

PROJETO INTERAGINDO COM A COMUNIDADE: LEVANTAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE EM FAVELAS DA ZONA SUL DE SÃO PAULO

RESUMO

Para se avaliar uma parcela da população e seu modo de vida, principalmente num país como o Brasil, cheio de disparidades sociais, políticas, econômicas e culturais entre as regiões, estados e cidades, é de fundamental importância o estudo dos indicadores de maior impacto, para se poder obter informações que tragam subsídios para uma perfeita promoção de saúde

Dentro deste contexto, na disciplina de Saúde Coletiva, a UNISA propõe visitas semanais, aos alunos do primeiro ano da Faculdade de Medicina, às favelas da zona sul da cidade de São Paulo, desde o ano de 2000. Para tanto, o grupo formado por 80 alunos, divide-se em subgrupos de 20. No ano de 2000, a favela visitada foi a de Jordanópolis e em 2001 a do Jardim das Imbuías, sempre no período do primeiro semestre. Foram entrevistadas 116 famílias, totalizando 536 pessoas (média de 4,6 habitantes/família). Destas, 198 eram menores de 15 anos, sendo que 182 tiveram carteira de vacinação verificada.

Nossa pesquisa de cobertura vacinal, aferida nas carteirinhas individualmente, não contemplou as necessidades preconizadas para a região, por isso ainda existe a necessidade de incentivar e estimular as mães e cuidadoras das crianças a vacinarem seus filhos e atualizarem sua carteira vacinal, além da busca ativa que hoje é realizada pelos acadêmicos.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas da sociedade brasileira. As gestões de políticas públicas na área da saúde, tiveram origem diferenciada para as ações coletivas, classificadas genericamente como preventivas, e que sempre estiveram vinculadas às instituições públicas de saúde¹.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu os princípios finalísticos da Reforma Sanitária: participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização. Desta forma, constitui-se o SUS (Sistema Único de Saúde), visando ao atendimento integral preventivo/assistencial e participação da comunidade, no processo de concretização destes princípios².

A cidade de São Paulo, assim como o Brasil, permeia em sua extensão territorial diferenças sociais, econômicas e culturais que apontam diversidades inúmeras, gerando, nas áreas mais carentes, indicadores de saúde cujos valores muito distam daqueles sugeridos pela OMS (Organização Mundial de Saúde).

Crianças que habitam comunidades carentes possuem risco de morbi-mortalidade extremamente elevados, e as ações básicas de saúde têm demonstrado o quanto isto pode ser reduzido, melhorando os índices de saúde da população³.

As mudanças curriculares, as discussões nos diversos órgãos formadores do Ensino Médico, têm gerado um estímulo à maior participação do aluno nas questões comunitárias, inserindo-o já nos primeiros anos de sua graduação em atividades extra-muro junto às comunidades, para diagnósticos locais e discussão da realidade vivida e sentida durante este processo.

DESCRIÇÃO DO PROJETO

Dentro deste contexto, na disciplina de Saúde Coletiva, a UNISA propõe visitas semanais, aos alunos do primeiro ano da Faculdade de Medicina, às favelas da zona sul da cidade de São Paulo, desde o ano de 2000. Para tanto, o grupo formado por 80 alunos, divide-se em subgrupos de 20. No ano de 2000, a favela visitada foi a de Jordanópolis e em 2001 a do Jardim das Imbuías (anexo 1), sempre no período do primeiro semestre.

Em posse de um protocolo, que aborda aspectos sócio-econômicos e de saúde (aleitamento materno, vacinação, morbidade), os alunos eram encaminhados à comunidade, sempre orientados e acompanhados pelos professores da disciplina.

Os alunos, em dupla, coletavam dados das diversas famílias através da aplicação do questionário (anexo 2). Porém, nosso interesse se voltou aos dados sócio-econômicos e aos dados referentes à vacinação, preconizados pelo calendário de vacinação do Estado de São Paulo, onde constam as vacinas BCG (Bacilo Calmett-Güerin), Hepatite B, DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano), Sabin (vacina contra Poliomielite), Hib (Haemophilus influenzae tipo b), SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e Sarampo.

