
TRABALHO DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL

^{Bc}
VILA MADALENA,

SÃO PAULO - 1981

GRUPO V

Faculdade de Saude Publica.

GRUPO V

Ernesto Palácios	- Odontologia
Janet Alexandre	- Odontologia
Luiz Carlos Gomes	- Farmácia-Bioquímica
Lydia B. Antonio	- Educadora Sanitária
Maria das Graças H. Sales	- Administração Hospitalar
Italindamir S.S. Lyrio	- Administração Hospitalar
Ernani Cesar Bolfarini	- Engenheiro
José A. J. Mendes	- Engenheiro
José Nelson de Souza	- Engenheiro
Ivan Antonio Martins Ferreira	- Médico
Maria Cristina Bueno C. De Lima	- Administração Hospitalar
Ana Maria S. Amato	- Enfermeira
Lucia de Fátima A. Luis	- Enfermeira
Wagner Aranha de Medeiros	- Médico
Ana Cristina D'Andretta Tanaka	- Supervisora

INDICE

1. Introdução	
1.1 Histórico da Vila Madalena	2
1.2 A saúde e seu campo de ação.....	3
2. Material e método.....	9
2.1 População em estudo.....	10
2.2 Instrumento.....	11
3. Resultado e Discussão.....	12
3.1 Característica Populacional.....	13
3.1.1 População.....	13
3.1.2 Característica Social.....	17
3.1.3 Coeficiente de saúde.....	19
3.2 Dados vitais por ano estudado.....	20
3.2.1 Taxa de natalidade.....	21
3.2.2 Proporção de aborto.....	21
3.3 Saúde infantil.....	23
3.3.2 Localde puericultura.....	25
3.3.3 Vacinas.....	26
3.3.4 Estado nutricional.....	26
3.3.5 Proporção de crianças que está sendo amamentada....	28
3.4 Saúde da mulher.....	29
3.4.1 Saúde da Gestante.....	29
3.4.2 Estudo da menarca.....	31
3.5 Saúde da família.....	34
3.5.1 Doenças crônicas.....	34
4. Conclusão.....	40
5. Bibliografia.....	42

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - HISTÓRICO DA VILA MADALENA

O passado e o presente podem encontrar-se fisicamente, nas ruas do centro da Vila Madalena. A qualquer momento, um dos velhos portugueses pioneiros do bairro pode cruzar com um dos moradores mais recente, um músico, um artesão, um cineasta.

Estes dois moradores típicos simbolizarão, um, a vila Madalena pobre, esquecida, distanciada do centro principalmente pela falta de condução; outro, a vila das artes.

O primeiro falará de um lugar de poucas casas com carreirões que varavam o mato, das vacas leiteiras, do futebol de várzea, do padre que se tinha de buscar em Pinheiros, para a missa. E dos melhoramentos conseguidos com muita luta. O segundo referirá um bairro tranquilo, de casinhas antigas e agradáveis, que acolheram jovens estudantes e artistas com mais talento do que dinheiro.

As ruas do centro ainda têm duas mãos de direção. E nomes agradáveis tais como: Purpurina, Fidalga, Harmonia, Original, Girassol, Aspícueta, Morato Coelho, Fradique Coutinho que chamava-se Araçari em outros tempos e assim por diante.

O encontro da velha com a nova geração de moradores pode ter produzido alguns abaixo-assinados, mas em casos localizados. No todo deu-se harmoniosamente. É isto porque, por alguma razão misteriosa ou evidente um mesmo sentimento apossou-se dos novos e dos antigos: uma verdadeira paixão pela Vila Madalena.

O subdistrito de Vila Madalena foi criado em 24 de dezembro de 1940, pela Lei nº 233. Ocupa uma área de 4.810 quilômetros quadrados, limitados pelos subdistritos da Lapa, de Pinheiros, Jardim América e Perdizes.

Ao Subdistrito pertencem estes bairros: Vila Madalena, de onde se originou; Sumarezinho, Vila Nogueira, Jardim Mena, Vila das Fereiras, Vila Beatriz, Parque Rebouças, Jardim Santa Lucia, Jardim Jacarandá, Jardim Atibia, Sítio Boa Vista, Via Jataí e Vila Ida.

A População cresceu de 33.825 habitantes em 1970, para 48.293 e, 1980.

Os primeiros prédios, de três andares, surgiram no Bairro em 1960. E um levantamento feito, mostra que existem hoje até 62 prédios mais outros que nos registros da prefeitura aparecem desmembrados em apartamentos. e somam 5.879 apartamento.

Mas estes dados referem-se a todo subdistrito de Vila Madalena.

O Bairro expandiu-se a partir da quadra formada pelas ruas Fradique Coutinho, Wisard, Fidalga e Purpurina. Dos primeiros moradores a grande maioria era de portugueses e italianos. Só que os primeiros fixaram-se mais no bairro; os outros, mantinham ali suas chacaras.

Na área considerada o centro expandindo de São Paulo, foi esse o bairro que mais cresceu na década passada em relação ao município, está em terceiro lugar em crescimento, através de Parelheiros e Vila Brasilândia.

Mas até quando durará o sossego, até quando residirão as velhas típicas casas da Vila Madalena?. Os mais interessados, mais atentos, preocuparam-se com isso. E nesse ponto existe uma curiosa diferença de comportamento.

Os mais preocupados estão entre os moradores mais recentes ou entre os de segunda e terceira gerações. Certamente por serem também os mais informados são os que temem a descaracterização da Vila, o surgimento de edifícios no lugar das casas, a transformação do comércio, por enquanto tipicamente local.

Os velhos moradores, aqueles que se consideram com justiça os "fundadores" da Vila Madalena, não demonstraram consciência desse risco. O que mostram é um certo desembaraço pelo progresso do bairro e progresso pelo qual esperaram durante décadas.

1.2 A SAÚDE E SEU CAMPO DE AÇÃO

A Saúde não é um fenômeno isolado para ser definido e conceituado em seus próprios termos. Ela está profundamente relacionada com o contexto sócio-cultural. A percepção da saúde ou de seu oposto, a doença, ou seja, o reconhecimento da falta de saúde, varia de acordo com os padrões culturais.

Diferenças em épocas, diferenças de locais ou mesmo diferenças de camadas sociais, de instrução, ocupação, renda, religião, etc., na época e no mesmo local, mostram diferenças na percepção do binômio saúde-doença. Mais do que isso, mostram também variação na percepção da necessidade de receber uma atenção para auxiliar na solução do eventual problema reconhecido. Essas diferenças ainda ditam diversificação das normas, através das quais essa atenção deverá ser recebida, normas que variam desde buscar auxílio com parentes amigos, compadres ou comadres, passando por benzedores, curandeiros, e outros, até atingir o médico.

Atraves dos anos foi-se desenvolvendo um significado mais amplo e mais completo sobre a saúde. A medicina científica, baseando-se em uma explanação racional da natureza dos fatos, analisando, determinando e **classificando** os fenomenos de acôrdo com sua metodologia própria, permitiu o reconhecimento de inumeros fatores interve-nientes no processo saúde-doença. Ao lado da reafirmação de inúmeros estudos feitos anteriormente, outros aspéctos foram se agregando.

Os sócio-culturais, assim como os econômicos ou ecológi -cos, passaram a ser vistos com igual importâncias aos aspéctos ana-tômicos, fisiológicos, patológicos, etc.. Os modernos pontos de vig-tas sobre a saúde começaram a dar ênfase à pessoa como um todo e em relação a sociedade.

A importância do aspécto coletivo da saúde foi realçado / pela ONU quando, em 1952, a assembleia Geral, ratificou decisão de comite de peritos, que relacionou as medidaã do nível de saúde, in-cluindo as condições demográficas como o primeiro de 12 iténs, cuja mensuração permite aquilatar as condições de vida das populações.

