersetorial e resolutiva; a participação ativa da comunidade; a articulação entre os distintos níveis do sistema de saúde; o referencial epidemiológico e cultural; o trabalho em equipe; a integralidade; o acesso, o acolhimento e o vínculo^{10,17}.

Logo, para a sua implantação e para a avaliação do impacto de suas atividades, devem ser utilizados parâmetros relativos ao uso dos equipamentos sociais; alterações do perfil de morbimortalidade; a capacidade diagnóstica e resolutiva das ações e o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados¹⁷.

Este programa inicia-se pela elaboração de um diagnóstico de saúde da região; o levantamento das áreas prioritárias; o cadastramento das famílias e a descrição das condições de saúde da comunidade. Segue-se a discussão e a sistematização destas informações como ponto de referência para as ações^{5,11,17}.

Assim, coloca-se de fundamental importância a construção de perfis que orientem as equipes de Saúde da Família.

Entende-se que estando o ambiente em constante mutação e construção (local de vida dinâmica), apresenta-se como desafio a criação de uma abordagem de caráter processual e contínuo que possibilite, inclusive, revelar os anseios e necessidades da coletividade^{5,6,7,11}.

As médias e os indicadores agregados, como as zonas de informação censitárias, permitem construir parâmetros para este diagnóstico, mas tendem a mascarar as desigualdades. Acabam por constituir-se em obstáculos operacionais para a identificação de alvos específicos, pois registra-se, em uma mesma zona censitária, grande diversidade de condições sociais e necessidades de recursos^{4,5,10}.

Deste modo, a geração de informação para orientar as ações em saúde são mais fidedignas, quanto mais homogênea e menor é a área em questão, o que caracteriza um território^{5,11}.

Conceitua-se território como o local onde é gerada a demanda de saúde, sendo definido por critérios sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos. Deve expressar sinteticamente a situação de uma dada população em sua homogeneidade e/ou heterogeneidade (território assimétrico), direcionando o planejamento de ações pertinentes a esta característica¹¹.

Considera-se, assim, que o perfil de saúde deve expressar, a cada momento, de modo geral e particular, as necessidades e riscos próprios de uma comunidade, em função da idade, sexo, ou outros atributos individuais, como também as interferências culturais, sociais e educacionais, de localização geográfica e ecológica. Estes aspectos afetam em maior ou menor grau a situação de saúde das populações e determinam respostas sociais, a quais por sua vez modificam o perfil de necessidades e problemas^{6,18}.

Como referido por Castellanos (1997)⁶, as situações de saúde são inumeráveis e apresentam-se em constante mutação, tornando o perfil a parte emergente e visível de uma estrutura latente, que é o complexo de necessidades, problemas e respostas.

Estas considerações justificam a importância deste trabalho, parte da construção do perfil epidemiológico, no qual efetivou-se o levantamento de indicadores demográficos e socioeconômicos.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal de 130 das 154 famílias cadastradas oficialmente como residentes no Núcleo São Judas. Procurou-se abranger a totalidade das moradias, sendo que a perda observada deveu-se a não adesão de 5 famílias e a presença de 9 casas desabitadas.

Este Núcleo foi escolhido para a primeira fase da construção do perfil do bairro pela facilidade de acesso por ser uma região planejada¹³.

Procedeu-se inicialmente o mapeamento do bairro e a observação das moradias, do saneamento, do arruamento e dos equipamentos urbanos, sociais e de lazer.

Em seguida, as famílias foram cadastradas por meio de visitas domiciliares, utilizando-se como instrumento de coleta a ficha padronizada pelo município que inquiria aspectos demográficos, socioeconômicos e referentes à utilização e acesso a serviços.

Os dados foram coletados, após o pré-teste do instrumento, por um grupo de alunos do curso de medicina em iniciação científica, no período de outubro a dezembro de 1998.

As informações foram processadas por uma planilha específica do programa Epi Info, que permitiu a tabulação e análise quantitativa dos resultados e o estudo comparativo com os dados do município e da região, produzidos pelo município, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{8,9,13,14,15,16}. Utilizou-se principalmente os resultados da Pesquisa de Condições de Vida (PCV-1998) da Fundação SEADE^{15,16}, relativos à Região Leste do Estado de São Paulo que engloba o município de Campinas.

