

RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL EM
PENHA DE FRANÇA, MUNICIPIO DE SÃO PAULO - SP

GRUPO XII

Apresentado à Comissão de Estágio de
Campo Multiprofissional para cumprir
exigência do currículo do Curso de
Saúde Pública para graduados da Fa
culdade de Saúde Pública da Universi
dade de São Paulo

SÃO PAULO

1979

RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL EM
PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - S.P.

GRUPO XII

Apresentado à Comissão de Estágio de
Campo Multiprofissional para cum-
prir exigência do curriculum do
Curso de Saúde Pública para Gra-
duados da Faculdade de Saúde Pú-
blica da Universidade de São Pau-
lo.

SÃO PAULO

1979

Trabalho Acadêmico, não se constituindo numa publicação formal. Não é permitido seu uso para fins de citação bibliográfica, sem prévia autorização da Comissão de Estágio da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Não há exemplares para distribuição.

Agradecimentos

À Maria de Lourdes de Souza, pela orientação, pela disponibilidade demonstrada e inestimável apoio oferecido à realização deste trabalho.

À todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

EQUIPE RESPONSÁVEL

Ana Christine H.B.Pereira (Enfermeira) - São Paulo
Ana Maria Cunha (Socióloga) - São Paulo
Ana Maria I.P.Santana (Educadora) - São Paulo
Ana Maria Moraes de Andrade (Ass.Social) - São Paulo
Ary Antonio Tadaró (Cir.Dentista) - São Paulo
David F.M.Garcia (Médico) - México
Dulce de Castro Neves (Enfermeira) - Minas Gerais
Juarez Elias (Cir.Dentista) - São Paulo
Marcelo Isalas Muñoz Rodrigues (Engenheiro) - Equador
Márcia de Souza C. Melhem (Farm.- Bioquímica) - São Paulo
Maria Angela C.Passos (Educadora) - São Paulo
Maria Coeli Campedelli (Enfermeira) - São Paulo
Maria Judith M.Salgado (Engenheira) - São Paulo
Maria Rosa L.Cardoso (Médica) - São Paulo
Marilda A.K.Brito (Médica) - Minas Gerais
Marly Lipe (Enfermeira) - São Paulo
Moacir Caboclo dos Santos (Nutricionista) - São Paulo
Pedro Edil de Assumpção (Médico Veterinário) - Sta.Catarina
Sandra Sulamita N.Baasch (Engenheira) - Santa Catarina
Sara Gertel Dolhnikoff (Educadora) - São Paulo

Docente Responsável

Maria de Lourdes de Souza (Enfermeira)

Í N D I C E

	Página
1. INTRODUÇÃO	
1.1. Justificativa	1
1.2. Objetivos	3
1.3. Algumas Características da Área	4
2. METODOLOGIA	
2.1. Operacionalização do trabalho de grupo	7
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
3.1. Condições do Sistema de Saneamento Básico	13
3.2. Condições de Saneamento Ambiental	17
3.3. Planejamento Territorial	29
3.4. O Serviço Odontológico	31
3.5. Morbidade da demanda do C.S.I de Penha de França	33
3.6. Indicadores tradicionais de saúde	52
3.7. Indicadores sócio-econômicos	74
4. CONCLUSÕES	99
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO.

1. INTRODUÇÃO.

1.1 - Justificativa.

O presente trabalho responde a uma proposta do Estágio de Campo Multiprofissional - disciplina esta que tem por finalidade "proporcionar experiências de aprendizagem de casos concretos a partir do trabalho em equipe multiprofissional, que favoreçam a elaboração de um ensaio de diagnóstico da situação de saúde de uma determinada área".

Segundo Bicudo & Harris¹ o trabalho multiprofissional é aquele que "elaborado por profissionais de diversas categorias, onde a contribuição individual leva a um produto final, satisfazendo as exigências peculiares de cada setor, na solução de problemas diagnosticados conjuntamente pelos membros da equipe".

O trabalho multiprofissional não exige que todos pensem da mesma forma, mas que tenham capacidade de trabalhar em grupo com os mesmos objetivos, não vendo os problemas somente sob o ponto de vista profissional e sim, adotando o posicionamento do próprio grupo. É um trabalho coordenado e integrado que permite um conhecimento de indivíduos e situações, propiciando condições para um diagnóstico e resolução para o problema apresentado.

O trabalho em equipe possibilita o progresso individual dos seus integrantes, criando um espírito de grupo, além de estimular a prática da cooperação, da interajuda, da solidariedade, da compreensão mútua e da capacidade criadora dos indivíduos.

O grupo se posicionou no sentido de tentar delimitar o estudo, após terem discutido exaustivamente a proposta da

da Comissão, e considerá-la inviável em relação ao tempo disponível, devido ao número muito grande de elementos participantes que formavam um "aglomerado" de profissionais, sem o entrosamento necessário que facilitasse a tomada de posição frente aos objetivos propostos.

A avaliação das condições de saúde da população de uma determinada região deve ser analisada através de indicadores tradicionais de saúde entre os quais podemos citar: morbidade, natalidade e mortalidade, e também por outros indicadores que qualifiquem o nível de vida da população estudada. A importância destes outros indicadores já foi analisada por Piovesan²¹ em 1970, quando refere que o estudo da problemática de saúde muito se beneficiaria se relacionasse estes problemas com as variáveis sociais. Estas, segundo o autor teriam "a finalidade precípua de indicar segmentos sociais em que o problema se manifesta mais acentuadamente..."

Segundo Foratini⁹ as condições sociais são traduzidas pela ocupação econômica medida pela renda; e educacionais julgadas através da instrução e da formação básica ou especializada.

Os indicadores sociais seriam, portanto segundo Rattner²² : "estatísticas aptas a medir os elementos atinentes a condição social e do bem estar dos diversos segmentos da população, se possível, ao nível de indivíduos e não de agregados; medindo inclusive a evolução desses elementos no tempo".

Segundo Mello¹⁶ os especialistas em Ciências Sociais, ao fazerem um estudo global da sociedade procuram examinar as correlações existentes entre população e densidade demográfica, taxa de mortalidade infantil e renda per capita, proporção de matrículas em cursos secundários e alfabetização, número de escolas médicas e médicos por habitante.

O estudo das informações permitiu apreender a necessidade do levantamento de indicadores tradicionais de saúde e sua relação com a problemática sócio econômica. Uma vez que a saúde não é fenômeno isolado de todo contexto que interfi

ra de forma positiva ou negativa na qualidade de vida de uma população.

Historicamente se constata que o Saneamento do Meio Ambiente é fator determinante no nível de saúde de uma população. Pode-se afirmar que constitui, do ponto de vista preventivo uma medida profilática de caráter prioritário, pois "saneamento é a prevenção da doença com o controle dos fatores ambientais que constituem elo na cadeia de programação".

Para reafirmar sua importância, segundo estatística da região Metropolitana de São Paulo²³ referentes ao coeficiente de mortalidade infantil se constatou que este diminui conforme se implantou saneamento do meio.

Com relação ao Planejamento Territorial, seu objetivo é criar uma organização racional do espaço e a implantação de equipamentos apropriados, condições ótimas de valorização da terra e quadros adequados da melhor forma ao desenvolvimento humano. Essa valorização da terra deve ser concebida tendo em vista não apenas a vantagem pecuniária, mas também a elevação do nível de vida das populações.

A equipe multiprofissional que realizou este trabalho constituiu-se de alunos dos cursos de Saúde Pública e Administração Hospitalar de 1979, da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P.

A Comissão de Estágio, definiu como área de estudo a região de Penha de França, determinando como pré-requisito a análise crítica do relatório do trabalho desenvolvido pelos alunos de 1977, naquela região.

1.2 - Objetivos.

1.2.1 - Geral.

Fornecer subsídios para um diagnóstico de saúde da população da Área de Penha de França, através dos

indicadores sócio econômicos e de saúde tradicionais.

1.2.2 - Específicos.

- relacionar os indicadores de mortalidade, natalidade e morbidade da Área de Penha de França no período de 1973 à 1977;
- selecionar através de pesquisa bibliográfica, indicadores sócio econômicos, que conjuntamente aos tradicionais indicadores de saúde, permitam inferir o nível de saúde de uma população;
- aplicar indicadores sócio econômicos selecionados na inferência de subsídios para um diagnóstico de saúde da população de Penha de França.

1.3 - Algumas Características da Área.

O Sub-distrito de Paz de Penha de França corresponde a uma área de 11,508 Km², conforme dado fornecido pela Regional de São Paulo - Leste (R₁₋₂).

Do ponto de vista geográfico, a área estudada possui uma delimitação definida, mas cada órgão público delimitou sua área de atuação, de acordo com os seus próprios critérios (Anexo I). Foi o que pudemos constatar em relação a:

- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (S.S.)
- Prefeitura do Município de São Paulo (P.M.S.P.)
- Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP)
- Companhia Estadual de Saneamento Básico e Defesa do Meio Ambiente (CETESB).

Segundo dados fornecidos pela R₁₋₂, a região conta com uma população de 173.931 habitantes, dando uma densidade de

mográfica de 15.113,21 hab/Km², com a seguinte distribuição por faixa etária:

TABELA Nº 1 - PRODUÇÃO ESTIMADA DE PENHA DE FRANÇA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - 1979.

FAIXA ETÁRIA	Nº DE HABITANTES	%
< 1 ano	3.400	2,0
1 — 4 anos	14.407	8,3
5 — 14 anos	37.269	21,4
15 anos e +	118.915	68,3
TOTAL	173.931	100,0

FONTE: Departamento de Estudos e Programas da R₁₋₂.

De acordo com a SABESP, 100% da região é beneficiada por rede de água e 46% por rede de esgoto.

Quanto ao lixo, a coleta é feita em 92% dos domicílios, contando com uma frequência de três vezes por semana, conforme dados fornecidos pela CETESB.

Através da listagem dos Recursos Sociais da Região de Penha de França (Anexo I Ítem a), feito pela Supervisão Regional do Serviço Social em setembro de 1978, pudemos observar que a região conta com uma gama de recursos bastante variada.

Conforme o documento, os recursos foram classificados em:

- 1) Recursos Promocionais que são as associações de ação comunitária, perfazendo um total de 13 entidades;
- 2) Recursos Médico - Sanitários que compreendem 2 Hospitais, 1 Centro de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (C.S.I.), 2 Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (C.S.IV);

1 Posto Municipal de Saúde; 1 Posto de Assistência Médica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); 1 Ambulatório da Cruzada Pró-Infância e 1 Serviço Funerário.

- 3) Recursos Associativos, contando com um Departamento Distrital do Lions Club de São Paulo; com 4 Associações de Classe (Comercial, Operária, Trabalhadores Cristãos e Diretores lojistas) e com 4 Sociedades Amigos de Bairro;
- 4) Recursos Educacionais, que correspondem a: 11 Escolas Estaduais de 1º Grau, 3 de 2º Grau e 4 de 1º e 2º Graus; 1 Municipal de Educação Infantil e 9 Particulares;
- 5) Recursos Religiosos diversificados, com 11 Paróquias; 9 Centros Espiritas; 5 Tendras de Umbanda; e 10 Cultos Evangélicos;
- 6) Recursos Culturais, contando com 1 Biblioteca Geral; 1 Biblioteca Infantil; 4 Escolas de Samba e 1 Casa de Cultura;
- 7) Recursos Esportivos, Recreativos, englobando 27 Associações;
- 8) Recursos de Segurança, abrangendo 1 Delegacia de Polícia e 1 Seccional da Zona Leste; 1 Batalhão de Polícia Militar e 1 Destacamento do Corpo de Bombeiro;
- 9) Recursos Jurídico - Administrativos, contando com 3 Cartórios, sendo 1 de Registro Civil, 1 Eleitoral e outro de Notas; 1 Junta de Alistamento Militar, 2 Varas Distritais, 1 Posto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.) e 1 Delegacia de Ensino;
- 10) Recursos de Comunicação e Transporte, compreendendo 2 Agências de Correio e Telégrafos, 1 Empresa de Ônibus; 1 Jornal do Bairro e 1 Posto Telefônico.

2. METODOLOGIA.

2. METODOLOGIA.

O presente estudo representa o produto final do estágio de campo de um grupo multiprofissional, que realizou suas atividades em Penha de França, durante o período de 30.07.79 a 14.09.79. Para que este grupo pudesse obter a consecução de seus objetivos, foi importante dividir a metodologia em duas etapas, apresentadas a seguir, não por ordem de importância pois, as mesmas participaram em contribuição de modo equivalente.

2.1 - Operacionalização do Trabalho do Grupo.

A operacionalização do trabalho de 20 profissionais, foi dividida de três etapas:

2.1.1 - Fase Preparatória.

Com base para o planejamento do trabalho, foi elaborado um roteiro guia para leitura analítica do documento base de 1977 e das propostas de trabalho da Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional. Para esta atividade o grupo foi subdividido em 04 sub grupos, para maior conhecimento do documento, na linha em que o roteiro basicamente orientava; ou seja; a forma e o conteúdo do relatório, de tal modo que posteriormente fosse possível o planejamento do trabalho.

Neste período, cada sessão de estudo foi impulsionada por um coordenador voluntário e ou indicado pelo grupo.

Após uma semana de trabalho, verificou-se a necessidade de definir recursos e proposta de trabalho do grupo e para tanto, foi realizado:

Escolha de representante:

Pelo processo de eleição direta, foram escolhidos 01 Coordenador, 03 Secretários e 02 Tesoureiros.

- Recursos "financeiros":

Após seleção dos representantes responsáveis pela parte financeira do grupo, foi realizado uma estimativa de gastos, e passou-se a adotar o sistema de caixinha para cobertura das despesas.

- Proposta de Trabalho:

Para a elaboração da proposta de trabalho foi estabelecido a necessidade de pesquisa bibliográfica, a fim de fundamentar teoricamente a linha de estudo a ser adotada. Com base na leitura analítica do documento de 1977, na bibliografia consultada, na experiência do grupo, nas entrevistas com a Diretora Técnica Nível I Dra. Cáritys Relva Silva e com a Médica Chefe da Equipe Médica Odontológica Alice de Paula Souza e visita ao Centro de Saúde de Penha de França, foram estabelecidos os objetivos do trabalho.

- Pesquisa Bibliográfica:

A finalidade da pesquisa bibliográfica foi a de conhecer as informações registradas relativas a Penha de França, bem como as contribuições científicas para o posicionamento do grupo, de modo a permitir o estudo e análise das mesmas.

A identificação das obras de referencia foi feita com o suporte de orientação docente e as informações através de técnicos da SABESP; CETESB; Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo S/A (EMPLASA); Coordenadoria Geral de Planejamento (COGEP),

Companhia Metropolitana de São Paulo (METRÔ);
Secretaria de Economia e Planejamento.

A localização e identificação de algumas publicações foi feita de acordo com a sistemática de organização da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a orientação do pessoal da biblioteca, e nos arquivos do Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria da Saúde e da Fundação Sistema Estadual de Análise e Dados (SEADE).

A obtenção das mesmas se deu através de empréstimo e consulta privada nas referidas Instituições, além de reprodução de algumas pelo processo de xerox.

Na indicação das bibliografias e documentos consultados, foram seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

2.1.2 - Fase de Execução.

Estabelecido os objetivos, o grupo foi dividido por equipe tarefa.

Uma equipe ficou responsável pelo levantamento e análise de dados referentes ao saneamento ambiental.

Através do estudo e análise dos mapas e plano diretor de abastecimento da SABESP, foi determinada a área servida por água e esgoto, e pelos boletins mensais da referida Instituição, levantou-se quantitativamente as comunicações da falta de água domiciliar no período de junho de 1978 a junho de 1979.

Para verificar dados sobre a qualidade da água de abastecimento, recorreu-se a relatórios periódicos e a entrevista com um engenheiro da CETESB. Os dados referentes ao sistema de coleta e transporte de lixo foram também obtidos através de relatórios deste mesmo

serviço.

De posse das plantas da cidade de São Paulo, fornecidas pela EMLASA e COGEP, analisou-se o planejamento territorial da Área de Penha de França.

Para os indicadores de saúde tradicionais, uma equipe ficou responsável em levantar os dados de natalidade, mortalidade, sendo esta, também vista sobre o ponto de vista das principais causas de óbito por sexo e faixa etária. Estes dados foram colhidos no CIS e no SEADE.

Para os dados de morbidade, o levantamento foi feito no C.S. de Penha de França, utilizando-se os arquivos do serviço e os livros de registro de diagnósticos dos sub-programas de atendimento à criança, ao adulto e a gestante. Para os dados de tisiologia utilizou-se o boletim de produção e para colher os dados da Odontologia foi utilizado o mapa de trabalho diário da referida área.

Ficou estipulado que em termos de morbidade, o grupo só teria condições de levantá-la em termos de demanda, o que foi feito, tendo-se colhido os dados de morbidade de agosto de 1978 a julho de 1979.

As doenças foram agrupadas em infecciosa e não infecciosa e sem diagnóstico, por faixa etária e sexo.

Para o critério de agrupamento, partiu-se das doenças mais frequentes, com a preocupação de enumerar patologias dos diversos aparelhos.

Para o sub programa de tisiologia, procurou-se levantar o nº de inscrições por tipo de ingresso, durante um ano, tanto para adultos como para crianças.

No atendimento à gestante, achou-se necessário especificar o período gestacional durante a inscri

ção no sub programa, bem como levantar as patologias encontradas nas gestantes de alto risco.

No atendimento odontológico, a preocupação foi de verificar o trabalho executado nas diferentes faixas etárias, em relação às consultas odontológicas, extrações, restaurações e em especial as normas de atendimento odontológico.

A equipe que ficou responsável por selecionar e aplicar indicadores sócio-econômicos, que servissem de subsídios para um diagnóstico de saúde, fez um levantamento bibliográfico específico sobre o assunto e utilizou dados coletados pelo METRÔ, dados do IBGE e da Secretaria da Economia e Planejamento do Estado, para analisar: Distribuição da mão de obra; Nível de Instrução; Distribuição de Renda; Habitação; Densidade Demográfica e Crescimento populacional.

2.1.3 - Fase Conclusiva.

De posse de todos os dados obtidos nas fases anteriores, passou-se a manipulação das informações, sua organização e interpretação de cada equipe tarefa, visando a elaboração do trabalho definitivo. Para as informações consideradas mais importantes, decidiu-se apresentá-las em forma tabular e gráfica sem adoção de testes estatísticos para análise das diferenças encontradas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Nesta fase do trabalho, apresentamos todos os dados disponíveis julgados necessários para alcançar os objetivos propostos. São apresentados os resultados paralelamente à discussão de modo a facilitar o entendimento do texto, devido ao volume de informações obtidas.

Os dados se referem ao saneamento, aos indicadores de saúde tradicionais e a outros indicadores sócio-econômicos. Esse levantamento, em alguns aspectos, ficou um pouco restringido devido à dificuldades encontradas nas fontes. Assim, para alguns dados de saneamento a informação se referia à macro-áreas, obrigando à inferências para a área de interesse. Além disso alguns dados importantes não foram cotizados pelo fato de pertencerem a diferentes setores levando a prejuízo de certas conclusões.

Quanto à coleta dos indicadores tradicionais de saúde, a morbidade não pode ser analisada por falta desses dados no CIS e devido à exigências de tempo para levantá-la através de inquéritos domiciliares, registros hospitalares e registros locais de atenção médica (consultórios, clínicas, centros de saúde, etc...) pelo grupo. Optou-se, portanto, verificar a demanda do Centro de Saúde, porque esse tipo de análise nos permite ter uma idéia da distribuição das doenças na população que procura esse tipo de serviço. Por outro lado, presta-se também de instrumento ao pessoal responsável do Centro de Saúde, para avaliar a qualidade dos registros de morbidade desse serviço.