Ainda que não atingindo um ponto totalmente satisfatório, as modernas definições de saúde demonstraram a preocupação em con-ceptuála dentro desse novo enfoque, colocando-a dentro do contexto sócio-cultural.

O registro sistemático e contínuo dos fenômenos vitais é obrigatório por lei, em quase todo o mundo. Sua determinação, bem como algumas de suas características, constituem a base fundamental de sua importância jurídica: registram-se os fatos e atos da vida / civil, ou seja, todo o conjunto de qualidades que distinguem o indi-víduo na família e na sociedade com a finalidade precípua de fazer provas certa do estado das pessoas.

O registro de nascimento é usado para fazer prova do es-tado das pessoas, estabelecendo sua identidade as relações de famí-lia, como parentesco, legitimidade, ascendência. O registro de óbi-to, por sua vez, têm a finalidade jurídica de, assegurando a reali-dade da morte, previnir terceiros do desaparecimento dos direitos/ pessoais do " de cujus" e da mudança de titular, no que se toca / aos direitos materiais.

Esses registros permitem, portanto, a organização e o / funcionamento do sistema jurídico que rege as relações dos indivi-duos entre si: organização familiar e suas vinculações com o Esta-do.

Ao lado desse objetivo, mas não menos importante que ele está a função estatística do registro civil.

As características de continuidade e obrigatoriedade dos registros constituem-se em elementos de grande importância para o campo da saúde: para a estatística vital, para a epidemiologia, para o planejamento. Nos estudos de população, o registro de nascimento é utilizado para determinar o crescimento natural ou vegetativo, traduzido pelo excesso de nascimento sobre os óbitos.

No campo da saúde, o número de nascidos vivos em um determinado período é importante para o planejamento materno-infantil pois serve para o cálculo de vários coeficientes, entre os quais o de mortalidade infantil, um dos mais sensíveis índices das condições de saúde de um povo.

Quanto ao registro de óbito, é de grande valia no que se relaciona a certas questões de ordem sanitária, principalmente quanto a elaboração de estatísticas com a precisão exata da causa da morte.

Como visto, estes dados vitais, nos darão subsídios para a verificação de reais condições de saúde, para a partir daí identificarmos e selecionarmos problemas, que nos poderão ser dados / por esta análise quantitativa.

A identificação e seleção dos problemas que devem ser solucionados para se conseguir um propósito global constitui a essência da definição de uma política e portanto, a etapa inicial de um processo que desencadeia a sequência de decisões necessárias para alcançar o objetivo desejado. Esta sequência compreende a tomada de decisões com vistas a selecionar as melhores soluções para os problemas, a programação das atividades e as inversões que estas soluções implicam e sua implantação.

As decisões iniciais se fundamentam em um sistema de valores e pautas culturais, em uma ideologia e nas necessidades dos sistemas políticos, técnico e operacional. (2)

Partindo deste pressuposto temos que o conhecimento da comunidade com a qual se vai trabalhar, em termos quantitativos e qualitativos, é a base para início de qualquer trabalho que se deseje realizar, e a partir daí selecionar-se as prioridades a serem atendidas e o conhecimento das reais necessidades e condições apresentadas pela população alvo.

Um processo ou uma decisão de mudança pode representar-se pela distância existente entre uma situação atual que se considera insatisfatória e uma situação a qual se deseja chegar. No caso do setor saúde, resulta óbvio que tanto uma como a outra estão condicionadas pelo marco de referência global nacional.

Se bem que nem sempre as imagens das situações desejadas, global e setorial, estão definidas formalmente, são sempre, necessariamente, utilizadas em formas implícita ou explícita, para avaliar a necessidade de mudança das situações existentes. um ordenamento lógico para a adoção de decisões exige sua explicitação.

A confrontação entre a situação setorial atual e aquela a que se deseja chegar, constitui a base para a análise da brecha existente entre ambas. Este deve permitir, em uma primeira aproximação a identificação de situações problemas através das estimativas da distância e da análise sistemática dos obstáculos que seria necessário superar para alcançar a imagem desejada. Esta análise deve ser realizada tendo muito cuidadosamente em conta o marco de referência nacional global que está determinando o aspecto setorial ou pelo menos condicioná-los dentro de certos limites.

Esta análise constitui o caminho metódico que conduz à identificação das situações problemas que necessariamente devem ser superadas para se chegar a mudança desejada.

A identificação dos problemas é condição necessária mas não suficiente para o processo de decisão, toda a vez que o setor de saúde, como todos os demais setores da sociedade, enfrenta o clássico problema econômico: necessidade múltipla versus recursos escassos de possível aplicação alternativa às diversas necessidades.

Este desequilíbrio obriga a seleção dos problemas em ordem de prioridade.

Por experiência anterior e conhecimento da natureza e interrelações dos fenômenos sociais, permitem afirmar que as prioridades do setor saúde não podem determinar com eficácia em função de um só indicador. Os problemas de saúde têm além de características econômicas, uma conotação social, posto que sua solução constitui um componente substantivo do grau do bem-estar que alcance a comunidade.

As necessidades, aspirações e demandas de serviços de saúde, manifestações de uma função social, devem ser satisfeitas através de um sistema de saúde, manifestações de uma função social, devem ser satisfeitas através de um sistema de saúde. As limitações, evidentes, do estado não permitem a satisfação global das necessidades de cada setor. Assim, tanto quanto em qualquer outro setor, no campo da saúde há que se estabelecer prioridades referenciadas. (12)

De acordo com Mascarenhas (1972), a escolha das preferências implica o "estudo", organização e implantação de um plano que permita hierarquizar os problemas de saúde pública determinando uma ordem de procedência para seu tratamento....". (12)

Nesta hierarquização, Bravo (1972) estabelece: "É recomendável estabelecer como primeira prioridade aqueles programas / que tem relação com problemas de saúde mais vulneráveis e cuja c/ controle podem produzir efeito favorável na melhoria das condições de saúde no mais breve prazo e mais baixo custo"(12)

Na realidade, o problema da escolha vai-se tornando mais difícil na medida em que é sorteado não por orientação padronizada da hierarquização, mas por critérios demasiadamente múltiplos e flexíveis.

Ao critério custo, lembrado com maior insistência, são agregados a capacidade dos serviços existente, fatores políticos, existência de medidas efetivas e sua possibilidades de aproveitamento, existência de pessoal capacitado, rentabilidade, efeitos / para a economia, urgência e gravidade do problema, certeza dos resultados previstos, etc....

O problema assume aspectos enuncitados nas observações de Ramos (1962), quando afirma: " O usual entre nós, aliás, é a elaboração dos problemas de trabalho, quando isso ocorre, a posteriori, em função das verbas consignadas ao órgão de saúde..." "Por outro lado, nem sempre há, da parte do governo ou da comunidade, compreensão da importância do problema capaz de conduzir a uma atitude que favoreça o trabalho sanitário." (12)

Tais condições nos levam a aceitar que a distribuição / dos gastos nos diversos setores públicos, não podem ser equitativa, como, até certo ponto, estes não podem estar limitados a um orçamento independente dos problemas de saúde e de soluções pre-existentes. É função também da saúde pública buscar, investigar / novas soluções, embora seja ponto pacífico o entendimento de que / haverá melhor aproveitamento na obediência a um sistema de prioridades baseado primordialmente no diagnóstico de saúde, a nível comunitário, que será não um fim, mas um meio de determinar as necessidades de saúde da comunidade.

Ultimamente (OPAS, 1965) ao lado da magnitude do problema e a vulnerabilidade aparece a noção de transcendência com elemento de importância.

