

Condições de vida e saúde da área de abrangência da estratégia de saúde da família do município de São Luís, Maranhão

Living conditions and health coverage are of family health strategy in the municipality of Sao Luis, Maranhao

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha¹
Emnielle Pinto Borges²
Thallane Maia Silva³
Nila da Conceição Cardoso Ferreira⁴

Resumo

O objetivo desse trabalho foi estudar a situação da população residente na área de abrangência do ESF no município de São Luís, no período de janeiro/2009 a outubro/2009. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados teve como fonte de dados a série histórica do SIAB e o consolidado da Ficha A de cadastro das famílias. Observou-se que a maioria das famílias possui casa de tijolo/adobe (88,27%); os domicílios em sua maioria são abastecidos pela rede de água pública (71,64%) e consomem água filtrada (88,32%); a maior parte do destino do lixo doméstico (76,16%) é feito através da via pública; 66,03% das famílias utilizam a fossa como destino de fezes/urina e 98,02% possuem energia elétrica da rede pública. Houve prevalência do sexo feminino (53,23%), sendo que 96,05% das gestantes e 99,92% dos hipertensos estão na faixa etária superior a 15 anos e são acompanhados pela ESF. A identificação das condições de vida e saúde da ESF em São Luís apresenta indicadores epidemiológicos e operacionais bastante semelhantes quando comparados com várias regiões do Brasil, muito embora não representativos para a população geral do município de São Luís, pois somente 40% da população ludovicense é coberta pela ESF.

Abstract

The goal of this research, it was studying the situation of population that live in area of including of ESF, in São Luís, between January and October /2009. It is a descriptive research, with broach quantitative. The collect of information was finished between October/2009 and January/2010, of wich the origin of information is the historic serie of the SIAB and the structured Card A of registration families. Watched that the most of the families have house of brick (88,27%), the most of houses are supplied for the net public water (71,64%), the most of the families registered are using filtered water (88,32%), the destiny of domestic garbage is done of excrements(98,02%) and have eletric energy from the net public water. There was in priority the feminine sex (53,23%), of which 96,05% of pregnant and 99,92% of the people with arterial hypertension are inside of age group of 15 years old superior and they are in accompanied for ESF. The identification of the life and health conditions from ESF in São Luís shows epidemics and operationals indicators too similars when in comparative with a lot of Brazilian regions however not representative for the geral population of the São Luiz, because only 40% of the population from São Luiz is covered for ESF.

Descritores: saúde. condições de vida. programa saúde da família

Keywords: health. life conditions. family health strategy

¹ Graduado em Enfermagem e Obstetrícia-UEMA. Mestre em Saúde Materno-Infantil-UFMA.

² Graduada em Educação Física- UFMA. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário – HUUFMA.

³ Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Santa Teresinha (CEST). Aluna do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário – HUUFMA

⁴ Graduada em Odontologia – UFMA. Mestre em Saúde Pública – USP.

Para correspondência:
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
email: leocunha@gmail.com

Data da Submissão: 12/08/2012

Data do Aceite: 12/09/2012

www.jmphe.com
J Manag Prim Health Care 2012; 3(2):84-90.

Introdução

Ao longo do tempo, o setor de saúde no Brasil tem passado por várias mudanças significativas, de modo que não podemos negar as melhorias alcançadas, tendo seus principais registros datados a partir do século XX, com a falta de um modelo sanitário para o país, que deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias¹.

A partir da década de 30, com o desenvolvimento da urbanização e da industrialização, sobretudo nas grandes cidades, as condições sanitárias tornaram-se insuficientes, sendo trocadas progressivamente por um modelo médico-assistencial privatista e especialista².

Em 1978, foi realizada na antiga União Soviética, a Conferência Internacional de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde se estabeleceu a meta "Saúde para todos no ano de 2000", tendo como principal enfoque a Atenção Primária à Saúde (APS), que pode ser entendida com o primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema de saúde³.

Em respostas às crescentes expectativas para uma nova saúde pública no mundo, aconteceu em 1986 em Otawa (Canadá), a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A carta de Otawa passou a definir, prevenção de saúde como sendo o processo de capacitação e participação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde⁴.

Foi nesse contexto que ocorreu na década de 80, a Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, o qual representou um fenômeno social e histórico que mobilizou inúmeras pessoas que criticavam o sistema de saúde então vigente, denunciando as precárias condições de saúde⁵. Um dos objetivos da Reforma era a democratização da saúde no Brasil, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferecesse uma atenção integral à saúde a toda população brasileira.

