



DEMOGRAFIA E SAÚDE: PERFIL DA POPULAÇÃO

Maria Rejane Souza de Britto Lyra¹

Maria Angela de Almeida Souza²

Jan Bitoun³

Resumo

Este texto - Demografia e Saúde: Perfil da População - visa contribuir para uma breve caracterização da dinâmica demográfica municipal e intramunicipal do Recife. Apresenta, de início, a configuração da política nacional de saúde e as ações desenvolvidas em âmbito municipal, que servem de referência para a escolha dos indicadores demográficos a ser analisados, cujos critérios de seleção são, também, descritos. A seguir, realiza a análise de indicadores relativos ao tema Demografia e Saúde, comparando o Recife com outras metrópoles brasileiras; com as demais capitais dos Estados do Nordeste e com municípios de sua região metropolitana; e aprofunda a análise do plano intramunicipal, considerando as Unidades de Desenvolvimento Humanos (unidades de análise adotadas no Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife, com o objetivo de melhor identificar as desigualdades sociais internas) e as Microrregiões Político-Administrativas do Recife, finalizando com a estimativa de uma demanda populacional para os serviços do Sistema Unificado de Saúde (SUS). Espera-se, assim, fornecer informações capazes de orientar as políticas públicas, em especial a política de atenção à saúde, e subsidiar o planejamento das ações a serem desenvolvidas de forma regionalizada no espaço municipal.

Palavras-chave: Indicadores Demográficos de Saúde; Dinâmica Demográfica; Desigualdade social.

1. Estatística e Demógrafa.

2. Arquiteta, urbanista e professora da pós-graduação em Desenvolvimento Urbano da UFPE.

3. Geógrafo e Professor do Departamento de Ciências Geográficas da UFPE.



1. INTRODUÇÃO

O processo de transformação demográfica, como o resultado do ritmo de crescimento e do deslocamento da população no espaço, repercute no tamanho da população e nos volumes de pessoas por grupos de idade nas diversas parcelas do espaço habitado. Nesse sentido, o conhecimento dos contingentes populacionais é de fundamental importância para o planejamento do desenvolvimento, especialmente para dimensionar as demandas por serviços, subsidiando a definição de formas e estratégias para supri-las, bem como a avaliação das políticas já implantadas.

Alguns aspectos do comportamento demográfico auxiliam na definição do perfil de saúde da população, quando relacionados a um conjunto de condicionantes que refletem as condições de vida dos indivíduos, particularmente no que se refere ao acesso a bens e serviços – o que supera o papel exercido por fatores biológicos. Nessa perspectiva, a utilização de indicadores demográficos para a determinação social da saúde das coletividades ganha um papel de destaque, por conta do potencial das políticas públicas de interferirem no ciclo de vida da população. A política de atenção à saúde, em particular, tem o potencial de minimizar o efeito negativo das desvantagens sociais no estado de saúde da população, desde que haja garantia de acesso ao atendimento e de qualidade das ações.

No Brasil, ao longo do último século, a política de saúde passou por mudanças importantes, indo do Sanitarismo Campanhista e do modelo médico-previdenciário à construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema, concebido com base nos princípios constitucionais de 1988, relaciona a **política de saúde com as condições de vida da população** e instaura um processo de gestão e monitoração descentralizada da saúde, o qual contempla, no nível municipal, as distintas parcelas do território, em função da demanda diferenciada por serviços públicos de saúde, de modo a subsidiar a formulação de políticas no setor.

Este texto do Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife visa contribuir para uma breve caracterização da dinâmica demográfica municipal e intramunicipal, destacando os indicadores de saúde, de modo a fornecer informações capazes de subsidiar as políticas públicas, em especial a política de atenção à saúde, contribuindo, inclusive, para o dimensionamento da demanda pelos serviços do SUS. Segue o mesmo padrão dos textos analíticos referentes aos outros temas.

- No item 2, apresenta uma breve descrição da Política Nacional de Saúde e do Sistema Unificado de Saúde, especificando as ações desenvolvidas no âmbito municipal, que orientam a seleção que se segue dos indicadores demográficos a ser analisados;
- no item 3, é feita a análise de indicadores relativos ao tema Demografia e Saúde, considerando-se três espacialidades: i) o Recife e algumas metrópoles brasileiras; ii) o Recife e as demais capitais do Nordeste; e iii) o Recife e os demais municípios da região metropolitana; e
- No item 4, são examinadas informações do plano intramunicipal, consideradas as Microrregiões Político-Administrativas do Recife (MRs) e as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs)⁴. São comparados os espaços socioeconômicos

4. As UDHs são agregações de Setores Censitários do Censo Demográfico (IBGE, 2000) delimitadas considerando-se tanto quanto possível características socioeconômicas homogêneas de populações, aspectos morfológicos do território e limites político-administrativos de bairros e RPAs (ver Anexo A).



no âmbito do município de Recife, tentando-se identificar os aspectos que possam subsidiar, no plano local, a implementação ou o redirecionamento de políticas públicas e de programas sociais de iniciativa governamental, em especial no campo da Saúde.

2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

A seleção dos indicadores demográficos a serem extraídos dos Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil e no Recife tem por objetivo retratar, em grandes linhas, a dinâmica demográfica e destacar os indicadores de saúde, visando orientar as políticas públicas voltadas para o setor. Uma breve descrição dessa política, especificando as suas ações no nível municipal, orienta a seleção de indicadores demográficos de saúde posteriormente apresentada.

2.1 Política de Saúde

Para uma melhor clareza dos indicadores demográficos e de saúde a serem destacados neste texto, é apresentada a seguir a configuração da Política de Saúde e do Sistema Único de Saúde, especialmente nas esferas nacional e municipal, ressaltando a sua implantação no Recife.

2.1.1 A Política Nacional de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) – política de saúde atualmente vigente no País – foi instituído pela Constituição Federal de 1988 em resposta à luta pela redemocratização, empreendida pelo movimento sanitário, no início da década de 80, e pelos movimentos sociais em geral. Trata-se do reflexo – no campo da Saúde – da capacidade de atuação da sociedade na defesa da instituição de políticas sociais que reduzam a pobreza e as desigualdades no País. Trata-se de algo que, em outras áreas – a exemplo do seguro-desemprego (instituído em 1986), do Fundo de Amparo ao Trabalhador (criado em 1990, e desde 1995 constituindo a fonte básica de recursos para o seguro-desemprego e outras políticas dirigidas ao mercado de trabalho) e do FUNDEF, na Educação –, em parte resultou de pressões dos movimentos sociais.

As razões que mobilizaram importantes segmentos sociais na defesa da criação de um novo sistema de saúde se fundaram na necessidade de reorganização do modelo de saúde, de modo a se prover uma atenção integral à saúde, no que respeita a toda a população e não apenas aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social. Além disso, o modelo até então em curso, centrado na assistência hospitalar, tornava-se impraticável pelo seu custo crescente num contexto de crise financeira.

O SUS baseia-se nas concepções de *sistema* e *unicidade*. Diz-se Sistema, porque é formado por um conjunto de instituições de saúde, públicas e privadas conveniadas, nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), adotando-se os mesmos princípios e normas do serviço público, ou seja, regulados pelo setor público; Único, porque deve funcionar com a mesma doutrina, a mesma organização em todo o País.

As propostas de mudanças do modelo da saúde defendidas pelo movimento sanitário ganharam expressão a partir de 1985, fim do regime militar e início da Nova República, um novo ciclo de redemocratização no País. Nesse contexto de abertura democrática,



as propostas de mudança adquiriram legitimidade na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília. Essa Conferência foi um marco determinante para a criação do SUS, envolvendo cerca de 4.000 participantes (representantes de segmentos de trabalhadores, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde). Foi então definido e aprovado o **conceito ampliado de saúde**. Segundo esse conceito, o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo — incluída a minimização da incidência de doenças e a possibilidade de acesso a mecanismos de cura — deve ser o resultado de um conjunto de políticas públicas de alimentação, habitação, trabalho, educação, transporte, lazer e acesso a ações e serviços de saúde. Nessa concepção, a política de saúde relaciona-se com as condições de vida. Além disso, saúde foi tema reconhecido como um *direito do cidadão e um dever do Estado*. Tal foi a força dessa Conferência que as propostas aprovadas foram introduzidas na Constituição Federal de 1988. Apesar de o texto constitucional representar uma condição facilitadora para a implantação do SUS, é evidente que não basta estar escrita na Lei Magna do País para a política de saúde tornar-se realidade. O mesmo vigor que inspirou a Constituição precisa estar presente no processo de implementação do SUS para transformar em fatos concretos seus princípios e diretrizes. As dimensões de processo, de construção democrática e de cidadania, são inerentes ao SUS.

Entendido como um direito do cidadão, o SUS deve ser *universal* e assegurar o acesso às ações e serviços de saúde indiscriminadamente a todas as pessoas. Além disso, o SUS, considerando-se as enormes desigualdades sociais, deve **investir prioritariamente nas áreas de maior risco de adoecer e morrer**, o que se chama de tratar desigualmente os desiguais, e configura-se na aplicação do princípio da *equidade*. O SUS tem também por objetivo incorporar as dimensões de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a abordagem curativa, bem como propor a articulação com outras políticas públicas que tenham relação com a saúde. Esses princípios de *universalidade, equidade e integralidade*, respectivamente, constituem o núcleo central do SUS.

A partir desse conjunto de doutrinas, o SUS organiza-se segundo a diretriz da *descentralização* das ações e serviços de saúde. Isso significa que o ponto de partida para a estruturação do sistema deve ser o município. A descentralização é, portanto, o caminho para a municipalização, sendo a Secretaria de Saúde o órgão responsável pela gestão da saúde. A partir dessa base municipal, o sistema deve articular-se com serviços de maior complexidade no próprio município ou em municípios vizinhos, de modo a garantir o acesso da população aos níveis de complexidade requeridos em cada caso-referência e o retorno de informações ao serviço de origem. A essa configuração territorial dá-se o nome *regionalização da saúde*, referindo-se à área geográfica que concentra os serviços *hierarquizados*, do mais simples (Unidades Básicas de Saúde) aos mais complexos — de hospitais de pequeno porte aos de maior porte.

Outro importante elemento do Sistema é a *participação da sociedade civil*, o que ocorre nos *Conselhos de Saúde* nas esferas municipal, estadual e federal, e nas *Conferências de Saúde*, também nas três esferas de governo. Os Conselhos são instâncias permanentes de controle social, as quais pressupõem a participação da população na gestão da Saúde. Compõem os Conselhos — paritariamente — representantes do governo, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários do sistema. As Conferências de Saúde ocorrem com a periodicidade de quatro anos.



No ano de 1983, os prefeitos empossados tinham como desafio a implantação do SUS. O momento nacional era de otimismo em função da superação da crise do governo federal em 1992. As propostas aprovadas na IX Conferência Nacional de Saúde (“Saúde: a Municipalização é o Caminho”), realizada em agosto de 1992, reforçavam a idéia-força de descentralização dos serviços de saúde. A publicação da NOB/93 – que sistematizou o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e decisão – constituiu um elemento a mais no fortalecimento da idéia-base do SUS.

2.1.2 A Legislação do SUS – Leis Orgânicas e Normas Operacionais

Em 1990, dois anos após a criação do SUS, foram aprovadas as leis orgânicas da saúde: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90. Essas leis têm a função de disciplinar a política de Saúde. A Lei 8.080/90 regulamenta nacionalmente as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, os princípios e as diretrizes, as atribuições das três esferas de governo (União, Estados e Municípios), a organização e o funcionamento do sistema. A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área de saúde.

Além das leis orgânicas, ainda existem as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que, como o próprio nome indica, orientam sobre o como fazer, o passo a passo, o momento tático operacional. Cada norma traz sua contribuição, acrescentando novos conteúdos, revisando aspectos que precisam de correção de rumos e ajustes. As normas mais importantes foram a NOB/93, a NOB/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)/2001 e 2002.

A NOB/93 trouxe como principal contribuição o reforço ao processo de descentralização, como redistribuição de poder e de recursos, reformulação das práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social. A NOB/96 avançou no sentido de reforçar a responsabilidade do poder público na gestão do Sistema de Saúde e a substituição do modelo de saúde centrado nas práticas curativas individuais pelo modelo de atenção integral de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Por fim, a NOAS/2001 e 2002 tem foco na regionalização da assistência, significando o Sistema de Saúde organizado com base territorial, responsável por ofertar desde a atenção básica, no próprio município, até ações de maior complexidade, no próprio município ou em município de referência, com garantia de acesso universal.

2.1.3 O Sistema Único de Saúde no Recife

No Recife, os avanços do SUS tiveram início em 1993, quando foi feita a implantação do Sistema pela Secretaria Municipal de Saúde, no que respeita aos aspectos de gestão, mudança do modelo de atenção à saúde e controle social. No período de 1993 a 2000, dentre os diversos passos para a implementação do Sistema, podem ser destacados:

- i) criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde;
- ii) realização de duas Conferências Municipais de Saúde;
- iii) implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família;



- iv) aprofundamento da descentralização mediante a criação de seis Distritos Sanitários, adotando-se a mesma divisão espacial das Regiões Político-Administrativas (RPAs);
- v) habilitação da gestão simplificada do sistema, conforme a NOB/93;
- vi) negociação com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para o repasse – à gestão municipal – de serviços de saúde estaduais (21 centros de saúde, dois hospitais pediátricos e duas maternidades);
- vii) ampliação da rede de serviços mediante a construção de duas policlínicas (Ibura e Campina do Barreto);
- ix) estruturação das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;
- x) implantação e aprimoramento dos sistemas de informação em saúde;
- xi) construção do Laboratório Municipal, completamente automatizado;
- xii) implantação do Centro de Orientação e Aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis (COAS);
- xiii) implantação do Núcleo de Apoio Psicossocial de Afogados (NAPS), uma proposta de atenção ao doente mental do tipo hospital-dia;
- xiv) implementação do Centro de Vigilância Animal de Peixinhos;
- xv) estruturação do Sistema de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar do SUS;
- xvi) criação do SOS Recife (Sistema de Remoção por Ambulância);
- xvii) construção do Centro de Oftalmologia, Hipertensão e Diabetes como serviço de referência para as doenças crônico-degenerativas;
- xviii) início da construção da Maternidade do Ibura;
- xix) habilitação, em 1998, do Sistema Municipal de Saúde na Gestão Plena, cumprindo-se a NOB/96.

No conjunto dessas ações acima relacionadas, destacam-se elementos que indicam a necessidade de informações importantes para subsidiar o SUS. O Programa de Saúde da Família, por exemplo, atua por meio de *equipes básicas de saúde* territorialmente alocadas, em face da demanda por serviços públicos de saúde, em geral, situadas em áreas onde reside a população mais pobre. Como relata Bitoun (2003:9), essa “*equipe básica de saúde é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e exerce suas atividades no entorno de uma Unidade de Saúde da Família, onde estão cadastradas as famílias residentes num território predefinido (‘a população adscrita’).*” Cada agente comunitário de saúde incumbe-se de cerca de 150 a 200 famílias e exerce uma ação de medicina preventiva levantando, para o sistema, informações sobre as condições de vida e de saúde das famílias que atendem, bem como sobre as características socioambientais do território. Cada equipe básica do Programa de Saúde da Família conta com cinco ou seis agentes comunitários de saúde, atuando em cerca de 1.000 famílias territorialmente localizadas, administrando a relação entre a população e o conjunto do sistema de saúde e regulando o encaminhamento dos pacientes a unidades de saúde de maior complexidade, além de estimular a organização da comunidade para exercer o controle social das ações e dos serviços de saúde.



O processo de descentralização das ações do SUS no Recife se faz por meio dos seis **Distritos Sanitários**, que correspondem à divisão espacial das seis **Regiões Político-Administrativas (RPAs)**. Cada uma dessas, por sua vez, subdivide-se em três Microrregiões Político-Administrativas, totalizando 18 MRs, que correspondem total ou parcialmente a diversas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs). As ações de vigilância epidemiológica e sanitária requerem informações sobre as características socioambientais do território, enquanto as ações de assistência materno-infantil, de orientação/aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis, de assistência a doenças crônico-degenerativas, que atingem faixas etárias mais elevadas da população, dentre outras ações, requerem informações mais detalhadas do perfil demográfico por sexo e idade da população residente nas localidades onde são demandados os serviços do SUS.

A experiência de orçamento participativo – representada no Recife inicialmente pelo *Programa Prefeitura nos Bairros*, implantado em 1993, contando com a participação regular da Secretaria de Saúde do Recife nas plenárias – vem garantindo uma discussão sistemática da política de saúde com os delegados do OP e o Conselho Municipal de Saúde, por meio de sucessivas reuniões. Tal experiência terminou por constituir uma das referências nacionais, em termos de construção coletiva, na implementação de ações concernentes a uma política social. Com a consolidação do orçamento participativo, amplia-se a importância da disponibilidade de informações demográficas regionalizadas no espaço da cidade, por microrregiões político-administrativas, de modo a se constituírem indicadores de saúde capazes de subsidiar a política municipal de saúde e a ação descentralizada do SUS.

2.2 Indicadores demográficos com destaque para a Saúde

Para abordar o tema Demografia e Saúde, foram selecionadas algumas variáveis, definidas no Quadro 1, visando caracterizar o comportamento demográfico do Recife em comparação com outros municípios selecionados, bem como na sua expressão intra-urbana, destacando-se os indicadores da dinâmica demográfica e os de saúde, e especificando os espaços de análise em que esses indicadores serão utilizados.

2.2.1 Indicadores da Dinâmica Demográfica: ritmo de crescimento populacional e concentração espacial da população

A dinâmica demográfica possui três componentes – a fecundidade, a mortalidade e a migração – que, inter-relacionados, determinam o crescimento populacional e a distribuição da população no espaço. Nesse sentido, são utilizados no escopo deste trabalho, como indicadores síntese da dinâmica demográfica, aqueles que expressam o **ritmo de crescimento populacional**, resultante do balanço líquido de acréscimos e perdas de população – a *taxa de crescimento populacional* –, e aqueles que caracterizam a **concentração espacial da população**, seja no âmbito da relação da área urbana com a área rural, quando utilizados na comparação do Recife com outras capitais ou municípios – a *taxa de crescimento da população urbana e a taxa de urbanização* –, seja no âmbito do espaço intra-urbano – a *densidade populacional*.

Um aprofundamento da dinâmica demográfica, com a utilização dos componentes fecundidade e mortalidade, será contemplado no âmbito da análise dos indicadores demográficos de saúde, como explicita o subitem a seguir.



2.2.2 Indicadores da Dinâmica Demográfica e de Saúde: fecundidade, mortalidade e longevidade

Os indicadores básicos de saúde, inseridos no tema demografia, estão distribuídos em três subtemas: **fecundidade** (*taxa de fecundidade total e percentual de mulheres de 10 a 14 anos e de 15 a 17 anos com filhos*), **mortalidade** (*mortalidade até um ano de idade, mortalidade até 5 anos de idade*) e **longevidade** (*esperança de vida ao nascer, probabilidade de sobrevivência até 40 anos*), sendo, também, considerados o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM longevidade, e o Índice de Envelhecimento da População). Esses indicadores estão em consonância com o conceito ampliado de saúde, presente na Constituição Federal, e com as metas do milênio para o setor, uma vez que se mostram sensíveis à identificação de desigualdades, dando visibilidade a condições de vida heterogêneas. Sofrem importante influência de fatores socioeconômicos e das políticas públicas, dentre elas a de atenção à saúde, apontando, também, para demandas por ações nesse setor.

Outros indicadores selecionados especialmente para caracterizar as desigualdades entre os diversos espaços do território municipal do Recife, ampliam as possibilidades de análise dos indicadores demográficos identificados como indicadores básicos de saúde, fornecendo elementos importantes para subsidiar as políticas no setor, seja para caracterizar as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) e as Microrregiões Político-Administrativa (MRs), onde as condições de pobreza da população demandam maior atenção quanto aos serviços de saúde e à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde – *percentual de chefes do domicílio com rendimento mensal de até 2 salários mínimos e percentual de pessoas que vivem em domicílios sem instalações sanitárias* –, seja para estimar a demanda por serviços de saúde prestados pelo SUS nas distintas faixas etárias – *estrutura da população residente por sexo e idade*.

A estimativa de uma demanda para os diversos programas de saúde desenvolvidos pelo Município por meio do SUS e disponibilizados por microrregião visa subsidiar o dimensionamento das equipes básicas de saúde e as ações de planejamento do setor.

Quadro 1 - Indicadores Demográficos e de Saúde selecionados

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	INDICADORES DE SAÚDE	TEMA	VARIÁVEL	NOME LONGO	DEFINIÇÃO	ANÁLISE	
						Recife/ Capitais Municipios RMR	Recife Intraurbano
		Demografia	Indicadores Demográficos	Taxa de crescimento população (1991/2000)	Taxa média anual de crescimento geométrico (% ao ano): $P_n = P_o \cdot (1+i)^n$		
		Demografia	Indicadores Demográficos	Taxa de Urbanização (1991 e 2000)	Percentagem da população urbana em relação à população total		
	Indicadores Básicos	Caracterização	Indicadores Demográficos	Densidade Demográfica (2000)	Número de habitantes dividido pela área em Km2: (hab. / km2)		
		Demografia	Fecundidade	Taxa de fecundidade total (1991 e 2000)	Número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo.		
		Demografia / Vulnerabilidade	Fecundidade / vulnerabilidade	% de mulheres com 10-14 anos com filhos (1991 e 2000)	Percentual de pré-adolescentes do sexo feminino entre 10 e 14 anos de idade que tiveram filhos (estando os mesmos vivos ou não)		
		Demografia / Vulnerabilidade	Fecundidade / vulnerabilidade	% de mulheres com 15-17 anos com filhos (1991 e 2000)	Percentual de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos de idade que tiveram filhos (estando os mesmos vivos ou não).		
		Demografia	Mortalidade	Mortalidade até 1 ano de idade (1991 e 2000)	Número de crianças que não irão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada 1000 crianças nascidas vivas		
		Demografia	Mortalidade	Mortalidade até 5 anos de idade (1991 e 2000)	Probabilidade de morrer entre o nascimento e a idade exata de 5 anos, por 1000 crianças nascidas vivas.		
		Demografia	Longevidade	Esperança de vida ao nascer (1991 e 2000)	Número médio de anos que as pessoas viveriam a partir do nascimento		
		Demografia	Longevidade	Probabilidade de Sobrevivência até 40 anos (1991 e 2000) (em percentual)	Probabilidade de uma criança recém-nascida viver até os 40 anos, se o nível e o padrão da mortalidade, por idade, prevalecentes em 1991 e 2000, respectivamente, permanecerem constantes ao longo da vida.		
		Demografia / Vulnerabilidade	Indicadores Demográficos / vulnerabilidade	Índice de Envelhecimento (1991 e 2000)	Razão entre o número de pessoas de 65 anos ou mais de idade e o número total de pessoas (multiplicado por 100)		
			IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	IDHM - Longevidade (1991 e 2000)	Subíndice do IDHM relativo à dimensão Longevidade. É obtido a partir do indicador esperança de vida ao nascer, através da fórmula: (valor observado do indicador - limite inferior) / (limite superior - limite inferior), em que os limites inferior e superior são equivalentes a 25 e 85 anos, respectivamente.	
		População	População residente por sexo e faixas etárias (1991 e 2000)	População residente por sexo e faixas etárias (1991 e 2000)	População residente por sexo nas seguintes faixas etárias: menos de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 17, 18 a 24, 25 a 64, 65 e mais anos; em números absolutos e relativos.		
		Habitação / Renda	Características dos domicílios/ Nível e composição de renda	% de chefes dos domicílios com rendimento mensal de até 2 salários mínimos (1991 e 2000)	Percentual de pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, com rendimento nominal mensal de até 2 salários mínimos		
		Habitação / Vulnerabilidade	% de pessoas que vivem em domicílios sem acesso a serviços básicos (1991 e 2000)	% de pessoas que vivem em domicílios sem instalações sanitárias (1991 e 2000).	Percentual de pessoas que vivem em domicílios particulares permanentes sem instalação sanitária		

Fonte: PNUD; IPEA; FJP - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.



3. O RECIFE EM RELAÇÃO A OUTRAS CAPITALS BRASILEIRAS E MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA

Ao considerar as variáveis definidas no Quadro 1, este item caracteriza o Recife em três níveis de comparação: em relação às demais metrópoles brasileiras; em relação às capitais do Nordeste; em relação aos municípios da região metropolitana em que se insere. Cada um desses níveis de análise comparativa abordará indicadores que expressam os efeitos da dinâmica demográfica, enfocando especificamente o ritmo de crescimento populacional e a concentração da população na área urbana dos espaços considerados, e, em seguida, analisa indicadores demográficos que, além de comporem a dinâmica populacional, constituem-se, também, indicadores demográficos de saúde, expressando os níveis de fecundidade, mortalidade e longevidade da população.

3.1 O Recife e algumas metrópoles brasileiras

As dez metrópoles brasileiras⁵ analisadas comparativamente ao Recife são: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. Dentre elas, o Recife coloca-se na oitava posição em volume de população, apresentando-se à frente, apenas, de Porto Alegre, Belém e Goiânia (Tabela 1).

3.1.1 Ritmo de crescimento populacional e concentração espacial da população

As características e tendências recentes da dinâmica populacional brasileira têm revertido três aspectos básicos que a caracterizavam até os anos 70: o alto crescimento populacional, o perfil crescentemente jovem da população e a crescente concentração populacional urbana e metropolitana. Essas tendências refletem alguns processos da **dinâmica demográfica**: inicialmente, a partir dos anos 50, a expressiva diminuição dos níveis de **mortalidade** e, a partir dos anos 60, dos níveis de **fecundidade**, levam a população brasileira a níveis próximos aos de reposição, com previsão de estabilidade até meados do século XXI (PATARRA E PACHECO, 2000). Por outro lado, os **movimentos migratórios**, que envolvem diversas modalidades de deslocamento e distintos grupos sociais, com diversas implicações nas áreas de origem e destino, têm repercutido no processo de redistribuição da população, refletindo a tendência de concentração urbano-metropolitana.

A partir da década de 80, os Censos Demográficos apresentam uma diminuição no ritmo de crescimento da população brasileira, cuja taxa de crescimento populacional passa de 2,48 % a.a. no período 1970/80, para 1,93 % a.a. entre 1980 e 1991 (PATARRA, BAENINGER E CUNHA, 2000) e 1,63 % a.a. entre 1991 e 2000 (Tabela 1 e Gráfico 1). Nesse contexto, dentre as capitais metropolitanas que apresentam crescimento significativo, bem acima da média nacional, destacam-se Brasília (2,79 % a.a.), Fortaleza (2,15 % a.a.) e Curitiba (2,11 % a.a.). O Recife, que ocupa a oitava posição quanto ao volume populacional, chega a ocupar a nona posição quanto à taxa de crescimento da população (0,92 % a.a.), somente acima de São Paulo (0,87 % a.a.) e Rio de Janeiro (0,74 % a.a.), todas bem abaixo da média nacional.

5. As informações referem-se especificamente às capitais estaduais com mais de um milhão de habitantes, núcleos de regiões metropolitanas e à capital federal.

Tabela 1

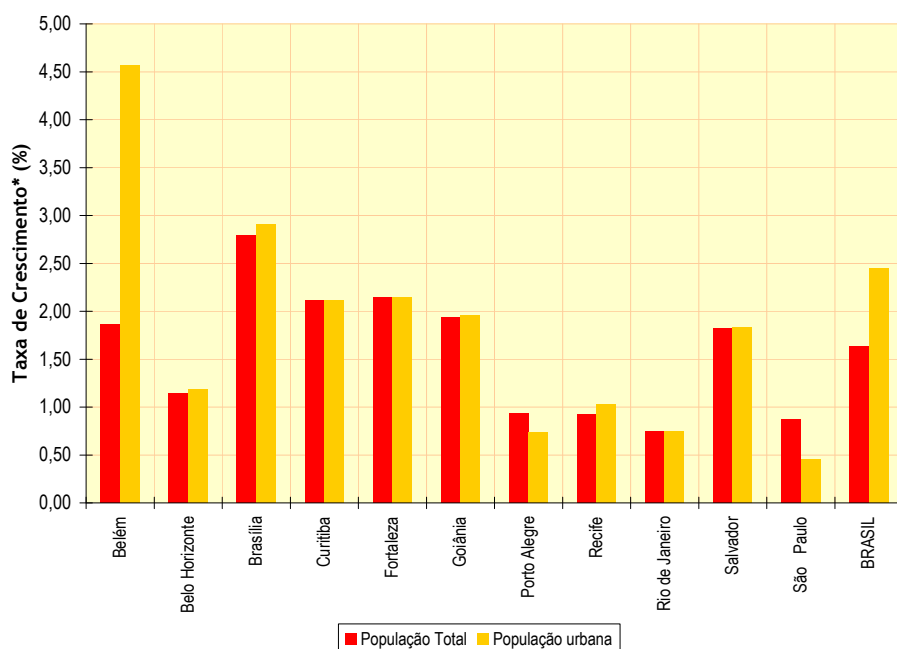
População Residente, Taxa de Crescimento da População e Taxa de Urbanização segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000

Capitais	População Total		Taxa de crescimento da População Total (%a.a.)	População Urbana		Taxa de Crescimento da População Urbana (%a.a.)	Taxa de Urbanização (%)	
	1991	2000	1991/2000	1991	2000	1991/2000	1991	2000
Belém	1.084.996	1.280.614	1,86	851.519	1.272.354	4,56	78,5	99,3
Belo Horizonte	2.020.161	2.238.526	1,15	2.013.257	2.238.526	1,19	99,7	100,0
Brasília	1.601.094	2.051.146	2,79	1.515.889	1.961.499	2,90	94,7	95,6
Curitiba	1.315.035	1.587.315	2,11	1.315.035	1.587.315	2,11	100,0	100,0
Fortaleza	1.768.637	2.141.402	2,15	1.768.637	2.141.402	2,15	100,0	100,0
Goiânia	919.823	1.093.007	1,94	912.189	1.085.806	1,95	99,2	99,3
Porto Alegre	1.251.898	1.360.590	0,93	1.236.024	1.320.739	0,74	98,7	97,1
Recife	1.310.259	1.422.905	0,92	1.297.876	1.422.905	1,03	99,1	100,0
Rio de Janeiro	5.480.768	5.857.904	0,74	5.480.768	5.857.904	0,74	100,0	100,0
Salvador	2.077.256	2.443.107	1,82	2.073.510	2.442.102	1,83	99,8	99,9
São Paulo	9.649.519	10.434.252	0,87	9.416.228	9.813.187	0,46	97,6	94,1
BRASIL	146.825.475	169.799.170	1,63	110.990.990	137.953.959	2,45	75,6	81,3

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM

Quanto ao processo de crescimento populacional nas áreas urbanas do Brasil, apesar de uma desaceleração de seu ritmo nos anos 80, conforme apontam Patarra, Baeninger e Cunha (2000), seguiu elevado, com taxas que variam de 4,44% a.a. em 1970/80 a 2,97 % a.a. em 1980/91, reduzindo-se, conforme a Tabela 1, para 2,45% a.a. em 1991/2000. A população urbana chega a representar 75,6% da população total, no último Censo.