Em relação aos indicadores sócio-econômicos, não nos foi possível a coleta de todos os dados considerados importantes para fornecer subsídios para um diagnóstico da situação de saúde da região de Penha de França, pois não havia informações suficientes na bibliografia consultadas. Apresenta-se portanto os indicadores citados anteriormente, na metodologia, alguns a partir de dados conseguidos para a área de interesse e outros somente com sugestões para seu levantamento.

3.1. CONDIÇÕES DO SISTEMA DE SANEAMENTO BÁSICO

Os serviços de água e esgoto da região da Penha são excutados pela SABESP e operados através da Regional da Penha.

A área considerada para estudo, inclui os bairros relacionados no anexo 1.

Essa delimitação (ver planta nº 1) adotada pela SABESP, se impõe por conveniência administrativa e operacional dos serviços de saneamento básico, uma vez que estes são partes integrantes do sistema do município de São Paulo.

3.1.1 - Serviço de abastecimento de água.

O fornecimento de água potável para a região da Penha é feito pelo Sistema Adutor Metropolitano, especificamente pelo Sistema Cantareira.

A água é de origem superficial e armazenada na barragem Engº Paulo de Paiva Castro. Suas bacias são sanitariamente protegidas de modo a assegurar a pureza natural dos mananciais do Sistema e de seus reservatórios.

A água do Sistema Cantareira é submetida a tratamento completo na Estação de Tratamento de Guaraú, a qual tem capacidade de $12m^3/s$.

A qualidade dessa água é controlada diariamente pela CETESB, através de amostragens em 35 pontos de coleta. São analisados parâmetros físico químicos e bacteriológicos, cujos resultados tem-se mostrado satisfatório nos meses de janeiro a junho de 1979.

A seguir, a tabela nº 2 apresenta em alguns pontos de coleta, o número de determinações feitas para colimetria e os resultados anômalos, de janeiro a junho de 1979.

TABELA Nº 2 - NÚMERO DE DETERMINAÇÕES DE COLIMETRIA (N) E RESULTADOS ANÔMALOS (A) EM ALGUNS PONTOS DE COLETA DA PENHA DE JANEIRO A JUNHO DE 1979.

Pontos	Meses		JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTAL
	A	N							
1	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	2	2	2	2	2	12
2	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		3	3	2	1	2	2	13
3	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	3	2	2	2	2	13
4	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		5	2	2	2	2	2	15
5	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	2	2	2	3	1	12
6	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		3	2	2	2	3	2	14
7	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	2	2	3	2	1	12
8	A		0	1	0	0	0	0	1
	N		2	3	2	2	2	3	14
9	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		3	2	1	2	1	3	12
10	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		3	2	2	2	3	1	13
11	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	2	1	3	2	2	12
12	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	3	1	2	2	2	12
13	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	3	1	2	2	2	12
14	A		0	0	0	0	0	-	0
	N		3	2	2	2	3	-	12
15	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		2	2	1	3	2	2	12
16	A		0	0	0	0	0	0	0
	N		1	2	2	1	1	3	10

FONTE: CETESB

Pelos resultados apresentados, percebe-se que a água é de boa qualidade, e pelo menos presentemente, nada há a temer com relação à saúde da população. No entanto a vigilância deve ser mantida e para compreender sua importância, calcula-se que no mundo cerca de 500 milhões de pessoas ao ano, contraem enfermidades, transmitidas pela água ou relacionadas com a mesma, e até quase 10 milhões delas (a metade desse número é de crianças) morrem.

Se estima que 25% dos leitos hospitalares do mundo todo, estão ocupados por causa da insalubridade da água, ou seja por doenças veiculadas por via hídrica. Entre as enfermidades transmitidas pela água contaminada cabe citar a febre tifóide, a cólera, a hepatite infecciosa, as desintérias bacilar e amebiana e outros transtornos gastrointestinais²⁰.

O setor Penha conta atualmente com dois reservatórios de água: um de superfície (capacidade de 16.000 m³) e outro elevado (capacidade de 300 m³), ambos inativos temporariamente. De acordo com a SABESP, o setor Penha está totalmente abastecido com rede pública de água e portanto dever-se-ia contar com 100% de ligações domiciliares, entretanto, isto não ocorre devido à certa resistência por parte da população em aceitar essas ligações. Para dados exatos quanto à utilização de outras fontes de abastecimento seria necessário um inquérito domiciliar com esta finalidade.

Investigando boletins mensais da SABESP, observou-se que ocorreram em média 87 comunicações mensais de falta d'água no setor Penha, no período de junho de 1978 a junho de 1979, porém estes dados não nos permitem concluir acerca da constância do serviço público de distribuição de água.

Seria de interesse conhecer o consumo "per capita", a fim de verificar se é fornecida à população as quantidades mínimas para atender às necessidades básicas sanitárias, preconizadas por Normas. Entretanto os dados forne

cidos pela SABESP indicam somente consumos médias por ligações o que apenas permite estabelecer o consumo médio - familiar diário de 860 litros.

A origem da água para fins industriais é principalmente a rede de abastecimento público, porém algumas indústrias se abastecem também de poço, sem tratamento. (Dados obtidos de levantamento realizado pela CETESB para a SABESP em 1978).

3.1.2.- Sistema de esgoto.

De acordo com os dados obtidos e que podem ser observados na planta anexa (planta nº 2) pode-se concluir - que somente 46% da área do setor Penha dispõe de sistema de esgoto. Por esta razão grande parte da população utiliza outras formas de disposição dos resíduos, sendo porém impossível estabelecer quais são, sem devido inquêrito domiciliar.

No que se refere às atividades industriais, o efluente é lançado na rede de esgotos, ou em outro corpo receptor de acordo com a localização da indústria.

O esgoto do setor Penha, direta ou indiretamente - tem seu destino final no rio Tietê, sem nenhum tratamento à exceção de algumas indústrias que possuem tratamento preliminar.

Existindo um "deficit" no sistema de esgoto para o setor Penha, a SABESP inclui em seu Plano SANEGRAN (Saneamento da Grande São Paulo) os Projetos Gerenciais 02/SPG e 04/SPG para suprir com rede de esgoto a área carente do setor.

O plano prevê que para o ano de 1983 estará concluida a rede de esgoto, o interceptor e a primeira etapa da Estação de Tratamento de Barueri (vazão de $7m^3/s$).

Desse modo espera-se que para o futuro o esgoto proveniente da Penha seja tratado em sua totalidade, à nível secundário por meio de lodos ativados, cujo efluente será lançado no Rio Tietê, o qual atualmente constitui-se num grande risco à saúde da população e além disso, deve-se considerar que o rio Tietê envolve em seu percurso, - muitas atividades de grande parte da população do estado de São Paulo.

3.2. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO AMBIENTAL

3.2.1 - Poluição do Ar e Água

Sabendo-se que uma das principais contribuições da poluição do meio é a atividade industrial, apresentamos - em seguida o levantamento de todas as indústrias do subdistrito de Penha (tabela nº 3).

TABELA Nº 3 - INDÚSTRIAS DA PENHA 1978

TIPO DE INDÚSTRIA	Nº
Indústria de Produtos Minerais não Metálicos	22
Indústria Metalúrgica	58
Indústria Mecânica	22
Indústria de Material Elétrico e de Comunicação	13
Indústria de Material de Transporte	12
Indústria de Madeira	7
Indústria de Mobiliário	22
Indústria de Papel e Papelão	7
Indústria de Borracha	4
Indústria de Couros e Peles	7
Indústria Química	3
Indústria de Produtos Farmacêuticos e Veterinários	1
Indústria de Perfumaria	4
Indústria de Produtos de Matéria Plástica	13
Indústria Textil	9
Indústria de Vestiário e Calçados	58
Indústria de Produtos Alimentares	16
Indústria de Editorial e Gráfica	11
Indústrias Diversas	9
T O T A L	298

FONTE: SERPRO (Serviço de Processamento de Dados, São Paulo)
1978.

3.2.1.1 - Poluição do ar.

A contaminação do ar varia de localidade para localidade, porém seu crescimento se verifica de forma alarmante em todo o mundo, devido a vários fatores fundamentais, como por exemplo transportes, indústrias, gerações de energia elétrica e combustão.

Diariamente, contaminantes são emitidos à atmosfera e o monóxido de carbono, óxido de nitrogênio, resíduos de hidrocarbonetos e SO_2 representam a maior parte dos mesmos.

A estação medidora de qualidade do ar mais próxima da Penha é a de Tatuapé, localizada à Av. Celso Garcia, à 6 Km da Penha. Dentre os poluentes amostrados estão SO_2 (dióxido de enxofre) e MP (material particulado), parâmetros que fornecem uma visão das condições de qualidade do ar da Penha.

O material particulado suspenso no ar é de grande importância pois, partículas que se apresentam entre 0,5 e 2,0 μ ficam facilmente retidas no pulmão. Pode-se também correlacionar concentrações de dióxido de enxofre no ar e afecções respiratórias entre as crianças menores de 4 anos e adultos com mais de 50 anos de idade²⁶.

Seguem tabelas indicativas das médias anuais (compreendendo o período de 1973 a 1978) das concentrações de SO_2 e MP e do número de ultrapassagens do PQ-Ar (Padrão de Qualidade do Ar), juntamente com os respectivos padrões.

TABELA Nº 4 - MÉDIAS ANUAIS DAS CONCENTRAÇÕES DE MP (MÉDIAS GEOMÉTRICAS) E SO₂ (MÉDIAS ARITMÉTICAS) EM µG/M³ DE AR, NA ESTAÇÃO COLETORA DE TATUAPÉ.

Poluente	Ano	1973	1974	1975	1976	1977	1978
	SO ₂		134	131	136	115	129
MP		99	114	108	126	108	115

FONTE : CETESB, 1979

Padrões anuais:

SO₂ : µg/m³ (média aritmética das concentrações diárias)

MP : µg/m³ (média geométrica das concentrações diárias).

TABELA Nº 5 - NÚMERO DE ULTRAPASSAGENS DE PQ-AR DIÁRIO EM RELAÇÃO À SO₂ E MP NA ESTAÇÃO COLETORA DE TATUAPÉ.

Poluente \ Ano	1973	1974	1975	1976	1977	1978
SO ₂	0	1	4	0	1	2
MP	11	39	40	46	44	42

FONTE: CETESB, 1979

Padrões diários:

SO₂: 365 µg/m³

MP : 240 µg/m³

Comparando-se a tabela nº 4 com os padrões anuais de SO₂ e MP, verifica-se que de 1973 a 1978 os valores se mantiveram bem acima daqueles considerados ideais para a região, demonstrando que a qualidade do ar não foi satisfatória. No que se refere à tabela 5, tem-se o nº de ultrapassagens dos padrões diários de qualidade do ar. Entretanto, estas ultrapassagens não fornecem valores que possam ser comparados aos previstos em legislação estadual como estados de atenção.

	SO ₂ - 800 µg/m ³ / dia
	MP - 375 µg/m ³ / dia
alerta	SO ₂ - 1600 µg/m ³ / dia
	MP - 625 µg/m ³ / dia
emergência	SO ₂ - 2100 µg/m ³ / dia
	MP - 875 µg/m ³ / dia

De acordo com a CETESB, quando se apresenta o estado de emergência, a população estará exposta aos riscos das doenças cardio-respiratórias.

3.2.1.2 - Poluição das águas

No subdistrito da Penha existem algumas indústrias potencialmente poluidoras levantadas pela CETESB para que a SABESP as considerasse no desenvolvimento do Plano SANEGRAN.

A tabela 6 mostra as atividades que estão ligadas essas indústrias.

TABELA Nº 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS INDÚSTRIAS DA PENHA SEGUNDO TIPO DE ATIVIDADE E POTENCIAL DE DISTRIBUIÇÃO.

Tipo de atividade industrial	nº de indústrias	Indústrias potencialmente poluidoras	
		Nº	%
Mecânica	22	1	4,5
Material Elétrico	13	1	7,7
Material de Transporte	12	1	8,3
Editorial e Gráfica	11	1	9,1
Papel	7	2	28,6
Metalúrgica	58	17	29,3
Prod. Alimentícios	16	5	31,3
Química	3	1	33,3
Textil	9	9	100,0
T O T A L	151	38	25,2

FONTE: CETESB, 1979

Os efluentes líquidos industriais são, após pré-tratamento, dirigidos aos seguintes corpos receptores: rio Tietê, rio Aricanduva, rio Tiquatira, cujas características estabelecidas pela portaria nº 13 de 15.01.76 do Ministério do Interior, os classificam nos grupos das classes 3 e 4. (*). Há também lançamento no solo, à rede de esgotos (que vai ter ao rio Tietê, sem qualquer tratamento) ou galeria de águas pluviais.

Os principais poluentes gerados pelas fontes existentes na região são ¹⁰:

1 - Indústrias metalúrgicas, mecânica e de material elétrico: geram poluentes que se caracterizam por ter pH muito alto ou muito baixo, cianetos, cloretos, óleos, metais pesados e fenóis entre os principais.

2 - Indústrias de papel: produzem além de odor desagradável, resíduos que dependem da matéria prima utilizada. Assim o despejo final pode apresentar sólidos em suspensão ou grande quantidade de matéria orgânica, às vezes contaminadas com microrganismos patogênicos.

3 - Indústrias químicas: seus efluentes dependem da matéria prima e do processo utilizado, podendo apresentar todo tipo de parâmetro em desacordo com os previstos em legislação.

 (*)

Classe 3: águas destinadas ao abastecimento doméstico, após tratamento convencional, à preservação de peixes em geral e de outros elementos de fauna e da flora e a dessedentação de animais.

Classe 4: águas destinadas ao abastecimento doméstico, após tratamento avançado ou à navegação, à harmonia paisagística, ao abastecimento industrial, à irrigação e aos usos menos exigentes.

4 - Indústrias texteis: apresentam efluentes com DBO (demanda bioquímica de oxigênio) elevada, sólidos em suspensão, alcalinidade alta, cor, cheiro e cloro residual.

5 - Indústrias alimentícias: geram efluentes com alta DBO, alta alcalinidade ou acidez e sólidos em suspensão.

Atualmente, os corpos receptores destes depejos, devido à degradação que sofrem, não devem ser utilizados como fonte de abastecimento. Somente através de inquérito domiciliar poder-se-ia constatar a utilização ou não destes cursos d'água.

A poluição gerada no setor Penha não influi na água do seu sistema de abastecimento, já que este se localiza em outra bacia (Sistema Cantareira).

A minimização dos problemas gerados por esses efluentes industriais poderia ser alcançada através da correta aplicação das leis existentes, assegurada por constante e rígida fiscalização.

3.2.2 - Serviço de limpeza pública.

A limpeza pública do subdistrito da Penha é de responsabilidade da Administração Regional da Prefeitura Municipal na Penha.

Toda a coleta é feita pelas empresas Vega-Sopave e Urbel, que percorrem 58 circuitos, coletando em média - 10.000 toneladas de lixo domiciliar por mês (ver tabela - nº 7).

TABELA Nº 7 - COLETA DE LIXO MENSAL - NOVEMBRO 78 - PENHA

	Coleta Domiciliar	Varrição	Férias e mercados	Hospitais	Diver sos	Total
Quantidade	10.354t	297t	428t	-	180t	11.259t
Média diária	345,1t	9,9t	14,3t	-	6t	375,3t
Porcentagem	92,0	2,6	3,8	-	1,6	100

FONTE : Administração Regional da Penha

Todo o lixo coletado é conduzido para o aterro sanitário de Itapuã, um bairro da zona leste.

Com relação ao lixo industrial, estudos vem sendo feitos para sua estimativa, quantidade suposta a 54.864 - t/ano.

A Penha é um dos 15 subdistritos do Município de São Paulo responsável por 76% da produção total de lixo industrial.

Segundo estudos da CETESB, estima-se a seguinte produção de lixo por tipo de indústria:

Tipo de indústria	Quantidade de Lixo por ano
Vestuário e calçados	1 t
Bebidas	24 t
Produtos de perfumaria, saboões e velas	34 t
Mecânica	43 t
Editorial e gráfica	57 t
Madeira	58 t
Diversos	84 t
Prod. Minerais não metálicos	88 t
Papel	148 t
Mobiliário	231 t
Borracha	238 t
Mat. elétrico e de comunicação	267 t
Textil	592 t
Material de transporte	923 t
Prod. de matéria plástica	1.072 t
Química	2.059 t
Prod. farmacêuticos e veterinários	2.245 t
Produtos alimentícios	3.396 t
Metalúrgica	43.307 t

Através dos dados apresentados pode-se concluir que a limpeza pública domiciliar vem sendo executada satisfatoriamente mas, no entanto o lixo industrial é despejado de maneira aleatória sem nenhum controle municipal.

De acordo (com esta realidade) certa parte da população está sujeita às consequências geradas pela má disposição deste lixo industrial, consequências estas que podem ser analisadas sob os pontos de vista sanitário, econômico e de bem-estar.

Sanitariamente, o lixo apresenta problemas relacionados à transmissão de doenças, servindo ainda de criadouro e esconderijo de vetores e antrôpodes.

O aspecto econômico relevante pode ser encarado como decorrência da solução dos problemas de ordem sanitária, qual seja o aumento da vida média efetiva do indivíduo, quer pela redução da mortalidade quer pela redução de doenças.

No que se refere ao bem estar o lixo apresenta condições desagradáveis do ponto de vista estético e de conforto¹⁴.

Portanto, é imprescindível a intervenção imediata no controle do lixo industrial.

3.3.Planejamento Territorial.

O nível de bem estar social da população (depende da distribuição territorial das atividades e de sua utilização).

De acordo com o Plano Plurianual de Projetos CURA a região em estudo está inserida no grupo 2 (Cangaíba 4^a Parada e São Jorge) e grupo 3 (Penha, Arthur Alvim, Cidade Patriarca e Aricanduva), cujas características quanto ao uso do solo são:

Grupo 2: Cangaíba - 71% de uso residencial
25 a 50% de lotes ociosos

Grupo 3: Penha - 75,4% de uso residencial
25 a 50% de lotes ociosos

Aricanduva - 73% de uso residencial
25 a 50% de lotes ociosos

Cidade Pa- 80,9% de uso residencial
triarca 55 % de lotes ociosos

Arthur Al- 79% de uso residencial
vim 55% de lotes ociosos.

Conforme esses dados, verifica-se no Grupo 3, uma predomi^unância máxⁱma de uso residencial e presença esporádica de usos não residenciais: Vide Anexo II. Devido à isso faz-se necessário um programa de redes básicas de infra-estrutura.

Pelo decreto nº 11106 de 28.06.74, artigo 26, da PMSP, a Penha é dividida em zonas 2, 3 e 4 onde:

Zona 2 - uso predominantemente residencial, de densidade demográfica baixa.

Zona 3 - uso predominantemente residencial, de densidade demográfica média.

Zona 4 - uso misto de densidade demográfica média alta, e posteriormente

Zona 6 - uso predominantemente industrial, cujas características seguem no Quadro anexo.

Além disso, com a implantação do Metrô na região determinou-se a existência da Zona ZML (Zona Metrô Leste):

Uma melhor visualização desse zoneamento encontra-se na planta nº 3.