A necessidade de reorganização do modelo assistencial tradicional, centrado nas práticas curativas e de atenção individual, foi essencial para a implementação do SUS, em base local⁶.

Em outubro de 1988, a Constituição Federal instituiu legalmente o SUS, como direito

de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O SUS é definido pelo artigo 198 como as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade¹.

Os princípios e diretrizes do SUS – universalidade, equidade, integralidade, controle social, descentralização, resolutividade e humanização – orientam a operacionalização das ações e serviços, provocando avanços na qualidade do atendimento⁶. O SUS foi regulamentado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 e ambas, compuseram a Lei Orgânica do SUS⁷.

Como parte do processo de reforma do setor da saúde, originou-se o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 que, segundo Santos et al⁸, surge como uma estratégia do Ministério da Saúde de substituir um modelo médico assistencialista por um programa de atenção básica em saúde, centrado na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

O PSF tem sido denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de "programa", visto que este termo remete a uma atividade com início, meio e fim, ou seja, o PSF é uma estratégia prioritária de reorganização da atenção primária, sem previsão de finalizar esta reorganização⁹.

Durante o processo de implementação do SUS também foram criados instrumentos chamados Normas Operacionais Básicas (NOB) instituídas por meio portarias ministeriais que definem as competências das três esferas de governo e as condições necessárias que cada uma delas assumem dentro do sistema. Dentre as NOB, ressaltam-se as seguintes: NOB/1991(editada três vezes); NOB/1992; NOB/1993; NOB/1996⁷. Todas elas contribuíram significativamente para o processo de descentralização do SUS.

No entanto, em face de problemas observados durante a implementação das NOBs, foi emitida em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 95/2001. Seus aspectos inovadores, enquanto norma

operacional possibilitou a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), com diretrizes para a organização regionalizada da assistência, a instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, com instrumentos de compromisso entre gestores e a atualização dos critérios e processos de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS⁷.

Em 2006, após profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs, foi criado o Pacto pela Saúde, assinado pelo MS, pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) pactuando responsabilidades entre as três esferas de gestão com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS¹⁰.

Em 2009, o SUS completou 20 anos de existência, trazendo muitos avanços legais para sua integralidade. Nesse quadro, percebeu-se que conceituar e obter saúde integral é reconhecer a saúde não só como ausência de doenças físicas e mentais e sim, como a resultante das condições de alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, acesso a serviços de saúde, entre outros¹¹.

Portanto, uma das questões importantes para o diagnóstico das condições de vida é através dos indicadores, que são capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde advinda de condições ambientais e sociais adversas. Deste modo, se a doença é uma manifestação da fragilidade do indivíduo, as condições de vida podem ser indicadores de tais manifestações¹².

Com o objetivo de agregar e processar as informações prioritárias das equipes do ESF foi implantado em 1998, o Sistema da Informação da Atenção Básica (SIAB), que é um banco de dados (software) que abarca grande quantidade de informações importantes e abrangentes na área da saúde sobre a população visitada, além de possibilitar às equipes do ESF o acompanhamento, avaliação e diagnósticos do estado de saúde da população adscrita¹³.

O SIAB possui várias fichas de preenchimento das informações, de responsabilidade de diferentes profissionais da ESF. O preenchimento das informações do SIAB começa com os ACS, que cadastram todas as residências a eles destinadas. Em seguida, é feita uma visita para preenchimento de cadastro das famílias em cada residência com a Ficha A, através da qual é possível fazer um levantamento

das características da população na área de abrangência do agente¹⁴.

Diante do exposto e da experiência de estágio na Secretaria de Saúde Municipal de São Luís (SEMUS), objetivamos com este estudo: relatar as condições de vida e saúde das famílias cadastradas no município de São Luís, tendo como fonte de informação os dados obtidos nas Fichas A/SIAB, de janeiro a outubro de 2009. Ressaltamos que o interesse por este estudo também é justificado pela metodologia de ensino da disciplina Planejamento e Programação em Saúde.

Através desta pesquisa pretende-se ainda descrever as características sócio-sanitárias da área de abrangência e conhecer os indicadores de morbidade da área de abrangência. Tais dados oferecem um embasamento de planejamento das ações que devem ser oferecidas à comunidade para enfrentamento de suas fragilidades e conquista permanente do direito à saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro/2009 a outubro/2009 tendo como fonte de dados a série histórica do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e o consolidado da Ficha A de cadastro das famílias da área de abrangência do ESF do município de São Luís-MA, após solicitação e autorização da SEMUS. Os dados foram organizados por meio do programa Excel/2009 e após analisado estatisticamente.