Gráfico 1 - Evolução da taxa de crescimento populacional total e urbana* segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000



* Taxa geométrica média de crescimento anual (% a.a.)

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2003. CD-ROM.



Dentre as capitais metropolitanas comparadas, Belém destaca-se com uma elevada taxa de crescimento da população urbana (4,56 % a.a.), decorrente da função que desempenha como núcleo regional e pólo da porção oriental da macrorregião norte, marcado por uma forte diversificação produtiva voltada para o comércio exterior e para os mercados internos do País. Brasília também se destaca com sua taxa de crescimento da população urbana, 2,90% a.a., acima da média nacional, apresentando, também, a maior taxa de crescimento populacional total (2,79% a.a.). O Recife mantém, de certa forma, a sua posição entre aquelas capitais metropolitanas do País que apresentam as menores taxas de crescimento populacional, com uma população urbana que cresce 1,03% a.a., bem abaixo da média nacional (Tabela 1 e Gráfico 1).

O Recife, por exemplo, na opinião de Moreira (2000), apresenta um forte contraste em relação às demais metrópoles, inclusive as nordestinas e excluindo-se Porto Alegre, que é a peculiaridade de ter o menor contingente populacional residente no município-sede, o que pode significar uma menor pressão sobre a infra-estrutura do Recife e menores custos de localização nos municípios periféricos.

Em âmbito mais geral, Patarra, Baeninger e Cunha (2000) observam uma desaceleração no ritmo de crescimento populacional das metrópoles brasileiras, apontando para um processo de desconcentração populacional no Brasil. Isso, de certa forma, fica ilustrado no Gráfico 1, especialmente para São Paulo e Porto Alegre, que apresentam uma taxa de crescimento da população urbana inferior à da população total e taxas de urbanização decrescentes. Com exceção de Belém, as demais capitais apresentam taxas de crescimento bem aproximadas entre a população total e a população urbana.

Apesar dessa tendência à desconcentração acima mencionada, é importante destacar a expressiva concentração populacional nas metrópoles brasileiras. O Censo Demográfico de 2000 confirma isso ao registrar que, dos 5.506 municípios brasileiros, apenas 13 apresentam uma população de mais de um milhão de habitantes, concentrando mais de 34 milhões de habitantes, ou seja, cerca de 1/5 da população brasileira. Dentre esses municípios mais populosos, encontram-se as capitais relacionadas na Tabela 1 – Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo – e mais Manaus e o município de Guarulhos.

De modo geral, os movimentos migratórios interestaduais em direção às frentes de expansão agrícola, ou rumo às grandes áreas urbanas e metropolitanas, especialmente São Paulo e Rio de Janeiro, vêm perdendo importância relativa para os movimentos intra-estaduais, intra-regionais e intrametropolitanos. Os resultados dos últimos Censos Demográficos, de 1991 e 2000, revelam novas formas de redistribuição espacial da população e o novo caráter da migração interna no Brasil, inclusive da migração de retorno (LYRA, 2003). No entanto, o crescimento das áreas urbanas nas últimas décadas teve papel fundamental no processo de urbanização e de redistribuição espacial da população no contexto nacional.

3.1.2 Fecundidade, mortalidade e longevidade

A evolução dos níveis de fecundidade e mortalidade no Brasil, nas últimas décadas, suscita questões demográficas específicas e articula-se com as condições econômicas, de vida e de saúde da população. Alguns indicadores de fecundidade, mortalidade e longevidade, apresentados na Tabela 2 e complementados nos Gráficos 2 a 6, expressam as desigualdades dessas condições nas diversas capitais metropolitanas do País.



A **fecundidade** é o componente mais complexo e, também, o mais decisivo, no processo de transição demográfica, por envolver mudanças comportamentais e valorativas, bem como modalidades distintas de relacionamento sexual e processo de decisão frente à reprodução.

Tabela 2

Indicadores Demográficos de Saúde, segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000

Capitais	Decréscimo da TFT 1991/2000	% de mulheres adolescentes com filhos em 2000		Decréscimo Taxa de mortalidade 1991/2000		Ganhos na Esperança de Vida (anos) 1991/2000	Ganhos na Probabilidade de sobrevivência até 40 anos 1991/2000	IDHM - Longevidade 2000	Índice de Envelhecimento 2000 (%)
		10 a 14 anos	15 a 17 anos	até 1 ano	até 5 anos				
Belém	0,38	0,49	8,47	11,93	18,71	2,9	3,82	0,76	4,69
Belo Horizonte	0,30	0,27	5,61	2,78	17,75	1,9	3,07	0,76	6,22
Brasília	0,37	0,30	7,15	4,68	5,99	1,5	1,67	0,76	3,29
Curitiba	0,29	0,26	6,39	9,25	10,49	2,9	4,02	0,78	5,70
Fortaleza	0,33	0,35	8,01	12,54	18,66	3,7	2,85	0,74	5,07
Goiânia	0,25	0,41	6,36	1,38	2,16	2,0	1,78	0,75	4,56
Porto Alegre	0,24	0,32	7,46	3,06	6,41	1,6	1,03	0,78	8,36
Recife	0,48	0,54	8,13	13,04	15,25	3,1	3,76	0,73	6,51
Rio de Janeiro	-0,01	0,41	7,56	8,40	10,11	2,4	2,91	0,75	9,12
Salvador	0,43	0,55	6,46	10,03	15,74	3,9	2,60	0,74	4,56
São Paulo	0,16	0,35	5,94	8,61	9,25	2,1	2,88	0,76	6,43
BRASIL	0,51	0,43	8,45	14,11	20,16	3,9	3,50	0,73	5,85

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM

O declínio da fecundidade generalizou-se, nas últimas décadas, em praticamente todos os países chamados “em desenvolvimento”, ao mesmo tempo em que ocorrem crises econômicas, realinhamentos financeiros internacionais, reestruturação dos processos de trabalho e retraimento das políticas públicas, e provocou questionamentos a respeito do controle crescente sobre a reprodução de amplos segmentos sociais (PATARRA E PACHECO, 2000). Evoluiu-se de uma perspectiva agregada de controle da natalidade, centrada na limitação do número de filhos por mulher, para uma abordagem mais inclusiva, que incorpore a saúde e os direitos reprodutivos e sexuais de forma integrada (CAETANO, 2004).

No Brasil, o processo de declínio da fecundidade generaliza-se a partir de meados da década de 60, coincidindo com a introdução da pílula anticoncepcional. Iniciou-se nas áreas urbanas do Sul-Sudeste do País, e rapidamente a tendência prosseguiu, envolvendo sucessivamente grupos sociais carentes, distintas regiões brasileiras e setores rurais urbanos, e repercutindo na progressiva queda da fecundidade da população brasileira.

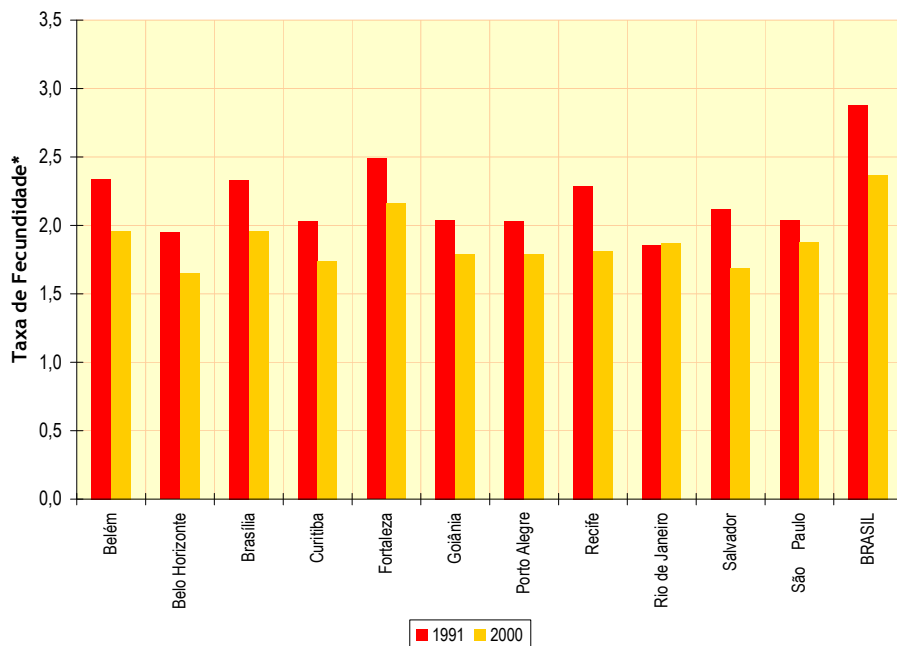
Apesar de a fecundidade das mulheres brasileiras ter apresentado decréscimo na última década (2,9 filhos por mulher, em 1991, e 2,4 filhos por mulher, em 2000), o seu nível ainda permanece elevado, quando comparado ao nível das capitais metropolitanas (Gráfico 2).

Nesta última década, a queda da **taxa de fecundidade total** foi também uma constante nas metrópoles brasileiras, com exceção do Rio de Janeiro, que praticamente se



mantém em torno de 1,85 filho por mulher, mesmo assim abaixo do padrão de 2,10 filhos por mulher, abaixo do qual se torna insuficiente assegurar a reposição populacional. Já Fortaleza, apesar de apresentar uma redução da taxa de fecundidade na década 1991/2000, é a única capital que apresentou fecundidade acima de 2,10 no último recenseamento. O Recife, por sua vez, acompanhou a tendência geral do País e das demais metrópoles de declínio da fecundidade, apresentando uma taxa de fecundidade total de 2,3 filhos por mulher, em 1991, e de 1,81 no ano 2000, inferior à média do Brasil e ao padrão de reposição (Tabela 2 e Gráfico 2).

Gráfico 2 - Evolução da taxa de fecundidade total* e urbana no Brasil e segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000



* Número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo.
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2003. CD-ROM.

Um aspecto a ser destacado é o percentual de mulheres adolescentes com filhos. No Censo Demográfico de 2000, as cidades do Recife e de Salvador apresentaram os maiores percentuais (em torno de 0,55%) de filhos por mãe adolescente na faixa de 10 a 14 anos. Esse percentual eleva-se significativamente na faixa etária de 15 a 17 anos, para todas as metrópoles, que se inserem num intervalo que vai de 5,6% (Belo Horizonte) a 8,5% (Belém), sendo que o Recife se aproxima desse limite máximo com um percentual de 8,1% de mulheres adolescentes com filhos.

Segundo os dados da DHS 96,⁶ cerca de 18% das mulheres de 15 a 19 anos de idade no Brasil já haviam engravidado alguma vez. Tal fato é preocupante, uma vez que repercute no desenvolvimento pessoal, prejudicando a formação educacional e refletindo um certo grau de vulnerabilidade familiar.

Quanto ao indicador **mortalidade**, constata-se que, nos países mais desenvolvidos ou com menor grau de desigualdade social e melhor qualidade da atenção à saúde, os níveis de mortalidade se encontram abaixo de 10 mortes para cada mil nascidos vivos.

6. BEMFAM/DHS, 1996.



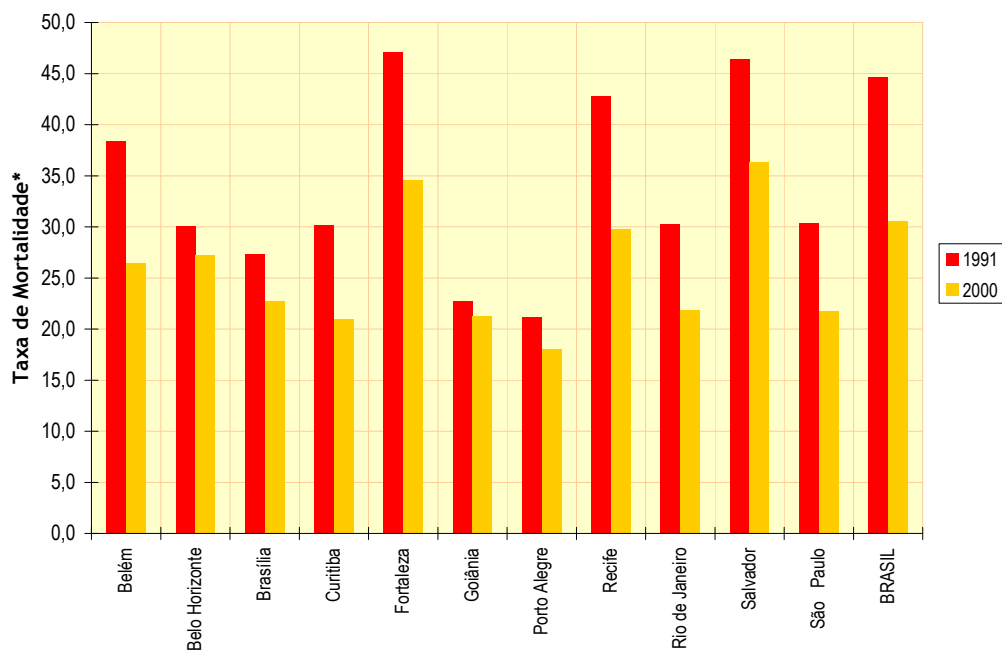
Tomando-se como parâmetro o valor definido nas Metas do Milênio para o Brasil em 2015, existem como indicador de mortalidade 17 mortes antes de um ano de idade para cada mil crianças nascidas vivas.

Nas diversas regiões do mundo, o declínio da mortalidade no primeiro ano de vida tem sido considerado como um reflexo da melhoria das condições de vida, da queda da fecundidade e do efeito de intervenções públicas em saúde, educação e saneamento, dentre outras. No Brasil, em que parte expressiva da população tem dificuldades de acesso à moradia e aos serviços básicos de saúde, educação, saneamento, os parâmetros de referência da mortalidade apresentam-se bem mais elevados que aqueles definidos nas Metas do Milênio: considera-se alta a mortalidade acima de 50 mortes por mil nascidos vivos; média, a mortalidade entre 20 e 49; e baixa, a mortalidade inferior a 20 mortes por mil nascidos vivos.

Ao se analisar o perfil da **mortalidade até um ano de idade** no contexto das metrópoles brasileiras, observou-se uma redução no período intercensitário para todas as capitais metropolitanas, sendo tal redução mais expressiva nas metrópoles do Norte e Nordeste. Tal situação indica que as demais capitais já apresentavam, em 1991, índices de mortalidade em patamares mais baixos, resultando em uma menor redução desse índice na década.

O Recife apresentou a terceira maior mortalidade infantil (29,8 por mil), ficando abaixo apenas de Salvador (36,4 por mil) e Fortaleza (34,6 por mil), e ligeiramente acima de Belém (26,5 por mil). As demais capitais apresentaram taxas inferiores, destacando-se Goiânia, Rio de Janeiro e São Paulo, praticamente no mesmo patamar (cerca de 21 por mil), e Porto Alegre, com a menor mortalidade infantil (18,1 por mil nascidos vivos), indicativo mais uma vez da desigualdade regional (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Mortalidade até um ano de idade*, segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000

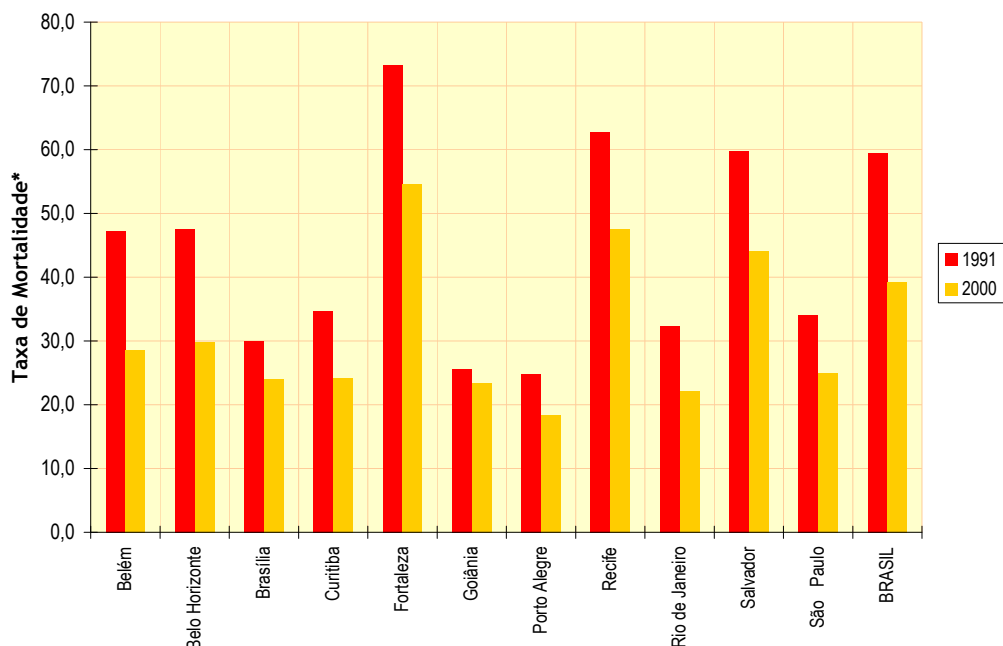


* Número de crianças que não irão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada 1.000 nascidas vivas.
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.



Em relação à **mortalidade até cinco anos de idade**, o comportamento foi, também, de redução para todas as metrópoles brasileiras no período. Nesse contexto, o Recife apresentou a segunda pior *performance* (47,5 por mil), abaixo apenas de Fortaleza (54,6 por mil) e acima de Salvador (44,1 por mil), e superior à média nacional, de 39,3 por mil. As demais capitais apresentaram taxas inferiores a 30,0 por mil, sendo que Porto Alegre apresentou a menor mortalidade, 18,3 por mil, evidenciando novamente as disparidades regionais (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Mortalidade até 5 ano de idade*, segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000



*Crianças que não irão sobreviver aos cinco primeiros anos de vida / 1.000 nascidas vivas.
Fonte: PNUD: IPEA: FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

Em relação às intervenções específicas do campo da saúde, pode-se afirmar que, no contexto do Brasil, a redução da mortalidade até um ano e até cinco anos foi fortemente influenciada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que enfatiza as ações de pré-natal, e pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), mediante as ações de incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, controle das doenças diarreicas e terapia de reidratação oral, e controle das infecções respiratórias agudas. Ambos os programas foram implantados pelo Ministério da Saúde desde meados dos anos 80.

A implantação do SUS, no início dos anos 90, agregou elementos de fundamental importância para o setor de saúde, tais como a municipalização da saúde, a mudança do modelo de atenção à saúde, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde da Família, com assistência preventiva, com ações de vigilância epidemiológica, dentre outras, que contribuiriam decisivamente para a redução dos indicadores de mortalidade até um ano de idade e até cinco anos de idade.

Estreitamente relacionados aos níveis de mortalidade, os indicadores de **longevidade** — a *esperança de vida ao nascer*, que expressa a probabilidade de tempo médio de vida da população, e a *probabilidade de sobrevivência até 40 anos*, que avalia as condições

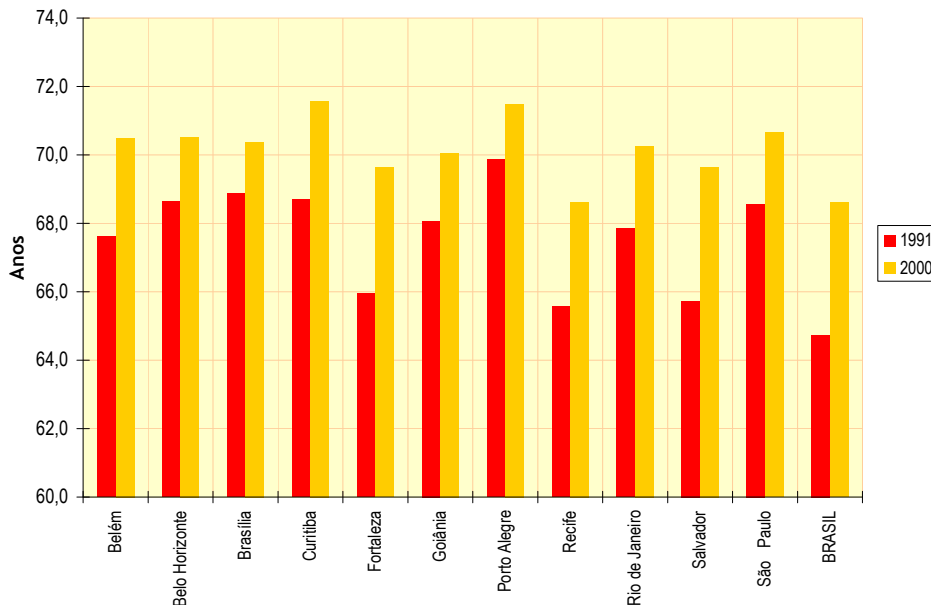


de sobrevivência da população até um limite de idade adulta ainda jovem – são, também, um reflexo das condições de vida e de saúde da população.

Segundo estimativas das Nações Unidas para o período 2000-2005, em dez países do mundo a **esperança de vida ao nascer** encontra-se acima de 79 anos, como é o caso da Suíça (79,1 anos) e do Japão (81,5 anos). Por outro lado, Botswana e Moçambique apresentam os menores valores desse indicador (36,1 e 38,0 anos, respectivamente).

No Brasil, a esperança de vida ao nascer apresentou uma tendência crescente no período 1991-2000 nas metrópoles brasileiras analisadas. Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram uma esperança de vida ao nascer superior a 70 anos, enquanto o Recife, Salvador e Fortaleza, em que pese terem elevado, respectivamente, a esperança de vida em 3,05, 3,91 e 3,68 anos, estão abaixo desse patamar, mostrando claramente as diferenças regionais, mesmo quando o padrão geral é de crescimento. Em relação a essas capitais, o Recife apresentou a menor esperança de vida ao nascer, de 68,62 anos de idade, equiparada à média do Brasil, de 68,61 anos de idade (Tabela 2 e Gráfico 5).

Gráfico 5 - Evolução na esperança de vida ao nascer (em anos) segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

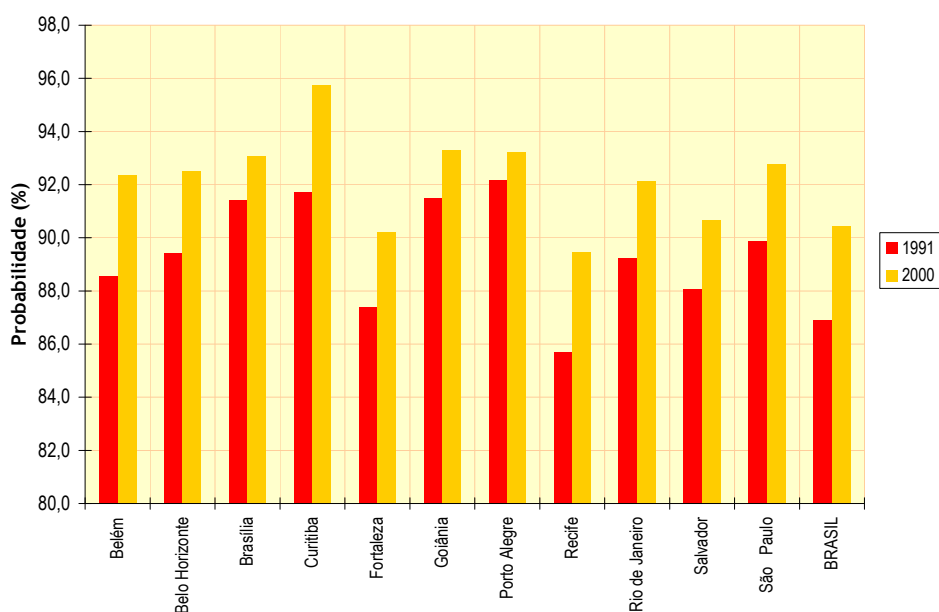
Na última década, a esperança de vida dos recifenses elevou-se em mais de 3 anos. Se, em 1991, no Recife, em média, se vivia 65,8 anos, o que significava que os recifenses se encontravam um pouco acima da média nacional (64,7 anos), a longevidade da população atinge, em 2000, valores que chegam a 68,8, equiparando-se à média nacional (68,8 anos), uma vez que os brasileiros tiveram maiores ganhos em expectativa de vida.

Já a **probabilidade de sobrevivência até 40 anos**, no caso brasileiro, expressa a repercussão de outros fatores, como a grande influência da mortalidade por acidentes e violências, que tem atingido em escala crescente adolescentes e adultos jovens, especialmente do sexo masculino, em contraposição à tendência decrescente da mortalidade na infância.



A evolução na probabilidade de sobrevivência até 40 anos nas metrópoles brasileiras seguiu a tendência de aumento no período. O Recife, apesar de ser uma das capitais que apresentaram melhoria desse indicador, permanece, no ano 2000, com a menor probabilidade de sobrevivência até 40 anos (89,46%), seguida com proximidade de Fortaleza (90,2%), ambas as cidades equiparadas à média nacional (90,4%). Já Curitiba se destaca, no ano 2000, com 95,7% de probabilidade de sobrevivência até 40 anos – o maior índice apresentado entre as metrópoles brasileiras (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Evolução na probabilidade (%) de sobrevivência até 40 anos, segundo as metrópoles brasileiras | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

César e Rodrigues (2004) ressaltam o aumento da violência no Brasil, a partir dos anos 80, o que contribuiu para elevar a mortalidade por causas externas, especialmente em algumas metrópoles, tais como o Recife (59%), São Paulo (41%), Porto Alegre (36%) e Rio de Janeiro (28%). A magnitude dos óbitos por causas externas no Recife metropolitano suscitou a sua inclusão no grupo de regiões metropolitanas (São Paulo, Rio de Janeiro e Vitória) que foram alvo específico de políticas governamentais direcionadas à prevenção da violência, por meio do Ministério da Saúde, em 2001.

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) referente à longevidade, obtido a partir do indicador esperança de vida ao nascer, constitui um indicador sintético de longevidade. Apresenta três níveis básicos: as metrópoles nordestinas – Recife (0,73), Salvador (0,74) e Fortaleza (0,74) – encontram-se nos patamares mais baixos do IDHM longevidade; nos patamares mais elevados, situam-se as metrópoles do Sul – Curitiba e Porto Alegre, ambas com 0,78. As demais situam-se em patamares intermediários de 0,75-0,76 (Tabela 2).

O índice de envelhecimento, refletindo uma proporção de pessoas idosas, com 65 anos ou mais de idade sobre a população total, destaca o Rio de Janeiro (9,12) e Porto Alegre (8,36) como as capitais com maior proporção de idosos, enquanto Salvador (4,56), Goiânia (4,56) e Belém (4,69) situam-se entre aquelas cidades de população mais jovem (Tabela 2).



Esses índices complementam os indicadores demográficos de saúde, especialmente para se inferir a probabilidade de tempo médio de vida e a proporção de idosos na população, visando ao dimensionamento de programas e metas de atendimento à população no setor de saúde.

3.2 O Recife e as capitais do Nordeste

O Recife metropolitano, tanto em escala nacional como no espaço nordestino, vem perdendo expressão como pólo de atração e *locus* de crescimento econômico e populacional. Contudo, Moreira (2001, p.19) destaca uma avaliação feita por Lemos e Ferreira (2001), a qual analisa a trajetória econômica da RMR nas últimas três décadas, e concluem:

“A tradição cultural e melhor estoque de capital humano de Recife, por seu turno, sempre recolocam as possibilidades de sua recuperação como pólo urbano regional.”

