

PÁGINA DO ESTUDANTE

**ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA E PREVENÇÃO DA DOENÇA —
EXPERIÊNCIA EM UMA COMUNIDADE NORDESTINA**

Egberto Leinhardt Montarroyos Júnior
Cesar Cavalcanti da Silva
Dione Paiva de Sousa
Rejane Santa de Oliveira

ReBEn/12

MONTARROYOS JÚNIOR, E.L. — Assistência primária e prevenção da doença. Experiência em uma comunidade nordestina. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 33 : 495-507, 1980.

INTRODUÇÃO

A marcante desigualdade que existe no nível de saúde dos povos, provocada por fatores condicionantes dos mais variados e caracterizado de modo peculiar em cada sociedade, faz com que o Governo, as organizações internacionais e a comunidade mundial tenham como preocupação primordial metas em suas políticas de saúde como atividades de planejamento e execução de ações de saúde que visem a um melhor padrão de higidez. Em qualquer comunidade, principalmente nas de baixo poder aquisitivo e de classe social média baixa, constituem e requerem atenção maior dos interessados na saúde da população, como também, na nossa compreensão,

o problema situa-se no âmbito da própria comunidade em busca de resoluções de seus problemas, tornando-a responsável, no que diz respeito à melhoria de suas condições sócio-cultural, econômica e sanitária. A assistência primária de saúde é o ponto básico de partida para que seja alcançada maior assistência de cobertura às populações, a fim de que atinjamos a meta proposta na IV Conferência Nacional de Saúde.

A assistência primária, no nosso entendimento, baseia-se em cuidados essenciais de saúde calcados em métodos e técnicas práticos com fundamentos científicos, de modo que os serviços desenvolvidos sejam acessíveis ao indivíduo, família e comunidade, mediante

uma conscientização da situação real, de seu potencial de auto-suficiência e autoconfiança, num processo de auto-transformação dos indivíduos em função de suas próprias necessidades e da coletividade, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade em que vivem, proporcionando o bem-estar geral.

Hoje, mais do que em qualquer outra época, a Assistência Primária e a Prevenção das doenças na comunidade são atividades prioritárias e recomendadas por todos os organismos nacionais e internacionais e todos as instituições de saúde, que assumem um compromisso com a sociedade no tocante a esse aspecto. A ação do profissional enfermeiro é de grande relevância dentro desse importante processo, haja visto que se posiciona como líder de sua equipe, considerando sua responsabilidade de prestar toda assistência ao indivíduo, família e comunidade, prevenindo as doenças, já que a vida e a saúde situam-se entre os bens supremos do homem.

Nós, discentes de Enfermagem, preocupados com a problematização de saúde existente nas comunidades nordestinas e sentindo que a saúde não é um fator que deverá ser visto isoladamente, procuramos realizar um trabalho simples, porém substancial e significativo que envolvesse uma equipe multiprofissional em formação, pela oportunidade que nos é dada a realizar nesse estágio, no qual atualmente nos defrontamos como estudantes universitários, o qual nos propomos a divulgá-lo no XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.

O trabalho em lide tem como objetivo oferecer subsídios para uma implantação sistematizada da Assistência Primária e da Prevenção das Doenças na Comunidade, tomando como base uma pequena comunidade rural nordestina,

já que suas necessidades são idênticas às coletividades periféricas e marginais das áreas urbanas, suburbanas e rurais.

Relatamos uma situação atual, onde procuramos levar em conta as condições sócio-econômicas e características culturais e sanitárias, ao mesmo tempo que enfatizamos estratégias e perspectivas para implantar a assistência curativa ou preventiva, pretendendo, assim, contribuir na medida em que o plano assistencial for executado, para elevação, conseqüentemente, do nível de saúde da comunidade trabalhada.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Considerando a saúde como um direito fundamental do homem, baseando-se na "Declaração Universal dos Direitos Humanos", aprovada em 1948 pela ONU, que no artigo 25 diz: "Toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado que lhe assegure, assim como à sua família, a saúde e o bem-estar, em especial a alimentação, o vestuário, a habitação, a assistência médica e os serviços sociais necessários; tem ainda direito aos seguros em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez e outros casos de perda de seus meios de subsistência por circunstâncias independentes de sua vontade. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais; todas as crianças nascidas do casamento ou fora do casamento têm direito a igual proteção social"¹.