De uma comparação com a realidade existente podemos numa análise crítica da situação discutir a adequacidade deste zoneamento em relação aos parâmetros de interesse em Saúde Pública - tais como abastecimento de água, sistemas de esgotos, lixo limpeza pública e poluição, concluindo que a infraestrutura é compatível com o zoneamento proposto.

Essa compatibilidade é justificada porque a maior porcentagem da área, apresenta densidade demográfica média e além disso a área industrial está localizada em um ponto estratégico - que permite fácil atendimento de suas necessidades. A zona industrial foi prevista porque nos últimos tempos se apresentou - um incremento na atividade fabril, gerando problemas, que influem diretamente no Sistema de Saneamento Básico. Assim, o planejamento territorial prevendo a expansão industrial define esse zoneamento .

A área da Penha está passando por uma renovação que se caracteriza pela intervenção planejada em áreas deterioradas ou de uso inadequado e ainda quando da execução de grandes obras, por remanejamento arquitetônicos de vulto.

O metrô nestes casos atua como agente indutor de transformação urbana, não se restringindo à sua função de meio de transporte para atender grandes demandas de viagem. Desde que existe um planejamento territorial e uma infraestrutura desenvolvida a partir dele, faz-se necessário um controle rígido do cumprimento de suas disposições, através do poder público, para salvaguardar a eficiência e funcionalidade dos sistemas.

3.4. O Serviço Odontológico

O uso de alguns indicadores tais como: índices de cárie dentária, índices de periodontopatias e índice de maloclusão são essenciais para uma efetiva avaliação da saúde oral de uma população⁵. A importância de conhecermos o nível de saúde oral dos indivíduos permite conhecer indiretamente o nível de saúde geral.

Entretanto, vários fatores determinaram que decidíssemos adotar para o presente trabalho, o conhecimento das normas vigentes do atendimento odontológico da Secretaria de Saúde de São Paulo, uma vez que a própria sistemática de atendimento pode favorecer uma captação de forma indireta da importância da saúde oral.

Quanto ao atendimento, na Área de Odontologia, pode-se constatar que o atendimento prioritário é destinado ao pré-escolar (3 a 6 anos), à gestante e as emergências para os adultos.

É determinado em normas, que as extrações devem ser feitas criteriosamente, e que o profissional deve estar preocupado com os problemas das más oclusões, que poderão ocorrer devido as extrações precoces nas crianças. Ao executar uma anestesia, por exemplo em gestantes, para extração de um determinado dente, o profissional deve restaurar os dentes cariados situados na hemiarcada correspondente. O material a ser utilizado nas restaurações é o amalgama para os dentes posteriores, e a porcelana para os dentes anteriores.

Para o agendamento, procurou-se conciliar o atendimento odontológico com a consulta médica, propiciando maiores facilidades para o usuário.

A puérpera deverá continuar o tratamento odontológico iniciado no período gestacional, pois só assim conservará a sua saúde oral, além de receber os benefícios, de que tem direito, proporcionados pelo Centro de Saúde.

O próprio conhecimento das normas de atendimento, possibilitou apreender algumas informações registradas como enumeradas na tabela nº 8.

TABELA Nº 8 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA SEGUNDO O TRABALHO EXECUTADO, NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 1978.

TRABALHO EXECUTADO POPULAÇÃO ATENDIDA	CONSULTA ODONTOLÓGICA	EXTRAÇÃO	RESTAURAÇÃO
Crianças	1.295	1.535*	1.207*
Crianças enca _{minhadas}	92	162	72
Gestantes	82	138	7
Adultos	1.049	1.816	-
TOTAIS	2.518	3.641	1.286

* os números apresentados referem-se ao total de cada unidade de produção e não o total de clientes atendidos.

FONTE: Mapa de trabalho diário da Área de Odontologia do C.S. de Penha de França.

A tabela nº 8 , proporciona visualizar a produção do serviço em termos de assistência de saúde oral, num espaço de tempo relativo de 12 meses.

Este atendimento foi efetuado por dois profissionais, um atuando especificadamente na assistência à gestante e adultos, e o outro na assistência à criança.

A tabela nº 8 também permite observar que no grupo de adulto, inclusive gestantes, o tratamento predominante foi o radical, o que poderia ser relacionado a própria sistemática assistencial, bem como, a forma de apreender a importância da saúde oral pela população.

O equilíbrio entre o tratamento radical e o restaurador nas crianças, foi constatado, embora o ideal seria a prevalência deste último.

3.5. Morbidade da Demanda do Centro de Saúde I - Penha
de França

TABELA Nº9- DISTRIBUIÇÃO DOS REGISTROS DOS SUB-PROGRAMAS DE ADULTO E CRIANÇA, SEGUNDO IDADE E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE DIAGNÓSTICO PARA O CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA NO PERÍODO AGOSTO/78 - JULHO/79.

REGISTROS		COM DIAGNÓSTICO	SEM DIAGNÓSTICO	T O T A L
IDADE				
	< 1 mês	60	37	97
1	12 meses	840	259	1099
1	5 anos	702	103	805
5	10	256	27	283
10	15	76	-	76
15	25	117	49	166
25	35	88	39	127
35	45	100	20	120
45	55	139	31	170
55	65	102	22	124
65	e +	55	12	67
T O T A L		2535	599	3134

FONTE: Registro interno e fichas de matrícula do Centro de Saúde de Penha de França.

Observa-se pela TABELA Nº 9 que na coleta de 3134 registros dos subprogramas da criança e adulto, 599 (19,11%) estão sem diagnóstico. Desses 71,11% são dos registros de crianças sendo os outros 28,89% dos adultos.

Considera-se ser grande o número de consultas não diagnosticadas, isso talvez ocorra devido a:

- displicência dos médicos talvez por desconhecerem a importância desse registro.

- dificuldade de confirmação diagnóstica pelo precário acesso aos exames laboratoriais.

Esse fato é relevante já que dificulta levantamentos de dados para estudos de morbidade.

TABELA Nº10-DISTRIBUIÇÃO E PERCENTUAL DAS PATOLOGIAS DO SUB-PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA NO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO NO PERÍODO DE AGOSTO/78 A JULHO/79.

PATOLOGIA	SEXO	IDADE					T O T A L
		< 1M	1 — 12M	1 — 5a	5 — 10a	10 — 15a	
Infecção das vias aéreas superiores	M	6	230	144	21	6	407 (21,04%)
	F	5	141	140	28	3	317 (16,41%)
Doenças parasitárias	M	-	22	104	65	23	214 (11,07%)
	F	1	15	117	75	22	230 (11,89%)
Bronco Pneumonias	M	1	68	32	6	2	109 (5,63%)
	F	1	38	21	11	1	72 (3,73%)
Dermatite	M	3	54	15	6	1	79 (4,08%)
	F	7	53	17	6	-	83 (4,29%)
Gastroenterites Aguda	M	3	24	7	3	1	38 (1,96%)
	F	2	21	9	2	-	34 (1,76%)
Outras infecciosas	M	7	49	31	12	3	102 (5,27%)
	F	9	36	22	10	11	88 (4,55%)
Outras não infecciosas	M	9	48	19	9	3	88 (4,55%)
	F	6	41	24	2	-	73 (3,77%)
T O T A L		60	840	702	256	76	1934 (100%)

FONTE: Registro interno do Sub-Programa saúde da criança e ficha de matrícula do CS-1 de Penha de França.

Nota-se na TABELA Nº10 que, de um total de 1934 doenças diagnosticadas, 83,30% são doenças infecciosas, sendo 37,45% atribuíveis às doenças das vias aéreas superiores e 22,96% a doenças parasitárias. Note-se que o grupo etário de 1 a 12 meses é o que mais contribui para essas altas taxas, sendo seguido pelo grupo de 1 a 5 anos.

Quanto ao sexo, não nos parece haver diferença importante na distribuição das doenças.

Observa-se, pelo levantamento feito, que a maior frequência de doenças infecciosas se encontra nas faixas etárias de 1 a 12 meses e de 1 a 5 anos, mas nem por isso, pode-se concluir que nesse Subdistrito há uma maior incidência dessas patologias nesses grupos etários porque:

- Desconhece-se o número de crianças matriculadas no Centro de Saúde, sendo impossível portanto, compará-las com a distribuição dos grupos etários da população do Subdistrito como um todo.

- Sabe-se que os Centros de Saúde priorizam o atendimento de crianças menores de 1 ano, seguido o grupo etário de 1 a 5 anos.

Apesar dessas considerações, acredita-se ser as doenças infecciosas de grande incidência na área, não necessariamente nessas faixas etárias.

No total de crianças, as menores de 1 mês, contribuíram com uma pequena porcentagem, isso provavelmente acontece por:

- Número reduzido de crianças dessa idade matriculadas no Centro de Saúde.

TABELA Nº11-DISTRIBUIÇÃO E PERCENTUAL DAS PATOLOGIAS INFECCIOSAS NO SUB-PROGRAMA SAÚDE DO ADULTO, NO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO NO PERÍODO DE AGOSTO/78 A JULHO/79.

IDADE SEXO		15 — 25	25 — 35	35 — 45	45 — 55	55 — 65	65 e +	T O T A L
Doenças Parasitárias	M	11	7	6	1	2	1	28(9,87%)
	F	30	18	15	19	11	3	96(33,80%)
Infecções genitais	M	4	1	-	-	-	1	6(2,11%)
	F	17	19	13	9	2	1	61(21,48%)
Infecções urinárias	M	-	-	1	1	-	1	3(1,07%)
	F	1	2	3	5	3	-	14(4,92%)
Bronco Pneumonia	M	-	-	1	1	-	-	2(0,71%)
	F	1	1	1	6	4	-	13(4,57%)
Colecistopatia	M	-	-	-	-	1	-	1(0,35%)
	F	1	-	5	3	2	-	11(3,87%)
Infecções das vias aéreas superiores	M	-	-	-	-	-	2	2(0,71%)
	F	-	2	-	1	1	1	5(1,76%)
Outras	M	3	-	5	1	3	1	13(4,57%)
	F	10	3	3	8	3	2	29(10,21%)
T O T A L		78	53	53	55	32	13	284(100,0%)

FONTE: Registro interno do sub-programa Saúde do Adulto e ficha de matrícula do Centro de Saúde de Penha de França.

Nota-se que na TABELA Nº 11 que dos 774 casos registrados no programa do adulto, 36,0% são doenças infecciosas, sendo ^{que} as de maior frequência são as parasitárias, que perfazem 16,0% de todos os registros desse subprograma, cabendo ao grupo de 15 a 25 anos a maior frequência.

Quanto as infecções genitais, cabe ressaltar que na faixa etária de 15 a 25 anos do sexo masculino, todos os casos se devem à doenças de transmissão sexual.

Nota-se que infecções das vias aéreas superiores perfazem 2,47% das doenças infecciosas do subprograma adulto.

Por não se conhecer a distribuição por faixa etária, dos indivíduos matriculados no Centro de Saúde não se pode afirmar com base nessa Tabela que as doenças infecciosas incidem em grupos etários mais jovens, apesar de saber-se que a frequência das doenças infecciosas de um modo geral são inversamente proporcionais à idade, pois com a idade entre outros fatores, os indivíduos adquirem maior imunidade.

Quanto a frequência elevada de doenças parasitárias, tem-se que, essa patologia pode, em comparação com outras doenças infecciosas estar falsamente aumentada, devido a disposição de laboratórios que facilitam o seu diagnóstico em detrimento de outras, que necessitariam para seu diagnóstico exames mais sofisticados, não existentes nos Centros de Saúde.

Por outro lado, não se deve desprezar o fato de que coincidentemente, na saúde da criança, doenças pa

rasitárias aparecem também com alta frequência levando-se a supor a existência de uma causa comum, atribuível ao meio ambiente (saneamento, higiene, nutrição, condições de habitação entre outros).

Quanto as infecções das vias aéreas superiores sabe-se que a incidência na população em geral é alta o que de maneira nenhuma se observa pela Tabela.

TABELA Nº12-DISTRIBUIÇÃO E PERCENTUAL DAS PATOLOGIAS NÃO INFECCIOSAS NO SUB-PROGRAMA SAÚDE DO ADULTO NO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA, SEGUNDO SEXO E IDADE, NO PERÍODO DE AGOSTO/78 A JULHO/79.

PATOLOGIA	IDADE SEXO	15 ← 25	25 ← 35	35 ← 45	45 ← 55	55 ← 65	65 e +	T O T A L
		Hipertensão	M	-	-	1	7	2
	F	-	8	11	33	20	11	83 (26,18%)
Diabetes	M	-	-	1	2	-	-	3 (0,95%)
	F	-	-	5	6	10	9	30 (9,46%)
Artrite	M	-	-	-	-	3	1	4 (1,26%)
	F	1	-	2	11	5	5	24 (7,57%)
Gastrite	M	1	-	-	-	-	-	1 (0,32%)
	F	2	1	-	-	1	-	4 (1,26%)
Outras	M	7	5	6	5	7	3	33 (10,41%)
	F	28	21	21	20	22	9	121 (38,17%)
T O T A L		39	35	47	84	70	42	317 (100,0%)

FONTE: Registro interno do sub-programa Saúde do Adulto e ficha de matrícula do Centro de Saúde de Penha de França.

Nota-se na TABELA Nº 12 uma diversidade muito grande de diagnóstico, o que dificultou sobremaneira a tabulação dos dados.

Apesar de optar-se pelo critério de relacionar as doenças que apareceram com maior frequência, deparou-se com um problema muito grande de patologias diferentes que agrupamos na categoria de outras doenças perfazendo 154 registros de um total de 317.

Das patologias relacionadas as que aparecem com maior frequência são: hipertensão 30,6%, seguidas por Diabete e artrite.

Nota-se que das doenças não infecciosas as mais frequentes são crônicas, incidindo mais nos grupos etários de 35 a 45 e 45 a 55 anos.

Nota-se um registro muito elevado de indivíduos do sexo feminino em relação ao masculino em todas as faixas etárias.

Sabe-se que, mensalmente as mulheres apresentam maiores taxas de morbidade que os homens, no entanto, na análise desta Tabela deve-se ponderar:

- Em nossa sociedade, apesar dessa situação estar se modificando, ainda é a mulher que se responsabiliza pelo cuidado dos filhos, que entre outras atividades devem ser vacinados nos Centros de Saúde.

- Os Centros de Saúde priorizam o subprograma gestante e da criança, em detrimento do adulto.

- O horário de funcionamento dos Centros de Saúde coincidem com o horário comercial quando a maioria dos homens estão trabalhando.

- Os atestados de saúde dos Centros de Saúde não são reconhecidos pelas empresas, que em sua maioria preferem que seus empregados sejam atendidos nas próprias fábricas ou nos Serviços de empresas médicas.

Todos esses fatores fazem com que a mulher, muito mais que o homem, se utilizem desses serviços de saúde.

TABELA Nº 13- DISTRIBUIÇÃO E PERCENTUAL DAS INSCRIÇÕES DE ADULTOS E CRIANÇAS NO SUB-PROGRAMA DE TISIOLOGIA NO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA NO PERÍODO DE AGOSTO/78 A JULHO/79.

PACIENTES TIPO DE INGRESSO	ADULTO		CRIANÇA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Tuberculose pulmonar com baciloscopia +	91	31,16	1	2,27	92
Tuberculose pulmonar sem baciloscopia +	110	37,68	28	63,64	138
Tuberculose outras localizações	15	5,14	2	4,54	17
Reinscrições	76	26,02	13	29,55	89
T O T A L	296	100,0	44	100,0	336

FONTE: Registro do Boletim de Produção do sub-programa de Tisiologia do Centro de Saúde de Penha de França.

Nesta tabela apresenta-se a distribuição das inscrições no serviço de Tisiologia do C.S. de Penha de França no período de um ano.

Inicialmente, podemos observar que o total de inscrições foi de 336 o que significa, aproximadamente em média, uma inscrição, por dia. Se a expectativa teórica é de 5 (cinco) comunicantes por caso, este dado encontrado apresentou-se elevado o que permite supor que o risco de adoecer por esta moléstia é muito alto.

Do total de inscrições 27,38% apresentavam Baciloscopia positiva; contrastando com 41,07% dos pacientes que não apresentava Baciloscopia positiva e dos quais se desconhece o critério para sua admissão no sub-programa. Seria um paciente encaminhado por outra instituição? Seria por contar com outro tipo de diagnóstico (Raio X, clínico, etc.)?

Encontrou-se 26,48% dos pacientes inscritos no sub-programa como sendo reinscrições. Este dado refletiria um elevado índice de abandono de tratamento, o que repercutiria seriamente no controle desta doença. Este percentual demonstra para o período estudado um abandono provável de 1/4 da população inscrita no programa, e caso se considere cada faltoso (abandono de tratamento) como um provável BK resistente, a probabilidade de contaminação da população é muito grande.

TABELA Nº14-TOTAL DE GESTANTES INSCRITAS NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL,
SEGUNDO OS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO E PERCENTUAL, NO
PERÍODO DE AGOSTO/78 A JULHO/79.

PERÍODO GESTACIONAL	Nº DE GESTANTES	%
1º Trimestre	102	25,30
2º Trimestre	106	26,04
3º Trimestre	199	48,66
T O T A L	407*	100,00

FONTE: REGISTRO DO BOLETIM DE PRODUÇÃO DO SUB-PROGRAMA DE ATENDI-
MENTO À GESTANTE DO CENTRO DE SAÚDE DA PENHA DE FRANÇA.

* Dessas 45 foram consideradas de Alto Risco (11% aproximadamente).

Na tabela nº 14 pode-se observar que os dados apresentados são inversamente proporcionais aos esperados, segundo as Normas de Atendimento, já que somente 25,30% das gestantes são atendidas durante o 1º trimestre de gestação, contrastando com 48,66% de gestantes que recebem controle de pré-natal no 3º trimestre de gestação.

Provavelmente, isto reflete uma deficiência no que se refere às ações de promoção em saúde do serviço.

Podia-se pensar que esta situação, observada na tabela, deve-se à mesma qualidade do atendimento para as gestantes no 1º, 2º e 3º trimestre, o que provocaria um ausentismo das gestantes durante os primeiros trimestres da gestação.

Outra causa provavelmente seria o desconhecimento das gestantes da existência deste serviço.

Por outro lado pode-se observar que do total de gestantes atendidas (407), 11% foram consideradas gestantes de alto risco, porcentagem esta relativamente elevada sendo que a gestação não é considerada uma doença.

TABELA Nº15-DISTRIBUIÇÃO DAS 51 PATOLOGIAS ENCONTRADAS NAS 45 GESTANTES DIAGNOSTICADAS COMO DE ALTO RISCO NO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA, NO PERÍODO DE AGOSTO/78 A JULHO/79.

PATOLOGIAS	Nº	%
Tuberculose	10	19,60
Toxemias	7	13,72
Metrorragias	7	13,72
Cardiopatias	5	9,80
Sífilis	4	7,84
Incompatibilidade sanguínea	4	7,84
Diabetes	3	5,88
Esquistossomose	3	5,88
Hepatite	2	3,90
Prenhez Ectópica	1	1,97
Rubéola	1	1,97
Mola Hidatiforme	1	1,97
Hanseníase	1	1,97
Pneumonia	1	1,97
Psicopatia	1	1,97
T O T A L	51	100,00

FONTE: Registro interno do sub-programa de atendimento à gestante do Centro de Saúde de Penha de França.

Na tabela nº 15 encontram-se relacionadas as 51 patologias apresentadas pelas 45 gestantes consideradas de alto risco.

Pode-se observar que do total, 74,50%, das patologias são preveníveis ou controláveis, exceto as metrorragias, incompatibilidade sanguínea, prenhez ectópica e mola hidatiforme.