Estes dados foram coletados e confirmados através da solicitação, ao entrevistado, da carteirinha de vacinação.

Foram entrevistadas 116 famílias, num total de 536 pessoas (média de 4,6 habitantes/família). Dessas, 198 eram menores de 15 anos, sendo que 182 tiveram carteira de vacinação verificada.

No ano anterior, o mesmo processo foi realizado coletando-se dados da favela de Jordanópolis, onde foram entrevistadas 120 famílias, totalizando 201 indivíduos menores de 15 anos, cujas carteirinhas foram analisadas.

Após a coleta de dados criou-se um banco de dados, utilizando-se o programa EPI INFO versão 6.0, para o armazenamento das informações coletadas⁴. Para a análise dos resultados foram utilizados testes não paramétricos, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas. Aplicou-se o teste do Qui-quadrado para tabelas 2x2, com a finalidade de comparar a cobertura vacinal nas populações das duas favelas da zona sul da cidade de São Paulo. Em todos os testes fixou-se em 0,05 ou 5% o nível para a rejeição da hipótese de nulidade⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características da comunidade estudada apontaram 31,83% de moradores provenientes da região Nordeste do país, e 64,23% naturais da região Sudeste. Destes, a grande maioria, são filhos de pais nordestinos que apresentam um tempo médio de moradia em São Paulo de 21,6 anos.

Quando avaliada quanto à questão educacional, a comunidade do Jardim das Imbuías, apresentou uma população com 34,18% de moradores com ensino básico completo, sendo que a população brasileira apresenta taxas de 41%. Quanto ao ensino fundamental, médio e superior, as porcentagens encontradas foram, respectivamente, 30,69%, 13% e 4% contra os índices de 23%, 12% e 6% da população brasileira. Quanto ao analfabetismo a comunidade apresentou porcentagem de 12,39%, sendo a nacional de 18%⁶.

Segundo o ex-prefeito de Vitória, Paulo Hartung, a taxa de urbanização no Brasil, cresceu de 32,4% para 78,4% nos últimos 50 anos, e isso corresponde a uma concentração de 125 milhões de habitantes em aglomerações urbanas no país. O resultado é a existência de

idades inchadas, sem infra-estrutura e com baixa qualidade de vida⁷. Esse retrato é observado na comunidade estudada, que se estabeleceu nesta localidade devido à migração, vinda principalmente do Nordeste.

A questão do saneamento básico também tem sido motivo de preocupação daqueles que trabalham por uma melhoria das condições de saúde de uma população, pois as conseqüências diretas sobre a qualidade de vida, quando de um esgotamento sanitário inadequado são extremamente drásticas.⁸

De acordo com dados do PNAD9 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), em 1998, 51,1% do total de domicílios urbanos brasileiros utilizaram como escoadouro sanitário a rede geral de esgotamento; 23,8% fossas sépticas; 18,1% fossas rudimentares e 6,8% outras formas de escoadouro. Estas últimas em geral, referem-se a valões a céu aberto ou a escoadouros destinados diretamente a corpos d'água, como rios, mares, lagoas etc. Quanto à região metropolitana de São Paulo, de acordo com o IBGE, 83,6% dos domicílios particulares permanentes urbanos possuem rede coletora de esgoto; 11,3% fossa séptica; 2,4% fossa rudimentar e 2,6% outras formas de escoadouro ou não possuem nenhum tipo de esgotamento sanitário¹⁰.

Da comunidade estudada, 66,1% dos 115 domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, que inclui aquele feito por rede pública e esgotamento encanado, e 33,9 % dos domicílios não possuem esgotamento adequado, pois o esgoto é a céu aberto ou por meio de fossas. Assim sendo, nossa comunidade apresenta uma melhor adequação de esgotamento sanitário em relação aos dados nacionais, porém está aquém dos dados da região metropolitana de São Paulo.

O abastecimento de água por meio de rede geral, ou seja, prestado por um serviço organizado especificamente para captar, tratar, e distribuir água à população é a forma mais adequada de abastecimento.