Na XXIII Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1970, em Alma Ata (URSS), foi declarado que a saúde é um direito fundamental do homem; em conseqüência foi aprovada na mesma Assembléia uma resolução com objetivo de, a longo prazo, a OMS "alcançar para todos os povos o grau mais alto possível de saúde", e aponta como condi-

1. MATOS, A. V. — Assistência Primária de Saúde, implicação para a enfermagem. DF, 31:13-22, 1978.

ção, o estabelecimento de sistemas nacionais de saúde com a devida eficácia em todos os países”².

Partindo dessas premissas, vários países, como Canadá, Colômbia, Venezuela, países da América Central e Brasil, já realizaram experiências demonstrando uma estratégia atualmente bastante utilizada para a melhoria dos níveis de saúde de suas comunidades, que tem sido o de desenvolver ações primárias de saúde, visando à ampliação de cobertura em larga escala na maioria da população, sendo utilizada tecnologia simplificada, viável pelo pessoal auxiliar de diversas áreas de saúde, contando com orientação e supervisão de profissionais multissetoriais.

Há alguns anos, no Brasil, várias medidas vêm sendo adotadas visando modificação do quadro nosológico, quadro este que se altera um pouco de região para região, porém apresentam sempre os mesmos problemas, já que sofrem inexistência ou deficiência de condições urbanísticas como: ausência de casas de alvenaria, de áreas calçadas, drenagem de água pluvial, luz elétrica, abastecimento público de água e esgotos, sanitários domiciliares para destino dos dejetos. Diante desse quadro, o Ministério da Saúde, através da Fundação SESP e em colaboração com as Secretarias de Saúde dos Estados, estão desenvolvendo vastos projetos de interiorização de ações de saúde, por exemplo: Monte Claro (RN), Caruaru e Vitória (PE). Não poderíamos omitir como órgão do sistema de saúde o PIASS — Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, que tem como objetivo congregando esforços no sentido de melhorar as estruturas sanitárias das regiões carentes da população de baixa renda familiar, situadas em zonas rurais, conclamando a comunidade a participar efetivamente das ações de saúde; o POLONORDESTE — Progra-

ma de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste, que tem como objetivo elevar o nível de saúde da população, melhorando o seu bem-estar, ampliando sua capacidade produtiva e aumentando o consumo próprio da região. Desenvolvido pelas Secretarias de Saúde dos Estados e pela EMATER — Empresa de Assistência Técnica de Extensão Rural — em seus diversos níveis técnicos-administrativos estadual, regional e local. E como órgão de apoio técnico-financeiro, contamos na região nordeste com a SUDENE, que visa ao bem-estar da comunidade e o desenvolvimento de recursos humanos. Podemos citar, também, o INAN — Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, criado com a aprovação do PRONAN — Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja finalidade é viabilizar os programas de alimentação e nutrição, para proteção do grupo Materno-Infantil. Entre outros órgãos encarregados da assistência, o papel do SINPAS — Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, que engloba os serviços do INPS — Instituto Nacional de Previdência Social; LBA — Legião Brasileira de Assistência; FUNABEM — Fundação Nacional do Bem-Estar ao Menor; DATAPREV — Empresa de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social; IAPAS — Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social. Vale salientar que o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural — PRORURAL, cuja gestão estava entregue ao FUNRURAL, também foi incorporado ao SINPAS.

Marcos Conceituais de Assistência Primária

Cuidados primários de saúde são os cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fun-

2. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, URSS, 1976.

damentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação.³

Assistência primária de saúde é o conjunto de ações que se põe ao alcance do indivíduo, família e comunidade para satisfazer suas necessidades básicas de saúde, tanto em aspectos de promoção e conservação da mesma, como prevenção e recuperação da enfermidade.⁴

A assistência primária de saúde é uma estratégia para expansão da cobertura dos serviços de saúde, consiste na conjugação de atividades destinadas ao atendimento das necessidades básicas das comunidades no que se refere à saúde. Assim é parte de uma família que reúne no âmbito da comunidade e em função de suas características sócio-econômica e cultural, os elementos necessários para produzir considerável impacto na saúde e no bem-estar de seus membros.⁵

Diante do acurado estudo sobre os conceitos de assistência primária, podemos chegar ao entendimento que sejam ações pouco complexas mais efetivas ou um conjunto de estratégias para a expansão da cobertura dos serviços de saúde, que se coloca à disposição do indivíduo, família e comunidade, para promover, fomentar, prevenir e repará-la. Consiste na sua conjugação de atividades destinadas ao atendimento das necessidades básicas das comunidades no que se refere à saúde. Consideram-se as peculiaridades e características sócio-econômica-cultural e sanitárias. É o meio, através do qual se facilita o acesso do usuário à assistência em níveis de complexidades dife-

rentes com relação à assistência dos serviços prestados e aos custos, enfocando relevada importância da participação comunitária forma integral, organizada, levando, assim, a autoconfiança com que indivíduos, família e comunidade devem assumir a responsabilidade por sua própria saúde.