Se a magnitude do evento esta relacionada aos índices de prevalência, incidência, mortalidade ou letalidade, o dano provocado, a transcendência" se refere ao impacto que sobre a comunidade produzem as mortes por esse dano. O impacto pode ser determinado pelo significado que se atribui aos obitos correspondentes aos diversos grupos etários."

Assim, se a vida dos adultos for considerada mais importante que as das crianças e que a dor indivíduos idosos, estabelecer-se-á um coeficiente de ponderação diferente para tais grupos, em escala de crescente para adultos, crianças e velhos. Na realidade estamos então valorizando os anos de capacidade produtiva.

Deste modo, em uma determinada doença com alta mortalidades avançadas, das-se-ia importância menor no estabelecimento de / prioridade que a outra onde a mortalidade embora menor, atingisse os indivíduos em idade de produção.

Baseado nestes princípios básicos de teoria foi realizado um trabalho para verificar as condições e determinantes de saúde do subdistrito de Vila Madalena, São Paulo. área que é atendida pelo centro de Saúde Geraldo de Paula Souza.

2 - MATERIAL E MÉTODO

MATERIAL E METODOLOGIA

1 - População em estudo:

A área de atendimento do Centro de Saúde Geraldo Paula Souza abrange os Bairros de Jardim América e Vila Madalena.

O objetivo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional do Curso para Graduados da Faculdade de Saúde Pública foi: Condições e Determinantes de Saúde do subdistrito de Vila Madalena, São Paulo.

A área foi subdividida em subáreas e ao nosso grupo: (GRUPO V), correspondem a sub área localizada atrás do cemitério São Paulo (Rua Arco Verde, entre Av. Henrique Schauman e Rua Prof. Horácio Lane), constando das seguintes rua:

Rua Fradique Coutinho (até Rua Visardi)

Rua Fidalga (até Rua Aspicuelta)

Rua Girassol (até Rua Aspicuelta)

Rua Harmonia (até Rua Aspicuelta)

Rua Medeiros Albuquerque (até Rua Patápias)

Rua Mario de Alencar

Rua Patápias Silva (entre a Rua Dr. José Campos e rua Mario Alencar)

Rua Pereira Rocha (desde a Rua Fradique Coutinho até o final da Rua Luiz Murat)

Rua Aspicuelta

Rua Dr. José Campos

Av. Henrique Schauman (entre a rua Luiz Murat e a rua Dr. José Campos)

Rua Gonçalo Alonso

Rua Luiz Murat

Foram entrevistados os moradores de cada residência responsáveis por sua própria manutenção (salário ou forma de renda)

Levantamento prévio realizado pelo Centro de Saúde Paula Souza indica nessa sub-área a existência de 1.038 residências.

Dessas 1.038 residências (100%) existente nessa sub-área, somente 553 (53,27%) obtiveram respostas completa. As restantes, não, pelos seguintes motivos:

- a) Casas vazias (não habitadas)..... 3,56%
- b) Ninguém em casa..... 7,12%
- c) Comércio, consultórios(dentários e Médicos). 6,26%
- d) recusas.....29,79%

2 - INSTRUMENTO

O instrumento usado para coleta de dados consta de formulário aplicado pelos alunos da Faculdade de Saúde Pública.

O formulário aplicado, constam de perguntas fechadas, / sendo que as variáveis foram as seguintes:

- I - Endereço e identificação da unidade familiar.
- II - Caracterização da unidade familiar.
- III - Caracterização do domicílio.
- IV - Natalidade e Mortalidade (referente a 1979, 1980 e 1981).
- V - Saúde infantil (preencher apenas quando houver crianças menores de 2 anos).
- VI - Saúde da mulher (Preencher quando houver gestante)
- VII - Saúde da família (apenas perguntar sobre doenças agudas: diarreia e doenças respiratórias, doenças crônicas , diabetes e hipertensão).

Os dados apurados manualmente e posteriormente transformados em gráficos e tabelas.

3 - RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 - CARACTERISTICAS POPULACIONAIS

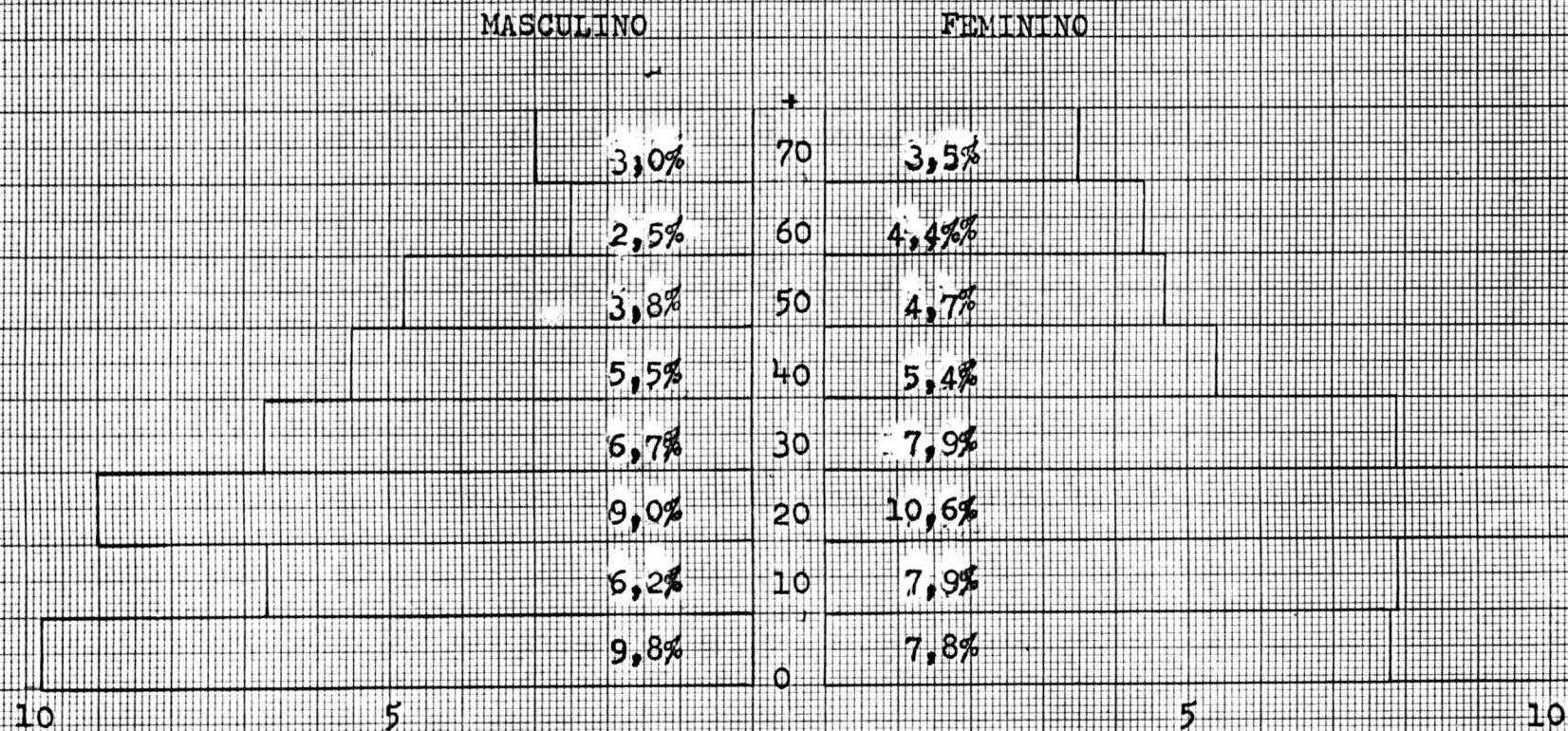
3.1.1 - População

A área em estudo possui uma população de 1.985 pessoas, a maior parte da população é dos grupos etários de 20 a 60 anos / com um percentual de 54,8%, representando a população economicamente ativa, contra os grupos etários de 0 a 20 anos com percentual de 32,8% e o grupo etário de 60 e mais com percentual de 13,4% que representam a população jovem e velha inativas (grafico I)

A Pirâmide populacional em estudo não é típica de um País desenvolvido, mas se aproxima de um país em desenvolvimento o que se pode observar na (Tabela I). É que existe uma baixa proporção de crianças menores de 1 ano (3,1%), e por outro lado esta tabela mostra a existência de uma população velha (13,4%). Já no grupo etário de 10 a 20 anos houve uma redução da população masculina que não foi possível explicar.