Ao se constituir como espaço privilegiado, tanto por sua localização em relação ao mercado mundial quanto pela centralidade em relação aos principais núcleos do Nordeste – Salvador e Fortaleza –, o Recife metropolitano polariza uma rede de 120 cidades e representa o principal centro terciário moderno do Nordeste.

3.2.1 Ritmo de crescimento populacional e concentração espacial da população

No contexto das capitais nordestinas, as maiores taxas de crescimento populacional são apresentadas por São Luís (3,01% a.a.) e Maceió (2,68% a.a.) que, por sua vez, são as únicas capitais do Nordeste a apresentar crescimento expressivo da população urbana, com destaque para São Luís (6,89% a.a.). O Recife, por sua vez, tem apresentado uma dinâmica populacional, mensurada pela taxa de crescimento populacional, 1991/2000 (0,92% a.a.), bem mais modesta do que as demais capitais metropolitanas do País, sendo inclusive bem inferior às metrópoles nordestinas: Fortaleza (2,15% a.a.) e Salvador (1,82% a.a.). Tal diferenciação, em certo sentido, demonstra a queda de dinamismo do Recife (Tabela 3 e Gráfico 7).

Tabela 3

População Residente, Taxa de Crescimento da População e Taxa de Urbanização, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000

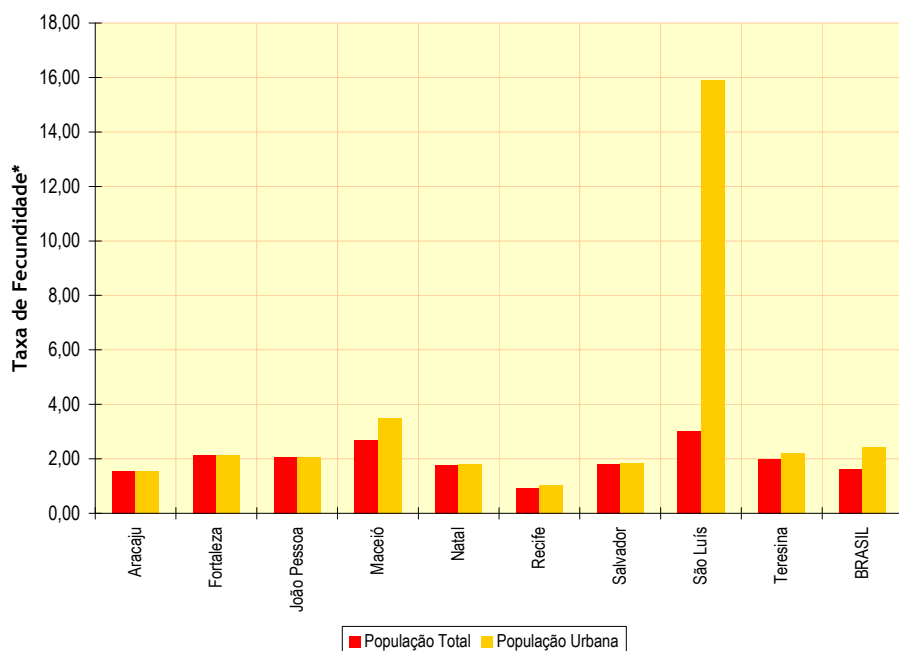
Capitais	População Total		Taxa de crescimento da População Total (%a.a.) 1991/2000	População Urbana		Taxa de Crescimento da População Urbana (%a.a.) 1991/2000	Taxa de Urbanização (%)	
	1991	2000		1991	2000		1991	2000
Aracaju	402.341	461.534	1,54	402.341	461.534	1,54	100,00	100,00
Fortaleza	1.768.637	2.141.402	2,15	1.768.637	2.141.402	2,15	100,00	100,00
João Pessoa	497.600	597.934	2,06	497.600	597.934	2,06	100,00	100,00
Maceió	629.041	797.759	2,68	583.343	795.804	3,51	92,74	99,75
Natal	607.330	712.317	1,79	606.887	712.317	1,80	99,93	100,00
Recife	1.310.259	1.422.905	0,92	1.297.876	1.422.905	1,03	99,05	100,00
Salvador	2.077.256	2.443.107	1,82	2.073.510	2.442.102	1,83	99,82	99,96
São Luís	666.433	870.028	3,01	222.190	837.584	15,89	33,34	96,27
Teresina	598.114	715.360	2,01	556.911	677.470	2,20	93,11	94,70
BRASIL	146.825.475	169.799.170	1,63	110.990.990	137.953.959	2,45	75,59	81,25

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM



Moreira (2001) ressalta que Salvador e Fortaleza reduziram significativamente a defasagem existente na década de 70, em relação ao Recife. Comenta, ainda, que nessas três metrópoles, entre 1991 e 2000, se observa um crescimento mais expressivo nos municípios periféricos, razão pela qual as capitais metropolitanas perdem importância relativa no total metropolitano, contribuindo para uma relativa desmetropolização da população nacional, tendência já anunciada por autores como Patarra e Pacheco (2000) e Patarra, Baeninger e Cunha (2000), o que já foi mencionado anteriormente.

Gráfico 7 - Evolução da taxa de crescimento da população total e urbana*, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000



* Taxa geométrica média de crescimento anual (% a.a.)
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2003. CD-ROM.

Moura (1999) atribui o menor crescimento demográfico do Recife metropolitano em relação às suas congêneres nordestinas, principalmente Fortaleza, aos efeitos migratórios provocados pela seca e pela desruralização populacional da Zona da Mata pernambucana, que foi o berço de uma atividade canavieira agora em franca decadência, amortecidos em grande parte pela consolidação de uma malha relativamente estruturada, constituída por cidades pequenas que assumem relativa importância no nível local.

3.2.2. Fecundidade, mortalidade e longevidade

Ao seguir a tendência brasileira, as capitais do Nordeste também apresentaram redução das taxas de fecundidade e de mortalidade e ganhos na esperança de vida e na probabilidade de sobrevivência até 40 anos, o que reflete uma melhoria geral das condições de vida da população dessas cidades (Tabela 4).

O Recife e as demais capitais nordestinas, excetuando-se Fortaleza e Maceió, apresentaram um comportamento acima do parâmetro considerado crítico, passando a apresentar níveis de fecundidade abaixo do nível de reposição de 2,1 filhos por mulher.

Tabela 4

Indicadores Demográficos de Saúde, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000

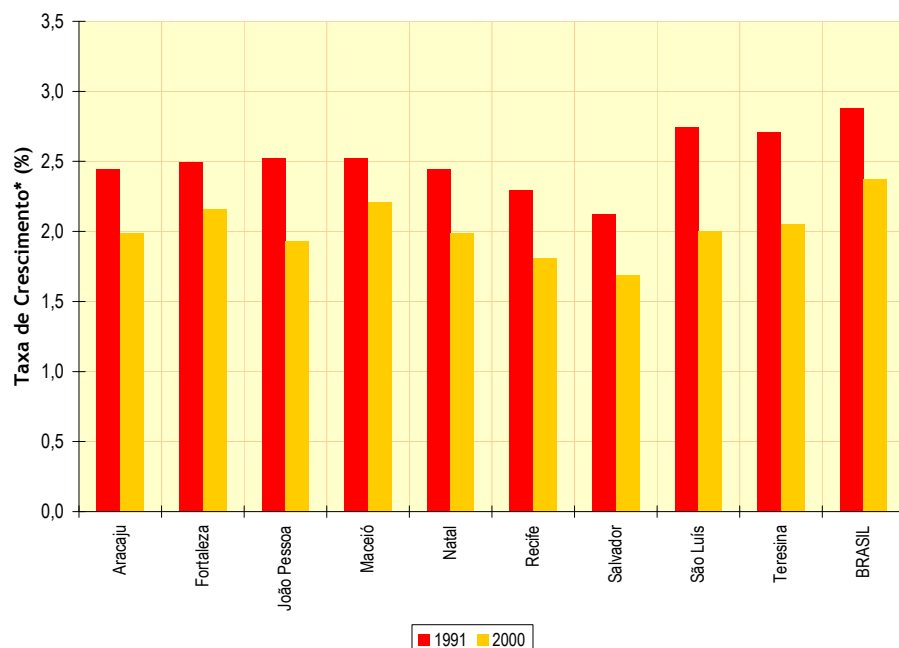
Capitais	Decréscimo da TFT 1991/2000	% de mulheres adolescentes com filhos 2000		Decréscimo Taxa de mortalidade 1991/2000		Ganhos na Esperança de Vida (anos) 1991/2000	Ganhos na Probabilidade de sobrevivência até 40 anos 1991/2000	IDHM - Longevidade 2000	Índice de Envelhecimento 2000 (%)
		10 a 14 anos	15 a 17 anos	até 1 ano	até 5 anos				
		Aracaju	0,45	0,45	6,78				
Fortaleza	0,33	0,35	8,01	12,54	18,66	3,7	2,85	0,74	5,07
João Pessoa	0,59	0,32	7,51	9,49	26,96	3,6	2,79	0,72	5,56
Maceió	0,31	0,50	10,49	8,93	25,91	1,9	1,70	0,67	4,36
Natal	0,45	0,44	7,66	6,96	10,35	2,2	1,36	0,73	5,49
Recife	0,48	0,54	8,13	13,04	15,25	3,1	3,76	0,73	6,51
Salvador	0,43	0,55	6,46	10,03	15,74	3,9	2,60	0,74	4,56
São Luís	0,74	0,35	6,82	21,87	20,38	4,0	2,89	0,74	3,83
Teresina	0,66	0,42	7,15	6,06	8,97	1,6	1,50	0,73	4,20
BRASIL	0,51	0,43	8,45	14,11	20,16	3,9	3,53	0,73	5,85

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM

São Luís e Teresina, por sua vez, apresentaram os maiores declínios de fecundidade (0,74 e 0,66 filhos por mulher, respectivamente), passando de 2,7 filhos por mulher, em 1991, para 2,0 e 2,1 filhos por mulher, no ano 2000. Já o Recife apresenta um declínio de fecundidade da ordem de 0,48 filhos por mulher, passando, na última década, de 2,3 para 1,8 filhos por mulher (Gráfico 8).

Essa queda da fecundidade, observada nas capitais do Nordeste, vem acompanhada de um aumento da fecundidade de adolescentes, inclusive em idade precoce, de 10 a 14

Gráfico 8 - Evolução da taxa de fecundidade total e urbana*, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000



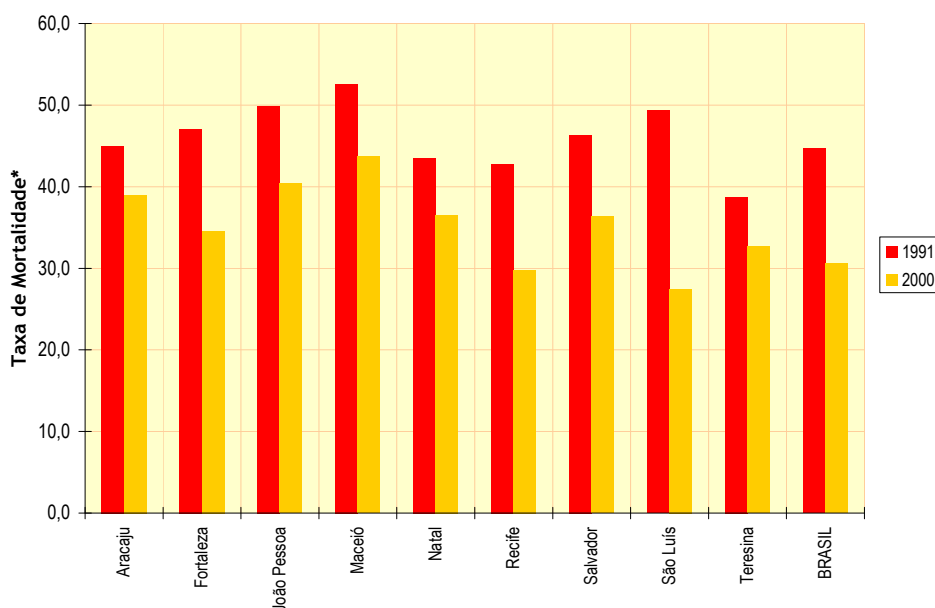
* Número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo.
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2003. CD-ROM.



anos, que no Recife chega a atingir cerca de 0,54% dessas adolescentes. Contudo, é na faixa de 15 a 17 anos que as adolescentes com filhos atingem um percentual de mais de 6% nas capitais nordestinas, destacando-se Maceió, onde esse percentual se eleva para mais de 10%, seguindo-se o Recife em importância relativa, 8,13% de adolescentes de 15 a 17 anos com filhos, o que também indica uma elevada vulnerabilidade familiar.

Com relação à **mortalidade**, em relação às capitais do Nordeste e segundo os resultados do Censo de 2000, o Recife apresentou a segunda menor mortalidade infantil (29,8 por mil), sendo superado apenas por São Luís, que apresentou uma taxa de 27,4 por mil. A maior mortalidade infantil da Região ficou por conta de Maceió, com 43,7 por mil nascidos vivos (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Mortalidade até um ano de idade*, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000



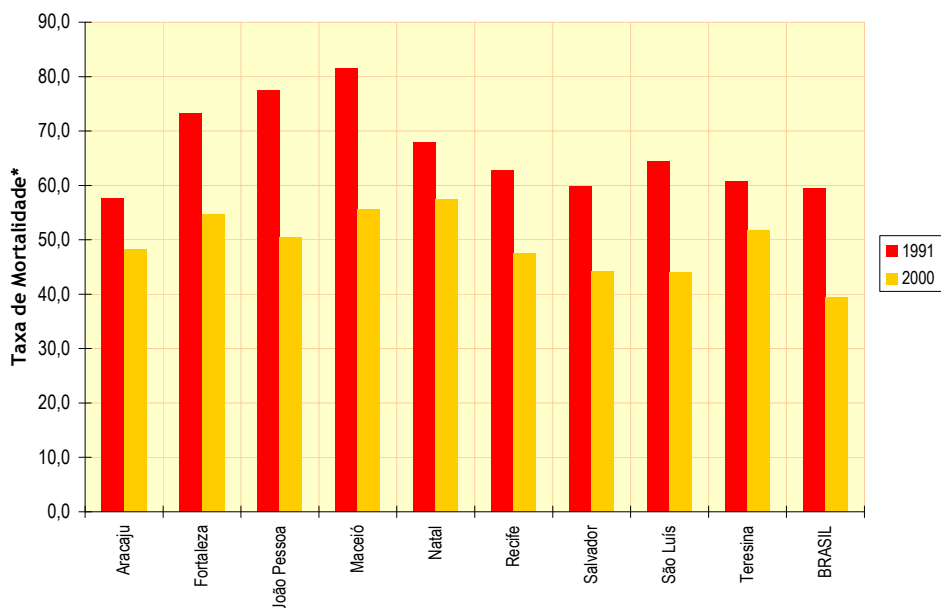
* Número de crianças que não irão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada 1.000 nascidas vivas.
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

O decréscimo da taxa de mortalidade, na última década, foi também mais significativo em São Luís (21,9 por mil), seguido em expressividade pelo Recife (13,0 por mil). Observa-se, assim, no âmbito da Região Nordeste, uma mudança de patamar, relativa às taxas de mortalidade infantil, enquadrando-se, essa região, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS),⁷ na situação média de mortalidade infantil, ou seja, entre 20 mortes por mil a 49 mortes por mil de menores de um ano.

O coeficiente de mortalidade até cinco anos de idade também foi reduzido em todas as capitais do Nordeste nesse período. No Recife, esse indicador de 47,52 por mil foi menor que os de Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal e Teresina. Contudo, revelou-se acima da média Brasil (39,32 por mil) e dos indicadores de Salvador e São Luís. Os municípios que apresentaram maiores decréscimos da taxa de mortalidade até 5 anos foram: João Pessoa (26,9 por mil) e Maceió (25,9 por mil) (Gráfico 10).

7. A Organização Mundial de Saúde classifica as taxas de mortalidade em: altas (50 ou mais óbitos por mil); médias (20 a 49 óbitos por mil) e baixas (menos de 20 óbitos por mil).

Gráfico 10 - Mortalidade até cinco anos de idade*, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000

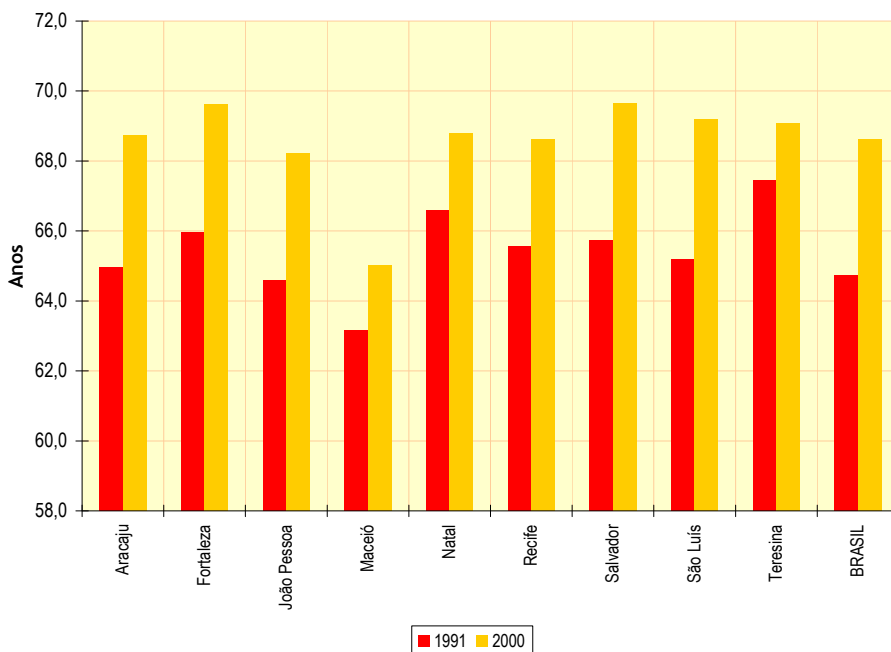


*Crianças que não irão sobreviver aos cinco primeiros anos de vida / 1.000 nascidas vivas.
 Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

Camarano et al. (2000) ressaltam que o Nordeste apresenta, dentre todas as regiões brasileiras, os mais altos níveis de mortalidade do país. Os seus níveis de mortalidade, durante a década de 70, eram comparáveis aos dos países mais pobres das Américas, Bolívia e Haiti. O fato de a população nordestina ter apresentado, nos últimos 15 anos, uma sensível redução no seu nível de mortalidade fez com que se reduzisse esse hiato entre sua esperança de vida e a da média de vida da população brasileira. Em 1995, os valores estimados da população brasileira foram de 71 e 77 anos para a população masculina e feminina, respectivamente.

Ao se analisar a repercussão desse processo na **longevidade** da população das capitais nordestinas, observa-se que, em todas essas capitais, a **esperança de vida** ao nascer cresceu na última década. O Recife apresentou uma expectativa de vida de 68,62 anos, semelhante à de Aracaju, João Pessoa e Natal, e praticamente igual à média nacional. Maceió continua na última posição, com uma expectativa de vida de 65 anos. Nenhuma das capitais do Nordeste apresentou esse indicador superior a 70 anos (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Evolução na esperança de vida ao nascer (em anos), segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

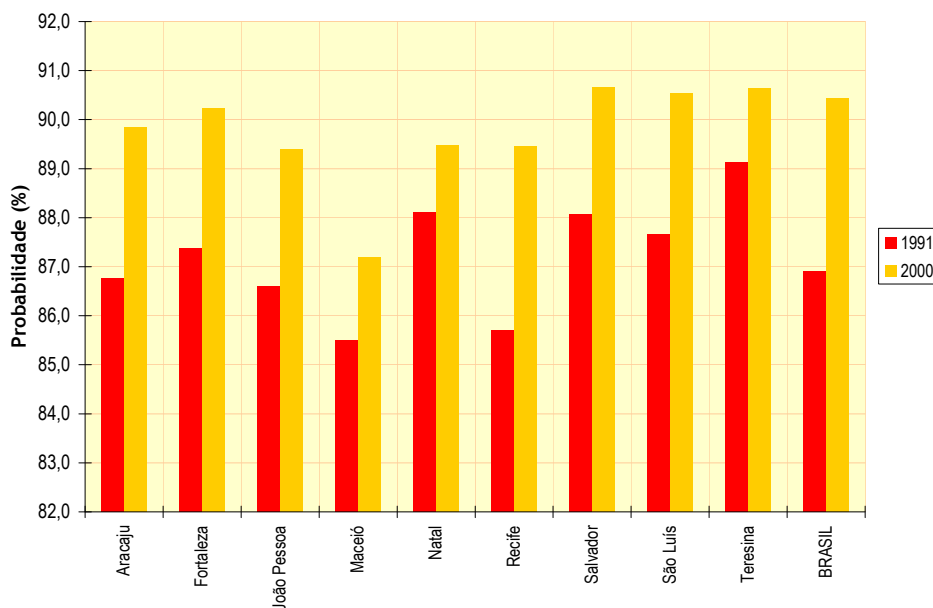
No período de 1991 a 2000, registraram-se, pois, ganhos na expectativa de vida das capitais nordestinas, destacando-se São Luís (4,0 anos), Salvador (3,9 anos), Aracaju (3,8 anos), etc. Mesmo refletindo o declínio da mortalidade para todas as idades, esses ganhos na esperança de vida não eliminaram as desigualdades espaciais.

Em consequência da queda da mortalidade e dos ganhos na expectativa de vida, a **probabilidade de sobrevivência até 40 anos de idade** cresceu em todas as capitais do Nordeste. No Recife, particularmente, ocorreu a maior evolução do indicador ao longo dessa década, passando de 85,70% para 89,46%, apresentando o maior ganho de 3,76% de sobrevivência até os 40 anos em relação às demais capitais nordestinas. Mesmo assim, apresentou-se abaixo da média nacional (90,43%) e situa-se acima apenas de Maceió (Gráfico 12).

O Recife apresenta um **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – Longevidade** equiparado ao do Brasil (0,73), apresentando as demais capitais nordestinas pequenas variações entre 0,72 e 0,74. Apenas Maceió apresenta um índice mais reduzido (0,67). Ainda assim, pode-se dizer que todas se encontram em patamares próximos ao limite superior desse índice que varia, no Brasil, de 0,25 a 0,85.

Um outro indicador que vale a pena ressaltar é o **índice de envelhecimento** da população, que representa a relação de pessoas acima de 65 anos sobre o total da população. O Recife, no contexto das capitais nordestinas, apresenta-se com a população mais envelhecida, com um índice de 6,51 (Tabela 4).

Gráfico 12 - Evolução da probabilidade (%) de sobrevivência até 40 anos, segundo as capitais do Nordeste | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

3.3 O Recife no contexto da Região Metropolitana

O Recife e a sua região metropolitana tem apresentado uma dinâmica demográfica caracterizada, de um lado, por baixos níveis de crescimento vegetativo – reflexo dos baixos níveis de fecundidade, contrabalançados por relativamente modestas taxas de mortalidade –, e, de outro lado, por saldos migratórios que se têm mantido muitos baixos, sugerindo que o volume de população que a região atrai não é muito superior àquele que deixa a região (MOREIRA, 2001).

3.3.1 Ritmo de crescimento populacional e concentração espacial da população

A tendência declinante observada no ritmo de crescimento populacional, no último período censitário, para as capitais metropolitanas do Brasil e, também, para as capitais nordestinas, evidencia o movimento de descompressão dos núcleos metropolitanos, que foi intenso nas décadas anteriores (Tabela 5 e Gráfico 13).

Ao se analisar o conjunto dos municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR), observa-se a confirmação dessa tendência, expressa pelo maior crescimento populacional dos municípios da periferia. O Recife, por sua vez, apresenta taxas muito modestas (0,92% a.a.), quando comparadas com as de outros municípios menores e limítrofes a ele, tais como Camaragibe (2,63% a.a.) e Paulista (2,30% a.a.). Nesse sentido, pode-se afirmar que o Recife se expande além de seus limites territoriais, cedendo população aos municípios vizinhos que apresentam, em 2000, a taxa máxima de urbanização (100 %).

Tabela 5

População Total e Urbana, Taxa de Crescimento da População e Taxa de Urbanização, segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000

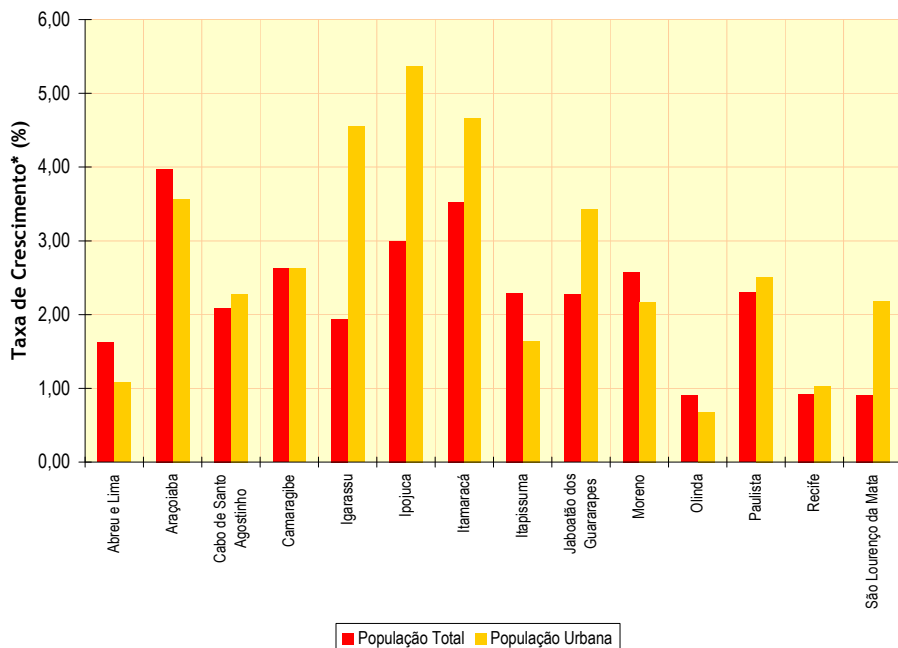
Municípios	População Total		Taxa de Crescimento da População Total (%a.a.) 1991/2000	População Urbana		Taxa de Crescimento da População Urbana (%a.a.) 1991/2000	Taxa de Urbanização (%)	
	1991	2000		1991	2000		1991	2000
Abreu e Lima	77.035	89.039	1,622	70.548	77.696	1,078	91,58	87,26
Araçoiaba	10.640	15.108	3,972	9.077	12.447	3,570	85,31	82,39
Cabo Sto Agostinho	127.036	152.977	2,086	109.763	134.486	2,283	86,40	87,91
Camaragibe	101.927	128.702	2,625	101.927	128.702	2,625	100,00	100,00
Igarassu	69.197	82.277	1,942	50.740	75.739	4,551	73,33	92,05
Ipojuca	45.424	59.281	3,003	25.168	40.310	5,373	55,41	68,00
Itamaracá	11.606	15.858	3,529	8.580	12.930	4,662	73,93	81,54
Itapissuma	16.408	20.116	2,290	14.101	16.330	1,644	85,94	81,18
Jaboatão dos Guararapes	475.090	581.556	2,272	419.832	568.474	3,425	88,37	97,75
Moreno	39.132	49.205	2,578	31.571	38.294	2,168	80,68	77,83
Olinda	339.227	367.902	0,906	339.227	360.554	0,680	100,00	98,00
Paulista	213.659	262.237	2,302	209.876	262.237	2,506	98,23	100,00
Recife	1.310.259	1.422.905	0,921	1.297.876	1.422.905	1,027	99,05	100,00
S. Lourenço da Mata	83.341	90.402	0,908	68.803	83.543	2,180	82,56	92,41
Pernambuco	7.127.855	7.918.344	1,175	5.051.654	6.058.249	2,039	70,87	76,51
BRASIL	146.825.475	169.799.170	1,628	110.990.990	137.953.959	2,446	75,59	81,25

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM

A constatação das taxas de crescimento populacional, entre 1991 e 2000, apresentadas pelos municípios de Recife (0,92 % a.a.), Olinda (0,91% a.a.) e São Lourenço da Mata (0,91% a.a.), leva Moreira (2001) a sugerir que esses três municípios apresentam perdas de população por emigração, as quais devem ser superiores aos ganhos de imigração. Para os demais municípios, no período (desconsiderando-se o desmembramento de municípios), o autor sugere que os saldos migratórios são positivos, mas, em consequência do crescimento vegetativo modesto e da migração diminuta, as taxas de crescimento metropolitano mostram-se muito baixas.

Na medida em que a distribuição espacial da população reflete, não só a distribuição de oportunidades de geração de renda mas também os custos de localização e de comutação, o crescimento populacional na RMR acompanha tanto a dinâmica do mercado de trabalho como a dos custos de habitação e de transporte, que, por sua vez, guarda estrita relação com a dinâmica econômica e com o processo de urbanização. Nesse sentido, é importante destacar o elevado crescimento da população urbana dos municípios periféricos da RMR – Ipojuca (5,37% a.a.), Itamaracá (4,66% a.a.) e Igarassu (4,55% a.a.) – e, em um segundo patamar de crescimento, os municípios limítrofes do Recife – Jaboaão dos Guararapes (3,43% a.a.), Camaragibe (2,63% a.a.), Paulista (2,51% a.a.). Apenas Olinda (0,68% a.a.) e o Recife (1,03% a.a.) mantêm níveis muito baixos de crescimento da população total e urbana (Tabela 5 e Gráfico 13).