A natureza multiprofissional para o desenvolvimento da saúde reconhece a comunidade como um fator fundamental para a extensão de cobertura dos seus serviços de prevenção das doenças na comunidade. A comunidade passa se constituir de habitantes físicos ou provenientes de fluxos imigratórios com uma organização que diverge de uma parte para outra no que toca às características sócio-econômica-cultural e sanitárias com problemas, interesses e aspirações comuns entre as quais incluiria a saúde. A cobertura de um determinado serviço a uma comunidade tem por finalidade um processo de autotransformação de seus integrantes; provocando "feed-back", demonstrado pelo desencadeamento do processo de desenvolvimento em todas as suas amplitudes, bem como a participação ativa, consciente, responsável, deliberada, organizada e contínua de todos os participantes da comunidade.

A assistência primária deve ser planejada, levando em conta a acessibilidade geográfica, financeira, cultural e funcional, observando a sistematização e execução de ações baseada nas necessidades dos indivíduos, família ou mesmo a comunidade; neste contexto a participação da comunidade tem relevada importância para obtenção de melhor cobertura.

Para desenvolver-se a cobertura em uma determinada área deve-se levar em conta alguns requisitos básicos, como: a) levantamento da comunidade abran-

3. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS, 1978.

4. SOBREIRA, N. R. S. — Marco Conceitual de Saúde Comunitária. *Rev. Bras. Enf.* DF, 32:369-374, 1979.

5. OMS/OPAS — Relatório Regional da Organização Mundial de Saúde.

gendo os aspectos fisiográfico, demográfico, sociológico, econômico e cultural para detectar suas necessidades prioritárias; b) identificar o índice de afecções provenientes de falta de infraestrutura condizente para uma boa saúde; c) em conseqüência do que já foi observado, podemos estruturar ações de assistência primária, estabelecendo metas e diretrizes visando ao preparo adequado dos profissionais destinados a prestar tal serviço.

O desenvolvimento de estratégia e a formulação de um programa de assistência primária devem estar ligados aos problemas de saúde, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação a partir de evoluções dos valores sociais e econômicos. Os meios comumente usados para a cobertura de um programa de tal natureza prevêem: "Promoção da nutrição apropriada e adequada provisão de água de boa qualidade, saneamento básico, assistência ao grupo materno-infantil, incluindo planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, educação no tocante a problemas de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle e o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns". Orientação da população sobre aspectos de saúde, visitas domiciliares, prestação de primeiros socorros, orientação e controle de parteiras leigas, coletas e registro de dados bio-estatístico.

A prestação de serviços dentro da assistência primária apresenta resultados satisfatórios. Para isso tornam-se indispensáveis as atividades destinadas ao atendimento das necessidades básicas e assim obtenção de melhores níveis de saúde do indivíduo, família e comunidade.

Visão da Enfermagem

A sociedade brasileira hodierna se caracteriza como uma sociedade em

transição, refletindo de maneira considerável, em diversos setores, inclusive no setor de saúde. Como na maioria dos países, os recursos educacionais desenvolvem-se de maneira desordenada, trazendo sérias conseqüências às diversas profissões que nascem empiricamente, e a Enfermagem não foi uma exceção.