Os resultados serão apresentados quanto aos aspectos demográficos: estrutura da população segundo idade e sexo, composição das famílias, procedência e tempo de moradia em Campinas e no bairro; aspectos socioeconômicos: escolaridade, frequência à escola, ocupação, renda individual e familiar *per capita* e aspectos relacionados à infra-estrutura urbana e hábitos: tipo de edificação das moradias, número de cômodos, rede de abastecimento de água; esgotamento sanitário, destino do lixo, acesso a serviços de saúde e hábitos e lazer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Região do Campo Grande, a qual pertence o Núcleo São Judas, é caracterizada por grandes adensamentos populacionais, exclusivamente habitacionais, com moradores de baixa renda e em condições precárias de urbanização, infra-estrutura, serviços e empregos. Segundo diagnóstico do poder municipal, esta região apresenta-se degradada em termos ambientais e urbanísticos¹³.

Quanto ao Núcleo em estudo, trata-se de um assentamento projetado e constituído por atuação do poder municipal e Faculdade de Arquitetura da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, num processo de transferência da população de uma área contígua ao

antigo depósito de lixo urbano municipal. Ocupa hoje as praças 26 e 30, sendo caracterizado como uma favela, na qual os moradores possuem permissão de uso da terra¹³.

De acordo com os relatos técnicos do município observou-se que o assentamento se encontra em terreno com declividades acentuadas e com risco de escorregamento, soterramento e desabamento de moradias. Há falta de drenagem de águas pluviais e águas servidas e as fossas apresentam infiltração. A erosão vem destruindo o sistema viário local e como um todo, este sistema é descontínuo. Não há estrutura mínima de lazer¹³.

Nenhuma das medidas recomendadas naquele relatório foram efetivadas, tais como a remoção das moradias das áreas de risco; a criação de faixas de segurança acima e abaixo das encostas íngremes, visando a estabilidade e prevenção de deslizamentos; a implantação de sistema de coleta e condução de águas pluviais; a pavimentação das ruas, além do incremento de áreas compensatórias para a implantação de um sistema de lazer¹³.

Aspectos demográficos

Entre as 130 famílias pesquisadas somaram-se 615 indivíduos, sendo 299 homens (48,6%) e 316 mulheres (51,4%).

Quanto à faixa etária, comparando-se aos dados do município e da Região Leste do Estado de São Paulo (Tabela 1), observou-se maior porcentagem de jovens, dado esperado nas localidades mais carentes, nas quais a queda da fertilidade vem se processando de forma mais lenta. Quanto aos idosos, a porcentagem um pouco mais elevada pode decorrer do fato de tratar de amostra pouco numerosa para o estudo de dados demográficos^{8,14,15}.

Em relação à composição das famílias evidenciou-se um comportamento diferenciado da média da Região Leste do Estado de São Paulo¹⁶. As famílias do São Judas são muito mais numerosas, com 5,8 membros, quando na região a média é de 3,5. Este dado tem por correspondente o pequeno número de famílias com um ou dois elementos (14,6% para 29,8% na média do interior do Estado) e um elevado número de famílias com mais de seis pessoas no Núcleo (30,0%). Isto se deve ao maior número de filhos por casal (2,6 em média) e a presença de agregados (netos, sobrinhos, sogra e até outras famílias migradas recentemente ou que perderam suas moradias), que acrescentam em média 0,8 pessoas por família (Tabela 2).

No tocante as chefia das famílias, as diferenças são pouco significativas, sendo que o Núcleo segue a tendência da presença importante de mulheres nesta função (16,1% no Núcleo e 21,9% na região). Quanto a

idade, tanto no Núcleo São Judas como na média desta região do interior do Estado as mulheres estão nas chefias predominantemente após os 40 anos¹⁶.