Diante deste resultado encontrado, poderíamos pensar, que provavelmente existe alguma relação com o controle pré-natal deficiente e tardio, isto é, o comparecimento da gestante nos dois últimos trimestres.

Como foi analisado na tabela anterior (tabela nº 14) os 74,60% das gestantes que compareceram ao controle pré-natal foi no 2º e 3º trimestre de gestação contribuindo, provavelmente, para que ocorresse esta situação observada na tabela nº 15.

Esta tabela permite apreender que o risco gravídico "medido" pelo Centro de Saúde está relacionado com a classificação de risco por patologia, o que limita muito a própria assistência pré-natal. O risco gravídico tem uma dimensão maior (orgânica, social e psíquica), o que não parece ser observado pelo serviço estudado; estas dimensões do risco poderiam, inclusive explicar o surgimento destas patologias. Acresce-se também que a não apresentação das gestantes de alto risco por faixa etária poderia estar relacionado a uma variável de fundamental importância para sistematização de uma assistência requerida.

TABELA Nº16-CASOS CONFIRMADOS DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DO CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA NO PERÍODO DE 1974 A 1978.

DOENÇAS \ ANOS	1974	1975	1976	1977	1978
Difteria	7	2	2	1	1**
Meningite Meningocócica	207*	142*	9	5	7
Febre Tifóide	-	-	-	-	1
Poliomielite	14	4	-	-	-
Hanseníase	19	3	41	20	4
Tuberculose	129	58	41	9	67
Esquistossomose	824	801	852	433	401
Tétano	-	1	1	-	-
Malária	-	-	4	2	2
T O T A L	1200	1011	950	470	483

* O número refere-se a todas as formas de meningite registradas no Centro de Saúde de Penha de França.

** Dado registrado no Centro de Saúde de Penha de França, e registrado no C.I.S. como zero casos.

FONTE: Registro de doenças de notificação compulsória do Centro de Saúde de Penha de França.

Nesta tabela nº 16 , apresenta-se uma série histórica de cinco anos (1974 - 1978) de casos confirmados de Doenças de Notificação Compulsória para o C.S. de Penha de França.

Observou-se que de 1974 a 1977 o comportamento de incidência da tuberculose, através desta série histórica, diminuiu gradualmente chegando a ser no ano de 1977, 9 casos registrados e em 1978 passou para 67 casos.

Provavelmente o que ocorreu foi um aumento no registro e poderia estar relacionados com a procura deste serviço e a presença de outras instituições voltadas para o controle da Tuberculose.

Como foi analisado na tabela nº 13 foram inscritos no sub-programa de Tisiologia do C.S. de Penha de França 336 casos, isto não significa, necessariamente, que a incidência de Tuberculose estaria aumentando, mas o que aumentou, foi provavelmente, a qualidade e a quantidade do registro.

Outro fato importante observado nesta tabela foi o registro de casos confirmados de Esquistossomose que contribuiu com elevado percentual das Doenças de Notificação Compulsória para todos os anos. Considera-se que na cidade de São Paulo não existe Esquistossomose autóctone, portanto, esta alta incidência refletiria, provavelmente, um grande movimento migratório, fato este mais evidente na periferia da cidade de São Paulo, como é o caso de Penha de França.

Por outro lado é importante mencionar que para os anos de 1974 e 1975 a incidência de Meningite Meningocócica, que apresenta uma chamada de atenção, representa toda as formas de Meningite, já que no registro do C.S. não está confirmado o diagnóstico laboratorial de Meningite Meningocócica. Tendo em vista uma atenção excessiva dos serviços assistenciais pela epidemia de Meningite Meningocócica que ocorreu em São Paulo no período de 1974 - 1975, todas as formas e/ou suspeitas de Meningite eram estudadas e registradas nos serviços que atendiam a população.

No caso da Notificação de Difteria para o ano de 1978, sa

lianta-se o fato de que este caso confirmado ní existe nos registros do C.S. de Penha de França, mas não existe nos registros do C.I.S.

3.6. INDICADORES TRADICIONAIS DE SAÚDE

TABELA Nº 17 - COEFICIENTES DE NATALIDADE E MORTALIDADE NEO-NATAL, INFANTIL TARDIA, INFANTIL, MATERNA E GERAL DO SUBDISTRITO DE PENHA DE FRANÇA - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

MESES	COEFICIENTES					
	NATALIDADE (1)	NEO-NATAL. (1)	INFANTIL TARDIA (1)	INFANTIL (1)	MATERNA (1)	MORTALIDADE GERAL (2)
1973	27,86	41,24	46,93	88,17	1,19	11,03
1974	28,38	43,75	39,92	83,67	1,57	11,10
1975	26,56	46,56	53,58	100,14	-	10,86
1976	25,33	40,95	42,00	82,10	-	10,01
1977	24,94	40,16	30,71	70,87	0,47	8,38

(1) 1.000 nascidos-vivos.

(2) 1.000 habitantes.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE.

Os coeficientes apresentados na tabela nº 17 permite verificar que o comportamento destes eventos tem linha evolutiva equivalente. Vários poderiam ser os fenômenos que pudessem explicar esta representação numérica. Entretanto, decidimos associar tal comportamento à própria estrutura dos indicadores ditos não específicos de saúde, pois, a medida em que relacionaremos a saúde com o evolução dos indicadores sócio-economicos estudados, poderemos apreender fatores diretamente responsáveis pela maior ou menor indicação numérica expressa, bem como, entender as próprias decisões das políticas de saúde.

TABELA Nº 18 - INDICADOR DE SWAROOP-UEMURA DO SUBDIS-
TRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO, 1973 - 1977.

ANO	INDICADOR
1973	52,52 %
1974	50,75 %
1975	51,32 %
1976	56,25 %
1977	57,41 %

FONTE: GEAD - Fundação SEADE.

Evidência-se pela tabela nº 18 que na região de Penha de França, o Indicador de Swaroop-Uemura, variou de 50,75% em 1974 para 57,41% em 1977.

Nas áreas que apresentam elevado nível de saúde, este indicador tem valor acima de 75%. Ele é influenciado pelas condições de saúde existentes, e portanto nesta região ele traduz um nível de saúde regular. Este nível de saúde regular, está diretamente relacionado com as "condições de vida", da população, o que foi apresentado através dos indicadores sociais econômicos, sugeridos e analisados no presente estudo.

TABELA Nº 19 - MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO O SEXO DO SUBDISTRITO DE PENHA DE FRANÇA - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

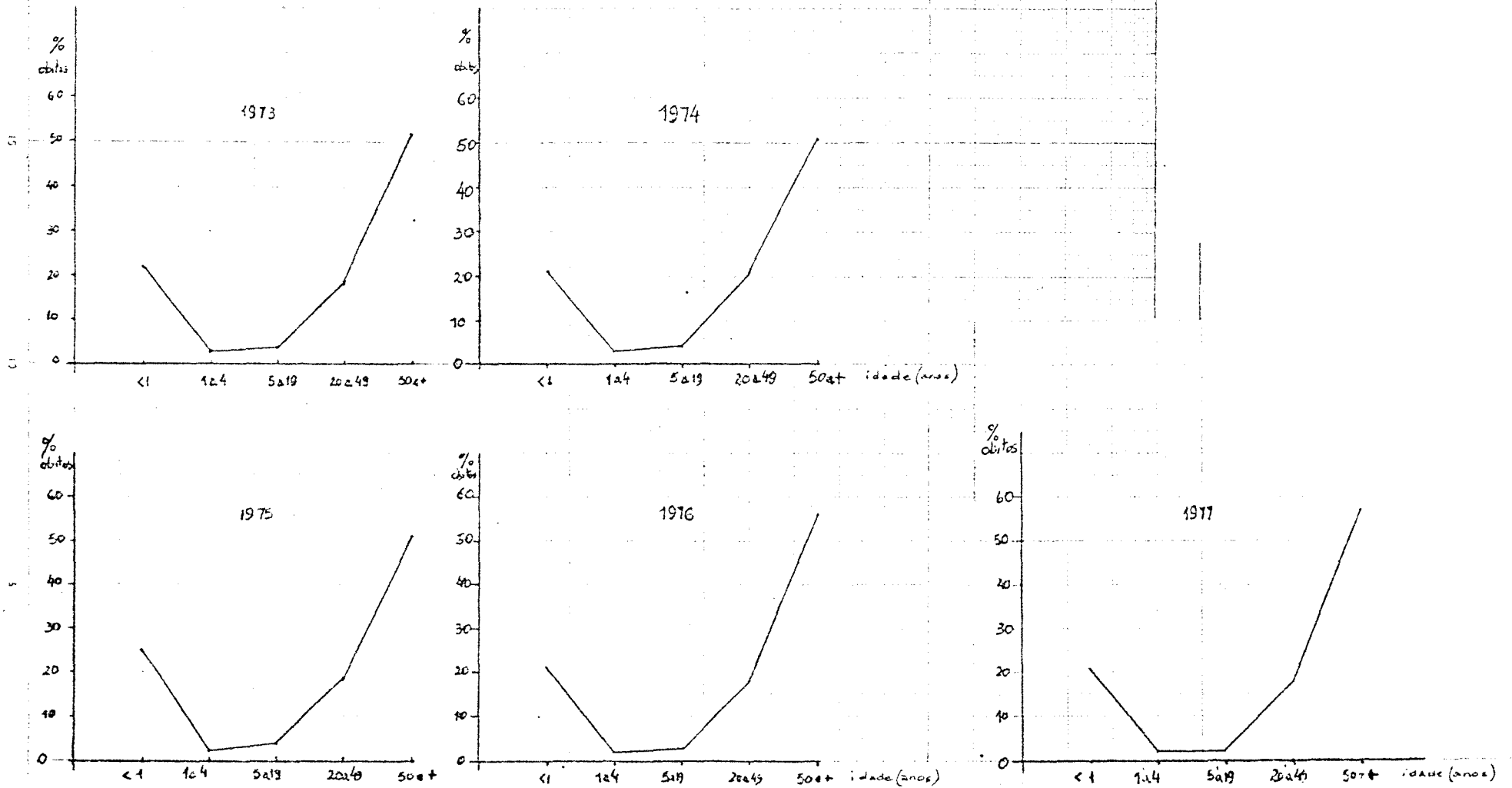
SEXO \ ANO	1973	1974	1975	1976	1977
Masculino	58,00%	57,44%	56,70%	55,28%	57,13%
Feminino	42,00%	42,56%	43,30%	44,72%	42,87%
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: GEAD - Fundação SEADE.

Nota-se pela tabela nº19 que a mortalidade entre os sexos se manteve constante entre os anos de 1973 a 1977.

GRÁFICO Nº 1 - CURVAS DE NELSON DE MORAES.

Mortalidade proporcional por grupo etário no Sub-Distrito de Penha de França município de São Paulo, 1973 - 1977.



FONTE: GEADE - FUNDAÇÃO SEADE

Observa-se pelas Curvas de Nelson de Moraes que nos anos de 1973 a 1975, o Nível de Saúde da região de Penha de França é do Tipo III - Nível de Saúde Regular.

TABELA Nº20- ÓBITOS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO MENORES DE 1 ANO E SEXO DO SUB-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

CAUSAS*	ANO				1973				1974				1975				1976				1977			
	SEXO		M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%		
1. Enterite e outras doenças diarreicas (B4).	52	39	91	24,47	42	38	80	21,56	76	56	132	30,85	34	41	75	21,80	46	36	82	27,33				
2. Pneumonia (B32).	52	34	86	23,12	42	34	76	20,50	51	37	88	20,56	38	22	60	17,44	25	15	40	13,33				
3. Outras causas de mortalidade perinatal (B44).	27	19	46	12,37	27	35	62	16,71	19	15	34	7,94	11	13	24	6,98	20	9	29	9,67				
4. Lesões ao nascer, paros distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (B43).	21	18	39	10,48	26	16	42	11,32	40	18	58	13,55	44	21	65	18,90	24	31	55	18,33				
5. Todas as demais doenças infecciosas e parasitárias (B18).	16	14	30	8,06	12	10	22	5,93	13	11	24	5,61	11	8	19	5,52	10	14	24	8,00				
6. Anomalias congênitas (B42).	6	8	14	3,76	9	10	19	5,12	4	8	12	2,80	14	8	22	6,39	10	12	22	7,33				
7. Sintomas e estados môrbidos mal definidos (B45).	6	6	12	3,22	9	9	18	4,85	10	13	23	5,37	8	5	13	3,78	5	3	8	2,67				
8. Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (B22).	6	5	11	2,96	7	7	14	3,77	11	8	19	4,44	16	8	24	6,98	2	3	5	1,67				
9. Todas as demais doenças (B46).	9	7	16	4,30	7	5	12	3,23	4	6	10	2,34	8	10	18	5,23	11	1	12	4,00				
10. Outras**	16	11	27	7,26	16	10	26	7,01	13	15	28	6,54	18	6	24	6,98	14	9	23	7,67				
T O T A L	211	161	372	100,0	197	174	371	100,0	241	187	428	100,0	202	142	344	100,0	167	133	300	100,0				

* LISTA B DA 8ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

** B24; B11; B14; B5; B33; BE48; B8; B9; B20; B29; B23; B19; B36; B31; BE47; BE50.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE

Nota-se pela TABELA 20 que as enterites e outras doenças diarrêicas, assim como as pneumonias lideram a mortalidade neste grupo etário, variando de 57,59% em 1973 para 39,24% em 1976. Em ambos os sexos estas causas oscilaram de um ano para outro. Quanto às causas de óbito devido a assistência ao parto e demais doenças infecciosas e parasitárias suas frequências são também significativas, como causa nesse grupo etário, variando de 36% em 1977 para 27,10% em 1975.

TABELANº21- ÓBITOS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO 1 - 4 ANOS E SEXO NO SUB-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

CAUSAS*	ANO				1973				1974				1975				1976				1977			
	SEXO	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%			
1. Pneumonia (B32).		5	4	9	18,00	6	5	11	22,46	6	4	10	25,00	8	6	14	36,85	1	4	5	22,72			
2. Enterite e outras doenças diarréicas (B 4).		2	5	7	14,00	2	3	5	10,20	3	1	4	10,00	1	-	1	2,63	1	-	1	4,54			
3. Sarampo (B14).		2	3	5	10,00	3	1	4	8,16	1	3	4	10,00	1	2	3	7,89	-	2	2	9,10			
4. Infecções meningocócicas (B11).		-	1	1	2,00	5	1	6	12,25	1	1	2	5,00	1	-	1	2,63	1	-	1	4,54			
5. Meningite (B24).		-	-	-	-	4	2	6	12,25	1	4	5	12,50	-	-	-	-	-	-	-	-			
6. Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (B19).		2	3	5	10,00	-	-	-	-	1	-	1	2,50	2	-	2	5,26	1	1	2	9,10			
7. Os demais acidentes (BE48).		2	1	3	6,00	1	3	4	8,16	-	2	2	5,00	-	-	-	-	1	-	1	4,54			
8. Todas as demais doenças (B46).		2	-	2	4,00	2	1	3	6,12	1	-	1	2,50	1	2	3	7,89	-	-	-	-			
9. Anomalias congênitas (B42).		1	-	1	2,00	-	2	2	4,08	1	1	2	5,00	1	1	2	5,26	-	-	-	-			
10. Outras**		9	8	17	34,00	6	2	8	16,32	7	2	9	22,50	5	7	12	31,59	6	4	10	45,46			
T O T A L		25	25	50	100,0	29	20	49	100,0	22	18	40	100,0	20	18	38	100,0	11	11	22	100,0			

* LISTA B DA 8.^a REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 1965.

** B3; E5; B9; B6; B23; B30; BE47; B18; B29; B21; B8; B12; B38; BE50; B45 e B33.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE

Observa-se na TABELA 21 que a pneumonia, as enterites e outras doenças diarréicas e o sarampo são as principais causas de óbito no grupo etário de 1 a 4 anos. A maior incidência ocorreu em 1976 com 47,37% de óbitos, e a menor em 1977 com 36,39% de causas de óbitos. Nota-se que as infecções meningocócicas e a meningite incidiram mais nos anos de 1974 e 1975.

TABELA Nº22- ÓBITOS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO DE 5 - 14 ANOS E SEXO, DO SUP-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

CAUSAS*	ANO		1973				1974				1975				1976				1977			
	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%		
1. Acidentes de veículo a motor (BE47).	6	2	8	22,86	4	1	5	12,50	4	1	5	16,14	2	3	5	18,52	4	2	6	35,30		
2. Os demais acidentes (BE48).	2	1	3	8,97	2	1	3	7,50	4	-	4	12,90	3	2	5	18,52	2	1	3	17,66		
3. Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (B19).	3	2	5	14,29	5	-	5	12,50	1	1	2	6,45	-	-	-	-	-	2	2	11,76		
4. Meningite (B24).	-	2	2	5,71	3	3	6	19,00	2	-	2	6,45	-	-	-	-	1	-	1	5,88		
5. Pneumonia (B32).	-	2	2	5,71	-	3	3	7,50	1	2	3	9,67	1	2	3	11,11	-	-	-	-		
6. Todas as demais doenças (B46).	-	1	1	2,86	-	4	4	10,00	1	1	2	6,45	2	-	2	7,40	1	1	2	11,76		
7. Infecções meningocócicas (B11).	-	4	4	11,43	2	2	4	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
8. Diabetes Mellitus (B21).	1	-	1	2,86	-	1	1	2,50	-	1	1	3,22	-	2	2	7,40	1	-	1	5,88		
9. Outras formas de doenças do coração (B29).	-	2	2	5,71	-	-	-	-	1	2	3	9,67	-	-	-	-	-	-	-	-		
10. Outras**	5	2	7	20,00	5	4	9	22,90	5	4	9	29,05	8	2	10	37,05	1	1	2	11,76		
T O T A L	17	18	35	100,0	21	19	40	100,0	19	12	31	100,0	16	11	27	100,0	10	7	17	100,0		

* LISTA B DA 8ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 1965.

** B4; B5; B6; B8; B18 (as demais; 037); B20; B25; B27; B30; B33; B35; B38; B42; B45; BE49 e BE50.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE.

Nota-se na TABELA 22 que os acidentes de veículo a motor e os demais acidentes são as principais causas de óbitos no grupo etário de 5 a 14 anos. Em 1977 estas causas de óbitos corresponderam a 52,06% e a menor incidência ocorreu em 1974 com 20,0%.

Os tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos representaram a terceira causa neste mesmo grupo etário, embora a ausência de dados no ano de 1976, pode-se observar que a variação foi de 14,29% de causas de óbito em 1973 e a menor incidência ocorreu no ano de 1975 com 6,45%.

TABELA Nº 23- ÓBITOS SEGUNDO GRUPO ETÁRIO 15 - 24 ANOS E SEXO DO SUB-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO

PAULO, 1973 - 1977.