Relacionada, desde os primórdios da civilização brasileira, como uma profissão que se prendia aos cuidados de enfermos, tendo galgado seus períodos críticos; porém, quanto à atual política de saúde, tem desempenhado um papel relevante na saúde de comunidade. Podemos inferir que os bons serviços de saúde prestados pelas Unidades Sanitárias decorrem, principalmente, pela enfermagem. O enfermeiro é responsável pelo planejamento assistencial à comunidade, como também pelo desenvolvimento dos recursos humanos atuantes de Enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA

Caracterização da Comunidade Trabalhadora

No diagnóstico da comunidade em análise levamos em conta o índice de mortalidade, condições sociais, econômicas e sanitárias, enfocando os aspectos a seguir:

Aspecto Fisiográfico — A área trabalhadora constitui 9 km² circundados pelas comunidades dos lugarejos de Mangabeira, Praia Jacarapé e Timbó, todas localizadas na periferia da Grande João Pessoa. Seu relevo é caracterizado com vasta planície e terrenos arenos, possuindo áreas férteis banhadas pelos rios Nossa Senhora da Penha, Timbó, Riacho do Cabelo e Laranjeiras. Vegetação rasteira de pequeno porte, com presença de roçados destinados a uso próprio.

Aspectos Demográfico e Sócio-Econômico — Com uma população de

aproximadamente 1.800 habitantes, apresenta um incremento populacional bastante acentuado devido ao fluxo migratório, segundo dados estatísticos, 58% provêm das zonas rurais em procura de melhores condições de vida na zona urbana, só conseguindo localizar-se na periferia; em conseqüência, 42% da população da capital conseguem localizar-se na zona suburbana. (Quadro 1)

Segundo levantamento realizado em plena década de 80, numa pequena comunidade como a de Água Fria, encontra-se um elevado percentual de pessoas sem qualquer nível de instrução; cerca de 46,6% e 53,4% com nível elementar, geralmente possuindo o antigo primário incompleto. A maioria dos chefes de família se constitui de agricultores ou pedreiros analfabetos, sendo raro os moradores que possuem o 1.º grau completo. As crianças ajudam na lavoura, maior meio de subsistência da localidade, deixando a escola de lado por diversas razões, como: distância de estabelecimento, falta de condições financeiras, falta de conscientização, necessidade de mão-de-obra, etc. Observa-se que o nível de escolaridade é muito baixo, apresentando, ainda, uma percentagem elevada de famílias cujos filhos não freqüentam escolas. (Quadro 2)

A população dessa área é bastante diversificada. Foi verificado que 62,5% dos chefes de família compõem uma faixa etária de 22 a 40 anos, observando, assim, famílias que variam de 4 a 10 filhos num percentual de 53,4% com uma faixa etária de 0 a 7 anos em sua maioria. (Quadro 3)

Sociologicamente falando, a comunidade em estudo não apresenta organização em termos de sociedade por ser muito rarefeita. A família nuclear em boa parte, 88,6%, encontra-se estruturada e 11,4% desestruturada. No tocante às lideranças organizadas, nada temos a registrar, o que constitui um problema em sua organização.

Aspectos Sanitário e Sócio-Econômico — A situação de saneamento básico na área é bastante precária, uma vez que não existe saneamento, contudo, se considerarmos a existência de fossas sépticas, esta situação evolui, pois pode-se constatar que 67% as possuem. De 33% restantes da população, não possuem nenhum tipo de instalação sanitária, o que nos leva a concluir que estas famílias, não podendo dar um destino adequado aos despejos, lançam-na na superfície. (Quadro 4)

Um outro fato que merece grande importância diz respeito ao lixo: constatamos que 69,3% das famílias pesquisadas não dão destino adequado ao mesmo, lançando-o no solo, e apenas 31,7% desta removem-no, enterrando-o ou queimando-o. (Quadro 5)

Na comunidade, vamos notar uma situação bastante precária no que diz respeito ao abastecimento de água, pois não existe uma rede de distribuição. A população é abastecida por cacimbas, poços, cisternas ou rio. É de se constatar, também, que 56,8% ingerem água da mesma maneira que esta é colhida, trazendo como conseqüência um dos fatores que contribuem para o índice de mortalidade elevar-se. Conseqüentemente, apenas 43,2% tomam água tratada. Observa-se, ainda, que 81% da população procedente da zona urbana utilizam a água para ingerir tratada, deduzindo-se que os fatores econômicos e educacionais vêm influir nas condições de saúde de uma comunidade, pois nas cidades é baixo o índice de mortalidade em relação às zonas rurais. Na zona rural este fato é relativamente invertido, pois 61% ingerem água não tratada conseqüentemente, podemos observar as enterites, diarreias e outras doenças, como um dos sintomas dos estados mórbitos que atingem a faixa etária de crianças de dias a cinco anos, onde a mortalidade infantil representa 1,5% por família, como um dos indicadores responsáveis pesando no obituário ge-

ral, podendo ser controlados, pois são doenças evitáveis por um saneamento básico, o que não existe. (Quadro 6)