Gráfico 13 - Evolução da taxa de crescimento da população total e urbana* segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000



* Taxa geométrica média de crescimento anual (% a.a.)

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2003. CD-ROM.

3.3.2 Fecundidade, mortalidade e longevidade

Os indicadores demográficos de saúde – fecundidade, mortalidade, longevidade –, referentes aos municípios da RMR, encontram-se na Tabela 6 e nos gráficos que o complementam em cada tema específico.

A continuidade da queda da **fecundidade**, observada nos Censos de 1991 e 2000, verificou-se em todos os 14 municípios da região. As taxas mais expressivas foram apresentadas por Araçoiaba (de 4,5 para 3,1 filhos por mulher), Itamaracá (de 3,8 para 2,8 filhos por mulher), Igarassu (de 3,8 para 2,5 filhos por mulher) e Ipojuca (de 3,4 para 2,3 filhos por mulher). Com exceção de Ipojuca, todos os municípios citados apresentam taxas acima da média do Estado de Pernambuco (de 3,31 para 2,48 filhos por mulher). O Recife, por sua vez, com o decréscimo de 2,3 para 1,81 filhos por mulher, está situado tanto abaixo da média estadual quanto da média nacional (Tabela 6 e Gráfico 14).

Observe-se que são os municípios mais populosos da região metropolitana que apresentam as menores taxas de fecundidade no ano 2000 – Recife (1,81), Olinda (1,85), Paulista (2,04) e Jaboatão dos Guararapes (2,09) –, encontrando-se todas abaixo do padrão de reposição de 2,10 filhos por mulher (Gráfico 14).

O aumento da fecundidade de mulheres que interrompem precocemente a adolescência em função de uma gravidez precoce foi observado no grupo de 10 a 14 anos nos municípios de Moreno (1,84%), Ipojuca (1,07%) e Igarassu (1,04%). Esses percentuais citados representam o dobro daquele apresentado pelo Recife. Já entre as adolescentes de 15 a 17 anos com filhos, esse percentual eleva-se em todos os municípios da região, destacando-se o Cabo de Santo Agostinho (13,69%), Araçoiaba (13,28%), Itamaracá (13,06%), Itapissuma (12,46%) e Abreu e Lima (11,40%). No Recife esse percentual se reduz praticamente à metade (8,13%).

Tabela 6

Indicadores demográficos de saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000

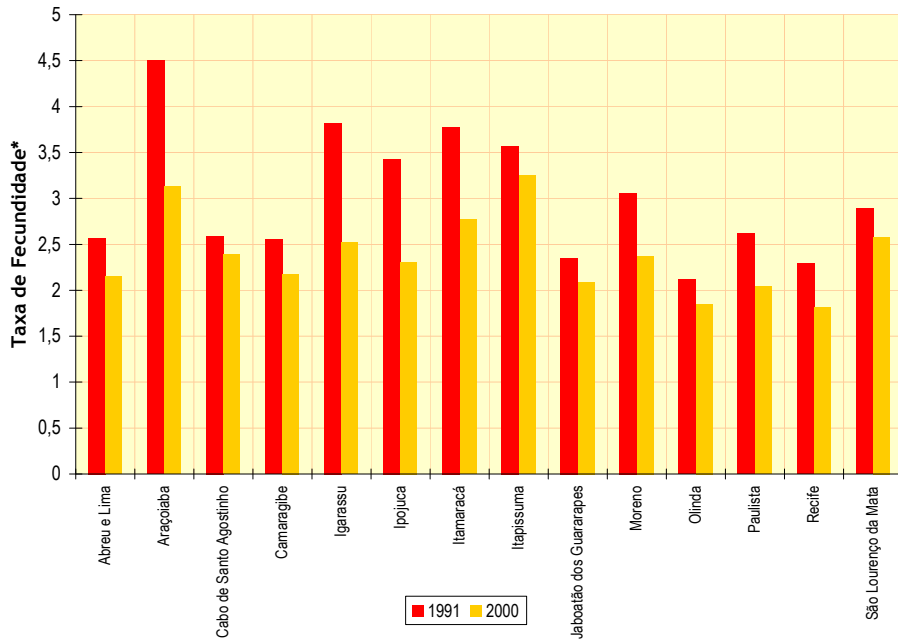
Municípios	Decréscimo da TFT 1991 / 2000	% de mulheres adolescentes com filhos em 2000		Decréscimo Taxa de mortalidade 1991/2000		Ganhos na Esperança de Vida (anos) 1991/2000	Ganhos na Probabilidade de sobrevivência até 40 anos 1991/2000	IDHM - Longevidade 2000	Índice de Envelhecimento 2000
		10 a 14 anos	15 a 17 anos	até 1 ano	até 5 anos				
Abreu e Lima	0,42	0,70	11,40	9,71	30,84	4,3	4,99	0,76	4,72
Araçoiaba	1,37	0,05	13,28	4,81	25,58	3,0	3,86	0,74	4,91
Cabo de Santo Agostinho	0,20	0,71	13,69	14,38	40,53	5,5	6,51	0,73	4,30
Camaragibe	0,37	0,52	6,43	1,74	18,75	2,0	2,76	0,76	4,64
Igarassu	1,30	1,04	8,46	9,13	28,51	4,1	4,68	0,78	4,62
Ipojuca	1,12	1,07	8,79	24,55	56,26	7,8	9,17	0,73	4,09
Itamaracá	1,01	0,06	13,06	14,12	34,62	5,6	5,94	0,80	4,24
Itapissuma	0,32	0,76	12,46	13,59	36,96	5,3	6,09	0,76	4,70
Jaboatão dos Guararapes	0,26	0,65	8,09	16,61	38,41	6,3	6,63	0,80	4,27
Moreno	0,69	1,84	7,50	13,47	36,66	5,3	6,04	0,76	5,59
Olinda	0,27	0,42	7,32	14,01	35,11	5,6	5,97	0,79	6,01
Paulista	0,58	0,36	7,55	15,14	33,61	6,1	5,98	0,83	4,41
Recife	0,48	0,54	8,13	13,04	15,25	3,1	3,76	0,73	6,51
São Lourenço da Mata	0,31	0,47	5,52	19,28	45,42	6,8	7,61	0,76	4,83
Pernambuco	0,83	0,49	8,57	15,24	40,87	5,3	6,49	0,73	5,85
BRASIL	0,51	0,43	8,45	14,11	20,16	3,9	3,53	0,73	6,14

Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM

Quanto à **mortalidade até um ano de idade**, observa-se que ocorreu uma redução em todos os municípios da RMR, na última década, encontrando-se, em 2000, na faixa entre 21 e 43 por mil nascidos vivos. Assim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, todos os municípios da metrópole do Recife estão situados no patamar médio, ou seja, entre 20 e 49 óbitos por mil.

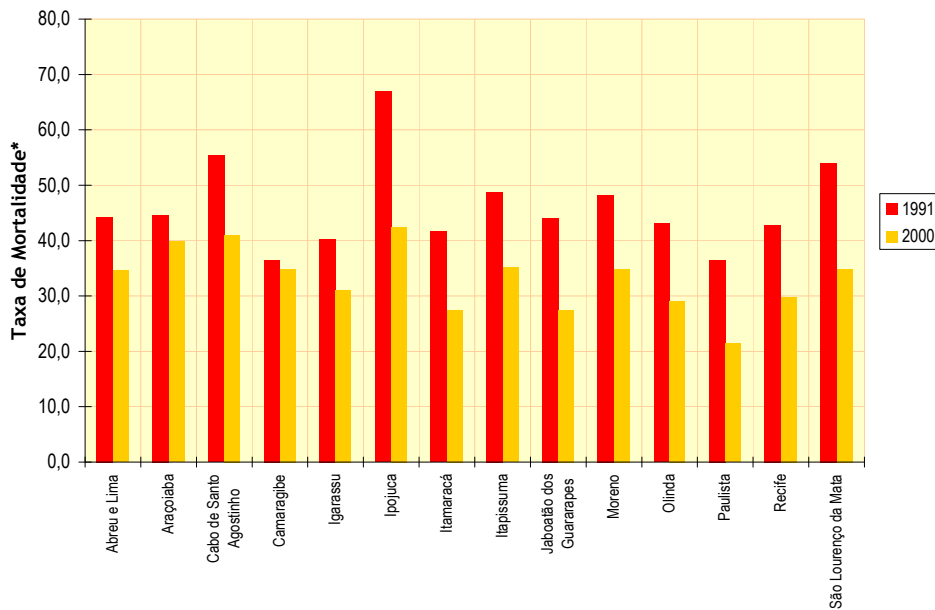
No Recife, a mortalidade infantil decresceu 13,04 por mil, passando de 42,82 para 29,78 por mil, menor que a média do Estado de 47,31 por mil, e da média nacional de 30,57 por mil. Note-se que em Paulista a mortalidade infantil atingiu 21,4 por mil, um pouco abaixo do patamar de São Paulo de 21,7 por mil (Gráficos 15 e 16). A redução mais acentuada da taxa de mortalidade infantil na RMR ocorreu, contudo, no município de Ipojuca, que passa de 66,9 para 42,4 mortes por mil nascidos vivos.

Gráfico 14 - Evolução na taxa de fecundidade total*, segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000



* Número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo.
 Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2003. CD-ROM.

Gráfico 15 - Mortalidade até um ano de idade*, segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000

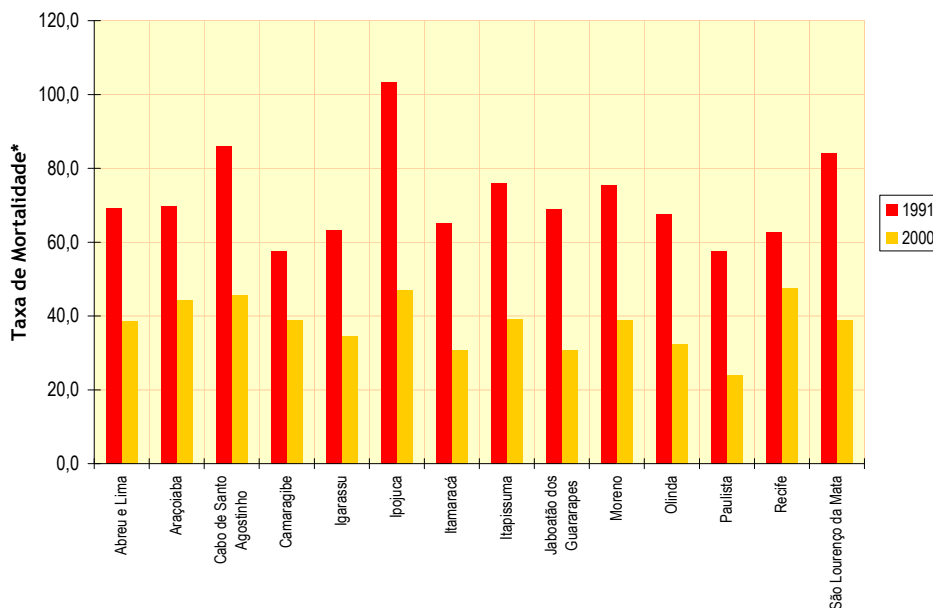


* Número de crianças que não irão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada 1.000 nascidas vivas.
 Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.



A mortalidade até cinco anos de idade, no período de 1991 a 2000, também, diminuiu na RMR. O Recife apresentou uma redução de 15,25 por mil, passando para 47,52 crianças por mil. No entanto, mesmo com uma tendência decrescente, a mortalidade nessa faixa etária apresentou-se superior à dos demais municípios da região, porém menor que a média para Pernambuco, de 54,60 por mil nascidos vivos. Novamente Paulista desponta em melhor situação, com 23,8 por mil crianças nascidas vivas (Gráfico 16). Note-se que esse é o único município da RMR que exibe um índice de domicílios com acesso a banheiro e água encanada acima de 90%, comparável ao das capitais do Sul e do Sudeste brasileiro (MIRANDA, 2005).

Gráfico 16 - Mortalidade até cinco anos de idade*, segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000

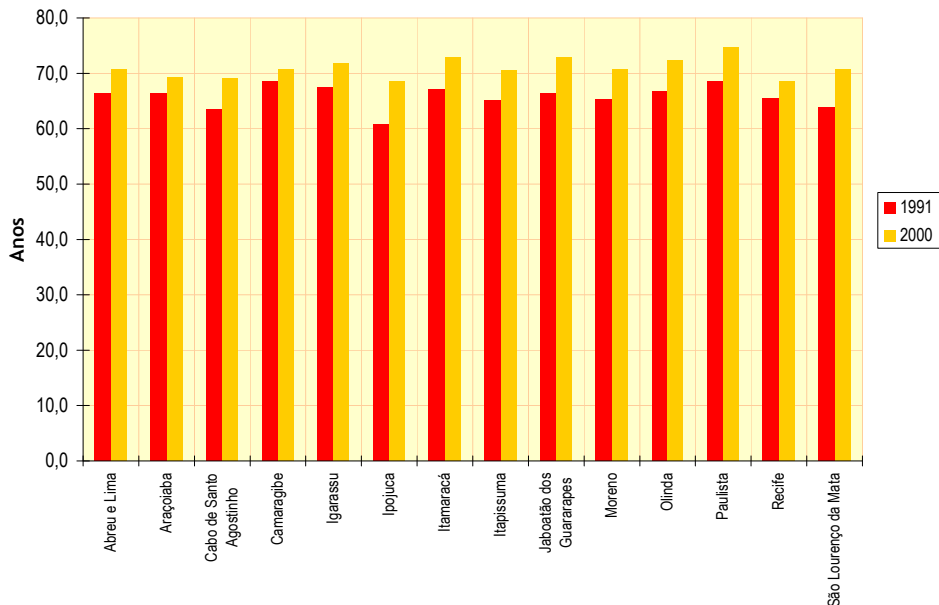


*Crianças que não irão sobreviver aos cinco primeiros anos de vida / 1.000 nascidas vivas.
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

Os efeitos da queda da mortalidade não se expressaram de forma homogênea no espaço metropolitano. Embora a RMR como um todo apresente uma elevação da **esperança de vida ao nascer** no período 1991 a 2000, alguns municípios se destacam, apresentando expectativa de vida acima de 70 anos de idade: Paulista, Jaboatão dos Guararapes, Itamaracá, Olinda, Igarassu, Abreu e Lima, Camaragibe, Moreno, São Lourenço da Mata e Itapissuma. Observou-se que tais municípios, em 2000, se situam em patamares de esperança de vida equivalentes a Curitiba (71,6 anos) e Porto Alegre (71,5 anos), capitais de maior longevidade no contexto das metrópoles brasileiras. Em alguns desses municípios ocorreram ganhos de expectativa de vida durante a última década: São Lourenço da Mata (6,8 anos), Jaboatão dos Guararapes (6,3 anos) e Paulista (6,1 anos).

O Recife repetiu a tendência nacional de envelhecimento da população e ampliou a expectativa de vida da população em 3,05 anos, apresentando uma expectativa de vida ao nascer de 68,62 anos, em 2000, ficando acima da média do Estado (67,32 anos), e praticamente igual à média do Brasil de 68,61 anos (Gráfico 17).

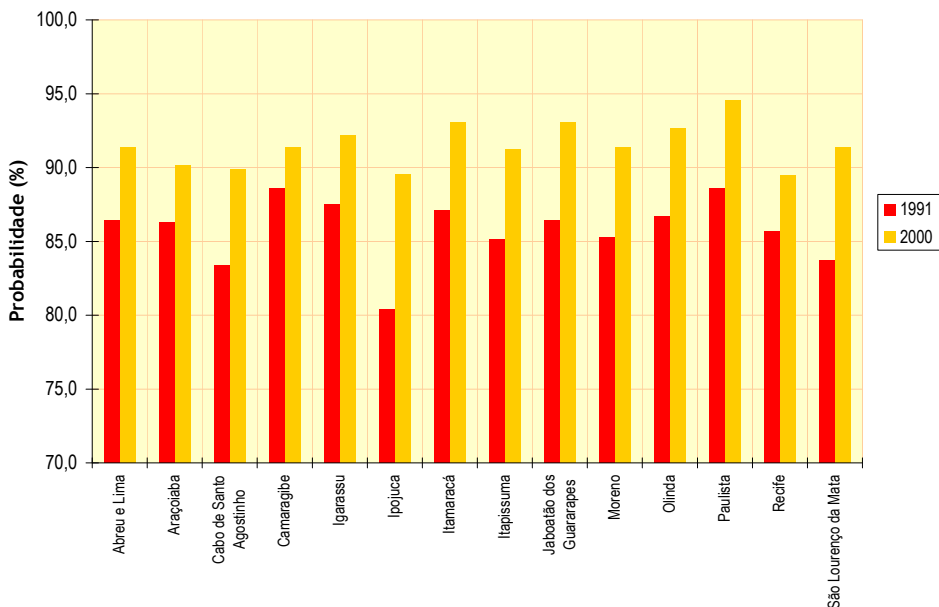
Gráfico 17 - Evolução na esperança de vida ao nascer (em anos), segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

A evolução da **probabilidade de sobrevivência até 40 anos de idade** cresceu em todos os municípios da RMR. No Recife, passou de 85,70 %, em 1991, para 89,46%, em 2000, situando-se acima da média de Pernambuco (88,09%), porém abaixo da média Brasil, de 90,43% (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Evolução na probabilidade (%) de sobrevivência até 40 anos, segundo os municípios da Região Metropolitana do Recife | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.



O **IDHM Longevidade** situa o Recife (0,73) no mesmo patamar do Estado. Dos 14 municípios da RMR, 11 apresentam, em 2000, um índice acima do Recife, destacando-se dentre eles: Paulista (0,83), Jaboatão dos Guararapes (0,80), Itamaracá (0,80) e Olinda (0,79), que apresentam, em paralelo, os mais elevados níveis de esperança de vida ao nascer, no Censo de 2000, todos bem acima do Recife, que apresenta um nível de expectativa de vida de 68,6 anos.

O processo continuado que se observa da queda de fecundidade, com a simultânea redução da mortalidade infantil e o conseqüente aumento da esperança de vida ao nascer, resulta no processo de **envelhecimento da população**. No contexto da RMR, os índices de envelhecimento do Recife (6,5%) e Olinda (6,0%) apresentam-se como os mais elevados e mais próximos do índice de envelhecimento do Brasil (6,14%), acompanhando de perto a tendência nacional (Tabela 6).

4. O RECIFE INTRAURBANO

A análise dos indicadores demográficos e de saúde, no contexto intraurbano do Recife, visa caracterizar, prioritariamente, desigualdades que separam as localidades da cidade, de modo a possibilitar um recorte, no interior dos espaços onde reside a população mais pobre e mais carente, especialmente de serviços de saúde e de outras políticas de melhoria da qualidade ambiental, com rebatimento na saúde.

Para isso foram relacionadas as diversas Unidades de Desenvolvimento Humano, segundo as classes de valor do Índice de Desenvolvimento Humano de 2000⁸ e as microrregiões político-administrativas da cidade onde se situam, configurando os Quadros 2 a 6, que servem de base para a identificação do comportamento dos diversos indicadores analisados. Considerando-se que a renda é a dimensão que revela maiores contrastes entre as diversas UDHS, com reflexos nos demais aspectos de acesso a bens e serviços, de educação, de qualidade de vida, e, como tal, nos indicadores demográficos de saúde, os referidos quadros trazem como referência o IDHM e subíndices, de renda, de educação e de longevidade, classificando, também, as microrregiões segundo as classes de valor do IDHM Geral de 2000.

Na análise detalhada dos indicadores de saúde, consideram-se as microrregiões e as UDHS agrupadas geograficamente nos anéis – Central, Intermediário e Periférico, conforme relacionado em anexo (BITOUN, 2005).

4.1 Crescimento e concentração populacional

A análise intraurbana do reflexo da dinâmica demográfica no ritmo de crescimento populacional e da concentração espacial da população no espaço da cidade, leva em consideração alguns aspectos que caracterizam as condições de vida dos moradores, capazes de explicar o reflexo dessas condições nos indicadores de saúde a serem analisados. Uma vez que um dos objetivos desse estudo é fornecer elementos para uma política pública de saúde, e considerando que, apesar de o Sistema Único de Saúde

8. Essas classes foram definidas a partir do padrão de dispersão do IDH das diversas UDHS do Recife, significando: Áreas de classe de IDH muito alto: IDH > 0,900 a 0,965; Áreas de classe de IDH alto: IDH > 0,820 a 0,900; Áreas de classe de IDH médio: IDH > 0,745 a 0,820; Áreas de classe de IDH baixo: IDH > 0,690 a 0,745; Áreas de classe de IDH muito baixo: IDH > 0,630 a 0,690. (BITOUN, 2005)



(SUS) ter sido concebido para atender a toda a população, na prática, é o segmento que se insere nas camadas mais pobres que se constitui como demanda prioritária desses serviços, foram relacionados na Tabela 7, além dos indicadores de crescimento e densidade demográficos, o percentual de chefes de domicílios com renda de até 2 salários mínimos, bem como o percentual de pessoas que habitam domicílios sem instalação sanitária, o que caracteriza a precariedade do ambiente de moradia.

• **Os espaços da cidade ocupados por famílias mais pobres apresentam maior crescimento e densidade populacional.**

Dados da referida Tabela 7 e Gráfico 19 destacam 8 das 18 microrregiões do Recife com taxas de crescimento populacional diferenciadas:

I. as três MRs que apresentam significativo crescimento da população no contexto da cidade são áreas onde predominam famílias com renda baixa:

- no anel periférico situam-se a MR 6.2 – que compreende os bairros de Ibura e Jordão, região de morros da zona oeste da cidade – com 2,52 % de crescimento ao ano; e a MR 3.3 – formada pelos bairros dos Brejos da Guabiraba e Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho e Paulo Ferro – região de morros da zona norte da cidade, com 2,13 % de crescimento da população por ano;
- no anel intermediário situa-se a MR 4.3 – que compreende os bairros da Caxangá, Cidade Universitária e Várzea, com taxa de crescimento de 2,23 % ao ano.

Dentre elas, as duas primeiras apresentam elevados percentuais de chefes de domicílios com renda de até 2 salários mínimos: MR 3.3 (63,8%) e MR 6.2 (50,8%), enquanto a MR 4.3 reduz esse percentual para 40,8%.

II. A MR que apresenta destacado decréscimo na taxa de crescimento populacional – a MR 1.2 – que inclui entre outros, os bairros da Boa Vista, Ilha do Leite e Paissandu, passa por um processo de substituição de uso residencial para comercial.

III. As quatro MRs que se apresentam praticamente estabilizadas em termos de crescimento populacional são:

- no Anel Central, a MR 1.1 – corresponde aos bairros do Recife e Santo Amaro (-0,22 % ao ano);
- no Anel Intermediário/Periférico: a MR 2.2 – que inclui os bairros de Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão e Porto da Madeira, apresenta taxa de crescimento de -0,11; e a MR 5.1 – Afogados, Bongui, Mangueira, Mustardinha e San Martin (-0,08% ao ano); e
- no Anel periférico, a MR 3.2 – Altos José Bonifácio, José do Pinho, a Mangabeira, Morro da Conceição e Vasco da Gama (-0,24% ao ano).

Todas as UDHs que apresentam mais de 50% de chefes de domicílios com renda de até 2 salários mínimos encontram-se nas microrregiões de baixa e muito baixa classes de IDHM. Dentre essas, a de maior precariedade é a MR 1.3 – formada pela Ilha Joana Bezerra e o bairro dos Coelhoos (que compreendem respectivamente a Zeis Coque e a Zeis Coelhoos) onde o percentual de pessoas que habitam domicílios sem instalação sanitária chega a 12,6%.

Tabela 7

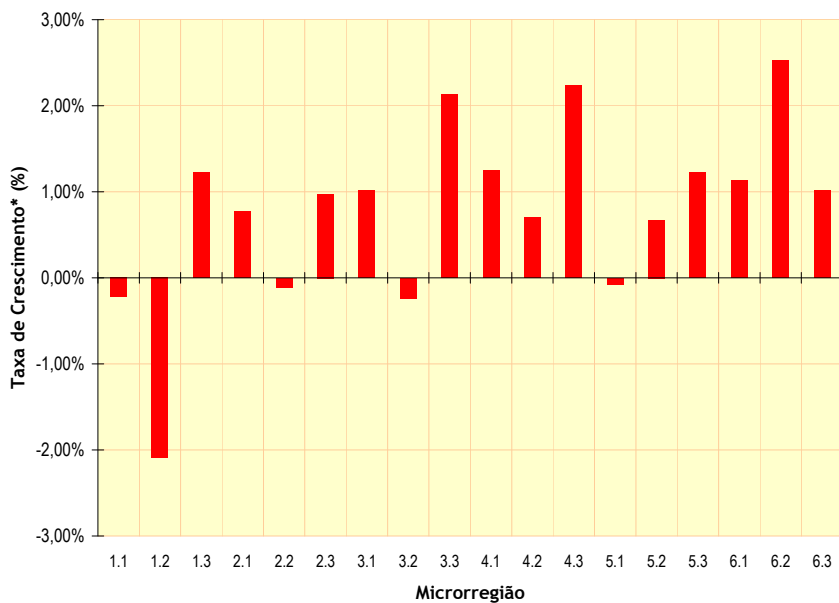
Indicadores de crescimento, localização e perfil da população, nas Microrregiões do Recife, por classe de valor do IDHM | 2000

IDHM	MRs	População Residente		Taxa de crescimento da população 1991-2000 (%a.a.)	Densidade Demográfica (hab/Km2)	% pessoas que vivem domicílios sem instalação sanitária	Chefes de domicílios	Chefes de domicílio com renda de até 2 SM	
		Volume	%					Total	%
Muito Alto	3.1	109.011	7,66	1,01	5.960	0,84	30.266	6.395	21,13
	6.1	219.150	15,40	1,13	9.620	2,35	62.373	16.300	26,13
Alto	4.1	141.163	9,92	1,25	10.867	1,82	38.811	13.487	34,75
	1.2	28.452	2,00	-2,09	3.705	2,83	9.148	2.396	26,19
	2.1	74.377	5,23	0,77	12.294	4,31	19.777	7.600	38,43
Médio	4.3	71.782	5,04	2,23	2.715	2,01	18.617	7.603	40,84
	5.1	87.743	6,17	-0,08	12.086	1,79	22.943	10.767	46,93
	5.2	55.528	3,90	0,67	10.418	3,36	14.314	6.084	42,50
	1.1	30.065	2,11	-0,22	4.487	4,66	7.925	3.673	46,35
	5.3	105.212	7,39	1,22	6.016	1,95	26.851	12.015	44,75
	4.2	40.070	2,82	0,70	15.901	1,18	10.058	5.033	50,04
Baixo	2.2	81.805	5,75	-0,11	18.677	2,19	20.522	11.431	55,70
	6.2	65.514	4,60	2,52	5.566	2,95	16.778	8.532	50,85
	6.3	69.134	4,86	1,01	16.500	2,91	17.256	9.293	53,85
	3.2	71.699	5,04	-0,24	22.198	1,72	17.934	11.107	61,93
Muito Baixo	2.3	49.804	3,50	0,97	11.167	3,15	12.084	7.236	59,88
	3.3	102.815	7,23	2,13	1.841	3,80	25.236	16.108	63,83
	1.3	19.581	1,38	1,23	14.613	12,62	5.129	3.316	64,65
Recife		1.422.905	100,00	0,92	6.505	-	376.022	158.376	42,12

Fonte: Recife. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Recife. 2005. CD-ROM

O Gráfico 19 ilustra o crescimento populacional do Recife por microrregiões, enquanto o Gráfico 20 apresenta esse crescimento por UDHs, agrupadas pelos anéis: Central, Intermediário e Periférico.