A razão de masculinidade para os grupos etários foi de 927 X 1056.

TABELA I: AMOSTRAGEM POPULACIONAL NAS VARIÁVEIS: SEXO E IDADE, DE VILA MADALENA,
OUTUBRO DE 1981



Fonte: Dados levantados no trabalho de campo feitos pelos alunos da Faculdade de Saúde Pública de Universidade de São Paulo, GRUPO V.

TABELA 1: POPULAÇÃO DA ÁREA EM ESTUDO DO SUBDISTRITO DE VILA MADALENA POR SEXO E IDADE, 1981

IDADE	SEXO		MASC	%	FEM	%	TOTAL
Menores de 1			29	1,5	33	1,7	62
1 - 4			84	4,3	65	3,3	149
5 - 9			82	4,2	58	3,0	140
10 - 14			48	2,5	75	3,8	123
15 - 19			76	3,9	83	4,2	159
20 - 29			179	9,0	210	10,6	389
30 - 39			134	6,8	158	8,0	292
40 - 49			110	5,6	127	5,4	237
50 - 59			76	3,9	93	4,7	169
60 - 69			49	2,5	87	4,4	136
70 - +			60	3,0	69	3,5	129
TOTAL			927	47,2	1056	52,6	1985

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA DE RENDA PER CAPITA EM VILA MADALENA, SÃO PAULO, 1981.

ORDEM	FAIXA DE RENDA "PER CAPITA" EM CR\$	HABITANTES
1	0 ----- Cr\$ 2.115,00	16
2	Cr\$ 2.115,00 ---- Cr\$ 4.231,00	28
3	Cr\$ 4.231,00 ---- Cr\$ 6.347,00	41
4	Cr\$ 6.347,00 ---- Cr\$ 8.463,00	35
5	Cr\$ 8.463,00 ---- Cr\$ 12.695,00	74
6	Cr\$12.695,00 ---- Cr\$ 16.927,00	67
7	Cr\$16.927,00 ---- Cr\$ 21.158,00	42
8	Cr\$21.158,00 ---- Cr\$ 25.391,00	28
9	Cr\$25.391,00 ---- Cr\$ 33.855,00	32
10	Cr\$33.855,00 ---- Cr\$ 42.319,00	18
11	Cr\$42.319,00 ---- Cr\$ 50.783,00	19
12	Cr\$50.783,00 ---- Cr\$ +	45

FONTE: Trabalho de Campo multiprofissional do Grupo V, dos estudantes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

3.1.2 - CARACTERÍSTICA SOCIAL DA POPULAÇÃO

CÁLCULO DA MODA

$$M_o = 9.915,00$$

DETERMINAÇÃO DO VALOR MÁXIMO:

(renda "per capita")

- Cr\$ 498.500,00

-

DETERMINAÇÃO DO VALOR MÍNIMO:

- CR\$ 100,00

-

CÁLCULO DO VALOR MEDIANO

$$= 12.695,00 + 1800,00 = 14.495,00 \text{ (valor mediano)}$$

Justificativa: devido a existência de valores extremos aberrantes, justifica-se o valor mediano pelo fato de ser bastante representativo.

TABELA 3: HABITANTES, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE, DA VILA MADALEIRA, SÃO PAULO, 1981.

ESCOLARIDADE	Nº HABITANTES	%
ANALFABETOS	87	6
PRIMARIO INCOMPLETO	182	13
PRIMARIO COMPLETO	365	25,4
GINASIO INCOMPLETO	125	8,7
GINASIO COMPLETO	228	15,8
COLEGIAL INCOMPLETO	36	2,5
COLEGIAL COMPLETO	139	9,7
SUPERIOR INCOMPLETO	60	4,2
SUPERIOR COMPLETO	210	14,7
TOTAL	1.432	100,0

FONTE: Trabalho de campo multiprofissional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, elaborados pelos alunos do Grupo V

- A menor porcentagem encontrada foi para habitantes com curso colegial incompleto: 4,2%
- A maior porcentagem encontrada foi para os habitantes com o curso primario completo 25,4%.

3.1.3 - COEFICIENTE DE SAÚDE

HABITAÇÃO

Em uma avaliação do tipo de domicílio de uma determinada região, é importante também a localização destes domicílios.

A região de Vila Madalena, é um Bairro misto (comércio e residência) de bom poder aquisitivo e de uma classe média, não real, aos problemas habitacionais brasileiros.

Percebemos, que todas as ruas são asfaltadas ou de calçamento tipo paralelepípedos. Todas as casas possuem atendimento / de rede de água e esgoto, as ruas são todas iluminadas e por conseguinte os domicílios. Acharmos desnecessário relatarmos a presença de outros benefícios (Telefones, gás, transportes coletivos etc.).

Todas as casas são de alvenarias e não encontramos favelas. Em todas as casas visitadas, dificilmente encontramos mais do que uma família por domicílio.

Foram pesquisados 514 domicílios, de um total proposto de 1033.

TABELA 1: TABELA DE TIPO DE DOMICILIO EM RELAÇÃO A Nºs. DE CÔMODOS

Nº COMODOS	TIPO DE DOMICILIO				TOTAL
	PROPRIOS	ALUGADOS	CEDIDO	CORTIÇO	
1	6	16	2	2	26
2	14	52	4	4	74
3	67	65	9	3	144
4	58	57	3	-	118
5 ou +	105	44	3	-	152
TOTAL	250	234	21	9	514

FONTE: PESQUISA FELOS ALUNOS DA FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO DE VILA MADALENA, 1981.

Ao verificarmos a tabela acima, podemos comprovar nossa impressão inicial, de que, em uma região de bom nível sócio econômico, pois praticamente 50% dos domicílios eram próprios e encontramos somente 9 cortiço com toda infra-estrutura básica (água, luz, gás etc.) disponível e dos 234 casa alugadas, praticamente a metade era de 4 ou mais comodoss, o que na região importa num aluguel razoável.

3.2 - DADOS VITAIS FOR ANO ESTUDADO

TABELA 2: NUMEROS DE NASCIMENTO NA ÁREA DE VILA MADALENA NOS ANOS DE 1979 a 1981.

NASC: . \ ANO	1979	1980	1981	TOTAL
VIVOS	30	39	27	96
MORTOS	0	0	2	2

FONTE: Pesquisa pelos alunos da Faculdade de Higiêne e Saúde Pública de São Paulo, 1981.

Podemos perceber, pela (Tabela 2) que o nº de nascimento na região de Vila Madalena é bem pequeno, o que leva a confirmar a região como de boa estrutura habitacional e de atendimento médico compatível com a população, e se verificarmos a (tabela 3) teremos comprovado esta hipótese.

TABELA 3: Nºs DE CRIANÇAS MORTAS POR QUALQUER CAUSA NA REGIÃO DE VILA MADALENA NOS ANOS DE 1979 a 1981.