No estudo da procedência, observou-se que somente 8 das 130 famílias (6,1%) eram originárias do próprio município, sendo 40,0% de outras cidades do Estado de São Paulo, seguido de municípios do Paraná (20,0%) e de Pernambuco (10,8%). Tais resultados diferem da média da PCV¹⁶, pois apenas 20,0% da população da Região Leste de São Paulo, procede de outras Unidades Federativas, destacando-se o estado de Minas Gerais e, em menor expressão, o Paraná. Este resultado deve-se provavelmente ao fato de tratar-se de um assentamento muito recente e de Campinas representar um importante polo de atração, mesmo sendo o Núcleo um local que possui estrutura sanitária e social precárias.

A migração para Campinas das famílias residentes no Núcleo São Judas, deu-se recentemente, entre o final da década de 80 e início dos anos 90s, o que se explica pela grande aceleração do crescimento desta região na última década¹³.

Quanto ao tempo de moradia no Núcleo comparado ao do município, observa-se uma certa estabilidade o que decorre, provavelmente, da aquisição do direito de posse e a construção de moradias de alvenaria (Tabela 3).

Aspectos socioeconômicos

Estes apresentaram-se como os indicadores mais significativos dos condicionantes dos problemas enfrentados pela população em estudo, sendo que seus resultados são os que mais se distanciam (para pior) da média do município e da região do Estado^{14,15,16}.

Em relação à escolaridade, o percentual de pessoas que alegaram não saber ler ou escrever foi de aproximadamente 16,0%, sendo 22,3% da população feminina (principalmente as com 40 anos ou mais) e 8,9% da população masculina. Este índice de analfabetismo é o dobro do encontrado no interior do Estado (7,7%) e em Campinas (7,6% em 1991)^{9,16}.

Quanto ao nível de instrução, a maioria dos indivíduos com 15 anos ou mais não concluiu o ensino fundamental (82,0% no Núcleo para 53,6% nesta porção do Estado). Foi constatada a existência de um único morador freqüentando a universidade, quando no restante da região Leste de São Paulo 13,0% das pessoas concluíram este nível. Já quanto a média de anos de estudo a diferença foi de 5,3 para 6,9 anos¹⁶.

Tabela 1. Distribuição percentual comparativa da população, segundo sexo e faixa etária. (1998).

Faixa etária	Sexo	Região Leste, SP		Campinas		Núcleo São Judas	
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
		%					
0 a 14 anos		29,8	27,7	25,8	23,9	32,4	38,9
15 a 59 anos		63,2	63,5	66,3	66,3	57,6	51,7
60 anos ou mais		7,0	8,8	7,9	9,8	10,0	9,4

Fontes: Seade/IBGE/Cadastro São Judas.

Tabela 2. Distribuição percentual de pessoas nas famílias.

Número de Pessoas	Região Leste, SP	
	São Judas	%
1	3,1	8,7
2	11,5	21,1
3	20,8	23,1
4	20,0	24,8
5	14,6	13,5
6 ou mais	30,0	8,8

Fontes: Seade/Cadastro São Judas.

Tabela 3. Distribuição percentual e numérica do tempo de residência das famílias em Campinas, Núcleo São Judas, 1998.

Tempo (anos)	Famílias (n = 122)	
	n	%
Até 5	29	23,77
Entre 5 e 10	43	35,25
Entre 10 e 15	17	13,39
Entre 15 e 20	19	15,57
Entre 20 e 25	10	8,20
Mais que 25	4	3,28

Fonte: Cadastro São Judas.

Tabela 4. Freqüência escolar segundo faixas etárias em porcentagem Núcleo São Judas e Região Leste, São Paulo, 1998.

Condição de freqüência	7 a 14 anos	15 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 39 anos	40 ou +
	%				
São Judas					
Freqüente	96,9	65,25	10,8	0,0	0,0
Não freqüente	3,1	34,75	89,4	100,0	100,0
Abandonou ou nunca freqüentou	3,1	21,7	61,7	80,4	96,5
Concluiu	0,0	13,05	27,7	19,6	3,5
Região Leste					
Freqüente	93,8	34,6	0,0	0,0	0,0
Não Freqüente	6,2	65,4	97,8	100,0	100
Abandonou ou nunca Freqüentou	(5,6)	(14,1)	29,9	44,2	70,5
Concluiu	0,0	51,3	67,9	55,8	29,5

Ainda em relação à situação educacional, é dado importante e promissor o fato de que a quase totalidade das crianças de 7 a 14 anos de idade estavam freqüentando o ensino fundamental (96,9%). Já nas demais faixas etárias este índice cai progressivamente, explicando inclusive a baixa porcentagem de indivíduos que concluíram o ensino fundamental (8,6%), o que provavelmente decorre do abandono escolar (Tabela 4).