A proporção de domicílios cobertos pelos serviços de água por rede geral, com canalização interna, chegou, em 1998, a 88,6% do total dos domicílios urbanos brasileiros. Já os domicílios com o mesmo serviço de água, porém sem canalização interna, atinge-se um percentual de 91,9%. A região Sudeste apresenta cobertura de 95,9% e a região Norte 70,9%. A região metropolitana de São Paulo apresenta uma cobertura de 98,06% de domicílios com serviços de água por rede em geral¹⁰.

Nossa comunidade apresentou taxas de 100% de domicílios contendo abastecimento de água adequado, superando assim as taxas regionais e nacionais.

A adequada coleta de lixo ganha importância quando se observa que se pode evitar a exposição pública de resíduos perecíveis (eventualmente depositados em caçambas ou outros recipientes) resultando em risco de contaminação ou tornando-se foco de roedores e mosquitos. Na comunidade estudada, a coleta de lixo é feita em 91,3% dos domicílios, sendo a taxa da região metropolitana de São Paulo de 98,34%¹².

Como se sabe, a região metropolitana engloba tanto regiões menos favorecidas, quanto às mais favorecidas. Isto implica na diferença de saneamento básico entre as regiões, o que se relaciona diretamente com a qualidade da saúde oferecida a elas.

Assim como os dados sócio-econômicos retratam uma situação de saúde, o acesso a estes serviços podem corroborar com esses dados. A imunização, que na atualidade é de acesso universal prevista pelos princípios do SUS pode retratar a eficácia desta ação básica de saúde.

A vacinação é um fator essencial para que uma criança tenha um desenvolvimento sadio e adequado, e é obrigação do Estado promovê-la. No entanto, países emergentes, como é o

caso do Brasil, não estimulam o desenvolvimento desse setor ligado à saúde pública, o que é na verdade um grande erro, uma vez que, o custo com a prevenção, é muito menor do que com as epidemias que são geradas pela falta de vacinação. Ou seja, o custo com campanhas de vacinação é, na verdade, uma economia para o Estado. "A imunização tem demonstrado ser a medida de saúde pública mais econômica para prevenir a doença e a morte entre as crianças" 13.

Portanto, em países do terceiro Mundo, a população carente, que é a mais sujeita a adquirir doenças devido a moradias em locais de condições precárias, onde não existe saneamento básico, água encanada, entre outros, fica privada de um direito seu, onde o dever do Estado é a prevenção contra doenças, através da vacinação.

Analisando-se os dados obtidos nessa comunidade, no que diz respeito à vacinação e comparando-os com os valores preconizados pela OMS e com os valores obtidos em outra pesquisa semelhante à nossa, na favela de Jordanópolis, uma comunidade com as mesmas condições sócio-econômicas, obtivemos valores surpreendentemente favoráveis à nossa comunidade.

Foram analisadas 182 carteirinhas de vacinação no primeiro semestre de 2001, e verificamos a taxa de cobertura vacinal; baseando-se pelo Esquema Básico de Vacinação do Estado de São Paulo, obtivemos os seguintes resultados:

Quanto à cobertura vacinal da BCG (Bacilo Calmett-Güerin), obteve-se uma taxa de 94,5%, sendo esta superior a meta preconizada pela OMS que é de 90% e a obtida na comunidade de Jordanópolis que foi de 92,6%.

A imunização contra a Hepatite B atingiu uma cobertura vacinal de 70,8%, sendo inferior ao que é esperado pela OMS que é de 90%, mas é superior ao obtido na favela de Jordanópolis que foi de 48,9%. Essa defasagem extremamente alta de cobertura vacinal nessas duas comunidades carentes se deve a alguns acontecimentos decisivos quando se fala em saúde pública. Nesse caso, devemos lembrar que a vacina contra Hepatite B só passou a fazer parte do calendário oficial a partir de 1998. Deste modo, as crianças que nasceram antes deste período, deveriam comparecer aos postos de saúde para atualizar suas carteirinhas, fato este que já vem ocorrendo normalmente nas campanhas nacionais de vacinação nos meses de junho e agosto; porém devemos lembrar que só são convocadas a comparecer aos postos as crianças de cinco anos de idade ou menos, e nossa amostra é composta de crianças de 0 a 15 anos.