ANO	Nº CRIANÇAS MENOR 1 ANO
1979	1
1980	0
1981	0
TOTAL	1

FONTE: Pesquisa pelos alunos da Faculdade de Higiêne e Saúde Pública de São Paulo, 1981.

No estudo das tabelas 2 e 3 verificamos que de uma população de 96 crianças nascidas na região pesquisada, houve 1 óbito de criança menor que 1 ano de idade, o que atesta o valor da região, onde existe alguns hospitais de bom nível próximos e alguns postos de saúde, que dão atendimento a população. Resta saber se a população procura ou não digo é procurada por estes estabelecimentos de saúde.

3.2.1 - TAXA DE NATALIDADE

Baseando-se ainda na tabela 2 podemos calcular a taxa de natalidade da região pesquisada, nos anos de 1979 a 1981.

1) - Coeficiente de Natalidade de 1979

$$\frac{30}{1983} \times 1000 = 15,1$$

2) Coeficiente de Natalidade de 1980

$$\frac{39}{1983} \times 1000 = 19,7$$

3) - Coeficiente de Natalidade de 1981

$$\frac{27}{1983} \times 1000 = 13,6$$

3.2.2 - PROPORÇÃO DE ABORTO

TABELA 4: Relação ABORTO/GESTAÇÃO NA REGIÃO DE VILA MADALENA NOS ANOS DE 1979 a 1981

ANO DADOS	1979	1980	1981
GESTAÇÃO	35	47	30
ABORTO	10	6	0
TOTAL	45	53	30

TABELA 4: HABITANTES SEGUNDO OCUPAÇÃO, NA VILA MADALENA, SÃO PAULO
1.981

ORDEM	OCUPAÇÃO	Nº HABITANTES	%
1	COMÉRCIO	202	25,86
2	INDÚSTRIA	43	05,51
3	CONSTRUÇÃO	13	1,66
4	DESEMPREGADO	9	1,15
5	APOSENTADO	87	11,15
6	OUTROS	427	54,67
TOTAL		781	100,00

FONTE:- Trabalho de Campo Multiprofissional do Grupo V, dos estudantes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

De acordo com a tabela 4, acima pode-se notar que a menor porcentagem da população, enquadra-se na faixa dos desempregados.

3.3 - SAÚDE INFANTIL

3.3 - SAÚDE INFANTIL

Na sub área estudada se encontrou 90 crianças menores de 2 anos, na qual 62 (68,88)% eram menores de 1 ano.

Neste capítulo procura-se estudar alguns aspectos em relação a Saúde Infantil.

3.3.1 - PESO AO NASCER

A média de peso ao nascer foi de 3,181 grs., este dado se compara aos da literatura entre eles e a tese de Monteiro (11) e Tanaka (13) na qual a média de peso ao nascer fora 3,133 grs. e 3,245 grs., respectivamente.

Nesta população pode-se observar ^{valor} bimodal nos pesos de / 3.200 grs e 3500 grs.

Quanto a distribuição de peso ao nascer a tabela mostra a frequência e porcentagem destes em relação ao número de recém / nascidos.

TABELA 5: PERCENTAGEM DE RECIEM NASCIDOS POR GRUPO DE PESO AO NASCER DA SUB ÁREA DE VILA MADALENA, 1981.

PESOS GRS.	F	%
0 ----- 2.500	11	13,75
2.501 ----- 3.000	16	20,00
3.001 ----- 4.000	53	66,25
TOTAL	80*	100,00

* 10 fichas sem peso ao nascer.

Conforme a tese do Monteiro (11) onde fala que a percentagem de peso ao nascer é de 9,7% na faixa de 0 |---- 2.500 grs, encontram-se em nossa pesquisa 13,75%, portanto esta percentagem é alta comparada com a do autor citado.

Já na faixa de 2.501 |---- 3.000 nossa pesquisa revelou / 20% de crianças com peso inadequado, que comparada com a tese do Monteiro (11) que é de 28,07, mostra que provavelmente houver uma / diminuição desta faixa.

Encontram-se 66,25 % de crianças com peso normal, cifra / superior encontrada na tese citada.

3.3.2 - LOCAL DE PUERICULTURA

Nesta população observou-se que 28,88% é atendida por médicos particulares e 26,66% é atendida no Centro de Saúde Geraldo / de Paula Souza, e o restante em outros Postos, Centros de Saúde etc

Observou-se ainda 4,44%, recebem atendimento em dois locais e há "migração" a outros Centros de Saúde para outros bairros mais distantes.

TABELA 6: LOCAL DA PUERICULTURA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO DA SUB ÁREA DE VILA MADALENA, 1981.

ATENDIMENTOS	Nº	%
Médicos Particulares.....	26.....	28,88%
Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza.....	24.....	26,66%
Centro de Saúde Vila Madalena.....	06.....	6,66%
Convênios.....	04.....	4,44%
Cedip.....	03.....	3,33%
Centro de Saúde de Pinheiros.....	02.....	2,22%
Posto de Saúde Rua Arco Verde.....	02.....	2,22%
Médico Homeopata.....	01.....	1,11%
Centro de Saúde rua Purpurina.....	01.....	1,11%
Posto de Saúde São Paulo da Cruz.....	01.....	1,11%
Posto de Saúde Ferreira Araujo.....	01.....	1,11%
Clínica em Santo Amaro.....	01.....	1,11%
Convênio Instituto Zona Norte.....	01.....	1,11%
Centro de Saúde do Servidor.....	01.....	1,11%
Centro de Saúde III Parque da Lapa.....	01.....	1,11%
Posto de Saúde rua Aspícueta + med. particular.....	01.....	1,11%
Centro de Saúde Paula Souza + méd. particular....	01.....	1,11%
Centro de Saúde Tatuapé + C.S. Vila Madalena....	01.....	1,11%
Cedip + médicos particulares.....	01.....	1,11%
Fichas sem informações.....	10	
TOTAL.....	90	100,00%

3.3.3 - VACINAS

Verificou-se que 41,12% das crianças 0 a 2 anos estavam com vacinas completas, 23,33% incompletas e 30% sem informações. (tabela 7).

É importante observar-mos que 5,55% deste grupo encontra-se sem vacinação, levando em consideração que na área pesquisada localiza-se perto de 3 ou mais centros de Saúde.

TABELA 7: VACINAÇÃO DE CRIANÇAS DA SUB ÁREA EM ESTUDO DE VILA MADALENA, 1981.

V A C I N A S	Nº	%
COMPLETA	37	41,12%
INCOMPLETA	21	23,33%
S/ INFORMAÇÃO	27	30,00%
S/ VACINA	05	5,55%
TOTAIS	90	100,00%

3.3.4 - ESTADO NUTRICIONAL

Na análise do estado nutricional de criança de 0 a 2 anos (tabela 8), encontram-se 85,71%, normais no sexo feminino e 73,17% normais no sexo masculino e a desnutrição apresenta 26,83% para o sexo masculino e 14,29% no sexo feminino.