Quanto a ocupação (Tabela 5), analisou-se as informações das pessoas com 15 anos ou mais, registrando-se: a existência de alta porcentagem de pessoas desempregadas, principalmente entre os homens (18,8% destes e 7,8% das mulheres); uma diferença significativa de gênero segundo atividades, havendo grande concentração de mulheres voltadas ao trabalho doméstico, em seus lares (40,4%) ou como empregadas (18,6%); entre os homens, constatou-se maior

porcentagem de trabalhadores ligados à construção civil (como pedreiros e ajudantes) e ao setor de serviços (como vigilantes); somente um trabalhador agrícola, dado esperado para um município fundamentalmente urbano.

Compatível com este quadro de ocupações o rendimento apresentou-se muito baixo, sendo de 2,97 salários mínimos por família, para 11,25 na média dos municípios da região Leste do Estado, ou seja, quase quatro vezes menor¹⁶. Quanto a renda *per capita* familiar, obteve-se o resultado de meio salário mínimo, o que explica a condição de miserabilidade desse agrupamento.

Como nos resultados de outras pesquisas, no Núcleo, as mulheres trabalhadoras tem rendimentos menores que os homens, sendo abaixo de três salários mínimos. A moda é de dois salários mínimos para as mulheres e de dois a cinco para os homens.

Tabela 5. Pessoas com 15 anos ou mais distribuídas segundo sexo e setor de atividade, Núcleo São Judas, 1998.

Setor de atividade	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%
Agricultura	1	0,5	-	-
Indústria	9	4,7	2	1,0
Indústria da construção	46	24,1	-	-
Comércio de mercadorias	30	15,8	14	7,3
Transportes e comunicações	13	6,8	-	-
Emprego doméstico	-	-	36	18,6
Outras prestações de serviços	36	18,8	10	5,2
Aposentados/afastados/pensionistas	6	3,1	11	5,7
Desempregados	36	18,8	15	7,8
Desocupados/ "do lar"	3	1,6	78	40,4
Estudantes	11	5,8	27	14,0
Total	191	100,0	193	100,0

Fonte: Cadastro São Judas.

Aspectos relacionados à infra-estrutura urbana e hábitos

A maioria das residências do Núcleo é de alvenaria e mantém-se inacabada (66,2%), sendo que muitas foram ampliadas ou reformadas, havendo em alguns terrenos duas ou mais construções. Somente quatro casas do total apresentam-se construídas com madeira.

Cinquenta por cento das casas possui quatro ou cinco cômodos e 31,5% têm dois ou três cômodos. Encontrou-se apenas uma moradia com apenas um cômodo. Este resultado difere do conjunto dos municípios da Região Leste de SP, onde vem crescendo o número de casas com mais de cinco cômodos, representando hoje 43,1%¹⁶.

A maioria das moradias é usada exclusivamente para a habitação, mas foram encontrados dois pontos comerciais (bares) e uma igreja. Apesar dos terrenos serem pequenos (de 10x15 metros e de 12,5x15 nas esquinas), muitos têm jardim, alguns horta e em vários foram observadas criações de animais para subsistência (galináceas).

Do ponto de vista da infra-estrutura, o bairro conta com iluminação pública e pontos de coleta de lixo, a qual é feita duas vezes por semana, regularmente. Contudo, observa-se que há lixo espalhado pelas ruas e ao redor dos coletores, pois estão quebrados ou inexistentes. Parte dos moradores refere outros destinos para o lixo doméstico, que é: queimado (4,6%) ou jogado em vias públicas (1,5%), em terreno baldio (1,5%), ou em rio e lagoa (1,5%).

Todas as residências são servidas por água com sistema de hidrômetro coletivo por quadra (as contas são divididas e individualizadas).