A cobertura vacinal da vacina contra a poliomielite, também chamada de Sabin, teve uma taxa de 95,6%, que representa um valor satisfatório, já que a preconização feita para essa vacina corresponde a 90% e o obtido na comunidade de Jordanópolis foi de 90,9%.

A vacina DPT (difteria, coqueluche e tétano) obteve uma cobertura vacinal de 95,6%, apresentando um resultado superior ao que é preconizado pela OMS que é de 85% e também à comunidade carente de Jordanópolis que teve uma cobertura de 89,7%.

A cobertura vacinal contra o Sarampo obteve uma taxa de 91,7%, resultado inferior ao preconizado que é de 95%, e também inferior a da favela de Jordanópolis que foi de 92,6%. No entanto, aplicando-se o teste do Qui-quadrado não encontramos uma diferença estatisticamente significativa entre essas duas comunidades. Notamos que ambas se encontram abaixo do preconizado pela OMS, e isso se deve ao fato de que houve um período em que a rede pública ficou sem o fornecimento desse tipo de vacina, levando a um déficit de cobertura neste período.

A imunização contra sarampo, caxumba e rubéola (SRC) foi de 91,7%, resultado acima do preconizado que é de 90% e também acima do valor obtido na favela de Jordanópolis que

foi de 81,8%.

Quanto à cobertura vacinal para *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), foi de 81,3% de acordo com o preconizado pela OMS, sendo superior a cobertura encontrada na comunidade de Jordanópolis que foi de 69,9%. Ambas as comunidades encontram-se em defasagem quanto ao tipo de vacina e isso se deve também a fatores semelhantes aos da vacina contra Hepatite B, pois ela também foi inserida há pouco tempo no calendário vacinal, mais precisamente em 1996.

Quando analisadas as duas comunidades quanto à atualização das carteirinhas de vacinação, encontramos um valor de 94,5% de carteirinhas atualizadas da favela do Jardim das Imbuías e 92,6% de atualização na favela de Jordanópolis, estando ambas abaixo das metas do PAI (Programa Ampliado de Imunização) que é de 100%.

CONCLUSÃO

Notamos, então, que a cobertura vacinal, nesta população carente, é relativamente alta em relação a outras populações na mesma situação sócio-econômica, como é o caso da favela de Jordanópolis. Isto se deve a uma série de fatores, que excluem os que se restringem a cada vacina, como a localização e a organização dessas comunidades. Quanto à localização constatamos que, atrás da comunidade do Jardim das Imbuías funciona o Centro de Saúde Escola da Universidade de Santo Amaro, o qual realiza as aplicações das vacinas diariamente, bem como, atualiza também, durante as campanhas nacionais, as vacinas atrasadas em horário integral. Além disso possui atividades acadêmicas onde os alunos da graduação realizam visitas domiciliares com busca ativa de vacinas atrasadas e outros dados de saúde.

Já na região da Favela do Jordanópolis, quando da realização da pesquisa, não havia nenhuma unidade de saúde próxima que realizasse a Atenção Primária. Fatos como este, justificaram a implantação do Projeto Qualis/PSF (Programa Saúde da Família) na região do Jordanópolis em outubro de 2000. Quanto à organização dessas comunidades, observamos que, na época em que foi realizada a pesquisa na Favela de Jordanópolis, não haviam lideranças para essa comunidade, o que já acontece há algum tempo na Favela do Jardim das Imbuías. Estes líderes têm trabalhado, ao longo do tempo, reivindicando melhorias na saúde, o que de certo modo reflete uma melhor cobertura vacinal, o que levou com que a Disciplina desenvolvesse um trabalho acadêmico com alunos de primeiro a terceiro anos junto à esta comunidade.