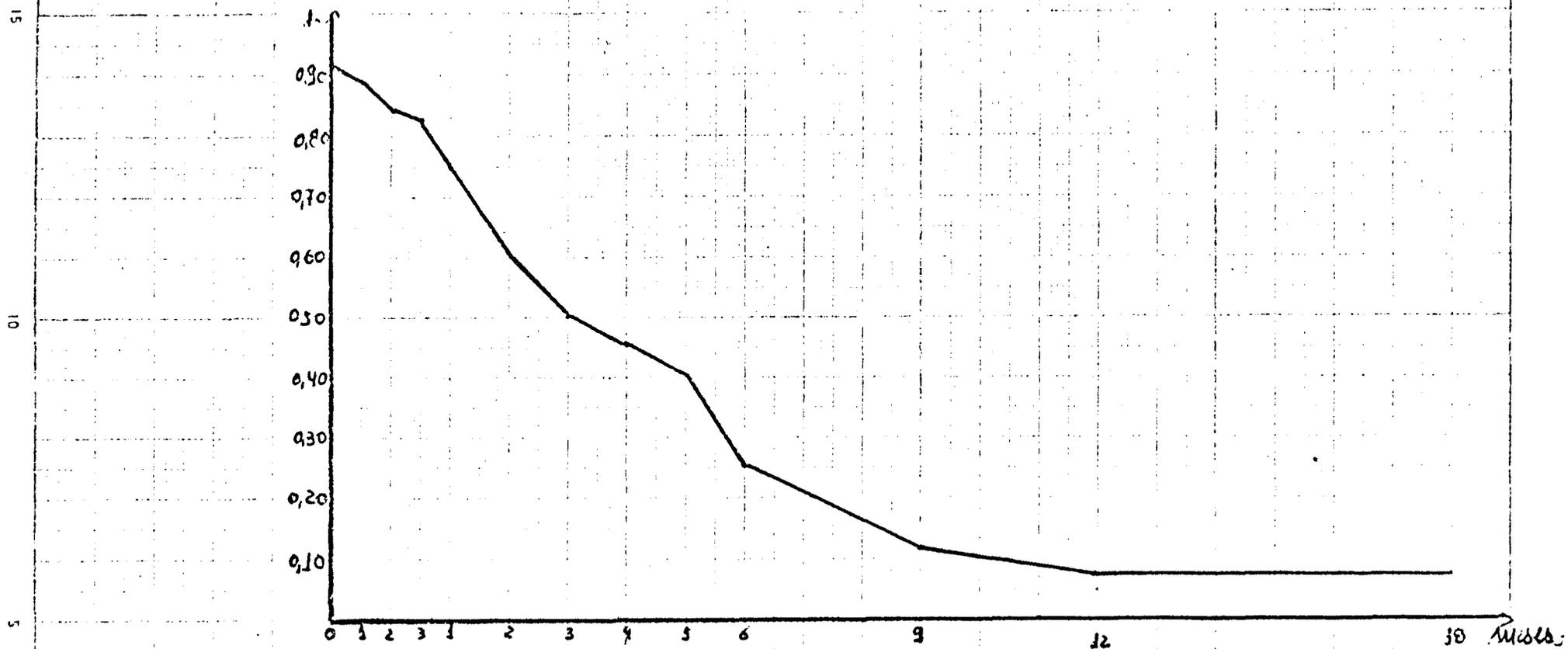
Isto mostra que o estado nutricional desta crianças de um modo geral é bom

TABELA 8: ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO DA SUB ÁREA DE VILA MADALENA, 1981

EST. NUTRICIONAL	SEXO	MASCULINO		FEMININO	
		Nº	%	Nº	%
NORMAIS		30	73,17	30	85,71%
D I		09	21,95	03	8,57%
D II		02	4,88	01	2,86%
D III		-	-	01	2,86%
TOTAL		41	100%	35	100%

Fichas sem informações - Sexo masculino 05 - Sexo feminino 09

GRAFICO II - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS QUE ESTÃO SENDO AMAMENTADAS
VILA MADALENA, 1981



27

3.3.5 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS QUE ESTÃO SENDO AMAMENTADAS

Observou-se neste gráfico e tabela que o maior pico de desmame ocorre entre o 2º e 3º mes; após este período a ocorrência de desmame é lenta atingindo uma nova queda acentuada por volta do 6º mes de vida.

Pode-se observar que houve a presença de 2 crianças / com aleitamento natural prolongado (acima de 1 ano e meio).

De um modo geral 25,9% das crianças foram desmamadas / logo no 1º mes de vida. Fato este que expõe as crianças já em baixa idade a um risco de contrair infecções e estados diarreicos.

TABELA 9: NUMERO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS, OCORRENCIA DE DESMAME E PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AINDA AMAMENTADAS SEGUNDO EVOLUÇÃO POR IDADE DA SUB-ÁREA DE VILA MADALENA, 1981.

MES	Nº	TOTAL PARA IDADE	DE CRIANÇAS C/DESMAME	DE CRIANÇAS ALEITADAS	$\frac{NCD}{T/IDA}$ (a)	1-a	$P=B_0 \cdot B_{1i}$
0		82*	7	75	0,085	0,915	0,915
1ª semana		75	2	73	0,027	0,973	0,890
2ª "		73	4	69	0,055	0,945	0,841
3ª "		67	1	66	0,015	0,985	0,829
1 mes		63	6	57	0,095	0,905	0,750
2 meses		56	11	45	0,196	0,804	0,603
3 "		44	7	34	0,171	0,829	0,500
4 "		31	3	28	0,097	0,903	0,451
5 "		27	3	24	0,111	0,889	0,401
6 "		24	9	15	0,375	0,625	0,251
9 "		13	7	6	0,538	0,462	0,116
12 "		3	1	2	0,333	0,667	0,077
18 "		2	0	2	0	1,000	0,077

* 8 sem sinfomação

3.4 - SAÚDE DA MULHER

3.4.1 - SAÚDE DA GESTANTE

Definiu-se o pre-natal como um programa de exame, avaliação, observação tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação o parto e o nascimento se transformem em um processo normal e sem perigo tanto para a mãe como para a criança. Sabemos pois, que a saúde da criança depende muito da saúde da mulher durante a gestação e portanto se faz necessário a presença da gestante ao médico logo no primeiro trimestre da gravidez pois, e neste período / que se fará há avaliação do risco da gravides e será dado inicio a orientação para todo o período de gestação bem como os cuidados que se deve ter com a criança nos seus primeiros anos de vida.

Analizando os dados obtidos verificamos que existe uma regularidade na frequência das gestantes ao médico para a realização do pre-natal. Em um total de 13 grávidas verificamos uma média de 3,23 consultas por gestantes não verificando nenhuma discrepância entre o numero de consultas de gestantes para gestantes. Devemos destacar que dentre as gestantes ainda não fez nenhuma consulta (Tabela 10) apesar de estar no terceiro mes de gravides. Podemos ainda destacar que 30,72% das grávidas fizeram sua primeira consulta no 1º / mes de gestação e que 76,92% fizeram a 1ª consulta até o 2º mes e 92,30% até o 3º mes de gravides (Tabela 11), o que revela uma procura de assistência médica muito boa além de que esta procura se da bastante cedo. Todos os pre-natais, iniciaram até o terceiro mes / de gestação.

Devemos resaltar aqui que a amostra populacional tomada é muito pequena para concluirmos sobre a procura de assistência médica pelas gestantes de forma geral

Quanto o local de afluência ao pré-natal pode-se observar que a maior procura é a médico particular porém, devido ao pequeno nº de casos nenhuma influência pode-ser feita (Tabela 12).

TABELA 10: NUMERO DE CONSULTAS PELO MÊS DE GRAVIDEZ DAS GESTANTES DA SUB ÁREA EM ESTUDO, DA VILA MADALENA, 1981.

MES DA GRAVIDEZ	NUMEROS DE CONSULTAS												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
TOTAL	1	1	2	5	2	-	1	-	1	-	-	-	-

nº total de consultas = 42

\bar{x} consultas = 3,23 p/ gestanta

TABELA 11: NUMERO TOTAL DE CONSULTAS PELO MES DA PRIMEIRA CONSULTA DAS GESTANTES DA SUB ÁREA EM ESTUDO DA VILA MADALENA.