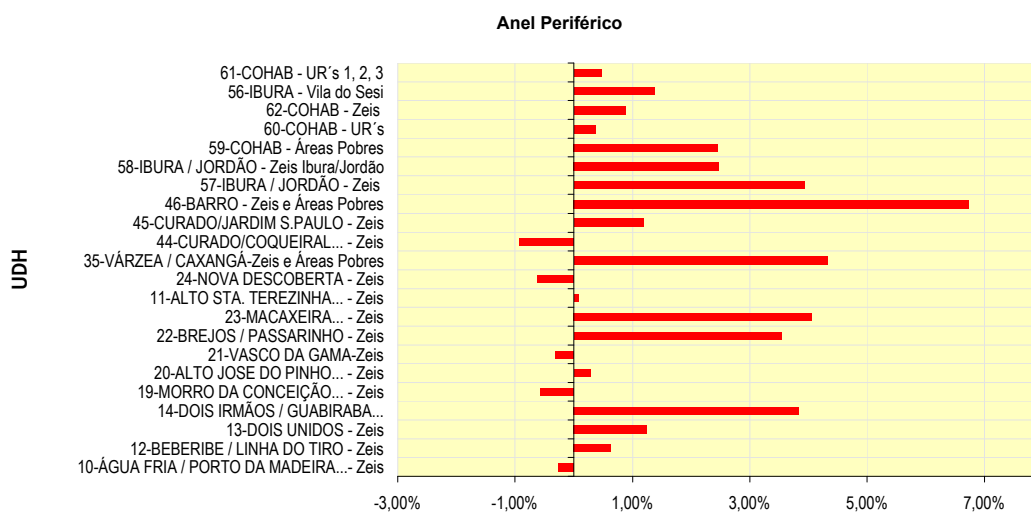
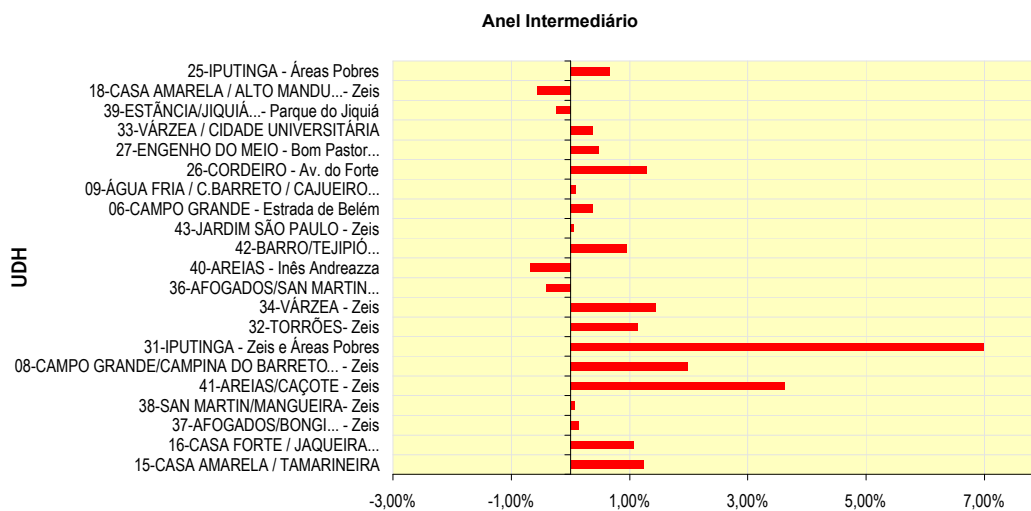
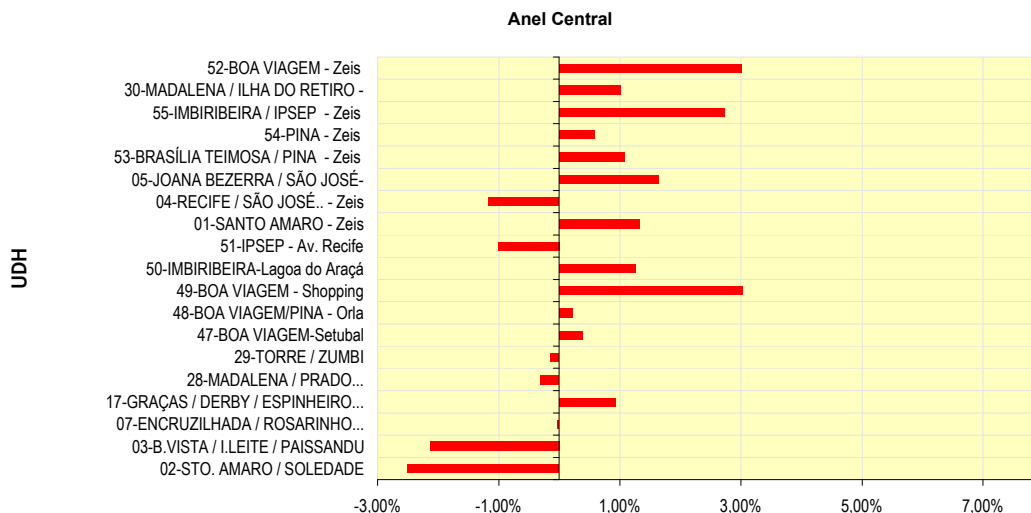
Gráfico 19 - Taxa de crescimento da população total por Microrregiões do Recife | 1991-2000



* Taxa geométrica média de crescimento anual (% a.a.)

Fonte: Recife. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Gráfico 20 - Taxa de crescimento da população total por UDH, segundo Anéis | Recife | 1991-2000



Fonte: Recife. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.



O Quadro 2 serviu de referência para as análises dos demais indicadores, inclusive os demográficos de saúde, uma vez que explicita a situação agravante dos elevados percentuais de chefes de domicílios com renda de até 2 salários mínimos, concentrados nas faixas de classes de valor do IDHM baixo e muito baixo.

Quadro 2 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e percentual de chefes de domicílios com renda mensal de até 2 salários mínimos, segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDH por Classes de Valor do IDHM										
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	UDH por Classes de Valor do IDHM									
	1991	2000					Muito Alto (IDH >0,900 a 0,965)	Alto (IDH >0,820 a 0,900)	Médio (IDH >0,745 a 0,820)	Baixo (IDH >0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH >0,630 a 0,690)					
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15	16	17		18	14				
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47	48	49	50	51	52	53	54	55	
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28	29		26	27	25	30	31		
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03			02			04		05	
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07			08		06	08			
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3				33		35	34			
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1					36	39	37	38		
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2					40	39			41	
	0,715	0,752	0,719	0,867	0,669	1.1				02			04		01	
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3						42	43	44	45	46
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2				27				32		
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2				09			10	11		
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2					56		57	58		
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3					61		59	60	62	
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2							19	20	21	
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3							12	13		
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3							14	23	22	24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3							04		05	

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

UDH divididas em partes correspondentes ao número de MRs a que pertencem

UDH segundo intervalos de % de chefes de domicílios de até 2 salários mínimos:

> 66,00% > 50,00 - 66,00 % > 33,00 - 50,00 % > 12,00 - 33,00 % até 12,00%

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.



A partir do Quadro 3.1, constata-se que o crescimento populacional predomina nas UDHS que se inserem nas classes de valor de IDHM baixo e muito baixo, destacando-se a UDH 31 - IPUTINGA - Zeis Vila União/AP Detran, com taxa de crescimento populacional de 7,06% a.a., situada no Anel Intermediário, e a UDH 46 - BARRO - Zeis Tejipió/Pacheco e Vila dos Milagres, cuja população cresce a 6,80% a.a., situada no Anel Periférico.

Entre as UDHS de muito alto padrão de IDH, algumas apresentam um crescimento populacional significativo, como a UDH 49 - BOA VIAGEM - Shopping, cuja população cresce a 3,05% a.a., situada no Anel Central.

Quadro 3.1 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e taxa de crescimento geométrico da população total, segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDH por Classes de Valor do IDHM												
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	Muito Alto (IDH > 0,900 a 0,965)			Alto (IDH > 0,820 a 0,900)		Médio (IDH > 0,745 a 0,820)		Baixo (IDH > 0,690 a 0,745)			Muito Baixo (IDH > 0,630 a 0,690)	
	1991	2000					Muito Alto (IDH > 0,900 a 0,965)	Alto (IDH > 0,820 a 0,900)	Médio (IDH > 0,745 a 0,820)	Baixo (IDH > 0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH > 0,630 a 0,690)							
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15	16	17		18		14					
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47	48	49	50	51	52	53	54	55			
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28	29		26	27	25	30	31				
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03			02			04			05		
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07			09		06	08					
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3				33		35	34					
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1					36	39	37	38				
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2					40	39				41		
	0,715	0,752	0,719	0,867	0,669	1.1				02			04			01		
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3						42	43	44	45		46	
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2				27			32					
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2				09			10	11				
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2					56		57	58				
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3					61		59	60	62			
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2							19	20	21			
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3							12	13				
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3							14	23	22	24		
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3							04			05		

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

 UDH divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertencem

UDH segundo intervalos de valores de taxa de crescimento populacional:

 - 2,53 a -2,15 % a.a.
 -1,19 a 0,49 % a.a.
 0,59 a 2,01 % a.a.
 2,48 a 4,36 % a.a.
 6,80 a 7,06 % a.a.

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.



O Quadro 3.2 demonstra que as Unidades de Desenvolvimento Humano de mais alta densidade são aquelas de classes mais baixas de IDH, destacando-se a UDH 53 - BRASÍLIA TEIMOSA/PINA - Zeis Brasília Teimosa, com densidade de 28.422 hab/km², situada no Anel Central, e a UDH 20 - ALTO JOSÉ DO PINHO/MANGABEIRA - Zeis Casa Amarela, com densidade de 28.220 hab/km², situada no Anel Periférico. Dentre as Unidades de muito alto padrão de IDH, destacam-se algumas com densidade significativa, a exemplo da UDH 49 - BOA VIAGEM - Shopping, com 15.320 hab/km², a UDH 47 - BOA VIAGEM - Setúbal, com 12.240 hab/km², e a UDH 29 - TORRE/ZUMBI, com 12.473 hab/km², cujas densidades expressam o processo de verticalização dessas áreas da cidade, situadas no Anel Central.

Quadro 3.2 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e densidade demográfica, segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDH por Classes de Valor do IDHM					
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	Muito Alto (IDH >0,900 a 0,966)	Alto (IDH >0,820 a 0,900)	Médio (IDH >0,745 a 0,820)	Baixo (IDH >0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH >0,630 a 0,690)
	1991	2000									
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15 16 17		18	14	
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47 48 49	50 51	52	53 54 55	
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28 29	26 27	25 30	31	
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03	02		04	05
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07	08	06	08	
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3		33	35	34	
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1			36 39	37 38	
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2			40 39		41
	0,715	0,752	0,719	0,867	0,669	1.1		02		04	01
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3			42 43 44	45	46
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2		27		32	
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2		09		10 11	
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2			56	57 58	
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3			61	59 60 62	
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2				19 20 21	
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3				12 13	
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3				14 23	22 24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3				04	05

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

UDH divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertencem

UDH segundo intervalos de valores de densidade demográfica:

 355,2 - 4.974,3 hab/km²
 5.902,1 - 10.961,4 hab/km²
 11.789,5 - 16.074,4 hab/km²
 17.874,8 - 23.963,5 hab/km²
 28.220,0 - 28.422,2 hab/km²

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.



4.2 Fecundidade, mortalidade e longevidade

Os indicadores demográficos de saúde foram analisados a partir da Tabela 8, que sintetiza as principais medidas de fecundidade, mortalidade e longevidade, complementada pelos Gráficos específicos referentes a cada um dos indicadores. De modo geral, observa-se no contexto da cidade do Recife e das diversas microrregiões, embora com variações de intensidade, um decréscimo das taxas de fecundidade e de mortalidade, seja até um ano de vida, seja até cinco anos, e o reflexo desse processo, aliado aos ganhos da esperança de vida ao nascer e da probabilidade de sobrevivência até os 40 anos de idade.

Tabela 8

Indicadores demográficos de saúde segundo Microrregiões do Recife por classes de valor do IDHM | 1991 e 2000

IDHM	MRs	Decréscimo da TFT 1991/2000	% de mulheres adolescentes com filhos, 2000		Decréscimo da Taxa de mortalidade 1991/2000		Ganhos na Esperança de Vida (anos) 1991/2000	Ganhos na Probabilidade de sobrevivência até 40 anos 1991/2000	IDHM - Longevidade 2000	Índice de Envelhecimento 2000 (%)
			10 a 14 anos	15 a 17 anos	até 1 ano	até 5 anos				
Muito Alto	3.1	0.26	0.57	3.45	8.00	9.11	2.37	2.85	0.79	9.21
	6.1	0.36	0.13	6.38	7.42	7.88	1.72	2.50	0.77	7.53
Alto	4.1	0.34	0.25	7.05	7.77	8.58	2.10	2.68	0.77	6.54
	1.2	0.57	0.97	4.96	6.05	4.28	0.77	1.54	0.69	10.83
	2.1	0.58	0.73	8.19	12.85	15.34	3.60	3.92	0.74	7.83
Médio	4.3	0.42	0.20	6.70	11.97	13.71	3.12	3.54	0.72	4.73
	5.1	0.71	0.87	8.95	11.73	13.71	3.33	3.61	0.73	6.92
	5.2	0.36	0.27	9.14	8.94	9.13	2.17	2.62	0.71	6.30
	1.1	0.53	0.66	8.04	12.11	12.68	2.71	3.15	0.67	7.76
	5.3	0.41	0.19	5.78	5.19	3.57	0.96	1.51	0.70	6.03
	4.2	0.59	0.46	8.92	16.75	20.42	4.43	4.80	0.72	5.56
Baixo	2.2	0.33	1.29	8.77	19.52	24.09	4.87	5.40	0.71	6.78
	6.2	0.49	0.62	9.51	16.35	19.30	3.98	4.47	0.69	4.70
	6.3	0.80	0.53	10.62	13.57	15.61	3.29	3.81	0.71	4.60
	3.2	0.61	0.55	9.41	13.19	15.33	3.33	3.80	0.72	6.30
Muito Baixo	2.3	0.53	0.91	11.36	20.71	25.43	5.10	5.61	0.69	4.96
	3.3	0.41	0.66	10.12	14.36	15.48	3.02	3.58	0.65	4.23
	1.3	1.28	2.13	26.47	15.42	17.01	3.37	3.89	0.65	4.22
Recife		0.48	0.54	8.13	13.00	15.30	3.90	3.80	0.73	6.51

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Dentre as microrregiões que apresentam maior decréscimo na taxa de fecundidade, bem acima da média recifense (0,48 filhos por mulher), destacam-se a MR 1.3 (Ilha Joana Bezerra e Coelho), com decréscimo de 1,28 filhos por mulher; a MR 6.3 (COHAB-Ibura de Cima), com decréscimo de 0,80 filhos por mulher e a MR 5.1 (Afogados, Bongij, Mangueira, Mustardinha, e San Martin), com decréscimo de 0,71 filhos por mulher. No âmbito da fecundidade, é importante ressaltar a ocorrência, em todas as microrregiões do Recife, de adolescentes de 10 a 14 anos com filhos, destacando-se, também, a MR 1.3, classificada como de muito baixo valor do IDHM e que apresenta um percentual de 2,13 dessas adolescentes com filhos. Preocupante, igualmente, é o elevado percentual de adolescentes de 15 a 17 com filhos que, ainda na MR 1.3, chega a representar 26,47% dessas adolescentes. Destacam-se, também, nesse aspecto, a MR 2.3 (Beberibe,



Dois Unidos e Linha do Tiro); a MR 6.3 (COHAB-Ibura de Cima), e a MR 3.3 (Brejos da Guabiraba e Beberibe, Guabiraba, etc) nos morros da zona norte da cidade, todas de baixo e muito baixo padrão de IDHM, com um percentual acima de 10% de adolescentes de 15 a 17 anos com filhos.

Dentre as microrregiões que apresentam os maiores decréscimos na taxa de mortalidade infantil, destacam-se a MR 2.3 (Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro) e a MR 2.2 (Água Fria, Alto Santa Teresinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão e Porto da Madeira), ambas com cerca de 20 mortes por mil nascidos vivos. Essas mesmas microrregiões apresentam os maiores ganhos em esperança de vida (MR 2.3: 5,1 anos de vida e MR 2.2: 4,9 anos de vida) e os maiores ganhos na probabilidade de sobrevivência até os 40 anos, demonstrando a importância do decréscimo da mortalidade infantil na longevidade da população.

• **A Fecundidade está em queda geral, mas mantêm-se grandes diferenças entre as famílias recifenses.**

A queda do número de filhos nascidos vivos por mulheres no final do período reprodutivo (Taxa de Fecundidade Total) é o evento demográfico mais importante, ocorrido nos anos 90. Expressa uma tendência nacional, correspondendo a uma etapa da Transição Demográfica, estudada por demógrafos no mundo inteiro. A urbanização, as mudanças do papel da mulher no seio da família e da sociedade, as práticas de planejamento familiar, voluntárias ou induzidas, contribuem para essa queda da Taxa de Fecundidade Total, evidenciada no Gráfico 21, em todas as Unidades de Desenvolvimento Humano.

Essa constatação corresponde a uma expectativa geral, conforme aponta Wood e Carvalho (1994), de que a queda da fecundidade se dê na classe média urbana e só gradualmente se espalhe para baixo, entre classes sociais inferiores. Os dados apresentados no Gráfico 21 demonstram uma queda acentuada e simultânea em quase todas as UDHS, embora o Quadro 4, ao classificar essas unidades por classes de valor de IDH, demonstre que as taxas de fecundidade total mais elevadas (acima de 2,41 filhos por mulher) concentram-se em 8 UDHS que apresentam IDH baixo e muito baixo. Dentre essas destaca-se a UDH 5 - ILHA JOANA BEZERRA/SÃO JOSÉ - Zeis Coque, cuja taxa de fecundidade total ultrapassa três filhos por mulher. As demais UDHS, que se situam nessa classe de IDH baixo e muito baixo, apresentam uma taxa de fecundidade total entre 1,91 e 2,4.

Para o conjunto da cidade do Recife, a taxa de fecundidade total é de 1,81 filhos nascidos vivos por mulher no final do período reprodutivo, abaixo da taxa de 2,1, que assegura a reposição populacional. Mas entre as diversas Unidades de Desenvolvimento Humano, observam-se taxas muito diversas demonstrando que, se a queda é uma tendência geral, ela não ocorreu no mesmo momento, nem com a mesma intensidade em todas as UDHS (ver o Gráfico 21, que apresenta a evolução da taxa de fecundidade entre 1991 e 2000). O resultado, em 2000, dessas diferenças pode ser visualizado no Quadro 4 e no Mapa da Taxa de Fecundidade Total (Fig. 1), no qual as Unidades de Desenvolvimento Humano foram agrupadas em cinco classes:

• 15 UDHS apresentam **taxas de 1,17 a 1,27**, bem abaixo da média do Recife e, conseqüentemente, muito abaixo também da taxa de reposição. A queda do número de filhos por mulher ocorreu antes da década de 90, durante a qual a diminuição foi modesta. Essas Unidades situam-se nos Anéis Central (10 UDHS) e Intermediário (5

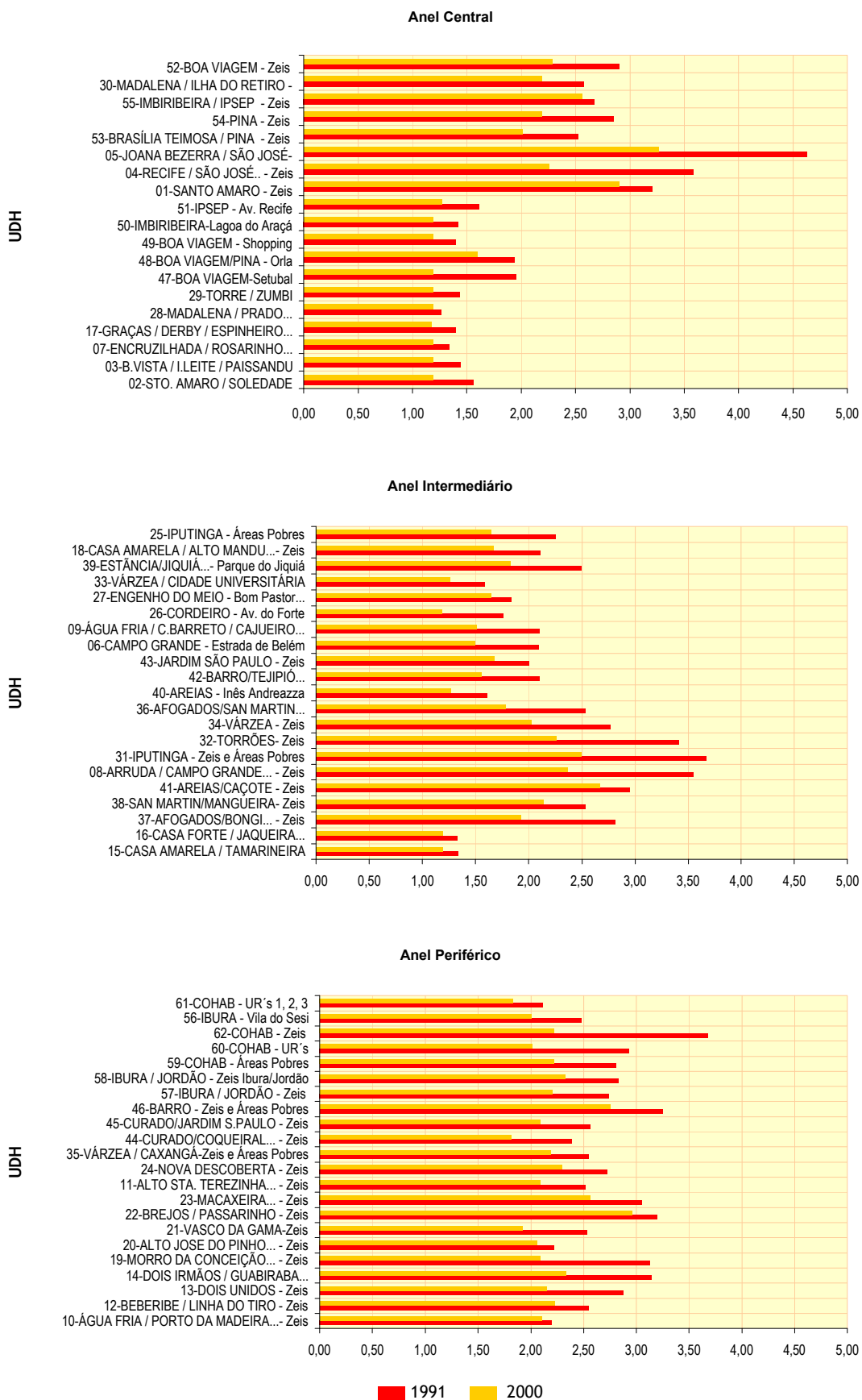


UDHs) da cidade e correspondem às áreas com predominância de famílias de renda alta e média (com a notável exceção da UDH 48 BOA VIAGEM/PINA - Orla, Av. Herculano Bandeira, onde a taxa mais alta pode estar relacionada com a presença nessa UDH da comunidade de baixa renda da Beira Rio no Pina ou, ainda, pelas dimensões espaçosas dos apartamentos da orla, favoráveis à acomodação de famílias numerosas).

- 12 UDHs apresentam **taxas de 1,50 a 1,83**, iguais ou inferiores à média do Recife. São características do Anel Intermediário (9 UDHs), havendo também, nessa classe, uma unidade do Anel Central (BOA VIAGEM/PINA - Orla - UDH 48) e duas do Anel Periférico (COHAB - URs 1, 2, 3 - UDH 61 e CURADO/COQUEIRAL/TOTÓ - UDH 44). Nas áreas de renda média, a queda da taxa ocorreu antes e prosseguiu a um ritmo moderado durante a década de 90. Nas Unidades que correspondem a áreas de menor renda, a queda da fecundidade foi mais importante na década de 90 (com decréscimos de 0,60).
- 26 UDHs apresentam **taxas de 1,92 a 2,36**, superiores à média do Recife e iguais ou pouco acima da taxa de reposição. Caracterizam o Anel Periférico (17 Unidades) e algumas comunidades de baixa renda, consolidadas nos Anéis Intermediário (5 UDHs) e Central (4 UDHs). Os decréscimos da taxa de fecundidade durante os anos 90 são superiores a 0,50 em 16 dessas unidades e menores em 10: BEBERIBE/LINHA DO TIRO (UDH 12), ALTO JOSÉ DO PINHO/MANGABEIRA (UDH 20), ÁGUA FRIA/FUNDÃO (UDH 10), SANTA TERESINHA/BOMBA DO HEMETÉRIO (UDH 11), NOVA DESCOBERTA (UDH 24), MADALENA/TORRE - Zeis Sítios do Cardoso e do Berardo (UDH 30), VÁRZEA - Zeis Rosa Selvagem (UDH 35), CURADO - Planeta dos Macacos (UDH 45) e IBURA - Vila do SESI (UDH 56), sinalizando que a mudança nos comportamentos reprodutivos estava em curso ou se iniciou durante o período.
- 8 UDHs apresentam taxas de fecundidade muito altas (de **2,49 a 2,96**) e correspondem a comunidades pobres do Anel Central (Zeis Santo Amaro e Zeis Sítio Grande), do Anel Intermediário (Zeis Jardim Uchoa, Caçote, Beirinha, Rua do Rio/Iraque, Zeis Vila União e Detran) e do Anel Periférico (BREJOS DE GUABIRABA e BEBERIBE, CÓRREGO DO JENIPAPO/MACAXEIRA, Vila dos Milagres - Pantanal), em áreas de novos assentamentos populares. Sete dessas comunidades apresentam decréscimos baixos, sinalizando uma fase inicial da mudança do comportamento reprodutivo, conquanto na IPUTINGA - Zeis Vila União/ Detran (UDH 31) a queda é muito alta, indicando talvez que houve nas comunidades que lá residem uma ação de indução à redução da natalidade.
- Finalmente, a ILHA DE JOANA BEZERRA/SÃO JOSÉ-Zeis Coque (UDH 05) apresenta, em 2000, uma **taxa de 3,26**, a maior do Recife. A forte diminuição, ocorrida durante os anos 90 (-1,36), pode também indicar uma ação induzida. Essa hipótese é reforçada ao se notar o decréscimo muito parecido ocorrido na comunidade vizinha dos Coelhos (-1,33).

A evolução da taxa de fecundidade revela, assim, uma estreita associação entre a segmentação social da cidade e os comportamentos reprodutivos: em áreas de baixa renda, a redução do número de filhos por famílias está ocorrendo mais tarde que em áreas de renda média e alta. Mas, no âmbito das comunidades pobres, a amplitude diferenciada desse decréscimo remete à hipótese de que, em algumas dessas comunidades (nas quais se observam decréscimos muito altos, superiores a 1), a redução do tamanho das famílias pode estar vinculada a ações de indução. Vale salientar, ainda, as campanhas de orientação sexual, especialmente na década de 90, com o controle da AIDS e a conscientização da importância do uso de preservativos.

Gráfico 21 - Taxa de fecundidade por UDH e Anéis | Recife | 1991 e 2000



Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

FIG 1 - RECIFE - Taxa de fecundidade total, por Unidade de Desenvolvimento Humano - UDH - 2000



LEGENDA

Número médio de filhos

1 - 1,4	1,91 - 2,4	3,01 - 3,3
1,41 - 1,9	2,41 - 3	

CONVENÇÕES

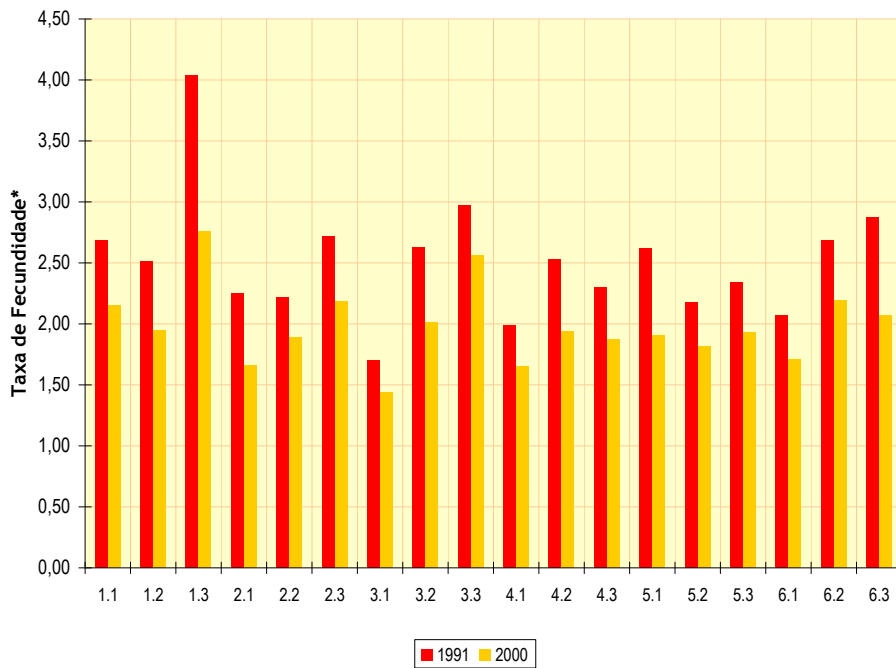
	LIMITE DE ANEL
	LIMITE DE UDH
	LIMITE DE MUNICÍPIO
	PRINCIPAIS VIAS
	CURSO D'ÁGUA



A tendência observada para as UDHS – menor redução no número de filhos por mulher nas áreas de baixa renda –, expressa-se nas microrregiões com IDHM mais baixo, como é o caso das microrregiões 1.3, 3.3 e 2.3 (Gráfico 22 e Quadro 4).

É importante ressaltar que a redução generalizada da taxa de fecundidade, para todas as UDHS expressa, como lembra Cardoso (1983), questões sociais e econômicas levantadas, inclusive, por grupos de ação comunitária, por demandas femininas de igualdade sexual e “direito de escolha”.

Gráfico 22 - Taxa de fecundidade por Microrregião do Recife | 1991 e 2000



* Número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo.
 Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Quadro 4 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e taxa de fecundidade total, segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDHs por Classes de Valor do IDHM										
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	UDHs por Classes de Valor do IDHM									
	1991	2000					Muito Alto (IDH > 0,900 a 0,965)	Alto (IDH > 0,820 a 0,900)	Médio (IDH > 0,745 a 0,820)	Baixo (IDH > 0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH > 0,630 a 0,690)					
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15	16	17		18	14				
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47	48	49	50	51	52	53	54	55	
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28	29		26	27	25	30	31		
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2		03		02			04		05	
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07			09		06	08			
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3				33		35		34		
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1					36	39	37	38		
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2					40	39			41	
	0,715	0,752	0,719	0,867	0,669	1.1				02				04	01	
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3					42	43	44	45	46	
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2				27				32		
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2				09			10	11		
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2					56		57	58		
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3					61		59	60	62	
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2							19	20	21	
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3							12	13		
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3							14	23	22	24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3							04		05	

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

UDH divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertencem

UDH segundo intervalos de valores de taxa de fecundidade total:

 1,0 - 1,4 filhos p/ mulher
 1,41 - 1,9 filhos p/ mulher
 1,91 - 2,4 filhos p/ mulher
 2,41 - 3,0 filhos p/ mulher
 3,01 - 3,3 filhos p/ mulher

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.