Quanto às condições de habitação, sem levar em conta que os terrenos são aforados, ou seja, pertencentes à Prefeitura, 61,4% dessas famílias possuem domicílio próprio, 26,1% alugados, e 12,5% cedidos. A maioria desses domicílios são habitações precárias, predominando a construção com aproveitamento de recursos próprios da área, tais como taipa ou mesmo palha. No que diz respeito à cobertura, 86,4% são cobertas de telhas, devido ao fácil acesso à olaria. O piso geralmente é de cimento fino, pouco conservado, predominando também o barro batido. Partindo desses dados constata-se que a maioria dessas pessoas residem em pequenas casas, sem o mínimo de conforto ou mesmo condições habitacionais.

Um outro ponto que merece ser salientado, tendo como base as 88 famílias levantadas na população de Água Fria, diz respeito à renda mensal, onde constatamos uma crítica situação financeira: 30,7% das famílias pesquisadas recebem mensalmente cerca de Cr\$ 1.500,00, e apenas 22,7% das famílias possuem o salário mais alto da comunidade, o qual varia entre Cr\$ 3.500,00 a Cr\$ 8.000,00. Considerando o elevado número de membros nas famílias e a precária renda mensal, uma média por família na ordem de Cr\$ 2.800,00, torna-se evidente a difícil situação sócio-econômica, que influencia diretamente sobre a qualidade de con-

dições habitacionais, nutricionais e sanitárias, sendo uma questão social plausível de uma solução adequada. (Quadro 7)

CONCLUSÃO

Após estudo da situação das famílias da área programática, conclui-se que de um modo geral estas famílias são realmente carentes, existindo diversos fatores como a baixa renda familiar, o baixo nível de instrução, o elevado número de membros na família, falta de mão-de-obra especializada, falta de acesso ao saneamento, que vêm intervir direta ou indiretamente na situação sócio-econômica e condições de saúde dessa comunidade. Estes fatores refletem notadamente no grupo materno-infantil, pois no mesmo observa-se a falta de resistência física e orgânica suficiente para responder imunologicamente as doenças, contribuindo, assim, como uma das causas de mortalidade infantil na região.

Apresentamos, assim, uma síntese diagnóstica de uma comunidade suburbana em sua real situação, a fim de obter uma visão global da situação de saúde e também observar alguns componentes indispensáveis que influenciaram na elaboração de um plano de assistência primária.

O presente trabalho, realizado por este grupo discente, terá aplicação pelo grupo posteriormente, onde teremos oportunidade de aprofundar os nossos conhecimentos.

OS AUTORES AGRADECEM:

— Ao Departamento de Enfermagem, pela colaboração prestada para o desenvolvimento deste trabalho.

— Aos estagiários de Saúde Pública I, pela participação durante a realização da pesquisa.

— Aos nossos pais, pelo incentivo dado durante a realização do trabalho.

PLANO ASSISTENCIAL

PROBLEMAS DETECTADOS	OBJETIVO	AÇÕES DE ENFERMAGEM
1. Desorganização da comunidade por falta de líderes.	1. Organizar a comunidade para solucionar seus próprios problemas	1. Realizar reuniões na comunidade com a finalidade de estabelecer grupos nucleares sociais. Pedir ajuda dos vários organismos existentes na região para ajudar na organização da comunidade.
2. Uso de água não potável, geralmente retirada de rios, cacimbas, poços e cisternas.	2. Informar a necessidade de se usar água fervida, e a importância de seu uso na saúde.	2. Realizar campanhas de orientação juntamente com a EMATER/SUCAM. Demonstrar o artifício da fervura como método de purificação caseiro da água.
3. Acúmulo de lixo, por falta de orientação, em terrenos próximos às residências.	3. Informar os problemas de saúde ocasionados pela falta de higiene ambiental. Mosquitos, baratas, ratos, etc.	3. Realizar campanhas de orientação e educação à população. Orientar no sentido de dar um destino adequado ao lixo através de queimadas, soterramento, etc.
4. Precaríssimas condições habitacionais sem o mínimo de conforto necessário.	4. Melhorar as condições habitacionais.	4. Suscitar lideranças para encabeçar movimentos de trabalho conjunto.
5. Ausência da rede de fossa e esgoto.	5. Levar ao conhecimento da população a importância do destino adequado dos dejetos, veículos de transmissão de várias doenças.	5. Realizar campanhas de educação sanitária e solicitar ajuda dos órgãos SUCAM/EMATER para incentivar a construção de fossas sépticas, de baixo custo.
6. Crianças em idade escolar, prestação dos serviços braçais.	6. Motivar os pais no que diz respeito à necessidade de formação intelectual dos filhos.	6. Levar as professoras locais a realizarem palestras para a comunidade no sentido de mostrar aos pais a necessidade de encaminharemos os seus filhos à escola.
7. Imunização.	7. Dar conhecimento à população da importância de imunizar.	7. Planejar e executar uma sistemática de vacina prevendo uma maior cobertura.