MES DE 1ª CONSULTA	NUMEROS DE CONSULTAS									TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	-	-	-	1	2	-	1	-	-	4
2	-	1	1	3	-	-	-	-	1	6
3	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
TOTAL	-	1	2	5	2	-	1	-	1	12

TABELA 12: LOCAL DE PRE NATAL DAS GESTANTES DA SUB ÁREA EM ESTUDA DA VILA MADALENA, 1981

C S G P S	2
I N P S	
PARTICULAR	6
OUTRO C S	4
CONVENIO	1
TOTAL	13

3.4.2 - ESTUDO DA MENARCA

No presente trabalho procuramos relacionar a idade e a menarca ou seja verificar a presença ou ausência da menarca em jovens do sexo feminino na faixa etária de 9 a 17 anos. Devemos inicialmente destacar que as informações obtidas deixa muito a desejar uma vez que 41,8 % das entrevistas realizadas não apresentam informações satisfatória (Tabela 13), talvez devido a inperícia do entrevistador ou a pessoa entrevistada, apesar de ser da própria família, não tinha tal informação o que nos leva a crer que o problema não é discutido ou tratado abertamente, pela família, talvez ficando restrito as pessoas do sexo feminino, isto tudo levado talvez por uma falta de conhecimento bem como por preconceitos em relação ao problema. Isto já é um fator importante pois e preciso levar a estas pessoas informações visando maiores esclarecimentos procurando fazer com que estas possam a discutir todos seus problemas sem preconceitos, ou de forma deturpada.

De maneira geral tais dados demonstram um normalidade pois apenas 9,8 das jovens não apresentaram a menarca, sendo que estão numa faixa etária de 9 a 13 anos. Na faixa de idade de 9 a 10 anos não tivemos nenhum caso positivo. As respostas positiva são 48,81% estando inseridas na faixa dos 11 a 17 anos.

Ao tomarmos apenas os dados onde estivermos respostas positivas ou negativas (Tabela 14), a porcentagem de jovens que já apresentam a menarca e de 84% estando todas inseridas entre 11 e 17 anos. A porcentagem de negatividade vai a 16% estando todos os casos inseridos na faixa de 9 a 13 anos, sendo que a partir de 14 / anos não temos nenhum caso de ausencia de menarca.

Concluimos, pela análise dos dados constantes nas tabelas 13 e 14, que a menarca se da dos 13 aos 14 anos.

TABELA 13: VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DA MENARCA EM JOVENS DE 9 A 17 ANOS, NA SUB-ÁREA EM ESTUDO DA VILA MADALENA,

MONARCA IDADE	SIM		NÃO		S/INFORM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9	-	-	2	2,32	1	1,16	3	3,48
10	-	-	2	2,32	3	3,48	5	5,81
11	3	3,48	1	1,16	2	2,32	6	6,90
12	2	2,32	1	1,16	4	4,65	7	8,12
13	9	10,46	2	2,32	3	3,48	14	16,26
14	9	10,46	-	-	4	4,65	13	15,12
15	5	5,81	-	-	3	3,48	8	9,29
16	3	3,48	-	-	7	8,14	10	11,62
17	11	12,80	-	-	9	10,46	20	23,26
TOTAL	42	48,81	8	9,28	36	41,82	86	100,00

TABELA 14: COMPARAÇÃO ENTRE A PRESENÇA E AUSÊNCIA DA MENARCA EM JOVENS DE 9 A 17 ANOS DA SUB ÁREA EM ESTUDO DA VILA MADALENA.

IDADE	MENARCA		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9	-	-	2	4	2	4
10	-	-	2	4	2	4
11	3	6	1	2	4	8
12	2	4	1	2	3	6
13	9	18	2	4	11	
14	9	18	-	-	9	18
15	5	10	-	-	5	10
16	3	6	-	-	3	6
17	11	22	-	-	11	22
TOTAL	42	84	8	16	50	100

3.5 - SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho baseia-se em um levantamento epidemiológico realizado numa área de Vila Madalena, numa amostra da população com / 1985 pessoas. O objetivo foi o estudo dos dados de mortalidade das doenças crônicas solicitadas (Hipertensão e diabetes melitus) e doenças agudas (respiratórias)(e diarreias).

O material do trabalho foi a população de menores de 15anos a 71 anos e mais para doenças crônicas em menores de um ano a 41 anos e mais para doenças agudas.

3.5.1 - DOENÇAS CRÔNICAS

Os trabalhos sobre diabetes Melitus e Hipertensão arterial são numerosos. Entretanto, a grande maioria é de pesquisas clínicas, de patologia ou de bioquímica.

Os estudos epidemiológicos encontrados sobre morbidade foram poucos, razão pela qual a análise dos resultados foram feitas / usando-se os dados obtidos ficando no nosso entender deficitária a análise comparativa em relação a literatura (Tabela 15).

Em outubro de 1981, foi estudado hipertensão arterial numa amostra de 1985 pessoas numa área de Vila Madalena, São Paulo em menores de 15 a 71 anos e mais. O numero de pessoas em relação ao total foi de 927 homens e 1052 mulheres. Os resultados obtidos foram / os seguintes:

a)- a prevalência de Hipertensão arterial masculina foi de 4,9%, feminina 5,3% com uma prevalência total de 5,2%.

b)- a prevalência de Hipertensão arterial com idade em ambos os sexos

c)- Na mulheres a prevalência de Hipertensão arterial nas faixa etárias de 41 - 50 e 71 e mais foi maior no que do sexo masculino.

d)- No sexo masculino a prevalência na faixa etária de 51 - 60 foi maior do que o dobro em relação ao grupo de 41 a 50 anos.

Em comparação com inquérito realizado na cidade de Livramento (Bahia - Brasil), julho de 1977, numa mostra de 506 pessoas (excluindo menores de 14 anos) a semelhança de resultados foi em relação ao aumento de prevalência de hipertensão arterial com o aumento da idade em ambos os sexos; diferindo quanto a ser o dobro para o sexo feminino.

TABELA 15: PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, SEGUNDO SEXO E IDADE, NA SUB ÁREA DE VILA MADALENA, SÃO PAULO 1981

I D A D E (EM ANOS)	HOMENS			MULHERES			TOTAL		
	Nº	PREV	(%)	Nº	PREV	(%)	Nº	PREV	(%)
menores 15	243	0	-	231	0	-	474	0	-
15 - 30	255	1	0,4	293	2	0,7	548	3	0,6
31 - 40	134	3	2,2	158	3	1,9	292	6	2,0
41 - 50	110	7	6,3	127	9	7,0	237	16	6,8
51 - 60	76	12	15,8	93	8	8,6	169	20	1,2
61 - 70	49	10	20,4	87	17	19,5	136	27	19,8
70 - +	60	13	21,6	69	18	26,0	129	31	24,0
TOTAL	927	46	4,9	1058	57	5,3	1985	103	5,2

**TABELA 16: PREVALÊNCIA DE DIABETES MELITUS, SEGUNDO SEXO E IDADE
NA SUB ÁREA DE VILA MADALENA, SÃO PAULO, 1981.**

I D A D E (EM ANOS)	HOMENS DIABÉTICOS			MULHERES DIABÉTICAS			TOTAL DIABÉTICOS		
	Nº	PREV	%	Nº	PREV	%	Nº	PREV	%
menores 15	243	1	0,4	231	0	-	474	1	0,2
15 - 30	255	1	0,39	293	0	-	548	1	0,18
31 - 40	134	2	1,5	158	2	1,2	292	4	1,36
41 - 50	110	3	2,7	127	4	3,1	237	7	2,9
51 - 60	76	2	2,6	93	3	3,2	169	5	3,0
61 - 70	49	3	6,1	87	5	5,7	136	8	5,9
71 - +	60	4	6,6	69	4	5,8	129	8	6,2
TOTAL	927	16	1,7	1058	18	1,7	1985	34	1,7

TABELA 17: Nº E PERCENTAGEM DE DIABÉTICOS ENCONTRADOS NUMA SUB ÁREA DE VILA MADALENA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, 1981.