O estudo foi desenvolvido município de São Luís/MA, que possui área de 828,01 Km². Segundo dados do Censo 2007¹⁵, o município possui 870.028 habitantes, sendo 406.400 homens e 463.628 mulheres, distribuídos assim: 837.584 na área urbana e 32.444 na área rural. A cidade de São Luís possui ainda 39 Unidades Básicas de Saúde, 89 Equipes de Saúde da Família, alcançando 40% da população da cidade. Apresenta maior cobertura na região do Tirirical, Cidade Olímpica, Cidade Operária e na zona rural de São Luís.

Resultados e Discussão

Conforme os dados do SIAB, a ESF contempla quatrocentos e quatro mil e trinta

(404.030) pessoas cadastradas no município de São Luís/Ma, o que representa 40% de cobertura de sua população total. Possui noventa e seis mil e quatrocentos e noventa (96.490) famílias cadastradas, o que corresponde uma média de 4,18 habitantes por família.

Em relação à condição de vida da população atendida pela ESF em São Luís, a maioria das famílias demonstradas no Gráfico 1, possuem boa condição de moradia, já que 88,27% são de tijolo/adobe, portanto um fator positivo para tal área. Tais resultados são semelhantes ao um estudo realizado na região norte do município de São Paulo, onde se levando em consideração o tipo de moradia, houve prevalência as de tijolo e adobe¹⁶.

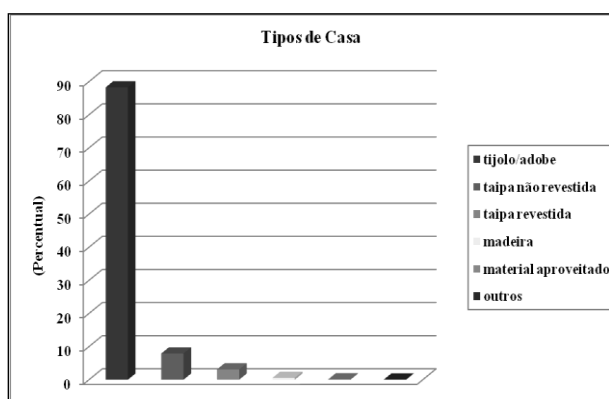


Gráfico 1. Tipos de casas das famílias cadastradas pela ESF em São Luís/MA.

Fonte: Pesquisa Direta

O Gráfico 2 apresenta os tipos de abastecimento de água nos domicílios das famílias cadastradas na ESF, sendo a maior parte destes abastecimentos, (71,64%), através da rede pública.

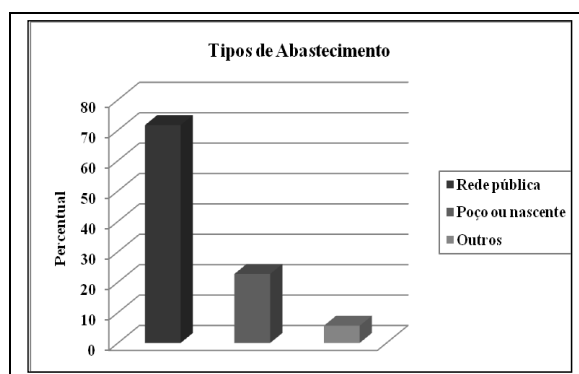


Gráfico 2. Tipos de abastecimento de água das famílias cadastradas pela ESF em São Luís/MA.

Fonte: Pesquisa Direta

Quando se trata de poço ou nascente, estes apresentam um índice considerável (22,69%) e de certa forma preocupante, uma vez que a forma de tratamento dessa água (por tipos de abastecimento) não é mensurada. Apenas 5,67% da população se beneficiam de outros tipos de abastecimento de água. Estudos semelhantes como de Fernandez et al¹⁶, demonstraram que as famílias contavam com abastecimento de água por rede pública, mas grande parte delas não tratava água no domicílio (processo de filtração, fervura e cloração).

Ressalta-se que a qualidade de água para o consumo deve ser analisada conforme a portaria 1.469/GM de 29 de dezembro de 2000, na qual estabelece a norma de qualidade para consumo humano, as responsabilidades para o controle e vigilância da qualidade da água além de estabelecer seu padrão de potabilidade.

Quanto ao tipo de tratamento utilizado para purificar a água, a maioria das famílias das famílias cadastradas pela ESF em São Luís/MA, ou seja 85.221 delas (88,32%) consomem água filtrada, sendo que 10,04% fazem ingestão da água *in natura*. Em percentual mínimo, embora preocupante, 0,7% e 0,93% utilizam a cloração e fervura, respectivamente, como forma de tratamento da água.