O sistema de esgoto constitui um problema de grande magnitude, pois predomina o esgoto a céu aberto ou fossas inadequadas devido a falta de espaço e declividade do terreno que impede a drenagem. Em visita ao local, pudemos observar que o esgoto desce pelas ruas. Em partes do assentamento há encanamentos construídos por iniciativa da população, mas que desembocam nas próprias ruas.

Segundo consta do plano municipal para a região, a rede de esgoto estaria em fase de execução, mas ainda não foi iniciada. Outro problema, também citado neste documento, mas ainda não solucionado, refere-se à individualização do abastecimento de água, pois os hidrômetros coletivos, mesmo com contas individualizadas, são objeto de freqüentes desavenças e entre moradores.

Quanto a energia elétrica, as residências em sua maioria estão ligadas à rede oficial (83,1%), havendo também ligações clandestinas (16,9%).

Em relação ao acesso a serviços de saúde, do total de famílias entrevistadas, 49 (37,7%) afirmaram procurar mais freqüentemente o Centro de Saúde; 50 (38,5%) o Centro de Saúde e outros serviços; e as demais 31 (23,8%) outros serviços, entre os quais predomina o hospital mais próximo. Como esperado, somente duas pessoas informaram ter direito a convênio médico vinculado a empresa onde trabalham.

Quanto às atividades sociais e de lazer a resposta não foi registrada em metade dos questionários. Há uma evidente inadequação do instrumento, não mencionando-se, por exemplo, a televisão. Como atividades sociais aparece predominantemente a participação em atividades religiosas e, em seguida, em organizações locais, como: Sociedade Amigos do Bairro, Pastoral e Associações de

Pais e Mestres. Como atividades de lazer foram anotados clubes esportivos, passeios e visitas dentro e fora do bairro, futebol e bailes.

Não há nenhuma área ou sistema de lazer no local, o que também explica estes resultados.

Buscando conhecer os hábitos familiares questionou-se acerca do consumo de tabaco e álcool, sendo significativo o fato de que em mais da metade das famílias (53,1%) há pelo menos um fumante. Quanto ao abuso de álcool obteve-se informação positiva em somente 14 moradias, o que denota claramente a inadequação da pergunta e metodologia utilizada na investigação deste item.

CONCLUSÃO

Está investigação evidenciou as péssimas condições de vida em que se encontra grande porcentagem da população brasileira.

Como observado por Carvalho (1997)⁴, em relação a situação sócio-sanitária do estado de São Paulo, os indicadores utilizados neste trabalho, podem inferir o risco desigual de adoecer e morrer. Este fato decorre, entre outros fatores, da crescente expansão das áreas metropolitanas, sobretudo na Região Sudeste, que se caracterizam por serem totalmente desprovidas de infraestrutura urbana de moradia, saneamento, serviços de saúde, transporte e outros bens.

A localidade estudada representa este contingente que vive em condições consideradas de miséria. Constatou-se múltiplas carências, entre as quais o saneamento é um dos principais problemas. Há esgoto a céu aberto e lixo pelas ruas o que favorece o aparecimento de moscas, ratos e animais domésticos que comportam-se como transmissores de doenças. As famílias são numerosas e em acomodações pequenas, o que acarreta problemas de várias ordens, do biológico ao psicossocial. Conjugado ao tamanho das famílias, a renda apresenta-se como um dos problemas mais significativos, pois resulta na dificuldade de acesso a bens de consumo essenciais à sobrevivência, como a alimentação, transporte, saúde, vestuário e outros não menos importantes como o lazer.

Resulta desde quadro uma morbidade altamente complexa, conjugando-se doenças infecto-parasitárias, carenciais, crônico-degenerativos e os danos decorrentes de causas externas, nos ambientes domésticos ou aos devidos a violência urbana.

Indicadores agrupados, a que se tem acesso, mascaram esta realidade, dificultando a identificação de

problemas emergentes e suas possíveis soluções. Mesmo em relação às tendências apresentadas na Pesquisa de Condições de Vida da Fundação SEADE, as discrepâncias demonstradas nesta investigação foram inúmeras¹⁶.

Verificou-se que os problemas e necessidades do Núcleo São Judas são muito mais graves e os indicadores de saúde muito mais preocupantes que aqueles revelados pelas pesquisas censitárias da região de Campinas.