Nossa pesquisa de cobertura vacinal, aferida nas carteirinhas individualmente, não contemplou as necessidades preconizadas para a região, por isso ainda existe a necessidade de incentivar e estimular as mães e cuidadoras das crianças a vacinarem seus filhos e atualizarem sua carteira vacinal, além da busca ativa que hoje é realizada pelos acadêmicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade, S.M.; Soares, D.A.; Cordoni Júnior, L. - Bases da Saúde Coletiva . Editora Uel - ABRASCO, 2001.
2. Carvalho, B.G. e cols - Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade, S.M.; Soares, D.A.; Cordoni Júnior, L. - Bases da Saúde Coletiva . Editora Uel - ABRASCO, 2001.
3. Cortellazzi, A.C.; Kotinda Jr., C.; Carabetta, E.G.; Neves Filho, E.; Scutto, F.; Coutinho,

- R.A.; Aranha, S.C.; Zöllner, A.C.R.; Colombo-Souza, P. - Cobertura vacinal em favela do Jardim das Imbuías - Zona Sul de São Paulo, no prelo, 2002.
4. Dean AG, Dean IA, Burton AH, Dicker KC - Epi-INFO, version 6.0: A word processing database and statistics program for epidemiology on micro-computers - Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA, 1990.
5. Siegel, S. & Castelann Jr., N.J. - nonparametric statistics - Second Edition. McGraw-hill Int Ed. - New York - 1988, 399 pg.
6. Castro, M.H.G. - Avaliação do sistema educacional brasileiro: tendência e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura: INEP, 1998.
7. Berquó, E. - Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília, D.F.: (s.n.), 1996.
8. Magrim, L.V.; Lacerda, C.G.; Costa, F.M.S.; Canto, H.M.; Braga, L.F.B.; Nishimura, R.; Kurita, T.J.; Zöllner, A.C.R.; Colombo-Souza, P. - Indicadores sócio-econômicos na determinação da saúde de uma comunidade carente. No prelo, 2002.
9. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - 1998 (CD -ROM). Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e sócio-econômica nº 4 - Síntese dos Indicadores Sociais 1999. Rio de Janeiro, 2000.
11. Brasil em Números, 1998. Rio de Janeiro: IBGE, v.6, 1998.
12. Farhat C.K. - Fundamentos e prática das imunizações em clínica médica e pediatria - Rio de Janeiro - São Paulo: Editora Atheneu, 1987:170 -175.
13. Benguigui Y, Land S, Paganini J. M., Yunes J. - Ações de saúde materno-infantil a nível local: Segundo as metas da cúpula Mundial em favor da Infância.- Washington D.C.: OPAS, 1997:141-143.

FICHA TÉCNICA:

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC // Faculdade de Medicina
Diretório Acadêmico: Rubens Monteiro de Arruda.

Rua professor Enéas de Siqueira Neto, 340

Jardim das Imbuías.

São Paulo - SP

Cep: 04829-300

Fone (0xx11) 5545.8649/8650 / 5545.8810/8813

PROFESSORES/ORIENTADORES

Prof^ª. Dra. Maria Cristina Faria da Silva Cury

Prof^ª. Patrícia Colombo de Souza

Dra. Ana Cristina Ribeiro Zöllner

ALUNOS AUTORES

Andrea Cunha Corttelazzi

Claudia Gennari Lacerda

Cristian Kotinda Junior

Eduardo Gregorin Carabetta
Emerson Neves Filho
Fernanda Maria Simões da Costa
Frederico Scuotto
Henrique de Mattos Canto
Ludmila Vidoretti Magrim
Luiz Felipe Bagnatori Braga
Reinaldo Nishimura
Ricardo Alexandre Coutinho
Sylvia Carolina Aranha
Thomas Jo Kurita

ALUNO (A) RESPONSÁVEL PARA CONTATO

Ludmila Vidoretti Magrim
Rua Dr. Pinto Ferraz, 97 apto122 - Vila Mariana
CEP: 04117-040
São Paulo - SP
Fone (0xx11) 5571-5081/ 9854-1413/ 5573.8602
e-mail: magrim@terra.com.br