CAUSAS*	ANO	1973				1974				1975				1976				1977			
	SEXO	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%
1. Os demais acidentes (BE48).		9	-	9	12,68	13	-	13	21,31	12	1	13	21,31	8	1	9	20,0	6	-	6	16,22
2. Acidentes de veículos a motor (BE47).		8	2	10	14,08	6	3	9	14,75	3	4	7	11,47	4	5	9	20,0	5	1	6	16,22
3. Todas as demais doenças (B46).		2	7	9	12,68	4	2	6	9,84	3	-	3	4,92	2	3	5	11,11	4	2	6	16,22
4. Sintomas e estados mor- bidos mal definidos (B45).		4	1	5	7,04	1	-	1	1,64	6	1	7	11,47	1	1	2	4,44	-	2	2	5,41
5. Tumores malignos, inclu- indo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (B19).		-	3	3	4,22	-	3	3	4,92	4	1	5	8,20	1	-	1	2,22	3	1	4	10,81
6. Demais causas externas (BE50).		4	-	4	5,63	3	-	3	4,92	6	-	6	9,84	2	-	2	4,44	1	-	1	2,70
7. Pneumonia (B32).		2	-	2	2,82	1	1	2	3,28	1	4	5	8,20	1	2	3	6,67	2	1	3	8,11
8. Suicídio e lesões auto- infligidos (B49).		-	2	2	2,82	2	1	3	4,92	-	2	2	3,28	2	-	2	4,44	1	-	1	2,70
9. Todas as demais doenças infecciosas e parasitá- rias (B18).		2	1	3	4,22	1	-	1	1,64	1	-	1	1,64	3	-	3	6,67	-	-	-	-
10. Outras**		12	12	24	33,81	13	7	20	32,79	9	3	12	19,67	5	4	9	21,0	3	5	8	21,62
T O T A L		43	28	71	100,0	44	17	61	100,0	45	16	61	100,0	29	16	45	100,0	25	12	37	100,0

* LISTA B DA 8ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 1965.

** B10; BE50; B 6; B38; B 5; B41; B11; B18; B35; B23; B28; B20; B42; B45; B21; B 4; B25; B31; B37; B36; B40; B33; B26 e B27.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE

Na TABELA Nº 23 os demais acidentes e acidentes de veículos a motor, foram as duas principais causas de óbitos que ocorreram na faixa etária de 15 à 24 anos no Subdistrito de Penha de França. Nota-se que em 1976 a maior incidência de óbitos por estas causas foi de 40% e a menor de 26,76% em 1973. Observa-se nesta Tabela que os acidentes estão ocorrendo com maior frequência entre os indivíduos do sexo masculino, o que sugere que os mesmos estão mais expostos aos agravos de saúde, considerando que na nossa sociedade a mulher está menos exposta a estes agravos, devido às suas atividades domésticas.

Na terceira e quarta causas de óbitos a grupa-se um número considerável de doenças sob o título de "Todas as demais Doenças" e "Sintomas e Estados Mórbitos mal definidos", impedindo um conhecimento das verdadeiras causas, e que denota segundo Yunes, J. Bromberg, R.³⁰ uma cobertura insatisfatória da assistência médica na Região.

TABELA Nº24- ÓBITOS SEGUNDO GRUPO ETÁRIO 25 - 44 ANOS E SEXO, DO SUB-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

CAUSAS* \ SEXO	ANO				1973				1974				1975				1976				1977			
	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%				
1. Acidentes de veículos a motor (BE47).	16	3	19	9,22	20	6	26	10,32	12	5	17	8,76	16	4	20	10,93	18	6	24	15,58				
2. Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (B19).	5	7	12	5,82	10	9	19	7,54	14	13	27	13,91	7	12	19	10,38	8	6	14	9,09				
3. Todas as demais doenças (B46).	10	10	20	9,71	14	7	21	8,33	14	7	21	10,82	6	4	10	5,46	6	8	14	9,09				
4. Doenças Cerebrovasculares (B30).	15	4	19	9,22	11	15	26	10,32	12	9	21	10,82	13	4	17	9,29	4	6	10	6,49				
5. Pneumonia (B32).	6	5	11	5,34	13	4	17	6,74	15	2	17	8,76	6	6	12	6,56	7	3	10	6,49				
6. Doenças Isquêmicas do coração (B28).	7	1	8	3,88	9	3	12	4,76	8	2	10	5,15	12	2	14	7,65	16	2	18	11,69				
7. Os demais acidentes (BE48).	14	2	16	7,76	17	2	19	7,54	9	-	9	4,64	9	2	11	6,01	-	1	1	0,65				
8. Cirrose hepática (B37).	7	8	15	7,28	9	6	15	5,95	4	-	4	2,06	7	3	10	5,46	4	1	5	3,25				
9. As demais causas externas (BE50).	6	2	8	3,88	5	-	5	1,98	5	1	6	3,09	7	2	9	4,92	9	-	9	5,84				
10. Outras**	49	29	78	37,89	58	34	92	36,52	39	23	62	31,99	34	27	61	33,34	26	23	49	31,83				
T O T A L	135	71	206	100,0	166	76	252	100,0	132	62	194	100,0	117	66	183	100,0	98	56	154	100,0				

* LISTA B DA 8ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 1965.

** BE50; B45; B49; B5; B18; B20; B22; B23; B26; B34; B38; B41; B6; B24; B36; B40; B42; B35; B17.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE

Nota-se na TABELA Nº 24 que entre as principais causas de óbitos no grupo etário de 25 a 44 anos no Subdistrito de Penha de França os acidentes de veículos a motor representam a principal causa. Em seguida os tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos. A terceira causa de óbitos é constituída pelo grupo, "Todas as outras Doenças", pois englobam um número significativo de causas o que nos impede uma análise mais aprofundada.

Observa-se que a mais alta incidência corresponde às outras causas de óbito, o que não torna esta incidência muito significativa, pois há uma grande diversificação nas causas de óbito.

TABELA Nº 25 - MORTES SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO 45 - 64 ANOS E SEXO, DO SUB-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

CAUSAS*	ANO SEXO	1973				1974				1975				1976				1977			
		M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%
1. Tumores malignos incluindo neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (B19).		45	22	67	16,50	56	26	82	18,80	45	37	82	18,10	49	33	82	19,62	59	41	100	23,47
2. Doenças isquêmicas do coração (B28).		60	21	81	19,95	56	28	84	19,27	52	28	80	17,66	46	22	68	16,26	50	23	73	17,13
3. Doenças cerebrovasculares (B30).		32	25	57	14,04	29	33	62	14,22	52	36	88	19,43	31	25	56	13,40	20	25	45	10,56
4. Todas as demais doenças (B46).		10	10	20	4,92	25	9	34	7,80	18	14	32	7,06	23	11	34	8,13	24	15	39	9,15
5. Outras formas de doenças do coração (B29).		19	11	30	7,39	17	8	25	5,73	13	7	20	4,42	16	12	28	6,70	19	14	33	7,75
6. Diabetes Mellitus (B21).		8	15	23	5,67	10	12	22	5,04	3	14	17	3,75	7	9	16	3,93	6	7	13	3,05
7. Doenças hipertensivas (B27).		13	3	16	3,94	5	10	15	3,44	10	10	20	4,42	13	3	16	3,83	13	6	19	4,46
8. Pneumonia (B32).		8	5	13	3,20	12	7	19	4,36	17	3	20	4,42	11	6	17	4,06	11	2	13	3,05
9. Cirrose hepática (B37).		11	5	16	3,94	8	--	8	1,83	10	3	13	2,87	10	3	13	3,11	18	--	18	4,22
10. Outras**		59	24	83	20,45	54	31	85	19,51	15	36	81	17,87	55	33	88	21,06	51	22	73	17,16
T O T A L		265	141	406	100,0	272	164	436	100,0	265	188	453	100,0	261	157	418	100,0	271	155	426	100,0

* LISTA B DA 8ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 1965.

** B4; B5; B33; BE47; BE48; BE50; B34; B45; B18; BE49; B22; B38; B24; B20; B11; B23; B26.

FONTE: GEAD - Fundação SEADE.

Na TABELA Nº 25 os tumores malignos, as doenças isquêmicas e as cerebrovasculares são as três principais causas de óbitos no grupo etário de 45 - 64 anos. Encontra-se uma incidência maior no ano de 1975 - 55,19% de óbitos e uma menor no ano de 1976 - 49,28% de óbitos por estas causas. Quanto às doenças isquêmicas do coração, nota-se uma incidência maior no sexo masculino, provavelmente pelo fato do homem estar mais exposto aos agravos de saúde, decorrente de atividades profissionais.

TABELA Nº 26- ÓBITOS SEGUNDO GRUPO ETÁRIO 65 ANOS E MAIS E SEXO, DO SUB-DISTRITO DE PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1973 - 1977.

CAUSAS*	ANO		1973				1974				1975				1976				1977			
	SEXO		M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%
1. Doenças isquêmicas do coração (B28).			69	63	132	24,86	78	63	141	26,45	74	69	143	25,41	81	95	176	29,19	70	67	137	29,34
2. Doenças cerebrovasculares (B30).			44	48	92	17,32	43	60	103	19,32	44	79	123	21,85	41	74	115	19,07	33	47	80	17,13
3. Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (B19).			38	25	63	11,86	33	34	67	12,57	43	23	66	11,72	45	28	73	12,11	28	27	55	11,78
4. Outras formas de doença do coração (B29).			27	20	47	8,85	24	19	43	8,07	16	23	39	6,93	18	24	42	6,96	17	19	36	7,71
5. Todas as demais doenças (B46).			18	14	32	6,02	19	17	36	6,75	19	19	38	6,75	19	30	49	8,13	25	24	49	10,49
6. Diabetes Mellitus (B21).			11	34	45	8,48	10	21	31	5,82	9	27	36	6,39	6	22	28	4,64	3	9	12	2,57
7. Pneumonia (B32).			9	9	18	3,39	8	14	22	4,13	7	8	15	2,66	20	10	30	4,97	10	8	18	3,85
8. Doenças hipertensivas (B27).			12	12	24	4,52	7	11	18	3,38	7	8	15	2,66	8	9	17	2,82	4	11	15	3,21
9. Bronquite, efisema e asma (B33).			8	4	12	2,26	7	4	11	2,06	11	3	14	2,49	12	4	16	2,65	8	2	10	2,14
10. Outras**			37	29	66	12,44	37	24	61	11,45	36	38	74	13,14	22	35	57	9,46	33	22	55	11,58
T O T A L			273	258	531	100,0	266	267	533	100,0	266	297	563	100,0	272	331	603	100,0	231	236	467	100,0

* LISTA B DA 8ª CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 1965.

** BE47; B45; B34; B37; B20; B38; BE48; B4; B39; B5; B22; B18 e B36

FONTE: GEAD - Fundação SEADE

Na TABELA Nº 26 as doenças isquêmicas do coração, as cerebrovasculares e os tumores malignos constituem as três principais causas de óbitos no grupo etário de 65 anos e mais. Observa-se uma maior incidência neste grupo no ano de 1976 - 60,37% de óbitos e a menor no ano de 1973 que correspondem a 54,04% de óbitos por estas causas. Nota-se um equilíbrio nestes óbitos quando se analisa o comportamento segundo o sexo das referidas doenças.

3.7. - INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS

3.7.1. - DISTRIBUIÇÃO DE MÃO DE OBRA.

Esse indicador determina o número da população economicamente ativa de uma região.

Segundo Mello¹⁶ não obstante todas as pessoas participem dos bens e serviços produzidos apenas uma parcela dessa população está empenhada no esforço produtivo, constituindo-se na chamada população economicamente ativa.

Entretanto, a mão de obra que representa a força do trabalho não se distribui uniforme e indiferentemente nas diversas atividades da produção.

Para análise da distribuição da mão de obra segundo Mello¹⁶ os economistas agrupam as atividades econômicas em três ramos:

Primário : atividades agrícolas, pecuária, extração mineral;

Secundário: indústrias de transformação, indústrias de construção, serviços industriais;

Terciário : comércio de mercadoria, prestação de serviços transportes, comunicação, profissões liberais, serviços de saúde, de administração pública, serviços de infra-estrutura básica, (luz, água, esgoto, gaz).

Na medida em que o desenvolvimento se processa ocorre uma transferência da mão de obra do setor primário para o secundário e terciário. Esse sintoma do desenvolvimento está relacionado com a renda per capita porquanto a remuneração do trabalho é menor no setor primário, maior no setor secundário e mais elevada no setor terciário.

A oferta de empregos no Brasil não tem sido suficiente para atender ao crescimento da força de trabalho. Segundo dados da

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. (P.N.A.D.) citados por Camargo⁴ a taxa de participação da força de trabalho está decrescendo na Grande São Paulo.

"No último trimestre de 1971 de um total de 6,5 milhões de habitantes, cerca de 3,5 milhões ou seja 53,8% estavam na força de trabalho. Já um ano depois, no último trimestre de 1972, de um total de 6,8 milhões, cerca de 3,6 milhões ou seja 52,4% estavam na força de trabalho"⁴. Supõe-se portanto que deva ter aumentado a taxa de desemprego.

Segundo a mesma pesquisa PNAD, citada anteriormente, "a análise das taxas de desemprego evidência que, para a população de mais de dez anos a proporção da força de trabalho masculina de empregada atinge a ponderável cifra de 11,4%. Já no contingente feminino a taxa de desemprego é de 16,9%". A taxa de desemprego feminino esconde outro fenômeno que é chamado "oculto", por não aparecer nas estatísticas de enorme contingente de mulheres que não dispõe de emprego que desempenha atividades domésticas.

A existência de um excedente de força de trabalho em relação às necessidades do sistema produtivo permite que os empregados estabeleçam critérios de preferência por certa categoria de trabalhadores, tais como:

- utilizar mão de obra não qualificada, em detrimento da qualificada.
- substituição do trabalho idoso por mão de obra jovem. Nesse particular segundo a pesquisa já referida a taxa de desempenho masculino na faixa, etária de 40 a 49 anos é de apenas 4,6%, mas na faixa etária de 50 a 59 anos passa a ser de 24% e na de 60 a 69 anos alcança a 43%.

Podemos deduzir:

- do ponto de vista individual as oportunidades de emprego decorrentes do desenvolvimento econômico brasileiro indicam uma melhoria nas condições de vida da população;
- do ponto de vista coletivo a taxa de desempenho feminino e da mão de obra "idosa" perpetua as desigualdades sociais

com a deterioração da qualidade de vida de certos seguimentos sociais da população.

Por outro lado Wilhelm²⁹ coloca "que o setor industrial o Brasil está adotando uma política de importação de uma tecnologia avançada a fim de competir com o mercado internacional. Esta tecnologia avançada é essencialmente poupadora de mão de obra acarretando uma contradição com a situação de penúria em oferta de empregos".

Para a região em estudo, Penha de França segundo os dados do Metrô de São Paulo¹⁸ a população desta área para o ano de 1975, foi estimada em 159.448 habitantes. Usando-se o mesmo percentual do Anuário Estatístico do Brasil em 1975 da população economicamente ativa da Grande São Paulo (37,83%) para a população total de Penha de França podemos estimar que a população economicamente ativa dessa área é de 60.319 habitantes.

Dos dados do estudo desenvolvido pelo Metrô de São Paulo o número de pessoas empregadas no setor secundário, era de 4.755 e no setor terciário de 17.811 totalizando 22.566 habitantes trabalhando na área de Penha de França. Do restante ou seja 37.753 habitantes economicamente ativos, supomos que se empregados, desenvolvem suas atividades fora da área.

Dos dados disponíveis podemos constatar que a população economicamente ativa da região se distribui no secundário e predominantemente no setor terciário, que teoricamente é o melhor remunerado (indicador de melhor condição de vida se analisado isoladamente). Somente esse dado, entretanto, não nos permite concluir que a população da área tenha uma qualidade de vida traduzida por aquele indicador. Seria necessário conhecer os critérios estabelecidos pelos empregadores na utilização da força de trabalho, bem como a taxa de sub-emprego (emprego não registrado) e do desemprego. Para isso dependeríamos de uma pesquisa domiciliar a ser realizada na região.

3.7.2. NÍVEL DE INSTRUÇÃO.

O sistema educacional numa sociedade urbana industrial como a de São Paulo, tem uma significação importante nas oportunidades de trabalho.

Segundo um estudo especial feito pela Fundação Getulio Vargas¹⁷ a melhoria do nível educacional da população, com especial atenção para o primeiro grau de ensino, só surtirá os efeitos desejados em termos de distribuição de renda. A curto prazo, a economia brasileira terá que crescer a taxas relativamente elevadas de modo a gerar empregos em número suficiente para absorver os grandes contingentes populacionais, que a cada ano ocorre ao mercado de trabalho.

Através de dados fornecidos pela Secretaria de Economia e Planejamento, do Governo do Estado de São Paulo², verifica-se que há uma provável correlação positiva entre o nível de instrução e o nível de ocupação nos casos constantes da amostra da população da área de Penha de França como o demonstra a tabela nº 27.

TABELA Nº 27- MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - ÁREA HOMOGÊNEA DE PENHA DE FRANÇA OCUPAÇÃO
PROFISSIONAL DA POPULAÇÃO DE AMOSTRA SEGUNDO O NÍVEL DE INSTRUÇÃO.

OCUPAÇÃO NÍVEL DE INSTRUÇÃO	PROFISSIONAIS LIBÉ- RAIS		SUPERVISÃO		OCUPAÇÃO NÃO-MANUAL		OCUPAÇÃO MA- NUAL ESPECIALI- ZADA		OCUPAÇÃO MANUAL NÃO-ESPECIALIZA- DA		APOSEN- TADO		VIVENDO DE RENDA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primário	6	46,2	50	49,5	77	35,0	226	71,3	189	62,2	31	77,5	2	33,3	581	58,0
Secundário	3	23,0	32	31,7	114	51,8	47	14,8	55	18,0	5	12,5	-	-	256	25,6
Superior	4	30,8	11	10,9	12	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	27	2,7
Alfabetização	-	-	1	0,9	1	0,5	2	0,6	2	0,7	-	-	-	-	6	0,6
Madureza	-	-	2	2,0	11	5,0	4	1,3	2	0,7	-	-	-	-	19	1,9
Não-Especificado	-	-	5	5,0	5	2,2	38	12,0	56	18,4	4	10,0	4	66,7	112	11,2
TOTAL	13	1,3	101	10,0	220	22,0	317	31,7	304	30,4	40	4,0	6	0,6	1001	100,0

FONTE: Pesquisa de Orçamento Familiares da Cidade de São Paulo - 1971/1972.

Observa-se que os indivíduos pesquisados com curso superior concentram-se no setor de ocupação terciário (profissões liberais, altos cargos políticos e administrativos, proprietários de médias e grandes empresas).

No outro extremo da escala de instrução, a maioria dos indivíduos pesquisados que tem baixo nível de instrução concentra-se nos setores de ocupação manual especializada e não especializada.

É preciso ressaltar o fato de que indivíduos com curso primário terem ocupações manuais especializadas indica que a educação informal tem grande importância na formação de mão de obra.

Para Camargo e colaboradores ⁴ "a expansão da escolarização atinge pelo, menos nos graus elementares de ensino, parcela ponderável das classes trabalhadoras. Como consequência, as novas gerações apresentam níveis educacionais mais elevados em relação às mais velhas".

Mas é preciso verificar se o aumento da escolarização expressa, maiores possibilidades de ascensão social para os grupos pobres, ou se, a partir de novas exigências da divisão social do trabalho, reforça as diferenças sociais já existente.

A criança ou o jovem que não pode frequentar a escola ou que precisa abandoná-la terá menores, possibilidades de exercer no futuro uma série de ocupações, que, exigem conhecimentos prévios. Não obstante existir um aumento no número de crianças e jovens que frequentam escolas, em São Paulo, há um número significativo daqueles que interrompem seus estudos prematuramente. Muitos são desde cedo excluídos da escola devido às condições sócio-econômicas de suas famílias. Os excluídos da escola em grande parte, são crianças e jovens que precisam procurar trabalho. Tal situação revela processo educacional precocemente interrompido⁴.