- **A Mortalidade Infantil reduz-se, mas condições sociais e ambientais limitam os efeitos da ação dos serviços de saúde.**

Durante os anos 90, a taxa de mortalidade até um ano de idade, medida pelos critérios adotados neste Atlas do Desenvolvimento Humano, reduziu-se de 42,82 por mil para 29,78 por mil no Recife, correspondendo a um decréscimo de 13,04 por mil. Sabe-se que essa queda resulta da ação dos serviços de saúde sobre a saúde materna e infantil, cuja melhoria foi a primeira meta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Além da atenção dos serviços de saúde, a mortalidade infantil depende, também, das condições ambientais e sociais das famílias, tais como o acesso ao saneamento e a um regime alimentar saudável para a mãe e o recém-nascido. A desigualdade das taxas de mortalidade infantil, entre as diversas Unidades de Desenvolvimento Humano do Recife, expressa, então, a resistência de fatores sociais e ambientais negativos aos esforços desenvolvidos pelos serviços de saúde, que não conseguiram alcançar pleno sucesso em todo o território municipal, mesmo considerando-se que houve redução da taxa de mortalidade infantil em todas as UDHS.

No Gráfico 23, foi representada a evolução (1991 - 2000) da mortalidade infantil (até um ano de idade) por UDHS, agrupadas em anéis. Verificam-se as grandes diferenças que caracterizam o território municipal, tanto nas taxas alcançadas em 2000 quanto nos ritmos de decréscimo dessas taxas. Evidencia-se, contudo, uma queda dessas taxas em todas as UDHS, inclusive naquelas que correspondem às áreas pobres e às ZEIS, o que aponta, inclusive, para uma melhoria na qualidade ambiental dessas áreas, dado que as taxas de mortalidade infanto-juvenil estão estritamente relacionadas com as condições socioeconômicas e ambientais das famílias.

- 10 UDHS, correspondentes aos bairros onde se concentra a população de maior renda da cidade, no Anel Central (8 UDHS) e no Anel Intermediário (2 UDHS), apresentam taxas baixas de mortalidade infantil, variando de 7,46 a 14,71 por mil.
- 9 UDHS apresentam taxas moderadas (de 18,07 a 23,80 por mil). Situam-se quase todas no Anel Intermediário (7 UDHS), correspondendo aos bairros com padrões sociais e ambientais médios, as quais alcançaram uma redução significativa da mortalidade infantil durante a década. No Anel Periférico, somente a COHAB URs 1, 2 e 3 (UDH 61) integra essa classe no limite inferior (23,80 por mil). No Anel Central, onde se verificou a concentração das UDHS com as mais baixas taxas da cidade, somente a IMBIRIBEIRA - Lagoa do Araçá, Mascarenhas de Moraes (UDH 50), apresenta taxa moderada, o que ilustra os grandes contrastes sociais existentes no Centro do Recife.
- Em 16 UDHS, as taxas de mortalidade infantil em 2000 são altas (de 25,24 a 32,71 por mil). Essas Unidades situam-se em áreas de baixa renda, consolidadas no Anel Central (4 UDHS), no Anel Intermediário (6 UDHS) e no Anel Periférico (6 UDHS). O que chama a atenção são os níveis muito diferenciados dos decréscimos da taxa de mortalidade infantil entre 1991 e 2000 (Tabela 8 e Gráfico 23). Em algumas UDHS, em precárias condições socioambientais, há decréscimos muito elevados, talvez relacionados com uma especial eficiência das ações de saúde materno-infantil: BRÁSILIA TEIMOSA/PINA (UDH 53), IMBIRIBEIRA-Zeis Sítio Grande (UDH 55), BEBERIBE/LINHA DO TIRO (UDH 12), VÁRZEA - Zeis Rosa Selvagem (UDH 35), ESTÂNCIA/JIQUIÁ - Parque do Jiquiá (UDH 39), IBURA - Vila do SESI (UDH 56), conquanto, em outras, em condições equivalentes, o decréscimo seja bem menor.

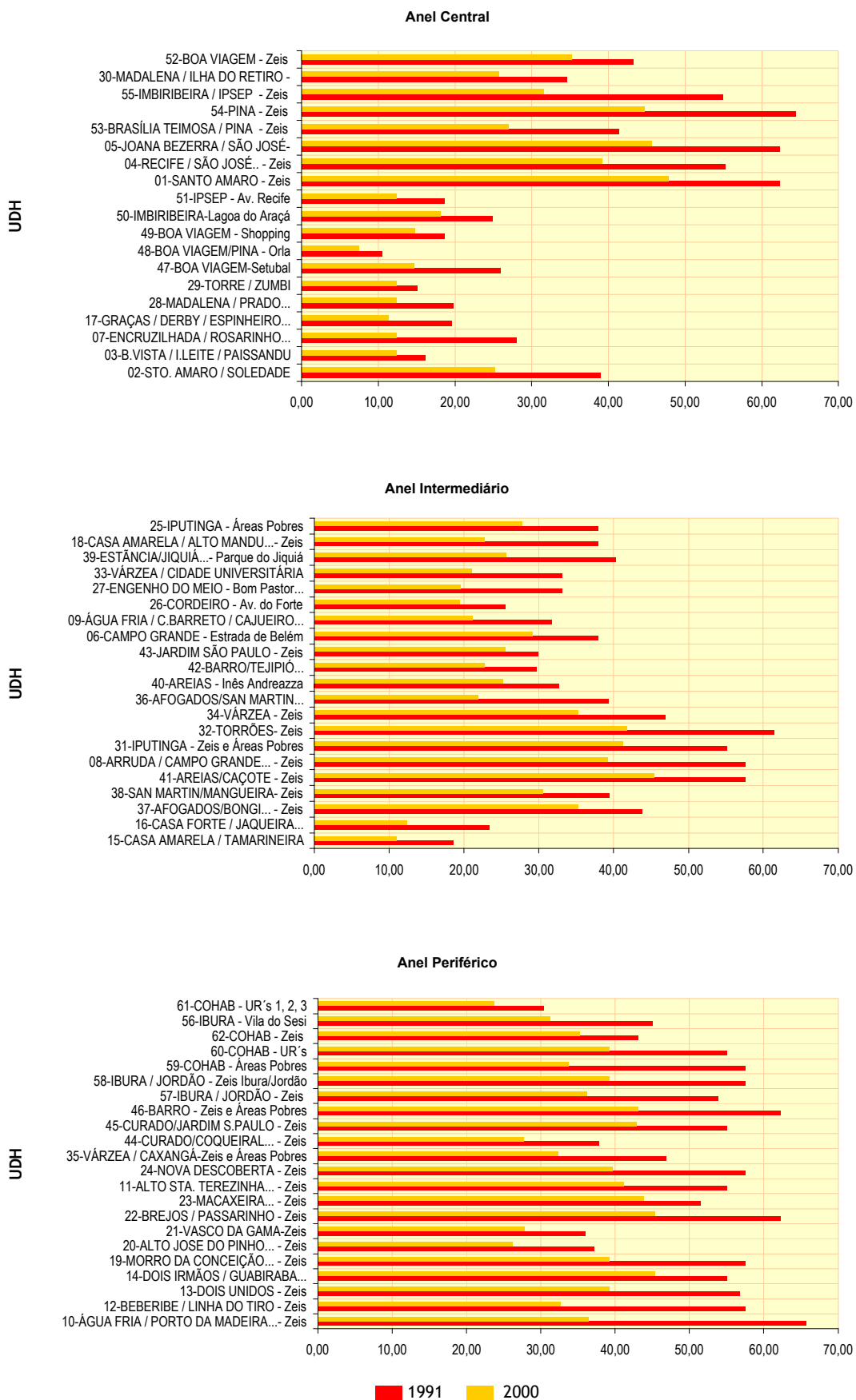


- Em 15 UDHs, as taxas mantiveram-se muito altas, escalonadas de 35,26 a 39,62 por mil. Distribuem-se na periferia, no Ibura e nos morros de Casa Amarela (9 Unidades), no Anel Intermediário em CAMPO GRANDE - Zeis Campo Grande (UDH 08), em AFOGADOS/MUSTARDINHA - Vila São Miguel, Marrom Glacê, Caranguejo (UDH 37) e na VÁRZEA - Zeis Brasilit, Campo do Banco, Vila Arraes (UDH 34). No Anel Central, abrangem as duas UDHs correspondentes às comunidades pobres de Boa Viagem e aos Coelhos. Em somente três dessas 15 UDHs os decréscimos são pouco significativos. Sabe-se que, em condições de muito alta mortalidade infantil, caso de todas essas comunidades em 1991, uma ação focalizada de saúde materno-infantil consegue baixar significativamente as taxas de mortalidade infantil, o que se verifica em 12 dessas 15 Unidades, havendo três onde os baixos decréscimos sinalizam condições socioambientais particularmente adversas ou, ainda, dificuldades operacionais dos serviços de saúde pouco significativas: COHAB - Zeis UR 5/ Três Carneiros (UDH 62), AFOGADOS/MUSTARDINHA - Vila São Miguel, Marrom Glacê, Caranguejo (UDH 37) e comunidades pobres do bairro de Boa Viagem.

- Finalmente, 12 UDHs apresentam as piores taxas de mortalidade infantil no Recife (de 41,13 a 47,89 por mil). Correspondem, no Anel Periférico (6 UDHs), a áreas de expansão de comunidades muito pobres em periferias extremas (MACAXEIRA - Buriti - UDH 23, BREJOS DE BEBERIBE E DA GUABIRABA - UDH 22, GUABIRABA - UDH 14, Vila dos Milagres na UDH 46), mas também a algumas comunidades mais estabilizadas (Planeta dos Macacos, na UDH 45 e Alto Santa Teresinha, na UDH 11). No Anel Intermediário, abrangem as comunidades da IPUTINGA - Detran (UDH 31), TORRÕES - Roda de Fogo (UDH 32) e de AREIAS - Jardim Uchoa, Caçote, Beirinha, Rua do Rio/Iraque (UDH 41). No Anel Central, a mortalidade infantil atinge valores máximos em Santo Amaro, Pina e no Coque, onde se observa a maior taxa do Recife (47,89 por mil). Em relação às taxas de 1991, os decréscimos estão próximos de 20 por mil em somente três Unidades: PINA - Zeis Pina/Encata Moça (UDH 54), TORRÕES (UDH 32) e BARRO - Vila dos Milagres (UDH 46). Nas demais, taxas significativamente inferiores expressam as dificuldades das ações de saúde em ambientes muito adversos.

O Quadro 5.1 demonstra que as mais elevadas taxas , na de mortalidade até um ano de idade, ano 2000 (entre 36 e 50 mortes por mil), concentram-se nas UDHs com Índice de Desenvolvimento Humano baixo e muito baixo, à exceção da UDH 52 - BOA VIAGEM - ZEIS Entra Apulso e Ilha do Destino (UDH 52), que possui uma taxa de mortalidade de 35,26 por mil e situa-se entre aquelas com IDH médio. Em contraposição, as UDHs que apresentam IDH alto e muito alto, em número de 17, possuem taxas de mortalidade até um ano de vida que variam entre 7 e 24 mortes por mil), à exceção de SANTO AMARO/ SOLEDADE - Vilas Naval e Operária (UDH 02), cuja taxa é de 25,24 mortes por mil) e da IMBIRIBEIRA - Lagoa Araçá, Mascarenhas de Moraes (UDH 50) com 18,07 por mil. As menores taxas, abaixo de 15 por mil, concentram-se em 11 UDHs com os mais elevados Índices de Desenvolvimento Humano, correspondendo aos bairros de Boa Viagem, Afritos, Espinheiro, IPSEP, dentre outros.

Gráfico 23 - Mortalidade até um ano de idade por UDH e Anéis | Recife | 1991 e 2000



Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Quadro 5.1 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e mortalidade infantil (até um ano de idade), segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

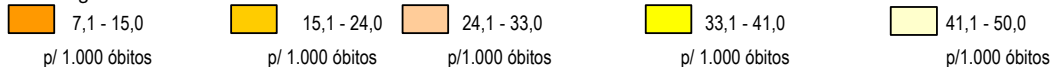
Índice de Desenvolvimento Humano						UDHs por Classes de Valor do IDHM										
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	UDHs por Classes de Valor do IDHM									
	1991	2000					Muito Alto (IDH >0,900 a 0,965)	Alto (IDH >0,820 a 0,900)	Médio (IDH >0,745 a 0,820)	Baixo (IDH >0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH >0,630 a 0,690)					
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15	16	17		18		14			
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47	48	49	50	51	52	53	54	55	
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28	29		26	27	25	30	31		
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03			02			04	05		
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07			09		06	08			
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3				33		35	34			
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1					36	39	37	38		
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2					40	39		41		
	0,715	0,752	0,719	0,867	0,669	1.1				02			04	01		
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3					42	43	44	45	46	
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2				27				32		
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2				09			10	11		
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2					56		57	58		
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3					61		59	60	62	
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2							19	20	21	
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3							12	13		
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3							14	23	22	24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3							04		05	

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

UDH divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertencem

UDH segundo intervalos de valores de mortalidade até 1 ano de idade:



Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

No Quadro 5.2, observa-se uma repetição da distribuição do mesmo padrão espacial observado para as taxas de mortalidade até um ano de idade, à exceção de uma pequena diferença em BEBERIBE/LINHA DO TIRO (UDH 12). Como esse indicador está mais diretamente relacionado às condições sociais e ambientais que o primeiro, que geralmente está mais diretamente associado aos efeitos das ações de saúde materno-infantil, a semelhança entre os mapas referentes à mortalidade até um ano de vida em 2000 (Fig. 2) e mortalidade até cinco anos de idade em 2000 (Fig. 3), que apresentam a distribuição espacial dessas 62 UDHs, agrupadas segundo a divisão da cidade em anéis (central, intermediário e periférico) e segundo os cinco intervalos de valores da variável, sugere que, no Recife, há um papel significativo para essas condições sociais e ambientais também na mortalidade até um ano de idade.



É importante salientar que, apesar da redução global, a mortalidade infantil no Recife se manteve estreitamente vinculada às condições socioambientais das unidades territoriais intramunicipais. A concentração das maiores taxas de mortalidade nas UDHS que apresentam os menores Índices de Desenvolvimento Humano demonstra a correlação dessa variável com os mais baixos níveis de renda da população, uma vez que correspondem às UDHS onde mais de 50% dos chefes de domicílios possuem até 2 salários mínimos de renda, conforme se encontra explicitado no Quadro 5.2.

Quadro 5.2 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e mortalidade infantil (até cinco anos de idade), segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDHS por Classes de Valor do IDHM					
Classes	Geral		Renda	Educação	Longevidade	MRs	Muito Alto (IDH > 0,900 a 0,965)	Alto (IDH > 0,820 a 0,900)	Médio (IDH > 0,745 a 0,820)	Baixo (IDH > 0,660 a 0,745)	Muito Baixo (IDH > 0,630 a 0,690)
	1991	2000									
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15 16 17		18	14	
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47 48 49	50 51	52	53 54 55	
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28 29	26 27	25 30	31	
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03	02		04	05
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07	09	06	08	
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3		33	35	34	
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1		36 39	37 38		
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2		40 39		41	
	0,715	0,752	0,719	0,867	7	1.1	02		04	01	
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3		42 43 44	45	46	
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2		27		32	
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2	09			10 11	
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2		56	57 58		
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3		61	59 60 62		
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2			19 20 21		
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3				12 13	
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3			14	23	22 24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3			04		05

LEGENDA:

 UDHS com ZEIS / AP

UDHS divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertencem

UDH segundo intervalos de valores de mortalidade até 5 anos de idade:

 11,1 - 24,0
p/ 1.000 óbitos

 24,1 - 40,0
p/ 1.000 óbitos

 40,1 - 51,0
p/ 1.000 óbitos

 51,1 - 63,0
p/ 1.000 óbitos

 63,1 - 76,0
p/ 1.000 óbitos

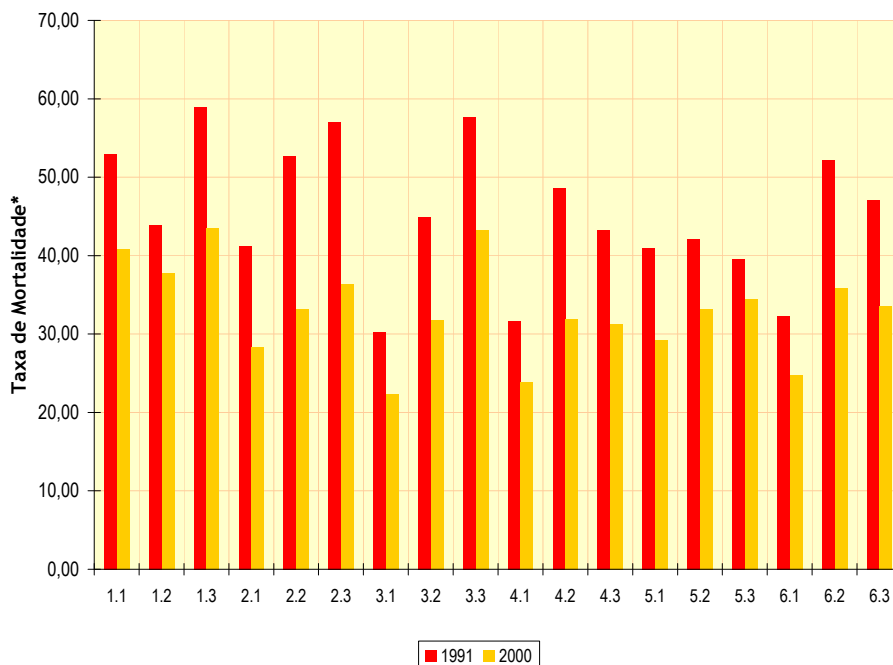
Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.



É possível identificar uma correspondência entre as Unidades de Desenvolvimento Humano que apresentaram, entre os anos 1991 e 2000, uma melhoria significativa do percentual de pessoas que vivem em domicílios sem instalação sanitária e as maiores quedas de mortalidade infantil (Gráfico 23). São exemplos expressivos no Anel Intermediário, IPUTINGA - Zeis Vila União/AP Detran (UDH 31), que, entre 1991 e 2000, passou de 51,8 % para 10,1 % de pessoas habitando em domicílios sem instalação sanitária, apresentando uma redução da taxa de mortalidade de até um ano de vida de cerca de 14 por mil; e CAMPO GRANDE/CAMPINA BARRETO - Zeis Campo Grande (UDH 08), que, entre 1991 e 2000, passou de 20,8 % para 10,4 % de pessoas vivendo em domicílios sem instalação sanitária, e apresenta uma redução da taxa de mortalidade de até um ano de idade de cerca de 18 por mil. As UDHS que apresentam os mais elevados Índices de Desenvolvimento Humano se situam no bairro de Boa Viagem, que apresenta queda na taxa de mortalidade, entre as duas últimas décadas, da ordem de 3 a 6 por mil.

A tendência observada para as UDHS – menor redução da taxa de mortalidade de até um ano de idade nas áreas de baixa renda –, expressa-se, no período de 1991 a 2000, nas microrregiões, onde o IDHM é mais baixo, como é o caso das microrregiões 1.3 e 3.3. Apesar do decréscimo na mortalidade infantil constatado nessas Microrregiões, elas mantêm uma taxa de mortalidade de até um ano de idade de 43,5 e de 43,3 por mil, respectivamente, no ano 2000. A microrregião 1.1, apesar de se inserir no padrão de IDHM de valores médios, também se destaca pela elevada taxa de mortalidade até um ano de vida, que se mantém, em 2000, em 40,8 por mil (Gráfico 24 e Quadro 5.1).

Gráfico 24 - Mortalidade até um ano de idade* por Microrregião do Recife | 1991 e 2000



* Número de crianças que não irão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada 1.000 nascidas vivas.
Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.



A taxa de mortalidade, por se constituir uma medida sumária da qualidade de vida, ressalta a importância dos fatores que lhe são determinantes e que afetam o bem-estar da população: serviços públicos de saúde; serviços de infra-estrutura básica – disponibilidade de água potável, esgotamento sanitário adequado, serviços de drenagem, etc., que levam a uma melhoria dos níveis de saúde da população, e outros fatores, tais como a renda, que afeta a saúde por meio da nutrição, moradia, educação, dentre outros. A educação, por outro lado, é uma variável que pode reduzir a mortalidade e, por sua vez, está relacionada à renda e, portanto, à probabilidade de se ter previamente acesso a bens e serviços que contribuem para melhorar as condições de higiene.

Em muitas comunidades pobres, onde os serviços de saúde passaram a atender e prestar assistência no âmbito do SUS, essa presença não foi suficiente para reverter, somente com base em ações de saúde materno-infantil, os efeitos da pobreza e das muito precárias condições habitacionais. Essa situação aponta para a necessidade de investimentos em saúde ambiental e em melhoria da infra-estrutura de saneamento, sem a qual muitas áreas do Recife manterão taxas incompressíveis ou pouco compressíveis de mortalidade infantil.

FIG 2 - RECIFE - Mortalidade até um ano de idade, por Unidade de Desenvolvimento Humano - UDH - 2000

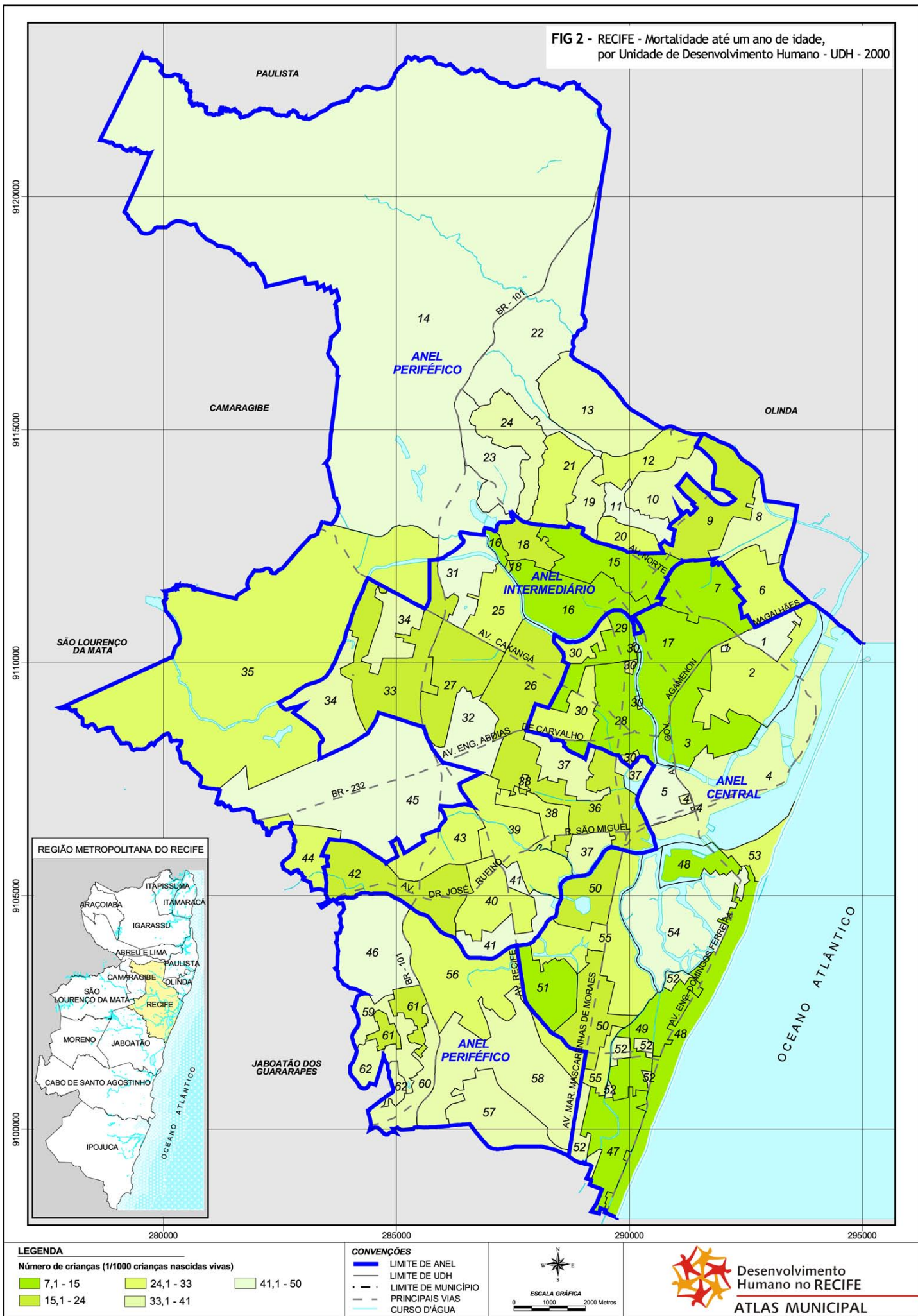
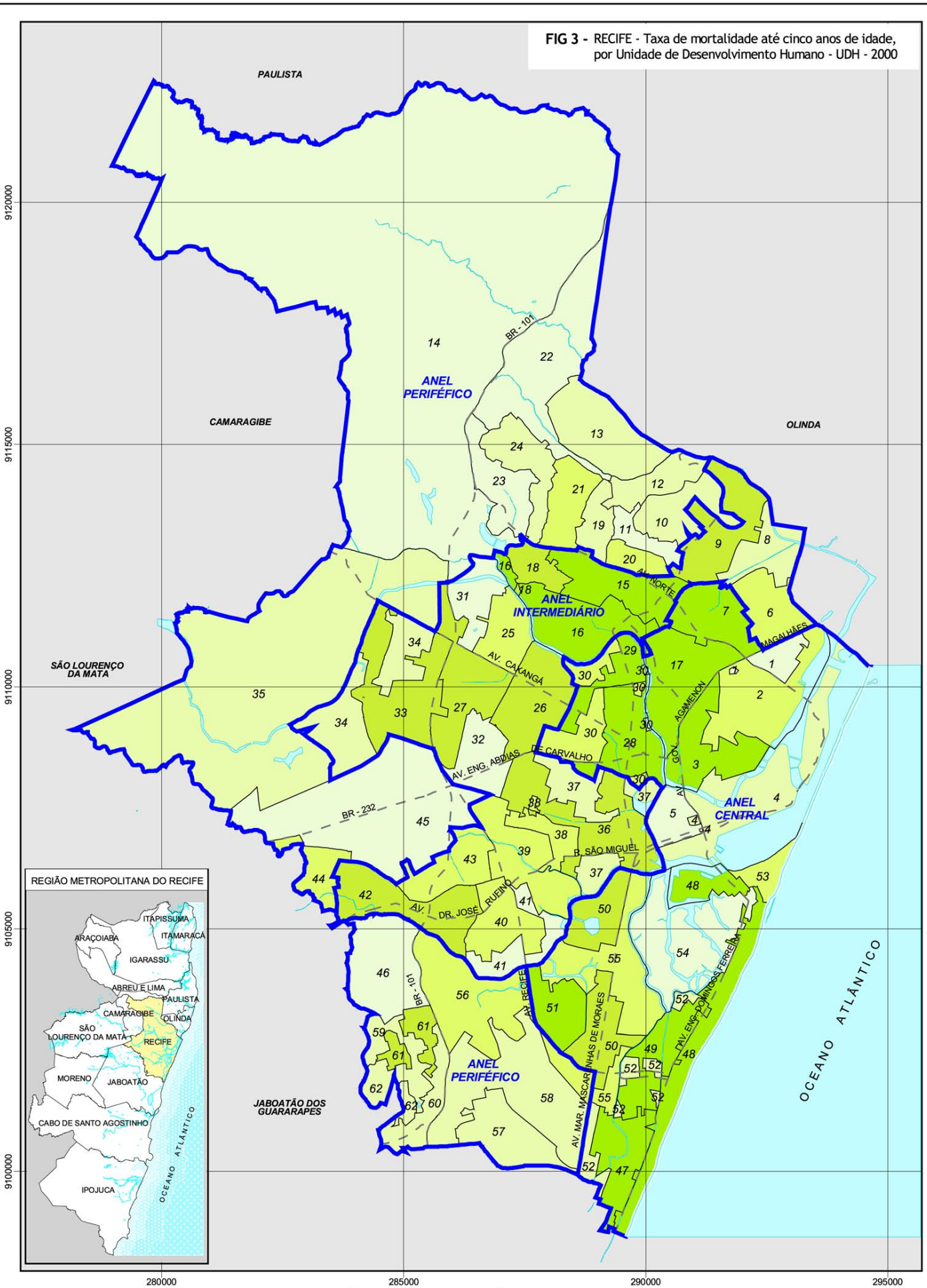


FIG 3 - RECIFE - Taxa de mortalidade até cinco anos de idade, por Unidade de Desenvolvimento Humano - UDH - 2000



LEGENDA

Número de crianças (1/1000 crianças nascidas vivas)

11,1 - 24	40,1 - 51	63,1 - 76
24,1 - 40	51,1 - 63	

CONVENÇÕES

	LIMITE DE ANEL
	LIMITE DE UDH
	LIMITE DE MUNICÍPIO
	PRINCIPAIS VIAS
	CURSO D'ÁGUA





- **A esperança de uma vida longa é um direito ainda mal distribuído entre os recifenses.**

No que se refere às condições de saúde, o que se observa é a estreita relação entre os padrões espaciais de Esperança de Vida e de Mortalidade Infantil. Tal fato deixa claro que o Recife não conseguiu ainda ultrapassar essa característica típica das sociedades subdesenvolvidas, nas quais a esperança de vida é muito dependente das condições básicas da reprodução humana nos momentos mais cruciais, que são as condições do nascer e viver a primeira idade. Conforme foi visto acima, a mortalidade infantil diminuiu, mas é ainda a expressão das desigualdades vivenciadas nos territórios de residência, apesar dos esforços das políticas de saúde.