Em um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, por Freitas e Pinto¹⁷, relata que 100% das residências possuem rede de água tratada e fluoretada.

A respeito da gestão do lixo doméstico, a maioria da população adscrita neste estudo, realiza através da via pública (76,16%), de céu aberto (12,9%) e queimado/enterrado (10,91%). Esses dados contrapõe ao estudo de Fernandez et al¹⁶, onde verificou que quase a totalidade (97,8%) das famílias da região norte de São Paulo tinham o serviço de coleta pública de lixo.

Quanto ao destino de fezes/urina, boa parte da população estudada (66,03%) utiliza a fossa. No entanto, somente 23,36% dos domicílios são canalizados através do sistema de esgoto (rede pública geral) e 10,61% tem seus dejetos depositados em céu aberto.

Esses dados são preocupantes, uma vez que é fundamental que as pessoas possam utilizar de sistemas de esgotos sanitários, evitando assim a proliferação direta de doenças além de promover o saneamento básico. Arteiro¹⁸ ressalta a necessidade de tratamento de esgotos para evitar o contato do homem com as excretas e o uso da água devido ao lançamento de esgotos.

Observou-se ainda que 98,02% das famílias cadastradas pela ESF em São Luís/MA possuem energia elétrica da rede, sendo que

população com 15 anos ou mais foram considerados alfabetizados.

É preciso rever o papel da escola nesse

Faixa Etária	< 1 ano	1 a 4	5 a 6	7a9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masculino	66	3554	5111	12958	23486	20758	74573	22955	13318	12184	188963
Feminino	62	3520	5088	12262	23160	20727	89937	28455	15440	16416	215067
Nº de pessoas	128	7074	10199	25220	46646	41485	164510	51410	28758	28600	404030

Tabela 1. Distribuição da população por faixa etária e sexo, cadastradas pela ESF em São Luís/MA no período de janeiro a outubro de 2009.

Fonte: Pesquisa Direta

1,98% são desprovidas deste serviço. Esse resultados são semelhantes aos do estudo de Arreiro¹⁸ na área periurbana no município de Guarulhos-SP, demonstrando também uma cobertura satisfatória de energia elétrica, que contempla 93,9% das famílias cadastradas.

A Tabela 1 demonstra que existem na área 404.030 pessoas, sendo 53,23% do sexo feminino e 46,77% do sexo masculino. Houve prevalência em número de pessoas compreendendo a faixa etária entre 20 a 39 anos (fase considerada economicamente ativa), tanto do sexo masculino quanto feminino. E, embora a maioria das pessoas seja do sexo feminino, houve prevalência do sexo masculino nas faixas etárias

processo, pois a educação que hoje se faz necessária deve ser muito mais voltada para o desenvolvimento de competências, sobretudo aquelas que sem perder seu componente mental, possuem o caráter eminentemente prático, que são indispensáveis para a convivência social e para o mundo do trabalho¹⁹.

Na Tabela 2 demonstra os indicadores operacionais da ESF em São Luís/Ma na quantidade de gestantes acompanhadas, com prevalência de 96,05% na faixa etária de 15 anos ou mais. Conforme Santos e Santos²⁰, a faixa etária da população de um determinado local representa uma variável importante, que pode influenciar na qualidade de vida dos indivíduos, inclusive

INDICADORES JANEIRO-OUTUBRO/09	Diabéticos Acompanhados		Hipertensos Acompanhados		Tuberculosos Acompanhados		Hansenianos Acompanhados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAIXA ETÁRIA (ANOS)								
0 a 14 anos	03	0,12%	07	0,08%	01	1,82%	03	1,83%
15 anos e mais	2.578	99,88%	9.013	99,92%	54	98,18%	161	98,17%
TOTAL	2.581	100%	9.020	100%	55	100%	164	100%

Tabela 3. Número de diabéticos, hipertensos, tuberculosos e hansenianos acompanhados pela ESF em São Luís/MA no período de janeiro a outubro de 2009.

Fonte: Pesquisa Direta

menor que um ano (<1 ano) até os 19 anos de idade, o que demonstra um crescimento do sexo masculino na população de menor idade.

Em relação à escolaridade da população pesquisada entre 7 e 14 anos de idade, apenas 64,02% estão na escola, enquanto 35,98% estão desprovidos desta, o que representa um fator negativo para a educação. No entanto, 95,23% da

quando se pensa na questão de distribuição de recursos da família.

A Tabela 3 apresenta os principais indicadores de saúde, no que se refere número de patologias mais comuns.