O número de matrículas, segundo estudos realizados pelo Metrô¹⁸ para o subdistrito de Penha de França referente ao ano de 1973 foi de 33.219. Esses dados foram obtidos pelo levantamento cadastral procedido junto às redes de ensino público e privado,

abrangendo a população estudantil, que teoricamente é responsável por viagens pelo Metrô, envolvendo da 5.^a a 8.^a série do primeiro grau, segundo grau e ensino superior. Não inclui matrícula de alunos de 1.^a a 4.^a série do primeiro grau.

A população de 11 a 24 anos no distrito de Penha de França segundo dados do C.I.S. , para o ano de 1973 era 46.082. Tomando como base o número de matrícula, observamos que 28% da população jovem não frequenta escola ou seja, 12.863 habitantes naquela faixa etária não recebem qualquer instrução oficial.

Para se conhecer o número de matriculados que abandonaram o curso, e o motivo porque o fizeram, é necessário proceder a um inquérito em cada escola da região, bem como no domicílio daqueles que deixaram os estudos. Por outro lado tal inquérito deveria pesquisar a razão porque 28% da população jovem não frequenta os cursos regulares. Só assim, teríamos uma idéia mais real da situação de escolaridade da população de Penha de França, para que o consideremos como um indicador significativo das condições de vida.

3.7.3. RENDA MENSAL FAMILIAR.

Um dos indicadores sócio-econômico que reflete o nível de vida e o bem estar da população elaborada pela Organização das Nações Unidas é a renda per capita ¹⁶. Entretanto, este indicador só se aplica em regiões homogêneas pois segundo Camargo e colaboradores ⁴ "os dados referentes a renda per capita não significam que, cada habitante tenha o mesmo quinhão. Indicam apenas a quantidade dos rendimentos auferidos no Estado em relação com o número de seus habitantes, independentemente da distribuição desses rendimentos".

O importante é saber como a renda se distribui entre as pessoas das diversas camadas sociais da população.

Segundo Saboia ²⁴, a partir de 1964 o Governo Federal implantou uma política salarial responsável pela atual concentração de renda verificada no Brasil. Da década de 1960 para 1970 observa-se um reforço da tendência a concentração de renda no país. Os dados apontados por Camargo e Colab. ⁴ demonstram que em 1960 já era flagrante a desigualdade na distribuição de renda da população brasileira, este se acentuou ainda mais em 1970, conforme demonstra a tabela nº 28:

TABELA Nº 28 - DISTRIBUIÇÃO DE RENDA NO BRASIL (% DA RENDA TOTAL)

% DA POPULAÇÃO	A N O	
	1960	1970
A) 1% da pop. de renda mais elevada	11,7%	17,8%
B) 4% seguintes na escala	15,6%	18,5%
C) 15% seguintes	27,2%	16,9%
D) 30% seguintes	27,8%	23,1%
E) 50% restantes de renda mais baixa	17,7%	13,1%
T O T A L	100%	100%

FONTE: Duarte, J.C. - Aspectos da Distribuição de Renda no Brasil em 1970, Piracicaba - Esalg - USP - 1971.

Observa-se que em 1960, 5% da população apropriava-se de - 27,3% da renda nacional, ao passo que em 1970 esta mesma proporção da população aumentou concentrando-se em torno de 36,3%.

Segundo Camargo (1976)⁴ as tendências recentes de concentração de renda no Brasil tornam-se ainda mais claras quando se observa a distribuição da população por estratos de rendimentos tomando-se como base o salário mínimo do país, conforme tabela nº 29:

TABELA Nº 29 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA NO BRASIL

RENDA EM SALÁRIOS MÍNIMOS (S.M.)	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM RENDIMENTOS MONETÁRIOS	
	1970	1972
Menos de 1 S.M.	50,2%	52,5%
De 1 a 2 S.M.	28,6%	22,8%
De 2 a 3 S.M.	10,2%	9,8%
De 3 a 7 S.M.	7,1%	9,4%
De 7 a 10 S.M.	1,7%	2,3%
Mais de 10 S.M.	2,2%	3,2%
T O T A L	100%	100%

FONTE: Singer, P. - "mais pobres e mais ricos". Opinião (116), 24.1.75.

Observa-se que a parcela da população (50,2%) que auferia menos de 1 salário mínimo em 1970, aumentou em 1972 para 52,5%, além disso diminuíram, nesses mesmos anos "os estratos intermediários representados pela população que percebia de 1 a 3 salários mínimos"⁴. Segundo Singer²⁸ "a persistir essa tendência" teremos em 1980 mais de 60% da população ganhando menos de 1 salário mínimo e cerca de 30% com mais de 3 salários mínimos".

Por outro lado a distribuição geográfica da renda per capita no Brasil não é equitativa para todos os Estados da Federação. Os dados levantados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-econômicos (DIEESE) nos permite avaliar a situação da família trabalhadora típica na cidade de São Paulo. Conforme tabela nº30.

TABELA Nº 30 - COMPARAÇÃO DA FAMÍLIA TIPO DA CLASSE TRABALHADORA NA CIDADE DE SÃO PAULO 1958 - 1969

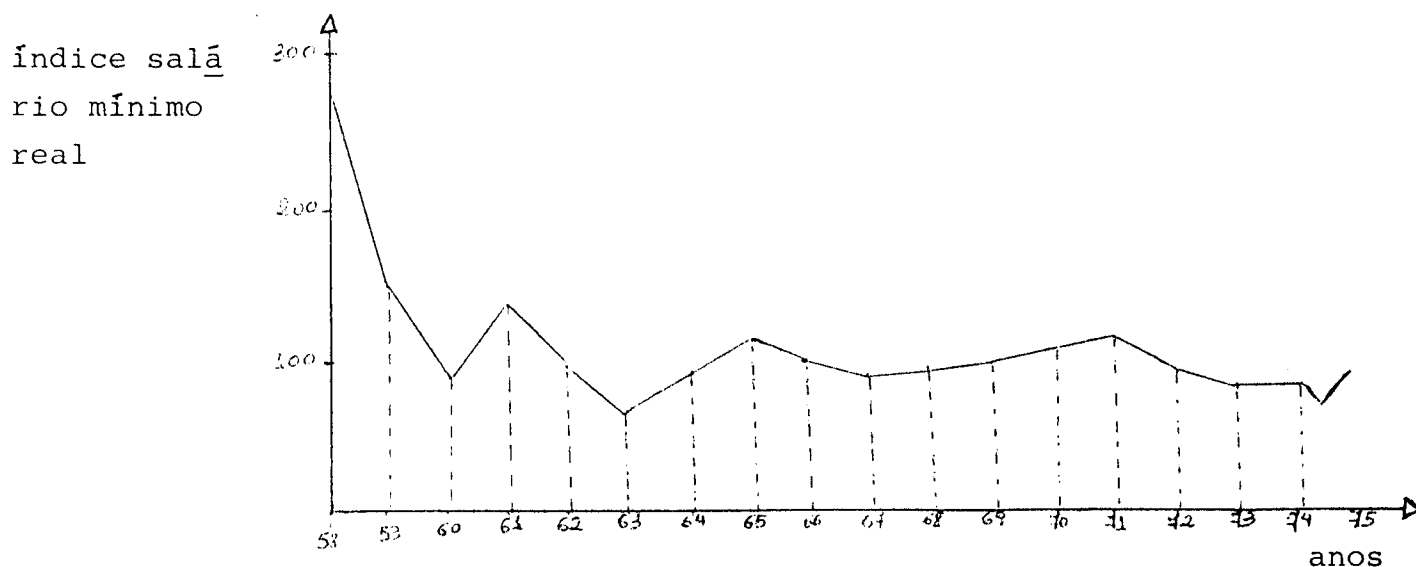
	1958	1969
Número de membros	4,5	4,9
Membros ocupados	1,0	2,0
Renda mensal (preço corrente)	Cr\$ 10,15	Cr\$ 512,10
Renda real (preços 1958)	Cr\$ 10,15	Cr\$ 9,20
Salário Mensal do chefe (preço corrente)	Cr\$ 8,34	Cr\$ 361,03
Salário real (a preços de 1958)	Cr\$ 8,54	Cr\$ 5,42

FONTE: DIEESE - "Família assalariada; padrão e custo". Estudos - Socio Economicos (2) Janeiro 1974, pg 25.

"Observa-se que no decorrer de onze anos o poder aquisitivo do salário do chefe de família reduziu para 36,5%. Para compensar essa perda, a família do trabalhador foi compelida a colocar mais gente a trabalhar para seu sustento. No entanto, mesmo com a ocupação de mais pessoas a renda real da família caiu em 9,4%"⁴.

Para os trabalhadores menos qualificados a deterioração das condições de vida foi ainda mais acentuada como revelam os dados sobre evolução do salário mínimo.

GRÁFICO Nº 2 - EVOLUÇÃO DO SALÁRIO MÍNIMO REAL EM SÃO PAULO (DEZEMBRO DE 1958 a MAIO de 1975)



FONTE: DIEESE, In Jornal da Tarde, 30.04.75

Esse fenômeno ocasiona o não atendimento das necessidades mínimas de sobrevivência da família o que conduz ao trabalho um maior número de membros da família e ao prolongamento da jornada de trabalho, com maior desgaste físico e mental do indivíduo.

Segundo Mello em 1977¹⁶, da renda familiar auferida, os indivíduos terão que destinar uma parcela para atender as necessidades básicas: alimentação (52,9%), vestuário, habitação e somente o que restar utiliza-se para outros fins, como a assistência médica.

Desta forma, conclui-se pela Bibliografia estudada, que o Brasil não é uma região homogênea em que se possa aplicar a renda per capita como um dos medidores do crescimento econômico do país e das condições de vida de seus habitantes. As diferenças encontradas permitem claramente verificar este fenômeno se compararmos o salário mínimo do Estado de São Paulo e Amazonas e sua relação com custo de vida de ambos os Estados.

Segundo Cajardo³, o índice do custo de vida da Fundação Getúlio Vargas, é tomado como uma espécie de média do País.

Existem diferenças regionais entre os vários índices do custo de vida. Foram as seguintes as taxas do aumento do custo de vida acumulado nos últimos doze meses para as Capitais:

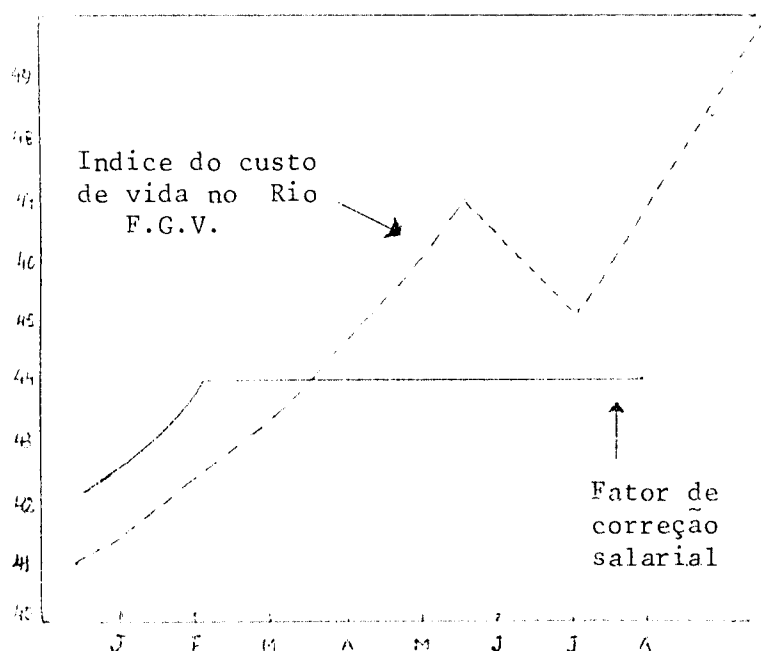
Belo Horizonte	-	59%
Recife	-	54%
Fortaleza	-	53%
Salvador	-	52%
Brasília	-	49%
Rio de Janeiro	-	47%

Percebe-se que o coeficiente de reajuste salarial fixado por decreto presidencial em 44%, não serve nem mesmo para repor o poder aquisitivo dos trabalhadores situados nos centros onde os preços apresentam uma evolução relativamente menor.

Essa situação pode ser ilustrada através do gráfico nº

GRÁFICO Nº 3 - CORRELAÇÃO ENTRE CUSTO DE VIDA NO RIO DE JANEIRO E SALÁRIOS SEGUNDO A FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.

Janeiro - Agosto - 1979



FONTE: Folha de São Paulo - 22.08.79

Uma forma para a renda servir como indicador sócio-econômico é usada em termos da renda média mensal familiar, aonde se inclui os dados de salário real do chefe da família, horas extras, trabalhos femininos fora e dentro do lar, trabalho infantil e número de habitantes por domicílio. Para se obter estes dados é necessário um inquérito domiciliar em que se considera' o rendimento mensal como o indicado por Ferrante e outros⁸ em seu modelo de análise sócio-econômico, na qual "quando um elemento percebia certa renda mas não colaborava em nada com a despesa familiar, esta não deverá ser computada para análise do indicador".

Dada a exiguidade de tempo considerou-se inviável a aplicação do inquérito domiciliar na região Penha de França. Entretanto podemos ilustrar esse trabalho com dados coletados em duas pesquisas realizadas recentemente por Instituições Oficiais.

Segundo o Instituto Gallup de Opinião Pública - março de 1973¹² - a média da renda familiar mensal para a região Penha de Franca em 1972 foi de Cr\$ 1.258,34. O número médio de habitantes por domicílio era de 4,64 e a estimativa da renda per capita de Cr\$ 208,40.

No Estudo de viabilidade Técnica Econômico Financeira da Linha Leste-Oeste, realizada pelo Metrô de São Paulo em 1975,¹⁸ observamos que a renda mensal para a mesma região alcançou a cifra de Cr\$ 2.248,16.

No que concerne a caracterização da população segundo estratificação social por níveis de renda, o mesmo estudo conclui que: "a população de Penha de Franca, distribui-se entre a classe média e a pobre, sendo que a muito pobre representa 1/5 da população localizada na parte oriental do Distrito"¹⁸.

3.7.4. HABITAÇÃO.

A habitação como integrante da organização do espaço urbano, da infra-estrutura e dos serviços urbanos de uma cidade ao lado da organização empresarial e industrial determina a qualidade de vida da população.

Essa qualidade poderá ser alcançada, caso se facilitasse a acessibilidade à habitação por parte da população, permitindo uma urbanização mais humana, oferecendo -lhe maior garantia, e estabilidade.

Segundo o Boletim de Análise sócio-econômico² investigar a qualidade habitacional é problema complexo e envolve:

- a caracterização da unidade habitacional propriamente dita;
- da análise dos serviços de infra-estrutura disponíveis, das condições sócio-econômicas e culturais dos seus moradores, das aspirações individuais e das condições climáticas a que estão sujeitos.

"Este conjunto de fatores conduz a existência de formas e critérios diversos de mensuração do fenômeno e nesse sentido diferentes organismos Internacionais e Nacionais tem estabelecido parâmetros para conceituar, uma habitação como normal, ou seja, em condições desejáveis de habitabilidade"².

"Vale ainda, ressaltar que o conceito de habitação normal ou adequada é geralmente impreciso e de difícil operacionalização, pois além de envolver valores subjetivos, como já foi colocado, refere-se não só à moradia em si, mas também a toda trama urbana na qual a habitação se insere"².

A habitação, para servir como indicador de "qualidade de vida"; deve suprir dois tipos de necessidades básicas de quem a habita:

- necessidades individuais e fisiológicas ou seja deve dar condições de repouso, higiene, lazer, etc.
- necessidade sociais que podem ser divididas em exigências sociais e aspirações sociais²

A avaliação das necessidade sociais é bastante complexa, uma vez que ela envolve valores subjetivos, enquanto que a avaliação das necessidades individuais e fisiológicas é mais simples pois dizem respeito às funções biológicas de todo organismo humano: dormir, comer, repousar, independentemente da classe social.

Um Comitê de Especialistas em Higiene da Habitação, reunidos em Genebra em 1967, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, determinou requisitos fundamentais para um ambiente residencial saudável:

- Quanto à unidade: número de cômodos suficientes do ponto de vista da higiene e das necessidade de vida.
- Uma distribuição interna que permita aos ocupantes evitar incômodos procedentes do exterior.
- Quanto ao sistema de abastecimento de água potável: os ocupantes devem dispor de toda a água de que necessitam para limpeza doméstica, para o asseio e confortos pessoais.
- Quanto aos sistema higiênico de eliminação de águas residuais, lixo e outros dejetos: devem ser adequados para banho, cozinha, despensa.
- Quanto à verificação: suficiente e o ar interior isente de substâncias tóxicas ou nocivas.
- Quanto a iluminação: natural e artificial suficientes.

Para se expressar a densidade habitacional pode-se utilizar os seguintes indicadores, de acordo com o Boletim de Análise sócio-econômica² :

área construída por morador, é um indicador importante à medida que exprime a área em que cada morador deve dispor

dentro da habitação.

- . número de pessoas por dormitório - é um indicador fundamental, a medida que se relaciona com a função primordial da habitação: que é repouso.
- . número de pessoas por dependências - é importante principalmente quando utilizado junto com o de área construída, pois indicará se ao lado de uma área adequada, existe uma divisão de cômodos também adequada.
- . condições de saneamento das habitações - é de importância para se determinar a origem da água e destino dos dejetos.

Segundo dados do IBGE apenas 37% das residências urbanas reuniam em 1976, os requisitos mínimos exigidos por qualquer imóvel em condições de ser habitado com um mínimo de conforto, ou seja água encanada, esgoto e eletricidade, etc.

As condições de habitabilidade estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida em geral e o nível de vida familiar, pois o nível de renda determina a ocupação de uma moradia, situada em determinado espaço social, cuja qualidade está condicionada pela existência de infra-estrutura e serviços urbanos disponíveis ².

"A análise de orçamento familiar põe em evidência o peso significativo dos gastos com habitação para a grande parte da população dos centros urbanos" ¹⁵. Os gastos com habitação se diferenciam conforme a localização espacial e o tipo das habitações e se relacionam diretamente com a renda familiar.

"É importante que se frise, aqui, a enorme dificuldade de se universalizar o acesso à casa própria no Brasil. Na verdade é preciso que se reconheça que grande parte da população-alvo de programas habitacionais de caráter redistributivo não tem recursos suficientes, em geral, para arcar com a exigência de poupança inicial (entrada) e prestações subseqüentes" ¹⁹, do sistema financeiro da habitação.

"Isso se deve, principalmente, à disparidade existente entre o aumento de salário mínimo e o aumento do custo de vida e da construção civil. O salário mínimo nominal em 1970 era de Cr\$ 187,20 passando a Cr\$ 415,20 em 1974 e Cr\$ 1.560,00 em 1978. Ao longo desses oito anos o salário mínimo nominal cresceu 733%. Entretanto, de acordo com dados do DIEESE - tendo como base de zembro de 1970 - o aumento do custo de vida da família assalaria da atingiu em setembro de 1978 a cifra de 888,44..."² .

"O diferencial do aumento do custo de vida em relação aos reajustes salariais, demonstra a necessidade crescente de um maior comprometimento da renda das camadas populares com gastos de subsistência o que implica na impossibilidade de aquisição das habitações"² .

Mesmo os planos habitacionais voltados para a população de renda mais baixa, são inacessíveis dada o atual quadro de distribuição e concentração de renda no país.