Na última década, a **esperança de vida ao nascer** dos recifenses elevou-se em mais de 3 anos, passando de 65,8 anos em 1991, para 68,8 anos em 2000, refletindo a queda da mortalidade infantil. No contexto do município, os ganhos na esperança de vida apresentados por todas as UDHs na última década indicam queda da mortalidade infantil e melhoria nas condições de vida da população, destacando-se ÁGUA FRIA/FUNDÃO - Zeis: Casa Amarela e Fundão de Fora (UDH 10), que passa de uma longevidade de 59,2 anos em 1991, para 66,3 em 2000, significando um ganho de 7,1 anos na expectativa de vida; e, ainda, do BARRO - Zeis Tejipió/Pacheco e Vila dos Milagres (UDH 46), que apresentava uma longevidade de 60 anos em 1991, e passa para 64,3 em 2000, significando um ganho de 4,3 anos na expectativa de vida. Ambas as UDHs se situam no Anel Periférico, sendo áreas pobres e consolidadas em morros.

No Gráfico 25, foi representada a evolução (1991 - 2000) da esperança de vida ao nascer em cada UDH, conforme os anéis, evidenciando-se os ganhos em anos de expectativa de vida em todas as UDHs, inclusive as áreas pobres e as ZEIS. O resultado em 2000 desses ganhos diferenciados pode ser visualizado no Quadro 6.1 e na Fig. 4, nos quais as Unidades de Desenvolvimento Humano foram agrupadas em cinco intervalos de valores da variável:

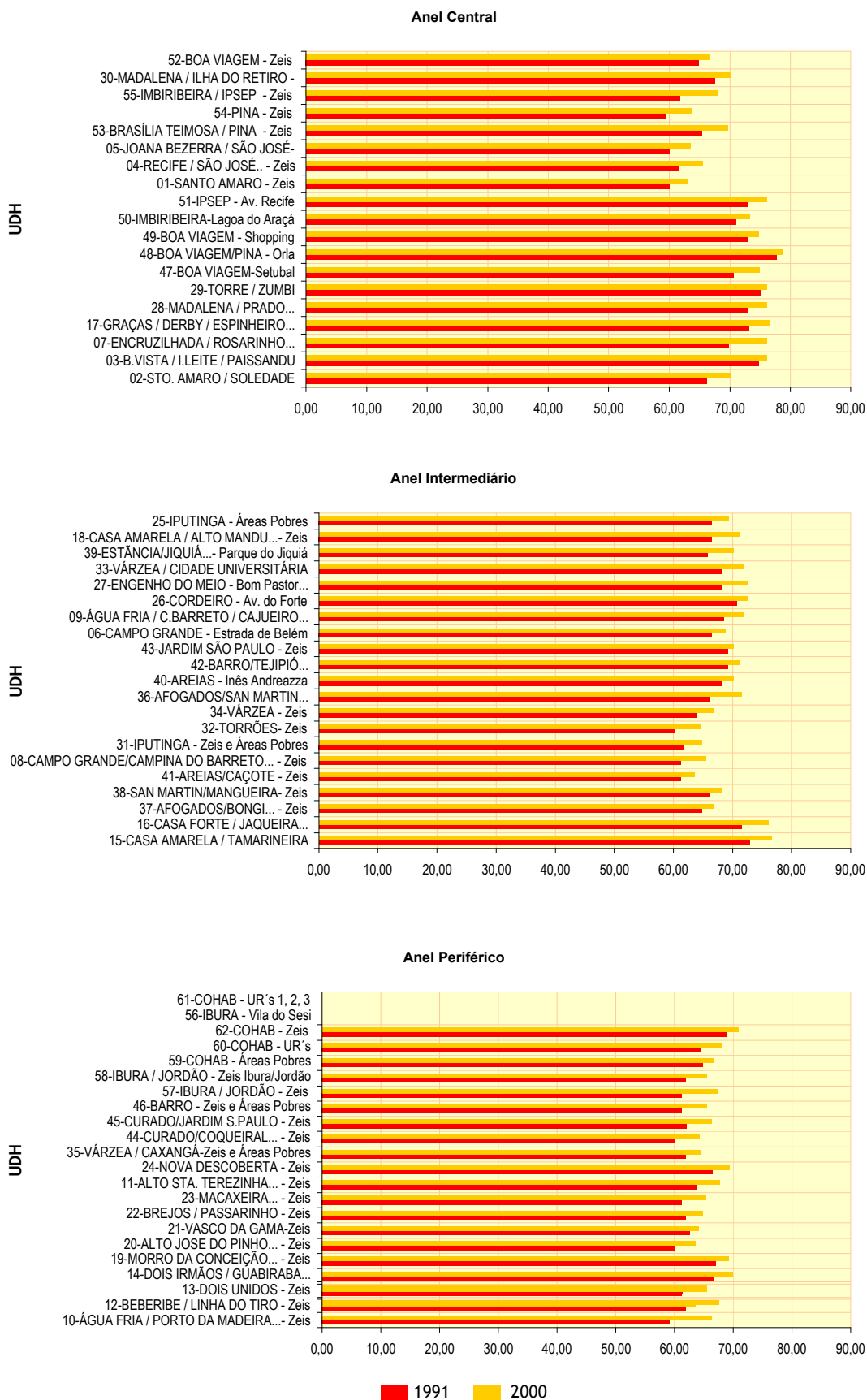
- A UDH 48 - BOA VIAGEM/PINA - Orla, Av. Herculano Bandeira, situada no Anel Central, onde se concentra a população de maior renda da cidade, apresenta-se como a única em que a população atinge uma esperança de vida de acima de 78 anos. Por já se encontrar em patamares elevados de expectativa de vida, essa UDH insere-se entre aquelas que apresentam os mais baixos ganhos nesse indicador;
- 10 UDHs apresentam taxas também elevadas (de 74 a 78 anos). Situam-se quase todas no Anel Central (8 UDHs), onde correspondem aos bairros com padrões sociais e ambientais de padrão médio alto, que alcançaram poucos ganhos em relação à expectativa de vida durante a década, uma vez que também já se encontravam em patamares elevados. No Anel Periférico, somente CASA AMARELA/TAMARINEIRA (UDH 15) e CASA FORTE/PARNAMIRIM/JAQUEIRA /MONTEIRO (UDH 16) integra essa classe no seu valor médio (76,7 e 76,1 anos, respectivamente).
- Em 19 UDHs, a esperança de vida em 2000 situa-se entre 69 e 74 anos. Essas UDHs situam-se em bairros populares, alguns deles com áreas pobres consolidadas no Anel Central (4 UDHs), no Anel Intermediário (11 UDHs) e no Anel Periférico (4 UDHs). Nessas unidades, os ganhos na expectativa de vida, entre 1991 e 2000, são maiores, destacando-se SANTO AMARO/ SOLEDADE - Vilas Naval e Operária (UDH 02), que apresenta em 2000 uma expectativa de vida de 70,3 anos e um ganho de 4,1 anos na década.



- Em 13 UDHS, os níveis de esperança de vida baixaram entre 66 e 69 anos. Predominam nessa classe as Unidades que se situam na periferia, no Ibura e nos morros de Casa Amarela (7 UDHS), no Anel Intermediário, em Campo Grande - ZEIS Campo Grande, em Afogados/Mangueira - Zeis Afogados e Mustardinha e Zeis Mangueira e Vila do Siri; e na Várzea - Brasilit, Sítio Wanderley, Campo do Banco, Vila Arraes (4 UDHS). No Anel Central, abrangem as duas UDHS que correspondem às comunidades pobres de Boa Viagem - Zeis Entra Apulso e Ilha do destino e Zeis Sítio Grande e Aritana. Em somente três dessas 13 UDHS, os decréscimos são pouco significativos. Sabe-se que, em condições de muito alta mortalidade infantil, caso de todas essas comunidades em 1991, uma ação focalizada de saúde materno-infantil consegue baixar significativamente as taxas de mortalidade infantil, o que se verifica em 12 dessas 15 UDHS, havendo três onde os baixos decréscimos sinalizam condições socioambientais particularmente adversas ou, ainda, dificuldades operacionais dos serviços de saúde pouco significativas: Ibura - UR 5, Três Carneiros, Afogados/Mustardinha - Vila São Miguel, Marrom Glacê, Caranguejo e comunidades pobres do bairro de Boa Viagem.
- Finalmente, 19 Unidades de Desenvolvimento Humano apresentam os piores níveis de expectativa de vida do Recife (de 60 a 66 anos). Correspondem, no Anel Periférico (11 UDHS), a áreas de expansão, com comunidades pobres (Apipucos, Sítio dos Pintos, Dois Irmãos; Curado - Zeis cavaleiro; Barro, Zeis Tejipió, Vila dos Milagres, dentre outras), mas também a algumas comunidades mais estabilizadas (Planeta dos Macacos e Alto Santa Teresinha). No Anel Intermediário, abrangem as comunidades da Iputinga - Detran, Torrões - Roda de Fogo e de Areias - Jardim Uchoa, Caçote, Beirinha, Rua do Rio/Iraque; e Campo Grande/Campina do Barreto - Zeis Campo Grande. No Anel Central, a esperança de vida atinge valores entre 63 e 64 anos, em Santo Amaro, Pina, Coelhos e no Coque.

O Quadro 6.1 demonstra que os menores níveis de expectativa de vida, no ano 2000 (entre 60 e 69 anos), se encontram entre aquelas UDHS que apresentam os menores Índices de Desenvolvimento Humano. Constituem exceção três delas: com 70 anos, ALTO JOSÉ DO PINHO/MANGABEIRA - Zeis Casa Amarela (UDH 20); com 69,3 anos, VASCO DA GAMA - Zeis Casa Amarela (UDH 21); e com 69,6 anos, BRASÍLIA TEIMOSA/PINA - Zeis Brasília Teimosa (UDH 53), todas no limite máximo da categoria. Já as Unidades que possuem os maiores IDHs, apresentam uma expectativa de vida que se situa, predominantemente, entre 74 e 80 anos, correspondendo aos bairros mais ricos – Boa Viagem, Aflitos, Casa Forte, Parnamirim, dentre outros.

Gráfico 25 - Esperança de vida ao nascer por UDH e Anéis | Recife | 1991 e 2000



Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife . 2005.

Quadro 6.1 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e longevidade - esperança de vida ao nascer, segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDHs por Classes de Valor do IDHM											
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	UDHs por Classes de Valor do IDHM										
	1991	2000					Muito Alto (IDH >0,900 a 0,965)	Alto (IDH >0,820 a 0,900)	Médio (IDH >0,745 a 0,820)	Baixo (IDH >0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH >0,630 a 0,690)						
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15	16	17		18	14					
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47	48	49	50	51	52	53	54	55		
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28	29		26	27	25	30	31			
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03			02			04		05		
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07			08		06		08			
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3				33		35		34			
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1						36	38	37			
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2						40			41		
	0,715	0,752	0,719	0,867	0,669	1.1				02				04	01		
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3						42	43	44	45	46	
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2				27				32			
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2				09			10	11			
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2					56		57	58			
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3					61		59	60	62		
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2							19	20	21		
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3							12	13			
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3							14		23	22	24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3							04			05	

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

 UDH divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertecem

UDH segundo intervalos de valores de expectativa de vida ao nascer:

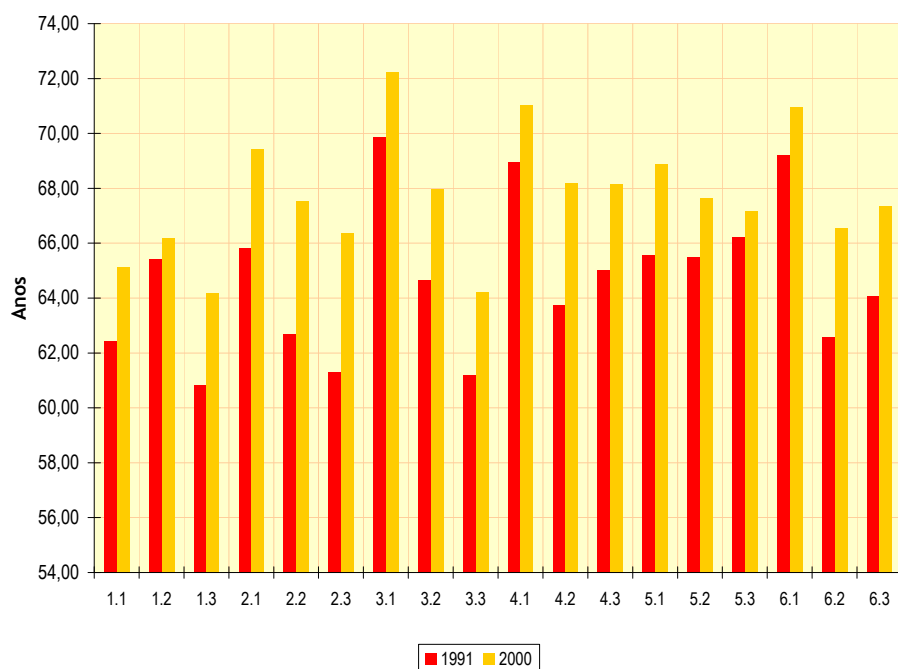
 60,1 - 66 anos 66,1 - 69 anos 69,1 - 74 anos 74,1 - 78 anos 78,1 - 80 anos

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

A mortalidade infantil pesa tanto na esperança de vida que os efeitos da mortalidade por causas externas, que afetam especialmente a população adulta jovem, não aparecem no mapa do indicador de Probabilidade de Sobrevivência até os 40 anos (Fig. 5), o qual apresenta um padrão espacial similar ao de Esperança de Vida ao Nascer (Fig. 4).

É importante ressaltar, contudo, que o Recife destaca-se dentre as capitais do País com os mais elevados índices de morte por causas externas – especialmente devido à violência urbana e ao trânsito.

Gráfico 26 - Esperança de vida ao nascer por Microrregião do Recife | 1991 e 2000



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

A **probabilidade de sobrevivência até 40 anos**, que avalia as condições de sobrevivência da população até um limite de idade adulta ainda jovem, expressa, no caso brasileiro, a repercussão de outros fatores, como a grande influência da mortalidade por acidentes e violências que tem atingido em escala crescente os adolescentes e adultos jovens, especialmente os do sexo masculino, em contraposição à tendência decrescente da mortalidade na infância.

Em pesquisa realizada na Região Metropolitana do Recife (CÉSAR E RODRIGUES, 2004), constata-se que as mortes por homicídio cresceram significativamente, na última década, atingindo a faixa etária de 15 a 39 anos, porém concentrando-se na faixa mais jovem, de 15 a 19 anos e do sexo masculino. Entre as mulheres, predominam as mortes por acidentes de transportes e outras violências, ficando os homicídios em terceira posição.

Embora ainda não se expresse com a magnitude do indicador de mortalidade infantil, as mortes por causas externas no Recife assumem expressividade, merecendo a atenção das políticas governamentais direcionadas à prevenção da violência. É importante ressaltar que a redução da violência e de acidentes resultará em ganhos em anos na expectativa de vida do conjunto da população, mas também dos custos com as ações de saúde adotadas para o tratamento de lesões causadas por violências ou acidentes que não levam imediatamente à morte (CÉSAR E RODRIGUES, 2004).

As políticas voltadas para a minimização da violência e de acidentes devem priorizar: medidas de prevenção à violência em si; medidas de conscientização no tráfego, especialmente para o controle do uso de álcool na direção de veículos, para o uso do cinto de segurança, para o controle de velocidade; medidas de prevenção de atropelamentos, as quais, não se tratando de políticas de saúde *stricto sensu*, repercutem, como já foi mencionado, na redução dos custos com a saúde.



As Figuras 4 e 5, apresentam informações relativas a Esperança de Vida ao Nascer e a Probabilidade de Sobrevivência até 40 anos, por Unidades de Desenvolvimento Humano (Quadro 6.2). A Fig. 4, especificamente, apresenta a desigualdade que afeta profundamente a comunidade recifense e que se expressa no valor do IDH Longevidade, comentado no texto *O que revelam os Índices de Desenvolvimento Humano*, incluído neste Atlas do Desenvolvimento Humano (BITOUN, 2005).

Quadro 6.2 - Valores do Índice de Desenvolvimento Humano do Recife (IDHM) de renda, educação e longevidade, segundo as Microrregiões, por classes de IDH; e longevidade - probabilidade de sobrevivência até 40 anos, segundo UDH e Microrregiões por classes de valor do IDH | 2000

Índice de Desenvolvimento Humano						UDHs por Classes de Valor do IDHM					
Classes	IDHM		Renda	Educação	Longevidade	MRs	Muito Alto (IDH > 0,900 a 0,965)	Alto (IDH > 0,820 a 0,900)	Médio (IDH > 0,745 a 0,820)	Baixo (IDH > 0,690 a 0,745)	Muito Baixo (IDH > 0,630 a 0,690)
	1991	2000									
Muito Alto	0,841	0,894	0,919	0,975	0,787	3.1	15 16 17		18		14
	0,815	0,864	0,891	0,934	0,766	6.1	47 48 49	50 51	52	53 54 55	
Alto	0,786	0,832	0,803	0,926	0,767	4.1	28 29	26 27	25 30	31	
	0,800	0,816	0,841	0,921	0,687	1.2	03	02		04	05
	0,754	0,809	0,781	0,905	0,740	2.1	07	08	06	08	
Médio	0,719	0,781	0,717	0,908	0,719	4.3		33	35	34	
	0,712	0,767	0,692	0,878	0,732	5.1		36 39	37 38		
	0,729	0,766	0,686	0,902	0,711	5.2		40 39			41
	0,715	0,752	0,719	0,867	7	1.1	02			04	01
	0,706	0,751	0,667	0,883	0,703	5.3		42 43 44	45		46
	0,687	0,746	0,644	0,875	0,720	4.2		27		32	
Baixo	0,665	0,738	0,634	0,872	0,709	2.2	09			10 11	
	0,659	0,725	0,625	0,86	0,692	6.2		56	57 58		
	0,659	0,724	0,592	0,706	0,876	6.3		61	59 60 62		
	0,662	0,723	0,598	0,855	0,716	3.2			19 20 21		
Muito Baixo	0,630	0,708	0,589	0,690	0,846	2.3				12 13	
	0,617	0,678	0,563	0,816	0,654	3.3				14 23	22 24
	0,592	0,659	0,553	0,653	0,762	1.3				04	05

LEGENDA:

 UDH com ZEIS / AP

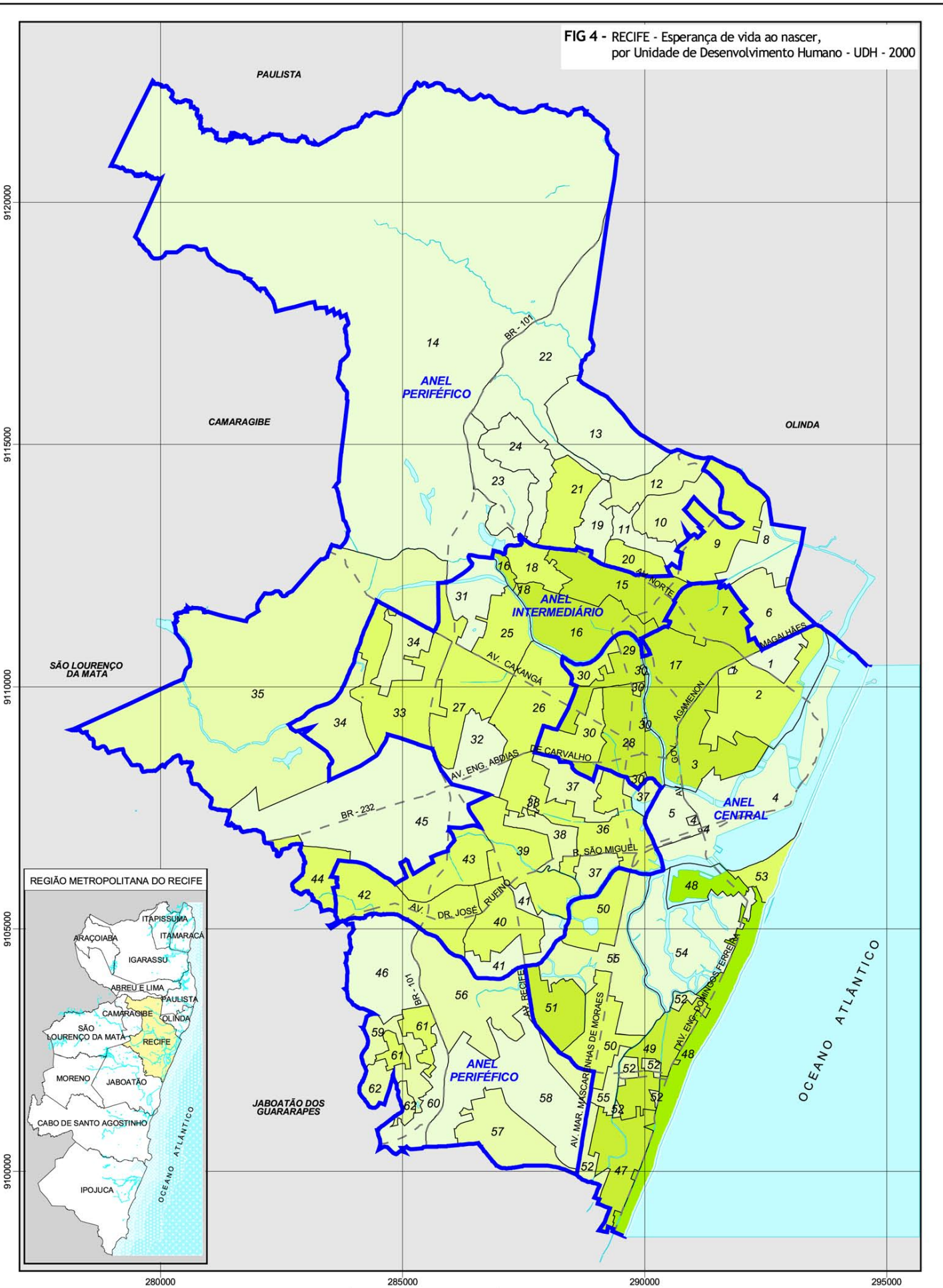
 UDH divididas em partes correspondentes ao número de MR a que pertencem

UDH segundo intervalos de valores de probabilidade de sobrevivência até 40 anos:

 83,1 - 86%
 86,1 - 88,7%
 88,8 - 91%
 91,1 - 94%
 94,1 98%

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

FIG 4 - RECIFE - Esperança de vida ao nascer, por Unidade de Desenvolvimento Humano - UDH - 2000



LEGENDA

Número médio de anos

60,1 - 66	69,1 - 74	78,1 - 80
66,1 - 69	74,1 - 78	

CONVENÇÕES

	LIMITE DE ANEL
	LIMITE DE UDH
	LIMITE DE MUNICÍPIO
	PRINCIPAIS VIAS
	CURSO D'ÁGUA

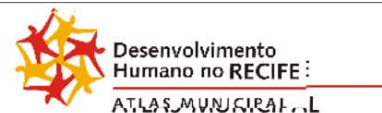
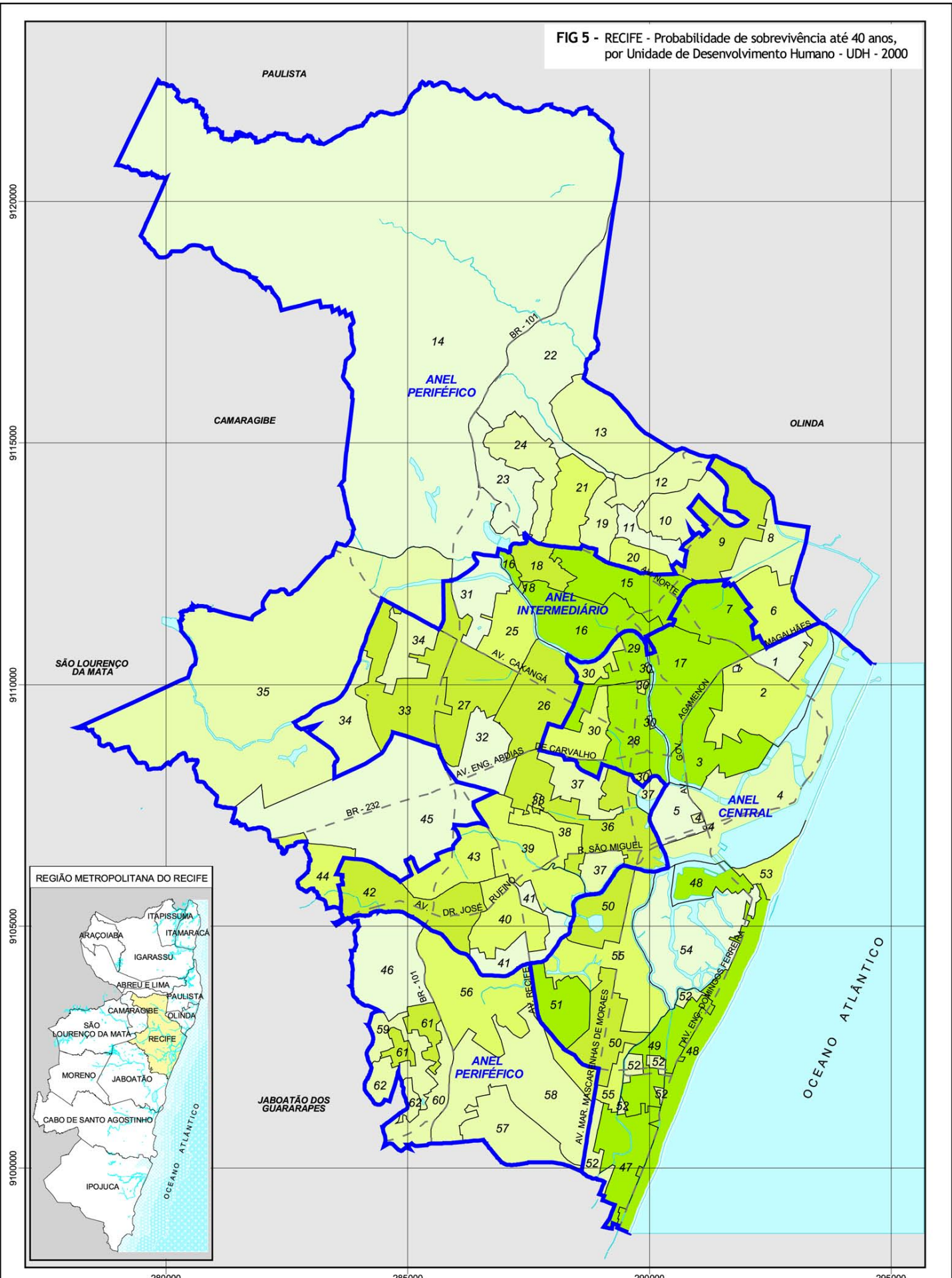


FIG 5 - RECIFE - Probabilidade de sobrevivência até 40 anos, por Unidade de Desenvolvimento Humano - UDH - 2000



LEGENDA

Probabilidade de sobrevivência até 40 anos

83,1 - 86	88,8 - 91	94,1 - 98
86,1 - 88,7	91,1 - 94	

CONVENÇÕES

	LIMITE DE ANEL
	LIMITE DE UDH
	LIMITE DE MUNICÍPIO
	PRINCIPAIS VIAS
	CURSO D'ÁGUA





4.3 A demanda por serviços do SUS nos microespaços sociais do Recife

Com o objetivo de subsidiar as políticas públicas de saúde, especialmente a ação descentralizada do SUS, procurou-se estimar a demanda por serviços de saúde nas diversas Microrregiões do Recife – unidades utilizadas no Orçamento Participativo nas Regiões Político-Administrativas, correspondentes aos **Distritos Sanitários**, de modo a possibilitar o planejamento das ações do SUS, bem como o dimensionamento das Unidades de Saúde da Família – as equipes básicas de saúde e o número de agentes comunitários de saúde.