Podemos verificar uma grande incidência de pessoas apresentando as seguintes patologias: diabetes mellitus, hipertensão arterial,

tuberculose e hanseníase. A maior parte da população acompanhada pela ESF em São Luís/MA apresenta Hipertensão Arterial totalizando 9.020 casos, sendo prevalente em quase sua totalidade (99,92%) em pessoas na faixa etária de 15 anos a mais.

A Diabetes Mellitus representa a segunda doença de maior acometimento, totalizando 2.581 casos, sendo prevalente na sua maioria (98,88%) em pessoas também na faixa etária de 15 anos a mais.

Nesse sentido, a equipe multiprofissional da ESF tem como uma das duas atribuições à promoção de ações educativas visando prevenção de doenças e promoção da saúde, despertando a autonomia dos indivíduos para a realização de hábitos saudáveis e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida.

Considerações Finais

Com o presente estudo pode-se concluir que: a maioria das famílias cadastradas possui casa de tijolo/adobe (88,27%); os domicílios em sua maioria são abastecidos pela rede de água pública (71,64%); a maior parte das famílias cadastradas consome água filtrada (88,32%); o destino do lixo doméstico é feito através da via pública por 76,16% das pessoas; 66,03% utilizam a fossa como destino de fezes/urina; 98,02% possuem energia elétrica da rede pública; houve prevalência do sexo feminino (53,23%); 64,02% dos indivíduos frequentam a escola e estão na faixa etária de 7 a 14 anos; 96,05% das gestantes e 99,92% dos hipertensos estão na faixa etária superior a 15 anos e são acompanhados pela ESF.

A identificação das condições de vida e saúde do ESF em São Luís sugere indicadores epidemiológicos e operacionais bastante semelhantes quando comparados com várias regiões do Brasil. Muito embora, os dados encontrados nesta pesquisa não são representativos para a população geral do município de São Luís, pois somente 40 % da população ludovicense é coberta pela ESF.

Referências

1. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [capturado 2010 jan 15] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/>

- internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf
2. Finkelman J. Caminhos de Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
3. Gomide M, Araújo Júnior F. O agente Comunitário e sua incorporação ao Programa Saúde da Família no Ceará: houve mudanças? Cadernos Saúde Coletiva. 2004; 12 (2): 137-154.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar em saúde pública: práticas de enfermagem. São Paulo: Difusão, 2003.
6. Cruz DBC, Gabardo MCL, Ditterich RG et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. Revista de Atenção Primária à Saúde. 2009 abr/jun; 12 (2): 168-175.
7. Brasil. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. Santos SMS, Uchimura KY, Lang RMF. Percepção dos usuários do Programa de Saúde da Família: uma experiência local. Cadernos Saúde Coletiva. 2005; 13 (3): 687-704.
9. Magalhães AH. Gestão em Saúde Coletiva e da Família Políticas Públicas em Saúde 2008 Pós-graduação Afirmativo. [capturado 2010 jan 15] Disponível em: <http://www.afirmativo.com.br/pos/admin/apostilas/imgs/POLITICAS%20PUBLICAS%20EM%20SAUDE%20-%20Prof.%20Alexandre%20Henrique.pdf>
10. Brasil. O que é o pacto pela saúde? 2009 [capturado 8 fev 2010] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021
11. Minayo MCS. A Saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: [sn], 1992.
12. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5 (01): 163-167.
13. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
14. Rodrigues CG, Rodrigues FG, Wonga LR et al. 2008. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. [capturado 2010 jan 5] Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008.pdf
15. BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população 2007. [capturado 2010 jan 7] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>.
16. Fernandez PMF, Voci SM, Kamata LH et al. 2008: Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10 (3): 749-755.
17. Freitas FPD, Pinto IC. Percepção da ESF sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005 jul./ago.; 13 (4). Não Paginado.
18. Arteiro MG. Estudo epidemiológico em localidade periurbana no município de Guarulhos, SP: acesso ao saneamento e condições de saúde de crianças.

- 2007 [capturado 13 fev 2010] Disponível em:
http://pandora.cisc.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-02102007-143701/publico/Mariana_Gutierrez_Arteiro.pdf:
19. Soffner RK; Chaves, EOCs. Tecnologia e educação como desenvolvimento humano. 2005. [capturado 2010 jan 23] Disponível em:
www.fae.unicamp.br/etd/include/getdoc.php?id=239...pdf
 20. Santos GS, Santos AS. Descrevendo as Condições de vida de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família em um bairro de Guarulhos. Saúde Coletiva. 2007; 3 (13). Não Paginado.