SEXO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO ETARIO							
Menores	15	1	6,25	-	-	1	2,94
15	- 30	1	6,25	-	-	1	2,94
31	- 40	2	12,50	2	11,1	4	11,76
41	- 50	3	18,75	4	22,2	7	20,50
51	- 60	2	12,50	3	16,7	5	14,70
61	- 70	3	18,75	5	27,8	8	23,52
71	- +	4	25,00	4	22,2	8	23,52
TOTAL		16	100,00	18	100,0	34	100,00

Dos resultados obtidos verificou-se que:

a)- na amostra de 1985 pessoas foram encontradas 16 pessoas diabéticas do sexo masculino e 18 no sexo feminino, perfazendo um total de 34 pessoas diabéticas.

b)- a prevalência de diabetes melitus em ambos os sexos foi de 1,7 %.

c)- a frequência maior das doenças incidem na faixa etária de 61 anos e mais em ambos os sexos

d)- Foi encontrado um caso da doença na faixa etária de menores de 15 anos

Em termos comparativos não foi possível fazer uma análise por falta de dados de morbidade atualizados sobre a doença. Fomos informados que estudos recentes ainda não estão publicados. O trabalho pesquisado na literatura (encontrado na biblioteca na faculdade de Saúde Pública) foi de Donal Wilson, 1964 - Contribuição para o conhecimento da epidemiologia do diabetes Melitus. Aspectos / de sua prevalência na cidade de Jarinu, Estado de São Paulo.

Quanto as doenças agudas (respiratória e diarreia) o que se pode comentar pelos numeros encontrados são: (Tabela 18)

a)- Um total de 63 pessoas acometidas por doenças respiratórias, sendo que a mais citada foi gripe.

b)- As faixa etárias nas quais os problemas respiratórios foram mais frequentes são de 1 a 4 e 5 a 19 anos,

c)- quanto aos estados diarreicos, devidos ao pequeno número de casos não se pode fazer nenhuma inferência.

TABELA 18: Nº DE DOENÇAS AGUDAS ENCONTRADAS NUMA SUB-ÁREA DE VILA MADALENA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, 1981.

DOENÇA		RESPIRATORIA		DIARRÉIA	
		RESPIRATORIA		DIARRÉIA	
IDADE		RESPIRATORIA		DIARRÉIA	
Menores	1	4		-	
1	- 4	15		4	
5	- 19	21		3	
20	- 29	5		2	
30	- 40	5		-	
41	- +	13		5	
TOTAL		63		14	

C O N C L U S Ã O

C O N C L U S Ã O

1) - A Piramide populacional não é características de país desenvolvido, mas se aproxima de um país em desenvolvimento

2) - É uma população com grande contingente na Faixa etária de 20 a 60 anos (força produtiva). e no grupo etário de 60 e mais anos. A população infantil é pequena (menores de 1 anos 3,1%). E a população jovem compreende 32,8% do total desta população.

3) - A mediana do salário per capita foi de 14.495,00, no qual conclui-se que é uma população de alta renda.

4) - Nesta população 25,4% tinha, primário completo, apenas 6,1% analfabetos e os demais se distribuem nos demais graus de escolaridade.

5) - Encontrou-se 25,86% de população ativa que trabalham no comércio, porém a maior parte desta população se encontra em outras profissões.

6) - A média do peso ao nascer é de 3.181 grs. encontra-se dentro do normal.

7) - Observa-se que toda a população infantil recebe assistência médica.

8) - Conclui-se que o estado nutricional infantil é bom pois 80% da população encontra-se dentro dos limites normais.

9) - De um modo geral a afluência ao pré-natal ocorre no início da gestação, isto é, até o 3º mes de gravidez (92,30%).

10) - Existe uma regularidade na frequência ao pré-natal

11) - A menarca deve estar ocorrendo na passagem de 13 a 14 anos.

12) - A existência do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza como órgão de controle da Saúde (em relação as doenças pesquisadas) que deve atender a população de Vila Madalena é pouco conhecido. Este conhecimento é bastante preciso pois alguns ignoram completamente o tipo de atendimento enquanto outros conhecem apenas alguns dos serviços prestados, como vacinação.

13) - Dentro da população estudada verificou-se que uma minoria utiliza o centro de Saúde para o controle das doenças crônicas - Hipertensão arterial e diabetes. a grande maioria é atendida por médico particular, INPS e/ou serviços médicos de empresa.

14) - Alguns dos motivos citados pela não procura do centro de saúde foram: "mora muito distante, não gosta do atendimento, falta de local para estacionamento de veículos, etc. Mas o principal motivo foi a demora na marcação de consultas com um período muito longo de espera.

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

- 1) - Barreto, M. L. e Metra, R.L. de C. Hipertensão arterial em uma comunidade do oeste do Estado da Bahia (Brasil). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 34(5): 363-366, São Paulo, 1981.
- 2) - Belda, Walter. A prioridade nas soluções dos problemas de Saúde In: Pareta, I.M.M. et al Saúde da Comunidade, editora Mc- Graw - Hill do Brasil Ltda, 1976, pag 61 a 65.
- 3) - Jornal da Tarde - 19 de outubro de 1981. Número 4,866, ano 16 pag 12 a 13.
- 4) - Jornal da Tarde - 20 de outubro de 1981, numero 4.867. ano 16 pag 14 a 15.
- 5) - Laurent, R. Silveira, M.H. - O registro dos fenômenos vitais e dos agravos a saúde relacionados com o população In: Pareta, J.M.M. et al Saúde de Comunidade, editora Mc - Graw - Hill do Brasil Ltda, 1976, pg 13 a 17
- 6) - Laurente, R. Doenças respiratórias como causa de morte no município de São Paulo, SP (Brasil), Revista de Saúde Pública, 15 : 353 - 363, São Paulo, 1981.
- 7) - Leavell, H. e Clark E.G. - Doenças de Longa duração e o efeito do processo de envelhecimento sobre a saúde. In: Leavell, H. e Clark, E.G. - Medicina Preventiva, Editora Mc - Graw - Hill do Brasil Ltda. MEC - São Paulo, 1976 p. 247 - 248
- 8) - Lessa, I. Estudo epidemiológico da tensão arterial. I - Níveis tensionais de uma população jovem. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 36 (1): 17-22, São Paulo, 1981.
- 9) - Lessa I. Estudo Epidemiológico da Tensão Arterial. II Prevalência de hipertensão em uma população jovem. arquivos brasileiros de cardiologia, 36(2) : 107 - 110, São Paulo, 1981
- 10) - Meira, A.R. - Saúde e doença In: Pareta I.M.M. et al - Saúde da Comunidade, editora Mc - Graw - Hill do Brasil Ltda, 1976, pg 1 a 5.
- 11) - Monteiro, C.A., O peso ao nascer no município de São Paulo: Impacto sobre os níveis de mortalidade na infância 1979 (Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da U S P.
- 12) - Sonis, A. - Capítulo, la Selección de prioridades como integrante do processo de decision, Medicina Sanitária Y administracion de la Salud, editora "El Atineo" Buenos Aires, 1978 pg. 206 a 213.
- 13) - Tamaka, A.C. d'a: A importância da Associação Obsidade e gravidez. Revista Saúde Publica, São Paulo, 15:291-307, 1981.
- 14) - Wilson, D. Contribuição para o conhecimento da Epidemiologia do diabetes Melitus, Jarinu. Tese de Docencia Livre Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1964.