A especificação da população por faixa etária e por sexo visa ao planejamento das diversas ações desempenhadas no âmbito do SUS, a exemplo de:

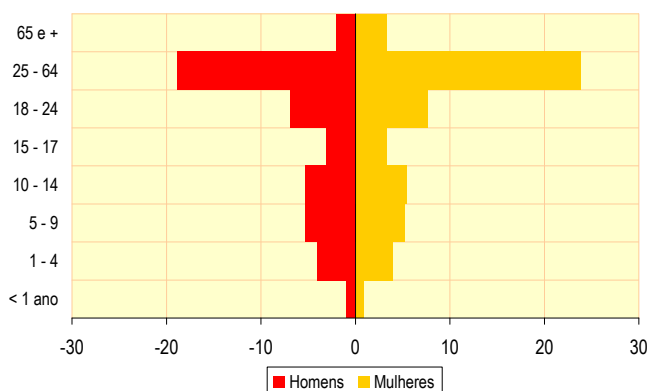
- Assistência materno-infantil – crianças de até um ano de idade e população feminina em idade reprodutiva, concentrada especialmente no Recife, entre 20 a 29 anos (MOREIRA (2001));⁹
- Vacinação: crianças de até um ano de idade e de até cinco anos de idade, predominantemente;
- Orientação sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis para adolescentes e jovens: população de 10 a 17 anos;
- Orientação e assistência médica a adolescentes mulheres grávidas de 10 a 17 anos, especialmente aquelas na faixa de 10 a 14 anos;
- Assistência a doenças degenerativas que atingem a população mais idosa – hipertensão, diabetes, etc.: acima de 65 anos de idade;
- Outras ações de caráter preventivo e mais gerais, envolvendo a população como um todo: controle de endemias, doenças infecto-contagiosas, etc.

Apesar de o SUS ter sido concebido como um sistema para atender a toda a população, na prática ele atende às famílias de menor renda, que não têm acesso aos planos de saúde. Nesse sentido, para estimar a demanda dos serviços do SUS foi feito um recorte

nas 62 UDHS do Recife, selecionando as 45 unidades com Índice de Desenvolvimento Humano classificado como de médio a muito baixo, ou seja, com IDH abaixo de 0,820, conforme estão apresentadas nos Quadros 2 a 6, que servem de base para a análise do comportamento dos diversos indicadores demográficos de saúde.

A Tabela 9 apresenta os dados populacionais por faixa etária por microrregião e UDH, e a Tabela 10 sintetiza os dados por Distrito Sanitário, levando em conta que as diversas ações do SUS contemplam faixas etárias distintas.

Gráfico 27 - Faixas etárias por sexo | Recife | 1991



Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

9. É importante salientar que, em virtude dos dados agregados por idade de 25 a 64 anos no Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife, não foi possível estabelecer uma maior desagregação das faixas etárias para especificar o número de mulheres em idade reprodutiva.

Tabela 9

População total e por faixa etária e sexo, segundo Microrregiões e Unidades de Desenvolvimento Humano por classes de valor do IDHM | Recife | 2000

IDHM Classes	MRs	UDHs	População	Faixas etárias e sexo								
				Total	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 17	18 a 24	25 a 64	65 e +
Muito Alto	3.1	18,14 (1/2)	Total	28.562	472	1.956	2.418	2.702	1.670	3.890	13.537	1.918
			Homens	13.458	242	1.037	1.245	1.362	824	1.921	6.121	708
	6.1	52,53,54 e 55	Total	80.989	1.650	6.325	7.488	8.083	5.256	12.093	36.242	3.852
			Homens	38.382	817	3.251	3.841	4.089	2.589	5.977	16.398	1.420
	4.1	25,30,31	Total	63.528	1.224	4.930	6.008	6.290	3.932	9.017	29.124	3.003
			Homens	29.768	555	2.546	3.098	3.112	1.974	4.381	13.018	1.084
Alto	1.2	04(1/3) e 05(1/2)	Total	13.080	309	1.179	1.457	1.482	868	1.812	5.324	649
			Homens	6.262	155	597	738	766	442	863	2.472	230
	2.1	8	Total	24.753	522	2.098	2.671	2.638	1.571	3.442	10.701	1.110
			Homens	11.697	260	1.044	1.315	1.364	798	1.693	4.824	399
	4.3	34, 35	Total	52.128	966	3.919	5.049	5.354	3.242	7.242	24.177	2.179
			Homens	24.771	496	2.022	2.519	2.700	1.562	3.552	11.089	831
	5.1	39(1/2), 37 38	Total	60.958	1.145	4.465	5.380	5.740	3.740	8.464	28.293	3.732
			Homens	28.539	574	2.277	2.793	2.906	1.885	4.141	12.617	1.347
	5.2	39(1/2), 41	Total	26.690	485	2.166	2.695	2.693	1.686	3.564	12.110	1.292
			Homens	12.791	241	1.128	1.395	1.379	847	1.718	5.579	505
Médio	1.1	01,04 (1/3)	Total	22.473	449	1.980	2.339	2.391	1.480	3.230	9.429	1.174
			Homens	10.622	212	998	1.212	1.203	731	1.569	4.294	403
	5.3	44,45,46	Total	56.398	1.141	4.387	5.616	5.686	3.475	7.781	25.611	2.701
			Homens	26.991	568	2.190	2.857	2.929	1.738	3.744	11.925	1.040
	4.2	32	Total	29.510	568	2.166	2.991	3.281	1.947	4.271	13.036	1.250
			Homens	14.232	301	1.093	1.557	1.708	966	2.109	6.005	493
	2.2	10.11	Total	59.124	1.162	4.547	5.629	5.777	3.545	8.530	26.283	3.651
			Homens	27.866	580	2.341	2.898	2.928	1.778	4.245	11.814	1.282
	6.2	56,57,58	Total	65.514	1.275	5.149	6.346	6.516	3.917	9.288	29.941	3.082
			Homens	31.238	635	2.559	3.223	3.260	1.935	4.504	13.891	1.231
Baixo	6.3	61,59,60 e 62	Total	69.134	1.297	5.155	6.752	7.122	4.427	10.167	31.036	3.178
			Homens	33.070	675	2.649	3.385	3.614	2.164	5.107	14.183	1.293
	3.2	19,20,21	Total	71.699	1.202	5.062	6.326	7.020	4.269	10.066	33.235	4.519
			Homens	33.528	634	2.541	3.184	3.481	2.128	4.973	14.975	1.612
	2.3	12.13	Total	49.804	940	3.815	4.920	5.108	3.115	7.157	22.280	2.469
			Homens	23.828	457	1.931	2.501	2.609	1.575	3.501	10.336	918
Muito Baixo	3.3	14(1/2),22, 23, 24	Total	105.075	2.101	8.415	10.915	11.364	6.832	15.187	45.772	4.490
			Homens	50.878	1.049	4.323	5.598	5.739	3.427	7.479	21.512	1.753
	1.3	04(1/3) e 05(1/2)	Total	13.080	309	1.179	1.457	1.482	868	1.812	5.324	649
			Homens	6.262	155	597	738	766	442	863	2.472	230
			Total	892.497	17.217	68.892	86.455	90.729	55.838	127.014	401.454	44.897
			Homens	424.182	8.604	35.123	44.095	45.915	27.804	62.339	183.524	16.777
			Total	468.315	8.613	33.769	42.360	44.814	28.034	64.675	217.930	28.120
			%Homens	47.53	0.96	3.94	4.94	5.14	3.12	6.98	20.56	1.88
			Total	52.47	0.97	3.78	4.75	5.02	3.14	7.25	24.42	3.15
			%Mulheres									

Fonte: RECIFE, Prefeitura. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Tabela 10

População total e por faixa etária e sexo, segundo Distritos Sanitários, Unidades de Desenvolvimento Humano de médio, baixo e baixo padrão de desenvolvimento humano e Microrregiões | Recife | 2000

Distritos Sanitários	UDHs	MRs	População	População por faixas etárias e sexo					
				Total	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 17
1	01,04,05	1.1	Total	48.633	1.067	4.339	5.252	5.356	3.215
		1.2	Homens	23.147	522	2.191	2.687	2.736	1.615
		1.3	Mulheres	25.486	545	2.148	2.565	2.620	1.600
2	08,10,11,12,13	2.1	Total	133.681	2.624	10.460	13.220	13.523	8.231
		2.1	Homens	63.391	1.297	5.316	6.714	6.901	4.151
		2,3	Mulheres	70.290	1.327	5.144	6.506	6.622	4.080
3	14,18,19,20,21,22,23,24	3.1	Total	205.335	3.775	15.432	19.658	21.086	12.771
		3.2	Homens	97.863	1.924	7.901	10.026	10.581	6.379
		3.3	Mulheres	107.472	1.851	7.531	9.632	10.505	6.392
4	25,30,31,32,34,35	4.1	Total	145.166	2.758	11.015	14.048	14.925	9.121
		4.2	Homens	68.771	1.352	5.661	7.174	7.520	4.502
		4.3	Mulheres	76.395	1.406	5.354	6.874	7.405	4.619
5	37,38,39,41,44,45,46	5.1	Total	144.045	2.771	11.017	13.691	14.118	8.900
		5.2	Homens	68.320	1.382	5.595	7.045	7.214	4.469
		5.3	Mulheres	75.725	1.389	5.422	6.646	6.904	4.431
6	52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62	6.1	Total	215.637	4.222	16.629	20.586	21.721	13.600
		6.2	Homens	102.690	2.127	8.459	10.449	10.963	6.688
		6.3	Mulheres	112.947	2.095	8.170	10.137	10.758	6.912
Total das UDHs do Recife: Médio, Baixo e Muito Baixo	Total			892.497	17.217	68.892	86.455	90.729	55.838
	Homens			424.182	8.604	35.123	44.095	45.915	27.804
	Mulheres			468.315	8.613	33.769	42.360	44.814	28.034
	%Homens			47,53	0,96	3,94	4,94	5,14	3,12
	%Mulheres			52,47	0,97	3,78	4,75	5,02	3,14

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

É importante destacar a importância da análise da população por faixa etária, uma vez que esse sofre mudanças em função do comportamento dos diversos componentes da dinâmica demográfica. Dentre esses, por exemplo, o declínio da fecundidade constitui o fator mais determinante da queda na taxa de crescimento populacional. Essa queda da fecundidade, por sua vez, aliada à queda da mortalidade, ao aumento da longevidade, e, ainda, aos deslocamentos populacionais, os quais repercutem no volume da população, total e por faixas de idade, e na sua distribuição no espaço, resultam, também, na mudança da composição da população por idade, com repercussões sociais significativas.

Os reflexos desse processo no Recife podem ser observados no envelhecimento da população, com a concentração de população nas faixas mais elevadas de idade no ano 2000, quando comparadas ao ano de 1991 (Gráficos 27 e 28). Já a população selecionada como prioritária para o atendimento do SUS se apresenta mais jovem, quando comparada à população total do Recife (Gráficos 28 e 29).

O total da população recifense a ser priorizada pelo Sistema Único de Saúde, em sua ação regionalizada no espaço da cidade, soma cerca de 1.020.726 habitantes, sendo 483.182 do sexo masculino e 537.544 do sexo feminino.

Gráfico 28 - Faixas etárias por sexo | Recife | 2000

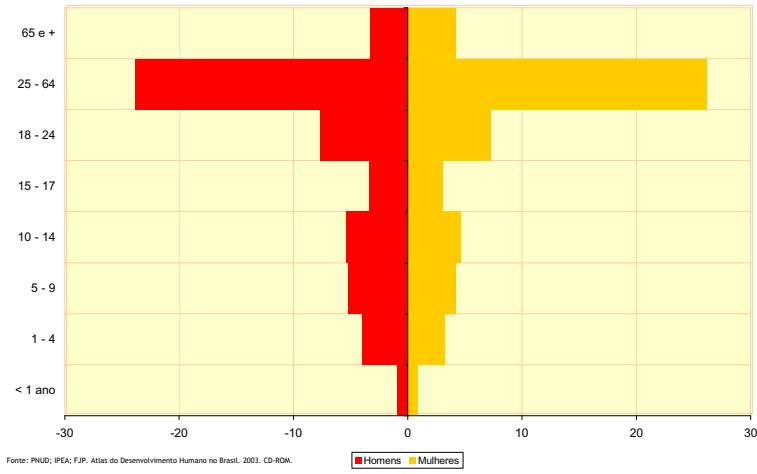
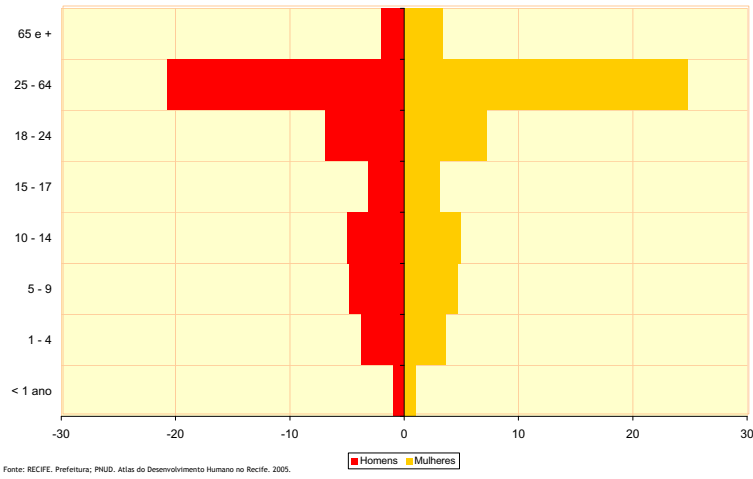


Gráfico 29 - Faixas etárias por sexo das Unidades de Desenvolvimento Humano com IDH médio, baixo e muito baixo | Recife | 2000





5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios advindos da crescente urbanização, da melhoria da renda e da alimentação, da ampliação da educação, do conhecimento e acesso a novas tecnologias e do maior acesso da população a bens e serviços têm se distribuído de forma desigual no País, em seus diversos recortes territoriais. Essa desigualdade tem influenciado nas disparidades de saúde aqui observadas entre as metrópoles com mais de 1 milhão de habitantes, capitais dos estados nordestinos e municípios da Região Metropolitana do Recife.

Tais desigualdades se relacionam, também, como lembram Wood e Carvalho (1994), ao comportamento demográfico, uma vez que as condições materiais, confrontadas pelas pessoas em sua vida cotidiana, exercem forte impacto sobre o nível e a cronologia dos nascimentos, as mortes e a decisão de migrar. Os diferenciais de fecundidade, mortalidade e migração, por sua vez, podem atenuar ou exacerbar as desigualdades em outros aspectos da organização socioeconômica e política.

Em que pese a evolução positiva, entre 1991 e 2000, dos indicadores referentes a longevidade, mortalidade e fecundidade, a desigualdade revelada origina novas demandas públicas pautadas pelo princípio da equidade. Tal questão, por sua vez, remete à quebra de alguns “mitos”, como alertam Pacheco e Patarra (2000, p. XV), ao analisar as tendências recentes da dinâmica populacional brasileira. Com o declínio da mortalidade e da fecundidade e a tendência de decréscimo populacional, torna-se difícil, atualmente, relacionar a pobreza e a miséria com a explosão demográfica:

“Difícilmente se ouve falar, hoje, da ‘explosão demográfica’, expressão tão freqüente nos anos 70 e até mesmo no início dos anos 80, tornando insustentáveis, no debate atual, os argumentos que associavam a pobreza e a miséria às visões catastrofistas e simplistas do crescimento populacional acelerado.”

Em escala municipal, na qual foram evidenciadas, apesar de todos os esforços associados à implantação do Sistema Único de Saúde, durante a segunda metade da década de 90, a manutenção das fortes desigualdades socioterritoriais concernentes à mortalidade infantil e, conseqüentemente, à esperança de vida, é de se esperar que a atenção à saúde possa continuar sendo ampliada para reverter esse quadro negativo, sobretudo considerando-se as possibilidades de uma capital cuja renda não é tão baixa. Em cada Distrito Sanitário implantado pelo modelo descentralizado do SUS, as Equipes de Saúde dispõem de informações epidemiológicas e socioambientais por bairros que já lhes permitiram focalizar as áreas que, em função do princípio da equidade, precisam de uma atenção redobrada. As informações disponíveis por UDH neste Atlas constituem uma nova contribuição para as definições de prioridades e de estratégias de ações, inclusive para se estimar as demandas por serviços do SUS. No entanto, sem uma ação ampliada às dimensões socioeconômicas, habitacionais e ambientais das condições de vida da população, envolvendo mais que a política de saúde, o direito elementar à vida continuará marcado por intransponíveis barreiras separando os recifenses.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, T. et al. **Classificação (tipologia) das cidades brasileiras**. Recife: Observatório Pernambuco; FASE; Observatório das Metrópoles/IPPUR.
- BITOUN, Jan. O Que revelam os Índices de Desenvolvimento Humano. In: RECIFE. Prefeitura et al. **Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal**. Recife, 2005. CD-Rom.
- . **Programa de Camaragibe em Defesa da Vida: um novo desenho para a ação habitacional em município da periferia metropolitana do Recife**. Rio de Janeiro. Observatório das Metrópoles/IPPUR-FASE. 2004. Site: <www.redehabitat.tk>.
- BRASIL. Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.
- CAETANO, André Junqueira. O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução. In CAETANO, A.J.; ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. **Dez anos do Cairo. Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004.
- CAMARANO, Ana Amélia et al. *Análise demográfica da região Nordeste*. In PATARRA, N.; PACHECO, C.A. **Dinâmica demográfica regional e as novas questões populacionais no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2000.
- CAVALCANTE, Maria das Graças Santos; GUIMARÃES, Maria José Bezerra. **Acompanhamento dos resultados da área de demografia e saúde do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Recife, 2004.
- CÉSAR, Isaura de Albuquerque e RODRIGUES, Roberto Nascimento. **A mortalidade por causas externas no Recife e sua região metropolitana, 1990/92 a 2000/02**. Recife: FJN/ABEP, 2004.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII. **Relatório Final**.
- CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tendências Demográficas. Uma Análise dos Resultados do Universo do Censo Demográfico 2000. In: **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Sócioeconômica** n. 10, v. 14 - Pernambuco. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- . Tendências Demográficas. Uma Análise dos Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000. In: **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Sócioeconômica** n. 13. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSA**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2002.
- LYRA, Maria Rejane Souza de Britto. **O Processo de migração de retorno no fluxo Pernambuco-São Paulo-Pernambuco**. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 2003.
- MIRANDA, Livia . Desenvolvimento humano e habitação no Recife. In: RECIFE. Prefeitura et al. **Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal**. 2005. CD-Rom.
- MOREIRA, Morvan. **Projeções preliminares da população dos municípios da Região Metropolitana do Recife por grupos de idades: 2000-2005**. Recife: Prefeitura do Recife, 2001.
- MOURA, Hélio Augusto de. A Migração nordestina em período recente. 1981-1996. In: **Cadernos e Estudos Sociais**. Recife. v.15, n.1, p. 101-148, jan-jun, 1999.
- PATARRA, Neide; BAENINGER, Rosana; CUNHA, José Marcos. Dinâmica demográfica recente e a configuração de novas questões populacionais. In: PATARRA, N.; PACHECO, C.A. **Dinâmica demográfica regional e as novas questões populacionais no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2000.
- PATARRA, Neide; PACHECO, Carlos Américo. **Dinâmica demográfica regional e as novas questões populacionais no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2000.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2003. CD-Rom.



RECIFE. Prefeitura. **Relatórios de gestão da Secretaria de Saúde do Recife, 1993-2000.** Recife, Secretaria de Saúde, 2000.

RECIFE. Prefeitura et al. **Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal.** 2005. CD-Rom.

WOOD, Charles H.; CARVALHO, José Alberto M. de. **A Demografia da desigualdade no Brasil.** Rio de Janeiro, IPEA, 1994.

ANEXOS

Quadro A - Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) que compõem os Anéis Central, Intermediário e Periférico e Microrregiões Político-Administrativas correspondentes

ANEL CENTRAL

Área localizada na parte leste da cidade concentrando as principais atividades de negócios, além da função residencial. Compreende o centro histórico da cidade e o centro expandido que, nos últimos anos, com os investimentos públicos e privados, ampliou-se tanto a oeste da Av. Agamenon Magalhães, como na zona sul, ao longo dos corredores viários dos bairros de Boa Viagem e Imbiribeira.

Cód. UDH	Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH)	Microrregião
01	SANTO AMARO - Zeis: Santo Amaro e João de Barros	1.1
02	SANTO AMARO/SOLEDADE - Vila Naval e Operária, Visconde de Suassuna	1.1 / 1.2
03	BOA VISTA/ILHA DO LEITE/PAISSANDU	1.1
04	RECIFE/SANTO ANTÔNIO/CABANGA/COELHOS/SÃO JOSÉ/ILHA JOANA BEZERRA (partes) - Zeis Coelhos/AP Comunidade do Pilar	1.1 / 1.2 / 1.3
05	ILHA JOANA BEZERRA/SÃO JOSÉ (partes) - Zeis Coque	1.2 / 1.3
07	ENCRUZILHADA/HIPÓDROMO/ROSARINHO/TORREÃO	2.1
17	GRAÇAS/AFLITOS/DERBY/ESPINHEIRO - Av. Rosa e Silva, Zeis Campo do Vila	3.1
28	MADALENA/ILHA DO RETIRO/PRADO (partes)	4.1
29	TORRE/ ZUMBI (partes)	4.1
30	MADALENA/TORRE/CORDEIRO/ZUMBI/PRADO/ILHA DO RETIRO (partes) - Zeis: Sítio do Cardoso, do Berardo, Prado, Mangueira da Torre, Caranguejo/Tabaiães/AP Vila Santa Luzia	4.1
47	BOA VIAGEM (parte) - Setúbal	6.1
48	BOA VIAGEM/PINA (partes) - Orla, Av. Herculano Bandeira	6.1
49	BOA VIAGEM (parte) - Shopping	6.1
50	IMBIRIBEIRA (parte) - Lagoa do Araçá, Av. Marechal Mascarenhas de Moraes/Zeis Coronel Fabriciano	6.1
51	IPSEP (parte) - Av. Jan Emile Favre, Av. Recife	6.1
52	BOA VIAGEM (parte) - Zeis: Borborema, Entra Apulso e Ilha do Destino	6.1
53	BRASÍLIA TEIMOSA/PINA (parte) - Zeis Brasília Teimosa	6.1
54	PINA - Zeis: Pina/Encanta Moça e Ilha de Deus	6.1
55	IMBIRIBEIRA/IPSEP (parte) - Zeis: Sítio Grande, Aritana e Coqueiral	6.1

ANEL INTERMEDIÁRIO

Área localizada na planície e, parcialmente, em algumas colinas. Estruturou-se ao longo de quatro eixos viários leste-oeste, que ligavam o porto aos engenhos e povoados. Constitui-se de áreas mais valorizadas, próximas aos eixos viários, e de outras áreas mais distantes, geralmente vizinhas de cursos d'água e suas zonas de inundação.

Cód. UDH	Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH)	Microrregião
06	CAMPO GRANDE (parte) - Estrada de Belém, Zeis Ilha de Joaneiro, AP Ilha do Chié	2.1
08	CAMPO GRANDE/CAMPINA DO BARRETO/ARRUDA (partes)/ PEIXINHOS - Zeis Campo Grande	2.1
09	ÁGUA FRIA/ARRUDA /CAMPINA DO BARRETO/PORTO DA MADEIRA (partes)/CAJUEIRO	2.1 / 2.2
15	CASA AMARELA(parte)/ TAMARINEIRA - Av. Norte, Zeis Tamarineira	3.1
16	CASA FORTE/ PARNAMIRIM/SANTANA/ JAQUEIRA/ POÇO/MONTEIRO (parte) - Av. 17 de Agosto/Rua Apipucos, Zeis: Vila do Vintém e Vila Inaldo Martins	3.1
18	CASA AMARELA/MONTEIRO (partes)/ALTO DO MANDU - Zeis: Alto do Mandu/Alto Santa Isabel e Vila Esperança/Cabocó	3.1
25	IPUTINGA (parte) - AP: Alto do Céu e Bomba Grande/Monselhor Fabrício	4.1
26	CORDEIRO (parte) - Av. do Forte, Exposição dos Animais	4.1
27	ENGENHO DO MEIO/ CORDEIRO/IPUTINGA (partes) - Bom Pastor/Zeis Vila Redenção	4.1 / 4.2
31	IPUTINGA (parte) - Zeis Vila União, AP: Barbalho, Santa Marta, Airton Sena, São João e Detran	4.1
32	TORRÕES - Zeis: Torrões e Vietnã	4.2
33	VÁRZEA (parte)/CIDADE UNIVERSITÁRIA	4.3
34	VÁRZEA (parte) - Zeis: Brasilit, Sítio Wanderley, Campo do Banco e Vila Arraes	4.3
36	AFOGADOS/ MUSTARDINHA/ SAN MARTIN (partes)	5.1
37	AFOGADOS/MUSTARDINHA/ SAN MARTIN (partes)/ BONGI - Zeis: Afogados, Mustardinha, Novo Prado, Caraguejo/Tabaiars	5.1
38	AFOGADOS/SAN MARTIN (partes)/MANGUEIRA - Zeis: Mangueira e Vila do Siri, AP Boa Idéia	5.1
39	ESTÂNCIA/SAN MARTIN (partes)/ JIQUIÁ - Parque do Jiquiá/Entorno	5.1 / 5.2
40	AREIAS (parte) - Inês Andreazza, Vila Cardeal e Silva, Zeis Capuá	5.2
41	AREIAS/ESTÂNCIA/JIQUIÁ (partes)/CAÇOTE - Zeis: Caçote, Beirinha, Jardim Uchoa e Rua do Rio/Iraque	5.2
42	BARRO/SANCHO (partes)/TEJIPIÓ	5.3
43	JARDIM SÃO PAULO (Parte) - Zeis: Areias, Barro e Jardim São Paulo I	5.3

ANEL PERIFÉRICO

Área localizada em colinas ocupadas a partir da segunda metade do século XX, correspondendo aos morros do Sul, do Norte e do Oeste e algumas áreas de planície. Concentra as maiores Zonas Especiais de Preservação Ambiental da cidade, com espaços cobertos de matas, mantendo feições rurais.

Cód. UDH	Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH)	Microrregião
10	ÁGUA FRIA/FUNDÃO/PORTO DA MADEIRA (partes) - Zeis: Casa Amarela e Fundão de Fora	2.2
11	ALTO SANTA TERESINHA/BOMBA DO HEMETÉRIO - Zeis Casa Amarela	2.2
12	BEBERIBE/LINHA DO TIRO - Zeis Casa Amarela	2.3
13	DOIS UNIDOS - Zeis: Dois Unidos e Linha do Tiro/AP Rosário	2.3
14	APIPUCOS/DOIS IRMÃOS/ SÍTIO DOS PINTOS/GUABIRABA/PAU FERRO - Av. 17 de Agosto/Zeis: Apipucos, Vila Marcionila-Mussum e Vila São João	3.1 / 3.3
19	ALTO JOSÉ BONIFÁCIO/MORRO DA CONCEIÇÃO - Zeis Casa Amarela	3.2
20	ALTO JOSÉ DO PINHO/ MANGABEIRA - Zeis Casa Amarela	3.2
21	VASCO DA GAMA - Zeis Casa Amarela	3.2
22	BREJO DA GUABIRABA/ BREJO DO BEBERIBE/PASSARINHO - Zeis Casa Amarela	3.3
23	CÓRREGO DO JENIPAPO/ MACAXEIRA - Zeis Casa Amarela	3.3
24	NOVA DESCOBERTA - Zeis Casa Amarela	3.3
35	VÁRZEA (parte)/CAXANGÁ - Zeis: Rosa Selvagem e Vila Felicidade/UR 7, Cosme e Damião, Jardim Petrópolis	4.3
44	CURADO/SANCHO (partes)/ COQUEIRAL/TOTÓ - Zeis Cavaleiro	5.3
45	CURADO/JARDIM SÃO PAULO (partes) - Zeis: Planeta dos Macacos e Jardim São Paulo II	5.3
46	BARRO (parte) - Zeis Tejipió/AP Pacheco, Vila dos Milagres	5.3
56	IBURA (parte) - Av. Dom Hélder Câmara, Vila do Sesi	6.2
57	IBURA/JORDÃO (partes) - Zeis Alto da Jaqueira	6.2
58	IBURA/JORDÃO (partes) - Zeis Ibura/Jordão	6.2
59	COHAB (parte) - AP: Lagoa Encantada e Monte Verde	6.3
60	COHAB (parte) - URs 4 e 5, AP UR 10/Rua Francisco	6.3
61	COHAB (parte) - URs 1,2 e 3	6.3
62	COHAB (parte) - Zeis UR 5/Três Carneiros	6.3

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Quadro B - Bairros que compõem as Microrregiões Político-Administrativas do Recife por Região Político-Administrativa (RPA)

RPA	Microrregião	Bairros
1	1.1	Recife, Santo Amaro
	1.2	Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Soledade
	1.3	Coelhos, Ilha Joana Bezerra
2	2.1	Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão
	2.2	Água Fria, Alto Santa Teresinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira
	2.3	Beberibe, Dois Unidos, Linha do Tiro
3	3.1	Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Tamarineira, Sítio dos Pintos
	3.2	Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama
	3.3	Brejo da Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro
4	4.1	Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi
	4.2	Engenho do Meio, Torrões
	4.3	Caxangá, Cidade Universitária, Várzea
5	5.1	Afogados, Bongí, Mangueira, Mustardinha, San Martin
	5.2	Areias, Caçote, Estância, Jiquiá
	5.3	Barro, Coqueiral, Curado, Jardim São Paulo, Sancho, Tejipió, Totó
6	6.1	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep, Pina
	6.2	Ibura, Jordão
	6.3	Cohab

Fonte: Lei nº16.293, de 22/01/1997