Constatou-se problemas relativos ao instrumento de coleta, mas sua aplicação com as devidas alterações, mostrou-se essencial para o planejamento e avaliação das ações implementadas junto às famílias.

Desta pesquisa surgiram outros questionamentos, passíveis de investigações futuras, como o modo como a população vem tratando e buscando a resolução destes problemas, como são vistos e que estratégias poderiam e vêm sendo utilizadas para a sua solução.

Conclui-se que a ação da equipe de saúde, frente a este quadro, pode ser muito mais resolutiva se ampliar o arsenal tecnológico de intervenções preventivas e, principalmente, a busca de apoio multisetorial: informando, educando e fornecendo subsídios para a luta da população. À medida que os condicionantes são de caráter eminentemente sócio-político se faz necessária uma intervenção multi e inter-profissional¹⁸.

Entre as ações de promoção registra-se prioritariamente a melhoria das condições de moradia e saneamento, além de alternativas de emprego, ou mesmo medidas paliativas como a obtenção de renda indireta e alimentos.

Em relação ao grupo de pesquisadores, sendo iniciantes na ciência, a construção deste perfil propiciou: o desenvolvimento da habilidade em trabalhar com algumas técnicas e instrumentos do método epidemiológico; a capacitação para a comunicação e obtenção de informações junto a população e a possibilidade de fornecer subsídios para o planejamento de ações em saúde.

Entretanto, para além destas habilidades, esta experiência representou a possibilidade de defrontar o acadêmico com a realidade de sua futura profissão e, sobretudo, um conhecer-agir-pensar coletivo no sentido de aproximar-se da defesa da vida, a qual não limita-se à cura ou mesmo ao controle de doenças (ações em geral priorizadas pelos serviços de saúde, sobrecarregados pela demanda assistencial), mas a ampliação da consciência sanitária e cidadã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOERMA, J.T., SOMMERFELT, A.E. Demographic and health surveys (DHS): contributions and limitations. *World Health Stat Q*, Geneve, v.46, n.4, p.222-226, 1993.
2. BORREL, C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: BARATA, R.B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : Abrasco, 1997. p.167-195.
3. CARVALHEIRO, J.R. *Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares*. Ribeirão Preto, 1975. Tese (Livro-docência em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1975.
4. CARVALHO, D.M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v.6, n.4, p.7-46, 1997.
5. CARVALHO, M.S., CRUZ, O.G. Análise espacial por microáreas: métodos e experiência. In: VERAS, R.P. *et al.* (Org.). *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1998. p.79-90. (Série Epidemiológica, n.4).
6. CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : Abrasco, 1997. p.31-75.
7. DRESSLER, W.W. Social status and the health of families: a model. *Soc Sci Med*, Oxford, v.39, n.12, p.1605-1613, 1994.
8. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Definição e mensuração da pobreza na região metropolitana de São Paulo: uma abordagem multisetorial. In: BARATA, R.B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : Abrasco, 1997. p.197-250.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1996. *Indicadores sociais mínimos*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 5 ago. 1999.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde: documento preliminar*. Brasília, 1996. 17p.
11. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções*. Brasília, 1993. 54p. (Série Desenvolvimento em Saúde, 11).
12. PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R.B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : Abrasco, 1997. p.7-30.
13. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. *Plano local de gestão urbana: região do Campo Grande*. Campinas : Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente, 1996. 266p.
14. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. *Sumário de dados: população de Campinas e região*. Campinas : Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano, 1998. 120p.
15. SEADE Informações dos municípios paulistas. Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 10 out.1998.
16. SEADE *Pesquisa de condições de vida*. Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 6 ago. 1999.
17. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Refletindo sobre mudança do modelo assistencial em saúde: a estratégia do Programa de Saúde da Família*. São Paulo : Coordenação de Planejamento em Saúde, 1997. 28p.
18. TEIXEIRA, C.F. *et al.* SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v.7, n.2, p.7-28, 1998.
19. TESTA, M. Diagnóstico de saúde. In: RIVERA, F.J. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo : Cortez, 1989. p.59-76.

Recebido para publicação em 27 de outubro de 2000 e
aceito em 20 de abril de 2001.