"Por outro lado a construção da própria casa, constitui, a única possibilidade de alojamento para os trabalhadores menos qualificados, cujos baixos rendimentos não permitem pagar aluguel, muito menos candidatar-se aos créditos do sistema financeiro de habitação"⁴ .

A casa própria tende a fixar o trabalhador num bairro entre tanto o processo de desenvolvimento econômico, intensificou a mobilidade de emprego, tornando os deslocamentos entre residência e trabalho cada vez mais prolongados.

Alguns dados sobre habitação da região de Penha de França foram obtidos através do modelo de regionalização do município de São Paulo em áreas homogêneas, estabelecido pela Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. Elas foram definidas a partir do conjunto de indicadores que expressa aspectos da qualidade de vida da população, relacionados com o processo de expansão e crescimento da cidade²⁵ .

Foram utilizados os seguintes indicadores:

- . tipo de habitação.
- . condições de ocupação.
- . número médio de dependências, de cômodos e de dormitórios por habitação.
- . área média construída das habitações e dos terrenos.
- . número médio de pessoas por dependência, por cômodos e por dormitórios.
- . área média construída das habitações segundo o número médio de pessoas residentes ².

"É importante lembrar, no entanto, que, isolados, esses indicadores não significam muito a medida que dariam uma caracterização parcial que poderia falsear as reais condições das habitações. Por isso a análise se baseará no conjunto deles para caracterizar padrões semelhantes" ².

Passaremos a análise dos indicadores selecionados para a região.

TABELA Nº 31 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - ÁREA HOMOGÊNEA DE PENHA DE FRANÇA TIPO DE DOMICÍLIO CONFORME ÁREAS HOMOGÊNEAS 1972.

TIPO DE DOMICÍLIO	Nº	%
Térreo	434	82,0
Sobrado	43	8,1
Apartamento	5	0,9
Barraco	5	0,9
Outro	43	8,1
TOTAL	530	100,0

FONTE: FIPE - Fundação Instituto Pesquisas Econômicas - Pesquisa de Orçamento Familiar.

Conforme tabela nº 31 observou-se que o tipo de habitação característica da área é quase que exclusivamente a casa térrea e sobrado, 90,1%, sendo portanto inexpressiva a incidência de outros tipos de habitações, tais como apartamentos ².

TABELA Nº 32 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - ÁREA HOMOGÊNEA DE PENHA DE FRANÇA CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO DO DOMICÍLIO 1972.

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO DO DOMICÍLIO	Nº	%
Alugada	226	42,6
Própria	264	49,8
Cedida	40	7,6
TOTAL	530	100

FONTE: FIPE - Fundação Instituto Pesquisas Econômicas - Pesquisa de Orçamento Familiar.

Os dados de condição de ocupação conforme tabela nº 32, indicam que há maior incidência de habitações próprias nessa área. Entretanto, não dispomos, de informações, da forma de aquisição da casa própria (se já quitadas totalmente, ou ainda vinculadas ao Sistema Financeiro de Habitação).

TABELA Nº 33 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - ÁREA HOMOGÊNEA DE PENHA DE FRANÇA NÚMERO MÉDIO DE DEPENDÊNCIAS, COMODOS E DORMITÓRIOS E NÚMERO MÉDIO DE PESSOAS POR DEPENDÊNCIAS, COMODOS E DORMITÓRIOS 1972.

ELEMENTOS	Nº MÉDIO DE DEPENDÊNCIAS COMODOS E DORMITÓRIOS	Nº MÉDIO DE PESSOAS POR DEPENDÊNCIA, COMODOS E DORMITÓRIOS
Dependências	4,6	0,9
Comodos	3,3	1,3
Dormitórios	1,5	2,8

FONTE: FIPE - Fundação Instituto Pesquisas Econômicas - Pesquisa de Orçamento Familiar.

Observando-se os dados da tabela nº 33 constatou-se que o número médio de dependências, comodoss e dormitórios dessa área está abaixo das médias do município². O mesmo se pode dizer com relação a adequação das residências do número médio de pessoas que nela convivem.

TABELA Nº 34 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - ÁREA HOMOGENEA DE PENHA DE FRANÇA ÁREA MÉDIA CONSTRUIDA DAS HABITAÇÕES, DOS TERRENOS E POR PESSOA 1972.

ELEMENTOS	ÁREA MÉDIA (m ²)
ÁREA CONSTRUIDA	53,9
ÁREA DO TERRENO	202,9
ÁREA CONSTRUIDA/PESSOA	12,5

FONTE: FIPE - Fundação Instituto Pesquisas Econômicas - Pesquisa de Orçamento Familiar.

O tamanho das habitações, tabela nº 34, expressas em m² de área média construída, está no limite mínimo do município de São Paulo. No que tange, ao tamanho médio dos terrenos nesta área, comparativamente a outras áreas do município de São Paulo. com maior poder aquisitivo, observa-se que eles apresentam maiores dimensões². Com relação a área média construída por habitante, o valor encontrado é o mínimo de espaço por pessoa, em relação as outras regiões do município².

A análise desses dados só terá sentido confrontados com a situação de infra-estrutura básica e de serviços públicos existentes na área, podendo-se daí utilizar globalmente as características habitacionais como indicador das condições de vida da população.

3.7.5. DENSIDADE DEMOGRÁFICA.

Este indicador representa a relação entre a população e a área a ser estudada. Relaciona-se intimamente com o crescimento populacional e permite conhecer os espaços urbanos, segundo o grau de concentração da população, e o crescimento vertical e, /ou horizontal das edificações.

Segundo LEZER ¹³ "é conhecida a complexidade da infra-estrutura indispensável para proporcionar condições de vida aceitáveis à população de determinada área: habitação, escolas, vias públicas a áreas de lazer, transportes, energia elétrica e, diretamente ligados à saúde, serviços de água, esgoto, coleta de lixo e de abastecimento de alimentos e instalações e pessoal para execução de ações de natureza médica-sanitária e hospitalar, além da preservação do meio ambiente, exigem para sua expansão, investimentos e custos de manutenção extremamente elevados. Mesmo nos países desenvolvidos, com recursos econômicos abundantes não é fácil satisfazer a demanda sempre renovada de bens e serviços essenciais para o bem estar de uma comunidade. Deficiências nessa infra-estrutura tem consequências agravadas quando a população é constituída por pessoas de nível econômico reduzido e com precária formação educacional geral e sanitária. Ocorre, entretanto, que os imigrantes atraídos para as grandes concentrações urbanas se caracterizam usualmente, pela menor capacitação para trabalho mais bem remunerado e pelas deficiências educacionais globais".

A distribuição espacial da população na cidade, reflete a condição social dos habitantes. A distribuição desigual da população no espaço urbano do município "apoia-se em fatores como o tamanho e a função do espaço, do uso das edificações a estrutura etária, da população residente e aos fatores... como a migração e os movimentos temporais que se operam no interior do município" ². Segundo Camargo ⁴ "o agravamento dos problemas que

afetam a qualidade de vida da população em São Paulo, não atinge a cidade em geral. Sobretudo a partir das últimas 3 ou 4 décadas, surgem e se expandem os bairros periféricos que, juntamente com os tradicionais cortiços e favelas, alojam a população trabalhadora. É nessas áreas que se concentram tanto a pobreza da cidade como a de seus habitantes".

Os bairros afastados do centro do município de São Paulo, são denominados periferia, que tenderá a crescer a índices elevados devido principalmente à chegada de novos contingentes migratórios oriundos de diferentes áreas do país. "Estes tendem a localizar-se em terrenos mais baratos devido a falta de infra-estrutura, mas servidos ainda que precariamente, por algum modo de transporte constituindo-se em uma demanda real de área para urbanização"¹⁸. Isto leva a uma urbanização desordenada e uma taxa de densidade demográfica e em consequência surgem as dificuldades coletivas de viver na cidade grande, tais como: transporte, carestia, promiscuidade, habitação, precariedade de emprego²⁹.

Com relação ao crescimento demográfico, ocorre em São Paulo um outro fenômeno, que é a utilização da periferia como destino residencial dos trabalhadores, ainda que haja áreas vagas em locais mais próximos do centro. Isso decorre da valorização dos terrenos centrais da cidade, que são alvos prioritários para os investimentos públicos e especulação imobiliária, expulsando para áreas mais distantes os grupos mais pobres da população⁴.

Segundo os dados do Boletim de Análise sócio-econômico², a densidade demográfica da área de Penha de França, nos anos de 1960 e 1970, alcançou respectivamente o número de 9.379 e 11.881 habitantes por Km². Considerando a taxa geométrica de crescimento médio anual de 2,4, houve no decênio o crescimento de 2.502 habitantes por Km², o que equivale aproximadamente ao esperado.

Para o ano de 1979, segundo dados do Centro de Saúde de Penha de França⁷, a densidade demográfica da área atingiu a 15.113 habitantes por Km², com um crescimento de 3.232 habitantes por Km². Adotando-se a mesma taxa de 2,4 ao ano, observa-se

o crescimento de 1 vez mais do o que o esperado. Adotando-se como parâmetro o limite mínimo de 10 m² por pessoa, conforme o estabelecido pelo Boletim de Análise sócio-econômico ² supõe-se; sem condições de análises mais profundas, que existe um contingente populacional de 3.605 habitantes a mais para a área de Penha de França, principalmente se levarmos em consideração que 90,1% das habitações da área constitue-se em casas térreas e sobrados. Este aumento pode acarretar o congestionamento urbano com as dificuldades decorrentes de uma infra-estrutura deficiente de bens e serviços essenciais para o bem estar da comunidade, já referidos anteriormente.

3.7.6. CRESCIMENTO POPULACIONAL.

É representado pela taxa geométrica de crescimento médio anual da população. Sua importância é fundamentada pelo impacto que o crescimento populacional exerce na estrutura urbana através de aumento da demanda de habitação e serviços públicos. Indica também a tendência de assentamento desse incremento populacional nos diferentes distritos de um município²⁵.

O comportamento do crescimento populacional pode ser estudado quando se desagrega os componentes da taxa de evolução de uma população: incremento vegetativo e incremento migratório. "O primeiro tem sua taxa determinada pela diferença entre a taxa de natalidade e mortalidade geral e o segundo pelos saldos migratórios intercensitários"².

Segundo Lezer¹³, "a política demográfica no país, tem sido orientada no sentido de estimular a maternidade implicando valores elevados da taxa de crescimento vegetativo. A decisão de mantê-la ou alterá-la visando a redução dessa taxa, deve resultar da ponderação de numerosos fatores, como os de ordem política, econômica, educacional, geográfica, de segurança nacional e de produção de alimentos, além do referente à saúde", com o objetivo do bem estar da população e do desenvolvimento do país.

Na última década o componente incremento vegetativo teve uma tendência crescente, entretanto o maior responsável pelo incremento populacional continua sendo a migração, em áreas de grande concentração urbana, como São Paulo.

O município de São Paulo vem experimentando um crescimento populacional a elevadas taxas, fortemente influenciado pelo componente migratório.

No período de 60/70, o crescimento migratório representou 54,2% do total do incremento².

O estudo da evolução da população do município de São Paulo em relação a população do Estado, mostra que em 1950 o município de São Paulo participava com 24,1% na população total do Estado e em 1970 com 33,3%².

É importante também observar a tendência da migração e a estrutura de sua população com relação a sexo e idade. Quanto a este último aspecto, pode-se afirmar que: "a estrutura da idade dos saldos migratórios mostram pouca variação ao longo do período; que o grupo de 10-29 anos é o que, predomina nos saldos migratórios, confirmando a hipótese de que o objetivo principal dos migrantes é a procura de melhores oportunidades de trabalho"².

"O assentamento desta população imigrante no município além de implicar no aumento da demanda de bens e serviços, modificou a fisionomia da paisagem urbana da cidade"². Em consequência disso, surgiu no cenário urbano do município de São Paulo aglomerações definidas como "periferia" clandestinas ou não, carentes para o crescimento da produção⁴.

O crescimento populacional pode ser estudado a nível de fenômenos ecológicos denominados concentração, desconcentração e sucessão de populações. "A concentração relaciona-se com os aumentos desproporcionais de populações, em setores determinados da cidade, com relação a outros setores, enquanto que a desconcentração diz respeito à redução da população em setores localizados. A sucessão da população prendem-se a movimentos temporais dentro de um mesmo espaço. Estes fenômenos, distintos conceitualmente, estão intimamente relacionados e resultam de volumes desiguais de migrações, para os diferentes setores do município, e internamente, entre os setores da cidade e também das diferenças nas taxas de crescimento vegetativo entre um setor e outro"².

Segundo dados da Fundação I.B.G.E.¹¹, a área homogênea de Penha de França, teve uma taxa de crescimento médio anual de 2,4, isto é, a população total do censo de 1960 era de 108.805, e no ano de 1970 de 137.818 habitantes. Os da

dos fornecidos pela Regional Leste, da Secretaria de Saúde, a população em 1979 foi estimada em 173.931 habitantes, o que representa uma taxa de crescimento de aproximadamente, 3,0 ao ano. Isto indica a ocorrência do fenômeno de concentração populacional nesta área, já mencionada anteriormente.

4. CONCLUSÕES.

4. C O N C L U S Õ E S

Para efeito deste trabalho, cujo objetivo principal, é "fornecer subsídios para um diagnóstico de saúde da população da área de Penha de França, através dos indicadores sócio-econômicos e de saúde tradicionais", o grupo selecionou como mais relevantes os seguintes:

- . condições de saneamento do meio
- . morbidade da demanda do C.S.I Penha de França
- . mortalidade numa série histórica (1973/1977).
- . distribuição da mão de obra
- . nível de instrução
- . habitação
- . densidade demográfica
- . crescimento populacional

Percebe-se que os indicadores são inter dependentes e refletem o nível de vida e saúde da população, que são por sua vez, determinados pelas classes sociais em que os indivíduos se inserem.

Os dados analisados demonstram que existem riscos à saúde diferenciais, de acordo com a classe a que os indivíduos pertencem, por exemplo, qualquer que seja a idade da criança, o risco de adoecer para a classe mais "desfavorecida economicamente" é maior. Além disso as condições de vida muito adversas, restringem seriamente os efeitos da atenção médica no intento de contribuir para a redução da mortalidade.

A mortalidade infantil está associada a variaáveis como: condições climáticas, saneamento do meio, a cessibilidade a recursos de saúde e componentes do desenvolvimento sócio-econômico. Na região de Penha de França, a primeira causa de mortalidade infantil na série histórica de 1973/1977, foi enterite e outras doenças diarréicas, intimamente ligadas às condições de saneamento, pois, apesar de haver abastecimento de água satisfatório, o serviço de esgoto é insuficiente.

A literatura consultada demonstrou um a chatamento salarial no país a partir de 1964, concomitantemente ocorreu um aumento nas taxas de mortalidade infantil. A mortalidade infantil é considerado um dos indicadores mais sensíveis às flutuações sócio-econômicas, bem como um importante subsídio para o diagnóstico de saúde de uma população.

Através do levantamento feito para o subdistrito de Penha de França, no período de 1973/1977, os coeficientes de mortalidade infantil apresentam-se elevados a atingindo seu apice em 1975, dois anos depois da maior redução do salário mínimo real.

As moléstias infecciosas figuram como uma das principais causas de óbitos em menores de um ano. Elas são resultantes de programas insatisfatórios de vacinação, condições deficientes de saneamento básico, precário padrão qualitativo e quantitativo de assistência materno-infantil, desnutrição, refletindo as desfavoráveis condições sócio-economicas de determinadas faixas da população. Na região em estudo, o levantamento feito, revelou que as doenças infecciosas atingem aproximadamente 50% das causas de mortalidade infantil.

Sabe-se que a morbidade é um indicador relevante de saúde. Por ter-se mostrado inviável o levantamento de morbidade da região, analisou-se apenas a morbidade da demanda do C.S.I Penha de França, o que de maneira nenhuma reflete as condições de saúde da população, mas nos permitiu concluir o seguinte:

. No que se refere a qualidade dos dados nos registros, os mesmos são deficientes, já que não existe a variável sexo, e que se registra sintomas e sinais como diagnósticos.

. No que se refere a população que procura o Centro de Saúde, verificou-se uma alta porcentagem de mulheres e crianças, talvez em função do horário de atendimento. Por outro lado, se supõe que a população masculina economicamente ativa seja atendida pelas empresas para as quais prestam serviços, ou não buscam serviços oficiais de saúde.

. Quanto a distribuição das patologias dos indivíduos que procuram o Centro de Saúde, em termos gerais, pode-se observar que as doenças infecciosas são as que predominam. Sabe-se que essas enfermidades incidem com maior frequência em populações carentes, desnutridas, de baixo nível sócioeconômico e podemos considerar o subdistrito de Penha de França com essas características, já que 75% da população percebe até 2 salários mínimos, o nível de escolaridade é baixo, além dessas condições, o saneamento no que refere ao esgoto também é insuficiente.

A análise do estado de saúde de uma população, dentro de um contexto sócio-econômico, considerando-se a concentração da renda e, conseqüentemente, a diminuição do montante destinado a população assalariada, é explicado pela

instalação de um modelo de desenvolvimento capitalista, baseado na marginalização da classe trabalhadora das decisões e benefícios desse desenvolvimento.

Uma das formas de se baixar o índice de mortalidade será através de uma política de melhoria do nível de vida da grande maioria da população.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BICUDO, P.I.M.T. & HARRIS, W.M. Estágio Integrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Preparo para o trabalho Multiprofissional. Rev.Saúde públ., S.Paulo, 10:257-66, 1976.
2. BOLETIM DE ANÁLISE SÓCIO-ECONÔMICO (Secretaria de Economia e Planejamento), São Paulo, 1(5), dez. 1978.
3. CAFARDO, P. A ingenuidade dos 44% - Folha de São Paulo São Paulo, 22 ago. 1979. p. 18.
4. CAMARGO, C.P.F. et al. São Paulo 1975 Crescimento e Pobreza. São Paulo, Edições Loyola, 1976.
5. CHAVES, M.M. Manual de Odontologia Sanitária. São Paulo, F.S.P., 1960.
6. CENTRO DE PESQUISAS E ESTUDOS URBANÍSTICOS DA FUNDAÇÃO DE ARQUITETURA E URBANISMO DA U.S.P. O Processo do Planejamento Territorial, São Paulo nº 8, 2^a Ed., 1960.
7. CENTRO DE SAÚDE PENHA DE FRANÇA - CS.I- Boletins de Produção. São Paulo, 1978/1979.
8. FERRANTE, V.L. et al. Um Modelo de Análise Sócio-Econômica: Construção e Resultados Obtidos. Rev.Saúde públ., S.Paulo, 10:177-90. 1976.

9. FORATTINI, O.P. Epidemiologia Geral. São Paulo, Ed. Edgard Blucher/Ed. U.S.P., 1976.
10. FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Manual de Saneamento: Rio de Janeiro, 1972. Vol. 2.
11. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA & CÁLCULOS HIDROBRASILEIRA CRESCIMENTO POPULACIONAL E DENSIDADE DEMOGRÁFICA, Dec., 60/70.
12. INSTITUTO GALLUP DE OPINIÃO PÚBLICA. São Paulo em Distritos. São Paulo, 1973.
13. LEZER, W.P. O Impacto na Saúde Pública. Rev.paul.Hosp., 27(5): 158-167, 1979.
14. LIXO E LIMPEZA PÚBLICA. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/OPAS, 1964.
15. MARANHÃO, A. Pobreza-as Mazelas da Distribuição da Renda. Isto É, 4(139):98-100, 1979.
16. MELLO, C.G. de. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1977.
17. MERCADO DE TRABALHOS. Conj. Econ., Rio de Janeiro, 33(2): 230-231, 1979.
18. METRÔ DE SÃO PAULO: Estudo da Viabilidade Técnico Econômica e Financeira da Linha Leste-Oeste. São Paulo, Companhia Metropolitana, 1975/1978. 2 Vols.