Q U A D R O 1

PROCEDÊNCIA

REGIÃO	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
RURAL	51	58%
URBANA	37	42%
TOTAL	88	100%

Q U A D R O 2

ESCOLARIDADE

GRAU DE INSTRUÇÃO	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
ANALFABETOS	41	46,8%
ALFABETIZADOS	47	53,4%
TOTAL	88	100,0%

Q U A D R O 3

IDADE DOS CHEFES DE FAMÍLIA

IDADES CHEFES DE FAMÍLIA	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
15—20	07	8,0%
21—30	25	28,5%
31—40	30	34,0%
41—50	14	15,9%
51—60	03	3,4%
61 a mais	09	10,2%
TOTAL	88	100,0%

Q U A D R O 4

INSTALAÇÕES SANITARIAS

LOCAL DO DESPEJO	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
SOLO	29	33%
FOSSA	59	67%
TOTAL	88	100%

Q U A D R O 5
DESTINO DO LIXO

CONDUTA	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
REMOVE	07	7,9%
SOLO	61	69,3%
QUEIMA	17	19,3%
ENTERRA	03	3,5%
TOTAL	88	100,0%

Q U A D R O 6
USO DA ÁGUA

CONDIÇÕES	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
FERVIDA	26	29,5%
FILTRADA	24	27,3%
DIRETO DA CACIMBA	35	39,8%
DIRETO DO RIO	03	3,4%
TOTAL	88	100,0%

Q U A D R O 7
RENDA FAMILIAR

RENDA	N.º DE FAMÍLIAS	PERCENTAGEM
1.500	27	30,7%
1.501—2.500	27	30,7%
2.501—3.500	14	15,9%
3.501 a mais	20	22,7%
TOTAL	88	100,0%

R E S U M O

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS — EXPERIÊNCIA EM UMA COMUNIDADE NORDESTINA

O presente trabalho procura enfatizar a Assistência Primária e Prevenção da Doença em seus diversos níveis, tecendo várias considerações, marcos conceituais e descrevendo a atuação de Enfermagem.

Explicita a experiência de implantar um Plano Assistencial em uma comunidade rural, que, para isto, fez um diagnóstico da mesma, através de questionários, para, em seguida, elaborar planos de assistência e conclusão.

BIBLIOGRAFIA

01. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE. Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, URSS, 6-12 setembro, 1978.
02. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1 a 5 de agosto de 1977.
03. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Anais do XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belém, 16 a 22 de julho de 1978.
04. AZEVEDO, A. C. de — Política Nacional de Saúde. Apresentado na VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1977 — Tema IV.
05. CAMARGO, E. José de Castro — *Estudo de Problemas Brasileiros*. Rio de Janeiro, Biblioteca do Exército, 3.^a edição, 1979.
06. LEAVEL, H. & CLARK, E. G. — *Medicina Preventiva*. Editora Mc-Graw-Hill do Brasil Ltda./MEC.
07. ANDRADE, O. Barros de — *Programação das Ações de Saúde do Serviço Especial de Saúde de Araraquara*. São Paulo, 1979.
08. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde baseada nas Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade. Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde, REMSA 4/4 Rev. 1 (Port.), 13 de julho de 1977.
09. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da IV Conferência Nacional de Saúde. Interiorização dos Serviços de Saúde. Brasília, 1977 — Tema III.
10. SOBREIRA, N. R. S. — Marco Conceitual de Saúde Comunitária. *Rev. Bras. Enf.* DF, 32:369-374, 1979.
11. SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE. Índice de Nomenclatura. Folha SB.25-Y-C-III-1-SE Escala: 1:25.000 Nossa Senhora da Penha. Edição 1974.