19. NOVOS RUMOS PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL, Conj.Econ., Rio de Janeiro, 33(4):70-4, 1979.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Vigilancia de la Calidad del Agua Potable. Ginebra, 1977. p.13-14.
21. PIOVESAN, A. Pesquisa Social em Saúde Pública. Rev.Saúde públ., S.Paulo, 4:189-205, 1970.
22. RATTNER, H. Indicadores Sociais e Planificação do Desenvolvimento. Rev.Adm.Emp., Rio de Janeiro, 17(1):21-27, 1977.
23. SABESP. Água para a Grande São Paulo: Avaliação do Programa. 1975-1978. Rev.DAE, 38(117):32-75, 1978.
24. SABÓIA, J.L.M. Mortalidade Infantil e Salário Mínimo - Uma Análise de Intervenção para o Município de São Paulo. Rev.Adm.Emp., 16(3):47-50, 1976.
25. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO ESTADO. SUBDIVISÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM ÁREAS HOMOGENEAS, São Paulo, 1977. (Estudo e pesquisas, 13)..
26. SEMINÁRIO SOBRE POLUIÇÃO DO AR. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. USP/OPAS, 1979.
27. SENE, O.P., APUD OLIVEIRA, W.E. SANEAMENTO E PLANIFICAÇÃO. São Paulo, 1964. (Tese de Catedra - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da U.S.P.).

28. SINGER, P. Mais Pobres e Mais Ricos. Opinião, (116):24-31, 1975.
29. WILHEIM, J. Urbanismo no Subdesenvolvimento. Rio de Janeiro, Ed. SAGA, 1969.
30. YUNES, J. & BROMBERG, R. Os Níveis de Saúde da Região da Grande São Paulo, S.Paulo, 4:167-88, 1970.

ANEXOS.

ANEXO I - Bairros de Delimitação Geográfica para Atuação Efetiva dos seguintes Órgãos

Prefeitura e Secretaria da Saúde (a)	SABESP (b)	CETESB (c)
<ul style="list-style-type: none"> - Guaiauna - Vila Esperança - Vila Marieta - Vila Granada - Vila Centenário - Vila Carlos de Campos - Vila Santana - Vila Maluf - Vila Laís - Vila Nova Granada - Vila Granada - Jardim Concórdia - Vila Beatriz - Vila São Geraldo - Vila Salete - Penha de França - Vila Germaine - Vila Felício - Vila Vera - Vila Ré 	<ul style="list-style-type: none"> - Penha - Vila Carlos de Campos - Vila Clementino - Vila Centenário - Vila Marieta - Vila Esperança - Vila Matilde - Jardim Popular - Vila Rui Barbosa - Vila Ré - Vila Guilherme - Vila Cangaiba - Engenheiro Trindade - Parque São Jorge - Vila Silvio Romero - Vila Moreira - Vila Brasil - Chácara Santo Antonio - Vila Aricanduva - Vila Buenos Aires - Vila Granada - Cidade Patriarca - Vila Nova Savóia - Vila Santana 	<ul style="list-style-type: none"> - Vila São Geraldo - Vila Laís - Vila Santana - Vila Salete - Vila Marieta - Vila Vera - Vila Maria Amália - Vila Nova Granada - Vila Granada - Vila Germaine - Vila Ré - Vila Esperança - Vila Centenário - Vila Beatriz - Vila Carlos de Campos - Vila Concórdia - Vila Guaiauna

ANEXO II - CARACTERÍSTICAS DAS ZONAS DE USO

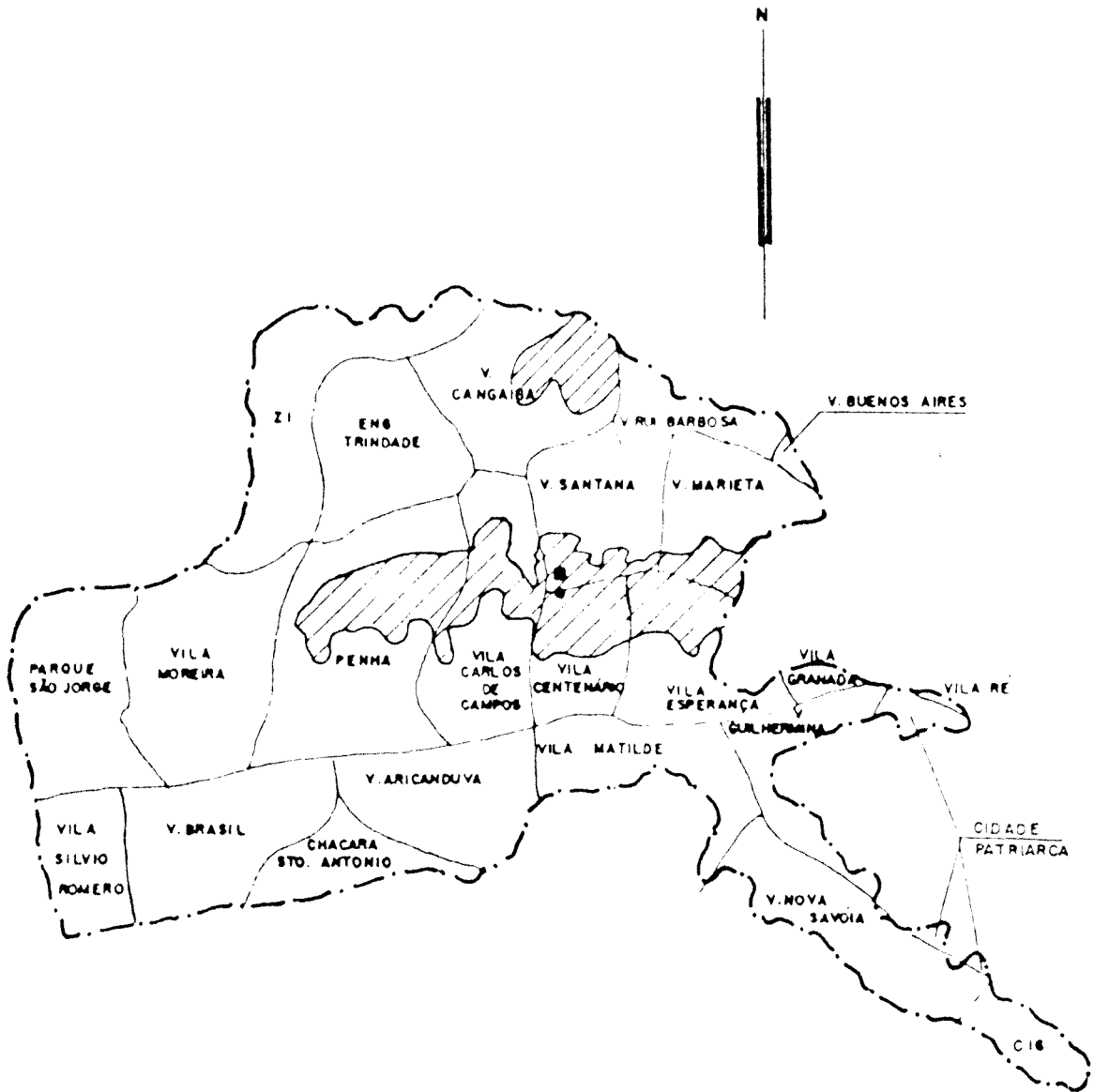
ZONAS DE USO	CATEGORIAS DE USOS PERMITIDAS		CARACTERÍSTICAS DE DIMENSIONAMENTO, RECUOS, OCUPAÇÃO E APROVEITAMENTO DO LOTE						
	Conformes	Sujeitos a controle especial	Frente mínima	Área mínima	Recuo de frente - mínimo	Recuo lateral mínimo	Recuo de fundo mínimo	Taxa de ocupação máxima	Coefficiente de reaproveitamento máximo
Z ₂	R ₁ -R ₂ -O1-	C ₂ -E ₂ -S ₂	10m	250 m ²	5m	1,5m apenas de um lado	5m	0,5	1,0
	R ₃ -C ₁ -I ₁ -S ₁	E ₃			10m	3 m	6m		
		S ₃	50m	5000 m ²	10m	3,0 m	10m		
		E ₄	10m	25 m ²	Estudo de cada caso COGEP				
Z ₃	R ₁ -R ₂ -R ₃ -C ₁ -C ₂ -E ₁ -S ₁ -S ₂ -I ₁		10m	250m ²	5m	1,5 m apenas de 1 lado	5m	0,5	2,5
		E ₂			6m	3 m ambos os lados	6m		
		S ₃ -S ₃ -C ₃			10m	3 m ambos os lados	6m		
		E ₄			Estudo de cada caso COGEP				
Z ₄	R ₁ -R ₂ -R ₃ -C ₁ -C ₂ -S ₁ -S ₂ -E ₁ -I ₁		10m	250m ²	5m	3 m ambos os lados	5m	0,7	3,0
		I ₂ -C ₃			10m	3m ambos os lados	10m		
		E ₄			Estudo de cada caso COGEP				
Z ₆	C ₁ -C ₂ -C ₃ -I ₂ -S ₃		20m	1000m ²	10m	2,0 m ambos os lados	3,0 m ambos os lados	0,7	1,5
	R ₁ -R ₃ -S ₁ -E ₁ -I ₁ -R ₂					1,5 m ambos os lados			
		E ₂ -S ₂			6m	3,0 m ambos os lados			
		E ₃			10m				
		E ₄			Estudo de cada caso COGEP				

FONTE: Decreto nº 11106 de 28.06.74 da Prefeitura Municipal de São Paulo

Legenda: R₁ - Residência unifamiliar
 R₂ - Residência multifamiliar
 R₃ - Conjunto residencial
 S₁ - Serviço de âmbito local
 S₂ - Serviços diversificados
 S₃ - Serviços especiais

C₁ - Comércio varejista de âmbito local
 C₂ - Comércio varejista diversificado
 C₃ - Comércio atacadista
 I₁ - Indústria não incomoda
 I₂ - Indústria diversificada

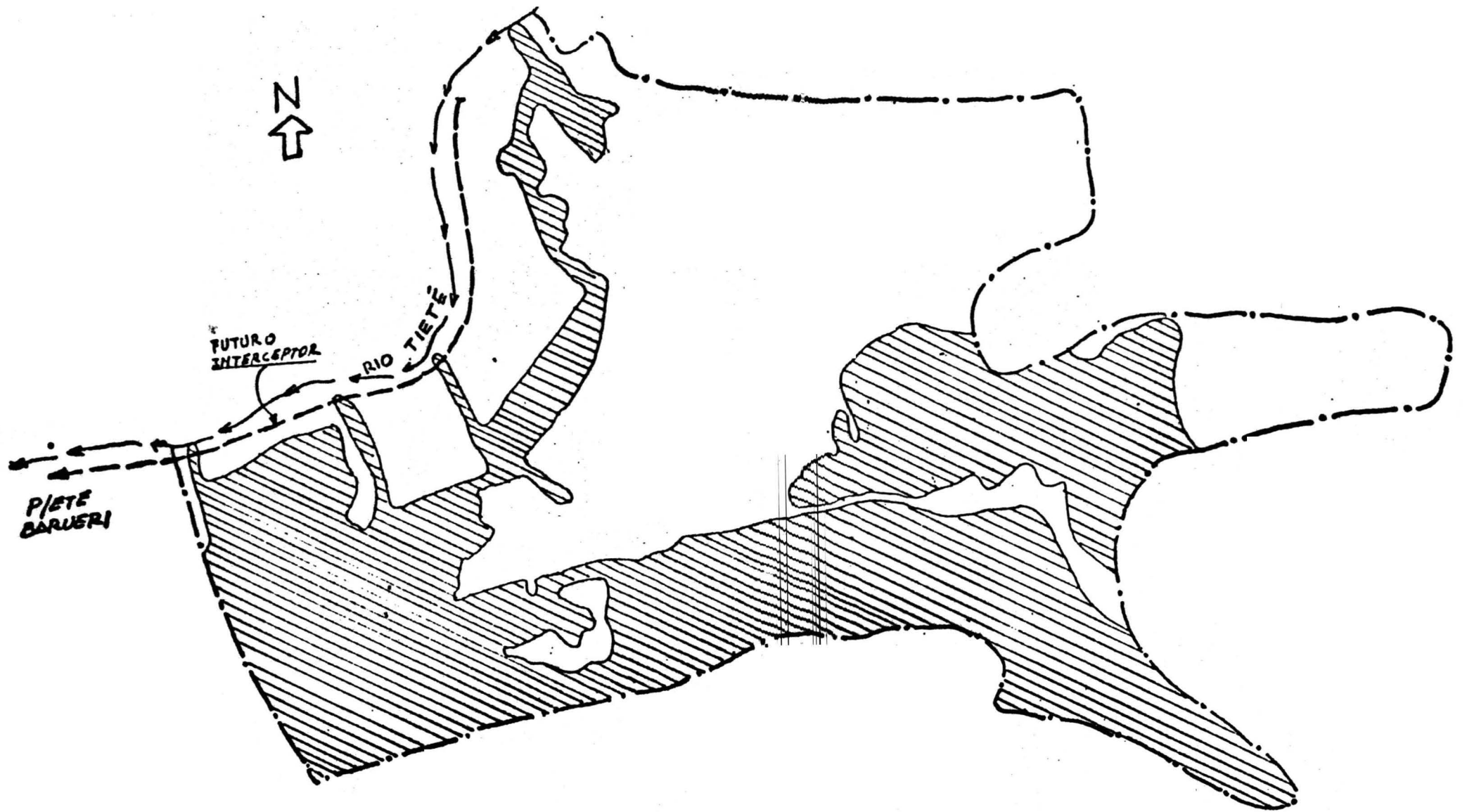
E₁ - Instituições de âmbito local
 E₂ - Instituições diversificadas
 E₃ - Instituições especiais
 E₄ - Usos especiais



LEGENDA	
●	TÔRRE
■	RESERVATÓRIO
---	LIMITE DO SETOR
	ZONA ALTA
	ZONA BAIXA

PLANTA 1

coplag COMISSÃO COORDENADORA DO PLANO DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA NA ÁREA METROPOLITANA DE SÃO PAULO	 s a e c	 comasp	ESCALA 1:50.000
			PLANO GERAL DE ABASTECIMENTO UNIDADES SAGMACS PENHA



PIETE
BARUERI

FUTURO
INTERCEPTOR

RIO TIETÊ



COM ESGOTO



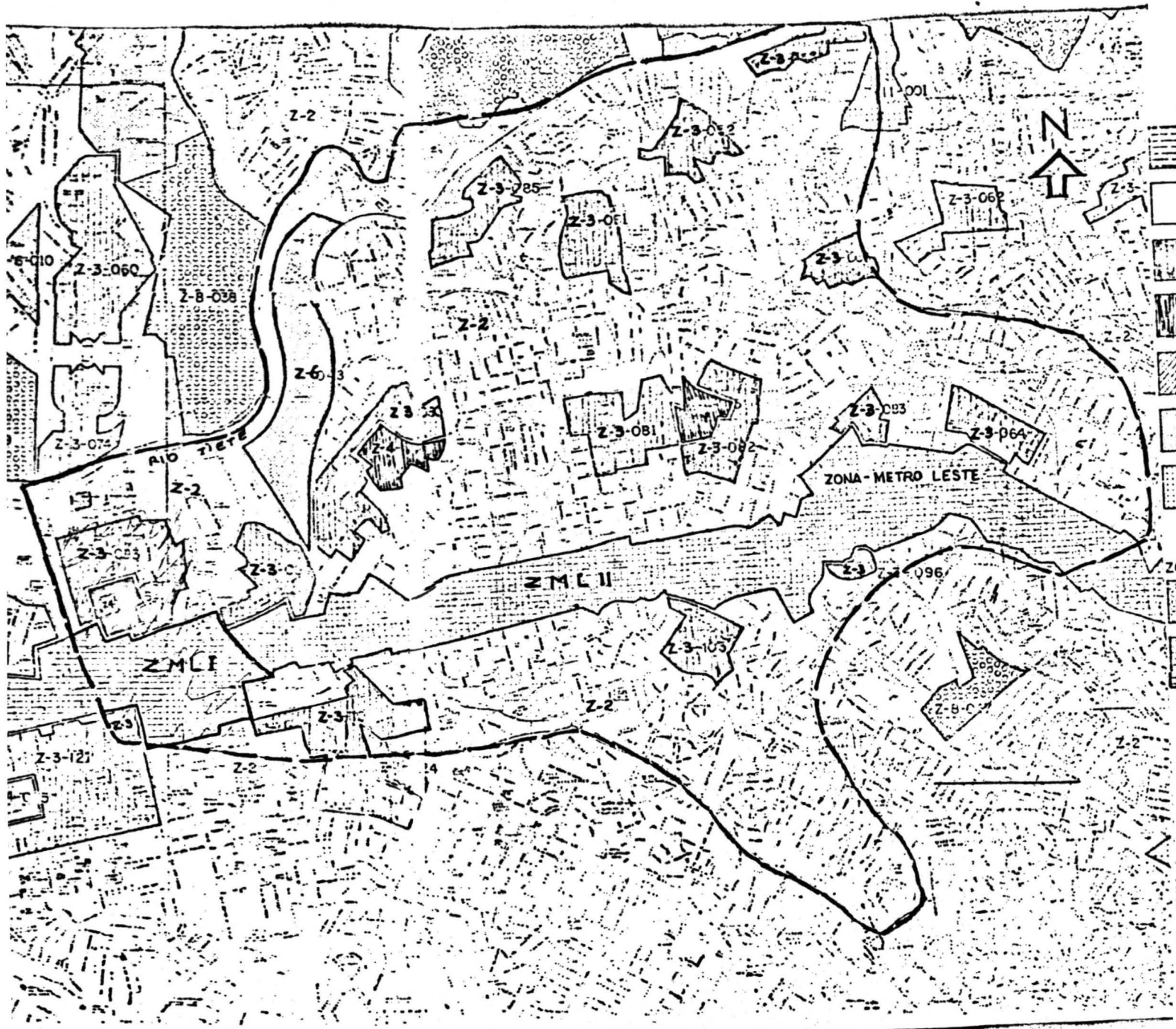
SEM ESGOTO

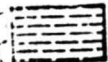
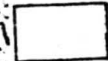
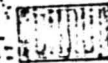




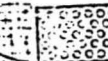



LIMITE DO SETOR

PLANTA 2

FORTE: SABESP



-  Z-1 USO ESTRITAMENTE RESIDENCIAL, DENSIDADE BAIXA
 -  Z-2 USO PREDOMINANTEMENTE RESIDENCIAL, DENSIDADE BAIXA
 -  Z-3 USO PREDOMINANTEMENTE RESIDENCIAL, DENSIDADE MEDIA
 -  Z-4 USO MISTO, DENSIDADE MEDIA ALTA
 -  Z-5 USO MISTO, DENSIDADE ALTA
 -  Z-6 USO PREDOMINANTEMENTE INDUSTRIAL
 -  Z-11 USO PREDOMINANTEMENTE RESIDENCIAL, DENSIDADE BAIXA
- ZONAS DE USO ESPECIAL
-  Z-8
 -  ZML - ZONA METRO LESTE
- LIMITE DO SETOR
- PLANTA 3
- FONTE : EMLPASA

